

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

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



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

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

ISBN 978-927533236-8



ASSIST • La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

ASSIST

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Manual para uso en la atención primaria



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ASSIST

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Manual para uso en la atención primaria



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS

Américas



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Edición original en inglés:
“The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST):
manual for use in primary care”
© World Health Organization, 2010
ISBN 978 92 4 159938 2

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

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

“La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria”

© Organización Mundial de la Salud, 2011

ISBN 978-927533236-8

I. Título

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

NLM WM 270

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

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

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

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

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

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

Contenido

Reconocimientos.....	iv
1 Objetivo del manual.....	1
2 ¿Qué es el ASSIST?.....	2
3 Desarrollo del ASSIST y la intervención breve vinculada.....	4
4 Razones fundamentales para realizar la prueba de detección de consumo de sustancias.....	6
5 ¿Quién puede administrar el ASSIST?.....	7
6 ¿A qué usuarios se les debe hacer la prueba de detección?.....	8
7 Problemas relacionados con el consumo de sustancias.....	9
8 Problemas de salud específicos relacionados con cada sustancia.....	11
9 Consideraciones hacia el usuario cuando se administra la prueba ASSIST.....	19
10 Presentación del ASSIST.....	20
11 Buenas prácticas en la administración del cuestionario ASSIST.....	22
12 Cómo administrar el cuestionario ASSIST.....	24
13 Calificación del cuestionario ASSIST.....	32
14 Interpretación de las puntuaciones del ASSIST.....	34
15 Vinculación de las puntuaciones del ASSIST al tratamiento.....	35
16 Cómo incluir el ASSIST en la práctica diaria.....	37
17 Guía para los apéndices.....	41
Apéndices	
A La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).....	42
B Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1.....	48
C Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1.....	49
D Tarjeta de riesgos asociados con inyectarse Información para los usuarios.....	53
E Traducción y adaptación a los idiomas y culturas locales: un recurso para trabajadores clínicos e investigadores.....	54
F Respuestas a las preguntas de autoevaluación del Capítulo 11.....	55
G Guiones para ser representados por dos usuarios con el fin de practicar la prueba de detección.....	56
Guión del usuario (María) Respuestas para la simulación en pares.....	57
Guión del usuario (David) Respuestas para la simulación en pares.....	62
Referencias.....	67

Reconocimientos

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

El documento original en inglés fue escrito por Rachel Humeniuk, Sue Henry-Edwards, Robert Ali, Vladimir Poznyak y Maristela Monteiro. El borrador inicial para pruebas de campo fue preparado dentro del marco de trabajo de la Fase III del proyecto ASSIST de la OMS. Los expertos mencionados a continuación, miembros del Grupo de Trabajo de la Fase III del proyecto ASSIST de la OMS, hicieron valiosas aportaciones al primer borrador del manual:

Tomas Babor (Estados Unidos de América), Michael Farrell (Reino Unido), Maria Lucia Formigoni (Brasil), Roseli Boerngen de Lacerda (Brasil), Walter Ling (Estados Unidos de América), John Marsden (Reino Unido), José Martínez Raga (España), Bonnie McRee (Estados Unidos de América), David Newcombe (Australia), Hemraj Pal (India), Sara Simon (Estados Unidos de América), Janice Vendetti (Estados Unidos de América).

La elaboración del borrador del manual para pruebas de campo y su desarrollo posterior fue coordinada por Vladimir Poznyak y Maristela Monteiro del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS y Rachel Humeniuk y Robert Ali de Servicios de Fármacos y Alcohol de Australia Meridional, Centro de Colaboración de la OMS para la Investigación del Tratamiento de Problemas Relacionados con las Drogas y el Alcohol (Australia).

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

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

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

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

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

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

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

1 Objetivo del manual

Este manual acompaña al documento *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*¹ y se basa en “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria (versión de anteproyecto 1.1 para prueba de campo (2003)”². El objetivo del manual es presentar la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST*) y describir cómo utilizarla en los ámbitos de la atención de salud, en especial en la atención primaria de la comunidad, con el fin de identificar a las personas que consumen sustancias y proporcionarles una intervención breve (o derivación), según sea necesario.

El manual describe:

- las razones fundamentales para realizar la prueba de detección y la intervención breve;
- los problemas relacionados con el consumo de sustancias;
- el desarrollo y la validación de la prueba de detección ASSIST;
- cómo utilizar la prueba de detección ASSIST (administración, puntuación e interpretación de las puntuaciones);
- cómo utilizar las técnicas de la entrevista motivacional para hacer preguntas sobre el consumo de sustancias;
- cómo incluir la prueba de detección ASSIST en la práctica diaria.

Los apéndices del manual presentan información complementaria, a saber:

- Apéndice A: copia de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).
- Apéndice B: copia de la tarjeta de respuestas del cuestionario ASSIST v3.1.
- Apéndice C: copia de la tarjeta de reporte de retroalimentación del cuestionario ASSIST v3.1.
- Apéndice D: copia de la tarjeta de riesgos asociados con inyectarse.
- Apéndice E: cómo traducir y adaptar el ASSIST a otros idiomas y culturas locales.
- Apéndice F: respuestas a las preguntas de autoevaluación del Capítulo 11.
- Apéndice G: guiones para ser representados por dos usuarios con el fin de practicar la prueba de detección.

En el documento *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*¹ se explica cómo vincular la prueba de detección a una intervención breve para ayudar a los usuarios a reducir o eliminar el consumo de sustancias.

2 ¿Qué es el ASSIST?

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo.^{3,4,5} La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

En el Recuadro 3 se presenta una lista de las sustancias comprendidas en estas categorías y algunos de los nombres más comúnmente utilizados.

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

En resumen, ofrece información sobre diferentes aspectos, a saber:

- **Pregunta 1 (P1):** ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
- **Pregunta 2 (P2):** ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?
- **Pregunta 3 (P3):** ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?

Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?

Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?

Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.

Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.

Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.

En el Apéndice A se presenta la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1) y en el Capítulo 12 se ofrece información sobre cómo administrar el cuestionario y hacer cada pregunta. En el Apéndice G se presentan dos guiones para practicar la prueba de detección.

El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados

con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso y puede causar daño, ya sea en el presente o en el futuro, de continuar el consumo. Es probable que las puntuaciones del rango medio de la prueba indiquen consumo peligroso o dañino de sustancias ('riesgo moderado') y que las puntuaciones más altas indiquen dependencia de sustancias ('alto riesgo'). Las preguntas específicas relacionadas con el consumo dependiente o de 'alto riesgo' se refieren a un fuerte deseo o ansias de consumir (P3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (P7) y consumo por vía inyectada (P8).

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas. Si un usuario se ha estado inyectando con regularidad en los últimos tres meses, puede que haya que derivarlo a un servicio especializado para evaluación y tratamiento. En los capítulos 14 y 15 de este manual se podrá obtener más información sobre el tema.

3 Desarrollo del ASSIST y la intervención breve vinculada

El ASSIST es el resultado de un trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover una prueba de detección de alcohol e intervención breve a través del desarrollo y la validación de la Prueba de Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés).^{6,7,8} El éxito del AUDIT en la promoción de las pruebas de detección de alcohol y las intervenciones breves, así como su efectividad en la reducción de los problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de la atención primaria de salud, sirvieron para acometer con ímpetu la extensión de las pruebas de detección y las intervenciones breves a otros problemas de abuso de sustancias, y los métodos utilizados establecieron un modelo para el proyecto ASSIST.⁹

Las limitantes del uso de las pruebas de detección de abuso de sustancias en el ámbito de la atención primaria han sido esbozadas por McPherson y Hersh (2000)¹⁰ y Babor y Kadden (2005).¹¹ Muchas de las herramientas existentes, como el Índice de Severidad de Adicción (ASI por sus siglas en inglés),¹² y el Módulo de Abuso de Sustancias de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-SAM por sus siglas en inglés),¹³ son muy detallados, su administración requiere mucho tiempo y se tornan imprácticos al ser utilizados en la atención primaria. Por otra parte, algunos de los instrumentos breves disponibles, como el cuestionario CAGE, adaptado para incluir drogas (CAGE-AID por sus siglas en inglés),¹⁴ se concentran en la dependencia, lo que los hace menos útiles para detectar el consumo de drogas riesgoso y nocivo en personas no dependientes. Asimismo, las pruebas autoadministradas disponibles para la detección del abuso de sustancias tienen gran variedad de limitaciones desde el punto de

vista transcultural. La mayoría de ellas fueron desarrolladas en los Estados Unidos y no han demostrado competencia cultural ni han sido validadas ampliamente.

En 1997 la OMS desarrolló el ASSIST con el fin de:

- Administrarlo más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes.
- Hacer pruebas de detección de todas las sustancias psicoactivas, no solo de alcohol y tabaco.
- Poder utilizarlo en servicios de atención primaria de salud.
- Tener relevancia transcultural.
- Poder vincularlo fácilmente a una intervención breve.

El ASSIST ha pasado por tres etapas principales de prueba para confirmar su validez y confiabilidad en el ámbito internacional y demostrar que puede vincularse a intervenciones breves.

La fase I del proyecto se llevó a cabo entre los años 1997 y 1998³ e incluyó la elaboración de la primera versión de la prueba (versión 1.0). El cuestionario constaba de 12 preguntas. La confiabilidad y factibilidad de las preguntas fueron evaluadas en un estudio de confiabilidad de test-retest realizado en Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, los territorios palestinos, Puerto Rico, el Reino Unido y Zimbabwe. La selección de los lugares se hizo con el fin de que los participantes del estudio provinieran de culturas diversas y tuvieran hábitos de consumo diferentes. Los resultados demostraron que la prueba era confiable y factible. Con base en la retroa-

limentación de los participantes del estudio y para facilitar la administración y comprensión de las preguntas, el cuestionario de 12 preguntas fue modificado a uno de ocho (versión 2.0).

La fase II del proyecto consistió en un estudio internacional para validar el cuestionario de la prueba de detección en una gran variedad de servicios de la atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas. Los procesos de validación permiten determinar si una prueba mide los supuestos y las condiciones que se pretenden medir. El estudio se realizó en el año 2000 y en el año 2002 en Australia, Brasil, los Estados Unidos, India, el Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe. Los participantes provenían tanto de servicios de atención primaria como de servicios de tratamiento contra las drogas, lo cual permitió la representación adecuada de personas con diferentes hábitos de consumo. El estudio demostró la validez de la prueba de manera concurrente, predictiva y discriminatoria, y además incluyó una serie de puntuaciones límite para 'riesgo bajo', 'moderado' y 'alto'.^{3,15,16} El cuestionario modificado (ASSIST v3.0) fue revisado y especialmente acondicionado para su uso en el ámbito de la atención primaria y centros de salud (ASSIST v3.1); la versión 3.0 se recomienda para uso en fines investigativos. Un estudio piloto realizado al mismo tiempo demostró que los participantes provenientes de los servicios de atención primaria redujeron el consumo de sustancias al recibir una intervención breve vinculada a las puntuaciones del ASSIST.

La fase III del estudio consistió en una prueba aleatoria controlada para investigar la eficacia de una intervención breve vinculada a las puntuaciones del cuestionario por consumo

de riesgo moderado de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina u opiáceos.⁵

Los participantes provenían de servicios de atención primaria de salud y fueron clasificados dentro del nivel de riesgo moderado en por lo menos una de estas sustancias. El estudio se realizó entre los años 2003 y 2007 en Australia, Brasil, los Estados Unidos e India. La intervención breve duró entre cinco y 15 minutos y se basó en el modelo FRAMES¹⁷ y las técnicas de la entrevista motivacional.¹⁸ La intervención breve se centró en la retroalimentación personalizada con respecto a las puntuaciones de la prueba y el riesgo asociado, por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación diseñada para este propósito (véase el Apéndice C). La intervención breve fue reforzada con información de autoayuda que los usuarios se llevaron a sus casas.¹⁹ Los resultados demostraron que los participantes que recibieron una intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones de la prueba después de tres meses, en comparación con los del grupo control, que no recibieron intervención breve sobre su experiencia de consumo de sustancias ilegales. Además, más del 80% de los participantes que recibieron la intervención breve notificaron haber intentado reducir el consumo de sustancias. Asimismo, los participantes hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención breve.⁵

El documento *La intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*¹ ofrece información sobre cómo vincular una intervención breve a las puntuaciones del ASSIST.

4 Razones fundamentales para realizar la prueba de detección de consumo de sustancias

La carga que para la salud pública representa el uso de sustancias en todo el mundo es considerable. En el año 2004 el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales equivalía respectivamente a 8,7%, 3,8% y 0,4% de todas las muertes registradas, y a 3,7%, 4,5% y 0,9%, respectivamente, de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Según el informe de la OMS del año 2009 sobre los riesgos de la salud en el mundo,²⁰ el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad. El consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias también son factores de riesgo para una gran variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para mantener relaciones interpersonales y familiares. Mundialmente se ha detectado una tendencia hacia un mayor consumo de estas sustancias, ya sean combinadas o solas, lo que aumenta aún más los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad.

El consumo de sustancias y el riesgo asociado caen en una secuencia continua que va desde riesgo bajo (consumo ocasional o no riesgoso y nocivo) a riesgo moderado (consumo más regular) y a riesgo alto (consumo frecuente o peligroso). Las personas de alto riesgo o dependientes son identificadas más fácilmente por los médicos que aquellas que están en riesgo bajo o moderado. Aunque está claro que el consumo dependiente está asociado con una carga considerable de enfermedad, la carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, pero no dependiente, puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente.^{21,22} Por tanto, el ASSIST ha sido

diseñado específicamente para identificar y dar tratamiento a las personas que consumen sustancias de manera riesgosa, lo cual puede causar daños tales como el riesgo de llegar a la dependencia.

La prueba de detección tiene por objeto detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas, y contribuye a mantener las actividades de práctica de prevención en los ámbitos de la atención de salud.^{23,24} La OMS ha identificado una serie de criterios para determinar si se debe hacer la prueba de detección de consumo de sustancias (véase el Recuadro 1).

El consumo de sustancias riesgoso y nocivo cumple todos estos criterios, y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias puede considerarse como una extensión de las actividades de detección en la atención primaria de salud.

RECUADRO 1 | Criterios para la detección

- El consumo es un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad.
- Hay tratamientos o intervenciones aceptables y disponibles para los usuarios con resultados positivos.
- La identificación e intervención tempranas tendrán mejores resultados que el tratamiento posterior.
- Siempre hay una prueba de detección disponible que sea adecuada para los usuarios.
- La prueba de detección debe estar disponible a un costo razonable.

5 ¿Quién puede administrar el ASSIST?

El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o por los que trabajan con personas cuyo consumo de sustancias puede colocarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección. A partir de ahora se empleará el término 'trabajador de la salud' para referirnos al personal sanitario mencionado anteriormente.

Los trabajadores de la atención primaria de salud, en particular, tienen la oportunidad de hacer una prueba de detección sobre estilos de vida en general a una mayor cantidad de personas como parte del servicio de rutina, y son a la vez una fuente confiable de información. En los países desarrollados, 85% de la población visita a un trabajador de atención primaria por lo menos una vez al año, y es probable que los usuarios que tengan problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas asistan a estas consultas con más frecuencia. La prueba de detección realizada en el ámbito de la atención primaria puede aumentar la probabilidad de

identificar a aquellos individuos que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina aunque no dependiente, y que son los que tienen mayor probabilidad de responder mejor a una intervención. Muchos problemas comunes de salud vistos en servicios de atención primaria pueden empeorar por el consumo de sustancias psicoactivas, y la prueba de detección brinda la oportunidad de educar a los usuarios sobre los riesgos del consumo excesivo de alcohol u otras sustancias. Si los trabajadores de la atención primaria de salud preguntan a los usuarios sobre los factores de riesgo del consumo de sustancias, estos estarán más dispuestos a hablar sobre los problemas del consumo y a considerar la posibilidad de cambiar sus hábitos al respecto.

Para la mayoría de las personas la prueba de detección se puede completar en un tiempo de entre cinco y diez minutos, lo cual les permite asistir a la consulta general. La prueba también puede administrarla otro miembro del personal mientras el paciente espera para ver al trabajador de la salud. Es probable que en el futuro el usuario pueda completar la prueba por sí mismo, pero aún no está validada para ser completada sin la ayuda de un trabajador de la salud.

6 ¿A qué usuarios se les debe hacer la prueba de detección?

La prueba de detección ASSIST puede utilizarse en una serie de formas para evaluar el consumo de sustancias del usuario. En un mundo ideal, todos los usuarios de la atención primaria de salud serían examinados anualmente para detectar el consumo de sustancias, como parte de un programa de pruebas de detección y promoción de la salud.

Esto es especialmente importante en lugares donde la proporción de usuarios de sustancias es mayor que en el resto de la comunidad, por ejemplo: servicios de salud de las universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, zonas rojas, servicios de salud mental, programas de evaluación de prisioneros y servicios de atención primaria en otros lugares donde haya una alta prevalencia de abuso de sustancias (véase el Recuadro 2). Si los trabajadores de la salud realizan las pruebas de detección solo a las personas que ellos consideran que tienen problemas por el consumo de sustancias, es probable que pasen por alto a usuarios con un consumo de sustancias peligroso y dañino. Más adelante se presentan las pautas para establecer un programa de detección.

El consumo de sustancias por lo general comienza durante la adolescencia y este período se puede considerar como una etapa importante en cuanto al consumo de sustancias por este grupo de población, y como el momento adecuado para iniciar las pruebas de detección en usuarios jóvenes. La edad exacta apropiada para iniciar las pruebas de detección para el consumo de sustancias varía según la prevalencia local y los hábitos de consumo. Es importante conocer la edad legal de consentimiento en su jurisdicción y las disposiciones legales relacionadas con la prueba de detección y la intervención en los adolescentes menores de edad.

Cabe destacar que hasta el presente el ASSIST ha sido validado solo en población adulta (entre 18 y 60 años de edad). El cuestionario ha demostrado ser culturalmente neutral y es probable que su uso sea factible en adolescentes. Sin embargo, el estilo y contenido del ASSIST, así como las puntuaciones límite que determinan el riesgo, ya sea 'bajo', 'moderado' o 'alto', pueden no ser adecuados para los adolescentes. Por ejemplo, un adulto que ingiere alcohol semanalmente en niveles 'bajos' sería clasificado como de 'bajo riesgo'. Un adolescente que ingiere ese mismo nivel de alcohol puede tener mayor riesgo de presentar problemas de salud y sociales y aún ser clasificado como de 'bajo riesgo'.

RECUADRO 2 | ¿A quién hacerle la prueba de detección?

- A todos los usuarios de programas de detección para la promoción de la salud desde la etapa de jóvenes adultos.
- En el marco de la atención primaria y otros con una alta proporción de consumidores de sustancias, por ejemplo: servicios de salud de universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), zonas rojas y servicios de salud mental.
- Usuarios cuyo motivo de consulta sugiera que tiene relación o que puede tenerla con el consumo de sustancias.
- Prisioneros recién encarcelados cuyo delito pueda estar relacionado con el consumo de sustancias.^a
- Usuarios cuya enfermedad se empeoraría por el consumo de sustancias.
- Mujeres embarazadas.^b

^aEntre los ejemplos de delitos relacionados con el consumo de sustancias están: conducir embriagado, actos violentos bajo efectos de sustancias psicoactivas, robar para comprar sustancias psicoactivas y vender drogas ilegales.

^bAunque las mujeres embarazadas están en un grupo de alto riesgo, debe señalarse que hasta la fecha la prueba de detección no ha sido formalmente validada en este grupo de población.

7 Problemas relacionados con el consumo de sustancias

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, y ayuda a los trabajadores de la salud a identificar el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida. Aunque el consumo de sustancias está relacionado con problemas de salud mental y físicos, los hábitos de consumo riesgoso de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía.

Los trabajadores de la salud deben estar conscientes de los motivos del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico, o bien por la función o el propósito de las sustancias. Por ejemplo, las personas que consumen psicoestimulantes pueden hacerlo para aumentar el rendimiento, permanecer despiertos o bajar de peso. Sin embargo, los problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas. Por tanto, la prueba ha sido diseñada para detectar los problemas relacionados con los hábitos de consumo de sustancias mencionados anteriormente.

Intoxicación aguda

Los problemas relacionados con la intoxicación aguda pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, a saber:

- efectos de la intoxicación aguda, como ataxia, vómito, fiebre y confusión;
- sobredosis y pérdida de conciencia;
- accidentes y lesiones;
- agresión y violencia;
- sexo casual y prácticas sexuales no seguras;
- conductas impredecibles.

Consumo regular

El consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos:

- problemas específicos físicos y de salud mental;
- tolerancia;
- ansiedad, depresión, cambios del estado de ánimo, irritabilidad;
- problemas para dormir;
- dificultades económicas;
- problemas con la ley;
- problemas en las relaciones interpersonales;
- dificultades para mantener un trabajo o con los estudios;
- problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención.

Consumo dependiente

Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia pueden ser semejantes a los observados por el consumo regular, aunque más severos. Por lo general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas, y los problemas relacionados son los siguientes:

- marcada tolerancia;
- problemas serios de salud física y mental;
- aumento en la disfuncionalidad de la vida cotidiana;
- deseos intensos o ansias, y aumento en el deseo de consumir;
- no se cumplen las obligaciones normales;
- comportamientos criminales;
- rupturas en las relaciones personales;
- dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas;
- posible síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir;
- consumo continuo a pesar de la evidencia de que el consumo causa daños a la persona.

Los síndromes de abstinencia varían según la droga implicada, pero generalmente son los siguientes: deseos fuertes o ansias (un deseo urgente de la sustancia psicoactiva o sus efectos), ansiedad, irritabilidad, molestias gastrointestinales y problemas para dormir. La severidad de los síntomas depende de las drogas. La abstinencia de alcohol, benzodiacepinas y opiáceos puede requerir atención médica mientras que la abstinencia sin complicaciones

por otras drogas normalmente se puede tratar con tratamiento paliativo. Si sospecha que un usuario está experimentando síndrome de abstinencia de una sustancia, no debe someterlo a la prueba de detección. Dada la severidad y el riesgo relacionados con algunos síndromes de abstinencia, los usuarios deben ser derivados a un servicio especializado para evaluación y tratamiento rápido, si es necesario.

Riesgos asociados con inyectarse

Inyectarse cualquier droga también es un factor de riesgo importante y está asociado con una mayor probabilidad de:

- dependencia
- sobredosis
- psicosis
- venas colapsadas
- infección
 - local
 - abscesos y úlceras
 - sistémica
 - VIH
 - hepatitis C

La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (Apéndice D) es un recurso disponible para que los trabajadores de la salud proporcionen información a los usuarios sobre el inyectarse. A todos los usuarios que actualmente se inyectan se les debe brindar información basada en la tarjeta así como información sobre sus hábitos, y además recomendarles que se hagan pruebas de VIH y hepatitis.

8 Problemas de salud específicos relacionados con cada sustancia

Este capítulo repasa algunos de los problemas de salud específicos y de otro tipo relacionados con cada sustancia. Las tablas que enumeran los riesgos para la salud relacionados con cada sustancia se toman de la tarjeta de reporte de retroalimentación (véase el Apéndice C), que se utiliza para proporcionar retroalimentación a los usuarios como parte de la intervención breve. Es importante que los trabajadores de la salud que hacen la prueba de detección conozcan los efectos tanto para la salud, como sociales, legales y económicos de cada sustancia. Conocer estos efectos los ayudará al hacer la pregunta 4 del cuestionario sobre los problemas mencionados anteriormente y también al efectuar la intervención breve.

Los riesgos para la salud por el consumo de sustancias son el punto principal, pero hay que tener presente que el consumo de sustancias también está relacionado con problemas de índole social, legal y económica. Puede que existan otros efectos pertinentes a cada usuario que quizá no se hayan mencionado, como por ejemplo, los efectos criminales que puede causar el consumo de sustancias en la población carcelaria, o los impactos sociales y familiares que el consumo de sustancias puede tener para los servicios de salud familiar e infantil. Los trabajadores de la salud que hacen la prueba de detección y vinculan la intervención breve deben estar conscientes de los efectos que el consumo de sustancias causa en los usuarios a los que les brindan atención, y proporcionarles la prueba y la intervención breve vinculada cuando sea necesario.

Productos de tabaco

Los productos de tabaco causan el mayor número de muertes por uso de sustancias psicoactivas en el mundo y representan un

problema importante de salud pública. El consumo regular de productos de tabaco es un factor de riesgo para una gran cantidad de problemas de salud a largo plazo, y aumenta la gravedad o el riesgo de complicaciones, como alta presión sanguínea, diabetes y asma. Los niños que están cerca de personas que fuman tabaco tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones respiratorias, alergias y asma. Las embarazadas que fuman tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y bebés con bajo peso. Aunque la mayoría de las personas que consumen tabaco lo hacen fumando, el uso de productos de tabaco masticado o aspirado también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades. La exposición al humo del tabaco en el medio ambiente (fumadores pasivos) también aumenta el riesgo de problemas de salud entre los no fumadores.

Los riesgos asociados con el consumo de productos de tabaco (que van de menos a más severos) son los siguientes:

Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel
Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe
Infecciones respiratorias y asma
Alta presión sanguínea, diabetes mellitus
Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer
Enfermedades renales
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema
Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares
Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago

Alcohol

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para una gran variedad de problemas de salud, y el consumo riesgoso es una causa importante de enfermedades prematuras, pérdida de la calidad de vida y muerte. Los problemas sociales también se relacionan a menudo con el consumo de alcohol riesgoso y dependiente, entre ellos la ruptura de las relaciones con la familia y amigos y la dificultad para mantener un trabajo o en los estudios. Para algunas personas (hombres mayores de 45 años y mujeres después de la menopausia), el consumo bajo de alcohol se relaciona con beneficios para la salud debidos a una reducción en el riesgo de enfermedades del corazón. El riesgo más bajo se asocia con un promedio de 10g de alcohol al día para los hombres y menos de 10g al día para las mujeres (una lata de cerveza contiene 13g de alcohol; 100ml de vino contiene aproximadamente 9,5g de alcohol; 35ml de licor de 40% contiene 11g de alcohol). Las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo están en riesgo de tener bebés con deformidades, dificultades de aprendizaje o conducta y desarrollo de cerebro atrofiado. La tolerancia y dependencia pueden desarrollarse como resultado de un consumo repetido y los consumidores dependientes pueden sufrir síndrome de abstinencia si reducen o dejan de consumir alcohol. La abstinencia severa de alcohol complicada por delirium tremens constituye una emergencia médica. Entre los síntomas de la abstinencia están los temblores, sudor, ansiedad, náusea, vómito y diarrea, insomnio, dolor de cabeza, hipertensión, alucinaciones y convulsiones. Para mayor información sobre los efectos del alcohol y los niveles de riesgo para el consumo véase Babor et al. 2001⁷.

Los riesgos asociados con niveles no seguros de consumo de alcohol (que van de menos a más severos) son los siguientes:	
	Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito
	Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea
	Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales
	Dificultad para recordar cosas y resolver problemas
	Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas
	Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación
	Apoplejía, daño muscular y en los nervios
	Enfermedad del hígado y el páncreas
	Cáncer de boca, garganta y mama
	Suicidio

Cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. Aunque es posible experimentar sobredosis e intoxicación de cannabis, la probabilidad de muerte debida a intoxicación por el uso exclusivo de cannabis es muy baja, pero la combinación con otras drogas puede resultar en sobredosis y muerte. Sin embargo, el consumo de cannabis se asocia con consecuencias negativas para la salud, y en las embarazadas el consumo de cannabis causa efectos semejantes a los del

tabaco, tanto en la madre como en el bebé. También puede aumentar la severidad y las complicaciones de enfermedades existentes, como alta presión sanguínea, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias y ciertos tipos de cáncer.

Los riesgos asociados con el consumo de cannabis (que van de menos a más severos) son los siguientes:

Problemas de atención y motivación
Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas
Presión sanguínea alta
Asma y bronquitis
Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia
Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta

Cocaína

La cocaína es una droga estimulante y su consumo se relaciona con gran variedad de problemas de salud mental y físicos. Hay un riesgo considerable de complicaciones tóxicas y muerte repentina, por lo general debido a su efecto en el sistema cardiovascular. El consumo de cocaína está asociado con conductas riesgosas, como el inyectarse sustancias psicoactivas con jeringas contaminadas y tener relaciones sexuales de alto riesgo, lo que pone a los usuarios y sus parejas en un riesgo considerable de contraer numerosas enfermedades transmitidas sexualmente y virus en la sangre. La cocaína tiene un efecto inicial rápido y los efectos que

provoca pueden terminar rápidamente, lo que puede resultar en la tendencia hacia el consumo múltiple de la sustancia en una sola sesión por los consumidores de la droga. También produce una dependencia psicológica fuerte o deseo intenso, la cual se puede desarrollar al consumirla solo unas cuantas veces y conllevar a una intensa dependencia de la droga.

Los riesgos asociados con el consumo de cocaína (que van de menos a más severos) son los siguientes:

Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso
Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel
Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida
Accidentes y lesiones, problemas económicos
Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías
Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas
Conducta agresiva y violenta
Psicosis después del consumo repetido de altas dosis
Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

Estimulantes de tipo anfetamina

Los estimulantes de tipo anfetamina son la anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y el éxtasis (MDMA). Este tipo de droga, aunque tiene efectos semejantes a los de la cocaína, presenta un perfil farmacológico diferente al de la cocaína, y su consumo puede causar muchos problemas de salud mental y físicos. Cada vez hay más evidencias de que algunos estimulantes de tipo anfetamina dañan las células del cerebro.

Además, el consumo de anfetaminas en altas dosis a largo plazo es un factor de riesgo de malnutrición que también puede causar daño permanente a las células del cerebro. Hay una alta prevalencia de problemas sociales asociados con el consumo regular de estimulantes de tipo anfetamina, como son los problemas en las relaciones personales, los problemas económicos y los problemas relacionados con el trabajo y los estudios. Los cambios del estado de ánimo también se relacionan con el consumo regular de este tipo de estimulantes y algunos usuarios notifican un empeoramiento de los problemas de salud mental, como depresión e irritabilidad, con el paso del tiempo.

Los riesgos asociados con el consumo de estimulantes de tipo anfetamina (que van de menos a más severos) son los siguientes:	
	Dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones
	Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular
	Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico
	Temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas
	Paranoia, conducta agresiva y violenta
	Psicosis después del consumo repetido de altas dosis
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

Inhalantes

Por inhalantes se conocen todas las sustancias que pueden inhalarse o respirarse, aunque por sí mismas esas sustancias puedan tener una variedad de diferentes acciones farmacológicas. Las sustancias volátiles más comúnmente usadas son la gasolina, los solventes para pinturas, los aerosoles, las lacas que contienen benzina y los pegamentos o disolventes que contienen tolueno. El nitrito de almidón y el óxido nitroso también se usan en algunas comunidades. La forma más común en la que se utilizan es aspirada de un recipiente, aunque algunas personas la aspiran a través de una bolsa de plástico.

Los efectos a corto plazo pueden ser: náusea, vómito, dolores de cabeza y diarrea. Las dosis más altas pueden provocar pronunciación inarticulada, desorientación, confusión, falsas ilusiones, debilidad, temblores, dolores de cabeza y alucinaciones visuales. Por último, el consumo puede causar un coma o la muerte por infarto.

Los inhalantes suelen ser consumidos por los jóvenes, ya que son de fácil acceso, y el consumo puede ser pasajero. Sin embargo, algunos grupos usan inhalantes hasta la edad adulta, a veces por falta de disponibilidad de otras sustancias o por presiones culturales. Los inhalantes en general no tienen gran potencial de producir dependencia, por lo que es poco probable que los usuarios se vuelvan físicamente dependientes a ellos. No obstante, el consumo de inhalantes se asocia con una serie de efectos graves y crónicos.

Los riesgos asociados con el consumo de inhalantes (que van de menos a más severos) son los siguientes:

Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz
Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea
Mareo y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa
Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa
Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo
Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo
Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)
Muerte por insuficiencia cardíaca

Sedantes y pastillas para dormir

Los sedantes y las pastillas para dormir abarcan las benzodiacepinas y los compuestos relacionados pero no los neurolépticos.

Aunque requieren receta médica, pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. En general, el ASSIST se utiliza solo para registrar los problemas relacionados con el consumo más allá de los límites recetados. Por lo general, las benzodiacepinas se recetan para ayudar a dormir, controlar la ansiedad u otro trastorno del estado de ánimo, trauma, procedimientos quirúrgicos, abstinencia de sustancias específicas, convulsiones y dolor muscular. Entre los sedantes y las pastillas para dormir se encuentran los siguientes: diazepam, temazepam, alprazolam, clonazepam,

flunitrazepam, zolpidem, midazolam y fenobarbitona. Esta no es una lista completa y solo incluye nombres farmacológicos. Los trabajadores de la salud que realizan la prueba de detección deben familiarizarse con los nombres comerciales de estos sedantes y pastillas para dormir que se utilizan en su país.

La tolerancia y dependencia a los sedantes y pastillas para dormir pueden ocurrir después de un corto período de uso, y la abstinencia de estas drogas puede ser muy desagradable. Los síntomas de abstinencia son: ansiedad y pánico severo, insomnio, depresión, dolor de cabeza, sudoración y fiebre, náusea, vómito y convulsiones.

Es poco probable que las benzodiacepinas causen muerte por sobredosis cuando se toman solas, pero si se combinan con otras sustancias, como alcohol, paracetamol, antidepresivos u opiáceos, el riesgo de sobredosis y muerte aumenta considerablemente.

Los riesgos asociados con el consumo de sedantes y pastillas para dormir (que van de menos a más severos) son los siguientes:

Aletargamiento, mareo y confusión
Dificultad para concentrarse y recordar cosas
Náusea, dolores de cabeza, paso inestable
Problemas para dormir
Ansiedad y depresión
Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo
Síntomas de abstinencia severos
Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas

Alucinógenos

En este grupo de sustancias están la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y psilocina (hongos psicotrópicos), la ketamina, la fenciclidina (PCP) y la mescalina. Estas drogas afectan las percepciones de la realidad del usuario, distorsionando uno o varios de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto), lo que resulta en alucinaciones. También pueden causar distorsiones de los procesos cognitivos, del sentido del tiempo, de la conciencia de uno mismo y del estado de ánimo. Hay alucinógenos naturales, como los hongos psicotrópicos y la mescalina, y alucinógenos sintéticos, como el LSD, la ketamina y el PCP. La ketamina es una droga anestésica, pero se ha descontinuado de la práctica médica en muchos países debido a las pesadillas que experimentaron algunos pacientes.

Los efectos de los alucinógenos son impredecibles y pueden variar según la persona o en diferentes ocasiones. A largo plazo, el consumo de alucinógenos quizás aumente los efectos de problemas de salud mental, como la esquizofrenia. Es probable que los usuarios también experimenten visiones retrospectivas que son recurrencias espontáneas de los efectos del consumo en el pasado.

Los alucinógenos tienden a no causar gran dependencia, lo que significa que es poco probable que los usuarios se vuelvan físicamente dependientes a ellos, y tienden a usarse de manera experimental y ocasional en lugar de repetidamente.

Los riesgos asociados con el consumo de alucinógenos (que van de menos a más severos) son los siguientes:	
	Cambios visuales, auditivos, táctiles y olfativos, conducta impredecible
	Dificultad para dormir
	Náusea y vómito
	Taquicardia y alta presión sanguínea
	Cambios del estado de ánimo
	Ansiedad, pánico, paranoia
	Visiones retrospectivas
	Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia

Opiáceos

Los opiáceos son agentes depresivos del sistema nervioso central. Algunos son ilegales (sin receta), como la heroína y el opio, pero dentro de este grupo también se encuentran algunas sustancias recetadas que por lo general se utilizan para tratar el dolor. El consumo de opiáceos ilegales o sin receta puede causar muchos problemas, en particular porque por lo general se inyectan o se fuman, lo que puede causar aún más problemas. El consumo de opiáceos con receta también puede causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. En general, el ASSIST se utiliza solo para registrar los problemas asociados con el consumo más allá de los límites recetados. Los opiáceos recetados son los siguientes: morfina, codeína, metadona buprenorfina, petidina (meperidina), dextropropoxifeno y oxycodone. Esta no

es una lista completa y solo contiene nombres farmacológicos. Los trabajadores de la salud que realizan la prueba de detección deben estar familiarizados con los nombres comerciales de estos opiáceos de importancia en su país. Los opiáceos se pueden inyectar, como ocurre a menudo con la heroína, y se pueden fumar (heroína y opio), tomar oralmente, intramuscularmente, por vía intravenosa o sublingual o como supositorio anal (opiáceos farmacéuticos). La inyección de heroína tiene un efecto inmediato sobre el cuerpo, el cual puede resultar en una sobredosis (ya sea fatal o no fatal), en particular si se combina con otras drogas como alcohol o benzodiacepinas.

Los riesgos asociados con el consumo de opiáceos (que van de menos a más severos) son los siguientes:

Comezón, náusea y vómito
Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares
Dificultad para concentrarse y recordar cosas
Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia
Dificultades económicas, comisión de delitos
Estrés en las relaciones personales
Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar
Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia
Sobredosis y muerte por paro cardíaco

'Otras' drogas

Bajo la categoría de 'otras' drogas están las que no pertenecen a ninguna de las otras categorías de sustancias psicoactivas, ya sean farmacológicas o de otro tipo, tales como gamahidroxibutirato (GHB) y cualquier otra droga de 'diseño'. Drogas como kava, datura, khat, nuez moscada y cafeína también entran en esta categoría. Las sustancias que no encajen en su país en ninguna de las categorías de sustancias mencionadas deben colocarse en la categoría de 'otras' drogas.

El GHB (Fantasy) fue sintetizado por primera vez como anestésico y después adquirió popularidad como droga recreativa con propiedades semejantes a las del alcohol y como suplemento alimenticio comercializado para los fisicoculturistas. Sin embargo, el GHB fue prohibido como anestésico en muchos países por su potencial abuso. Además, se notificó actividad semejante a las convulsiones después de su consumo. Hay un creciente riesgo de sobredosis de GHB si se compara con otras drogas, porque la dosis necesaria para lograr los efectos eufóricos deseables se acerca mucho a la dosis necesaria para una sobredosis. El GHB tiene un efecto rápido y propiedades sedantes/amnésicas, y su uso se ha notificado en casos de 'violación entre conocidos' en los que la víctima sin saberlo ingiere GHB en una bebida.

El uso crónico de GHB puede producir tolerancia y dependencia y un síndrome de abstinencia semejante al del alcohol y al de las benzodiacepinas, caracterizado por ansiedad, insomnio, temblores, sudoración, agitación, confusión, psicosis y delirium tremens.

Kava es un compuesto derivado de las raíces del arbusto *Piper methysticum* que se cultiva en muchas islas del Pacífico. Los habitantes de esas islas han usado kava por cientos de años por razones ceremoniales, religiosas, medicinales y sociales. Consumida como bebida, la raíz de kava se pulveriza (tradicionalmente masticándola), se sumerge en agua y se filtra para producir un líquido gris caqui de sabor muy desagradable.

Los efectos de la kava son: aletargamiento y hormigueo en la boca, euforia leve, reducción en la ansiedad, relajación, intensificación de los sentidos y un aumento en la sociabilidad. En dosis más altas puede causar sedación y descoordinación.

El consumo de kava a largo plazo causa molestias gastrointestinales, distorsión de la visión y un salpullido seco y escamoso que aparece en el dorso de las manos, las plantas de los pies, las espinillas y los brazos y antebrazos.

Khat es una planta de floración nativa de la zona tropical de África oriental y de la península de Arabia. Contiene un estimulante de tipo anfetamina que causa euforia y reduce el apetito. El consumo a largo plazo puede causar problemas gastrointestinales y cardiovasculares, caries y gingivitis.

9 Consideraciones hacia el usuario cuando se administra la prueba ASSIST

La prueba ASSIST puede administrarse sola o combinada con otras preguntas, como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario de estilo de vida, un análisis de riesgo o como parte del historial médico.

Es más probable que los usuarios acepten ser evaluados y den respuestas más honestas y exactas a las preguntas sobre el consumo de sustancias si el trabajador de la salud:

- demuestra que escucha al usuario;
- es amigable e imparcial;
- muestra sensibilidad y empatía hacia el usuario;
- da información sobre la prueba de detección;
- explica cuidadosamente los motivos por los que pregunta sobre el consumo de sustancias;
- explica al usuario los límites de confidencialidad.

Quizá sea conveniente explicar que la detección del consumo de sustancias y los problemas relacionados es similar a otras actividades de detección, como la medición de la presión sanguínea o las preguntas sobre la dieta y el ejercicio. Vincular la prueba de detección con el motivo de la consulta, cuando es pertinente, puede ayudar a los usuarios a ver la relación entre el consumo de sustancias y su salud y hacerlos más receptivos a la prueba de detección.

Proteger la privacidad de los usuarios y la confidencialidad de la información es crucial y especialmente importante cuando se reúne información relacionada con el consumo de sustancias. En la mayoría de los países

el consumo de sustancias psicoactivas es una ofensa criminal, o por lo menos ilegal. Además, puede que exista estigmatización y discriminación hacia las personas que consumen sustancias. Cualquier información personal recolectada sobre los usuarios no debe ser revelada a ninguna persona o grupo de personas sin el consentimiento directo del usuario. Para que la entrevista sea confidencial, se recomienda hacerla en un lugar privado y que los resultados de la prueba se guarden como parte del registro confidencial del usuario. El que los usuarios confíen en la confidencialidad de la información los ayudará a que brinden información más exacta sobre el consumo de sustancias. Sin embargo, en muchos países hay límites sobre qué tipo de información puede ser considerada confidencial. Por ejemplo, muchos países ponen una exclusión en la confidencialidad si un usuario divulga que planea hacer daño a alguien más, o a un niño o a sí mismo.

Los trabajadores de la salud deben elegir el mejor momento para administrar la prueba de detección y ser flexibles y sensibles a las necesidades de los usuarios. Si los usuarios están intoxicados, requieren tratamiento de emergencia o están angustiados o sienten dolor, es mejor esperar hasta que la condición médica se haya estabilizado. Use su buen juicio clínico para determinar cuál es el mejor momento para conversar con cada usuario sobre la prueba de detección de consumo de sustancias.

10 Presentación del ASSIST

El ASSIST está acompañado de una presentación establecida (a continuación), que puede ser leída al usuario o parafraseada por el trabajador de la salud en tanto:

- entregue al usuario la tarjeta de respuestas del cuestionario ASSIST (página 1);
- explique la lista de sustancias y los términos comunes utilizados (véase el Recuadro 3);
- explique que las preguntas se refieren a los últimos tres meses y a lo largo de la vida (véase el Recuadro 4);
- explique que las preguntas se refieren solo al consumo sin receta médica;
- explique los límites de confidencialidad.

Durante la presentación el trabajador de la salud debe explicar cuáles son las sustancias de las que se va a hablar en la entrevista y utilizar los nombres que son familiares al usuario. La tarjeta de respuestas contiene una lista de categorías de sustancias, según el ASSIST, y una variedad de nombres asociados con cada categoría (véase el Recuadro 3). También contiene respuestas de frecuencia para cada pregunta (véase el Recuadro 4). Los nombres de las drogas que aparecen en la tarjeta son los más comúnmente utilizados en los países en los que el ASSIST se ha puesto a prueba, pero el trabajador de la salud debe utilizar los nombres más adecuados culturalmente al lugar.

Ejemplo de presentación:

“Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas)”.

“Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes y los medicamentos para el dolor). En esta entrevista no se registrarán las medicinas recetadas por su médico, pero si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo”.

“Aunque también nos interesa conocer el consumo de diferentes drogas ilegales, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial”.

En el caso de usuarios para los que el consumo de drogas esté prohibido por la ley, la cultura o la religión, es preciso reconocer la prohibición y alentar las respuestas honestas sobre la conducta actual. Por ejemplo, *“Entiendo que otros pueden pensar que usted no debería consumir alcohol u otras drogas en lo absoluto, pero es importante para evaluar su salud y saber lo que realmente hace”.*

Hasta ahora el ASSIST ha sido validado solo en forma de entrevista, ya que no se ha determinado aún si puede hacerse de manera autoadministrada. Sin embargo, el formato de entrevista tiene muchas ventajas y puede utilizarse aun cuando los usuarios tengan niveles bajos de alfabetización. El trabajador de la salud puede explicar las preguntas que no se entiendan bien y hacer preguntas inquisitivas para aclarar las respuestas incoherentes o incompletas.

RECUADRO 3 | Lista de sustancias de la tarjeta de respuestas para usuarios

- a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
- b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
- c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
- d Cocaína (coca, crack, etc.)
- e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
- f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
- g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
- h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
- i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
- j Otras, especifique: _____

RECUADRO 4 | Respuestas de frecuencia de la tarjeta de respuestas para usuarios

Tarjeta de respuestas
En los últimos tres meses (preguntas 2 a la 5 del cuestionario ASSIST)

- **Nunca:** no se ha usado en los últimos tres meses.
- **Una o dos veces:** de una a dos veces en los últimos tres meses.
- **Mensualmente:** promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.
- **Semanalmente:** de una a cuatro veces a la semana.
- **Diariamente o casi diariamente:** de cinco a siete veces a la semana.

Tarjeta de respuestas
A lo largo de la vida (preguntas 6 a la 8 del cuestionario ASSIST)

- **No, nunca**
- **Sí, pero no en los últimos tres meses**
- **Sí, en los últimos tres meses**

11 Buenas prácticas en la administración del cuestionario ASSIST

Los trabajadores de la salud pueden emplear ciertas prácticas para dar las puntuaciones correctas a cada usuario y lograr que estos comprendan las preguntas que se les hacen. Algunas de ellas se describen a continuación:

- Sostenga el cuestionario de manera que el usuario no pueda ver lo que usted escribe, de lo contrario la respuesta del usuario podría estar influenciada.
- **Cada** respuesta sobre **cada** droga y **cada** pregunta debe encerrarse en un círculo e incluir **todos** los ceros o respuestas negativas, de lo contrario es posible obtener una puntuación incorrecta.
- Recuerde que quizá tenga que parafrasear algunas preguntas a los usuarios.
- Puede que tenga que guiar algunas preguntas (ejemplo P4).
- Hágase una idea de cómo es el consumo de sustancias del usuario y de los problemas potenciales relacionados con el consumo a medida que este responde cada pregunta (especialmente la pregunta P2 en relación con la frecuencia de consumo en los últimos tres meses). Las respuestas de los usuarios que no parecen ser coherentes con la frecuencia y los hábitos de consumo deben ser investigadas más a fondo para asegurarse de que la pregunta fue explicada adecuadamente y que el usuario la ha entendido.

Es **muy importante** que los trabajadores de la salud comprendan la puntuación de las respuestas antes de administrar el cuestionario. Si las respuestas del usuario no se codifican adecuadamente, la puntuación

final puede ser errónea, lo que conlleva a una retroalimentación inadecuada y a una intervención potencialmente inadecuada. Como se muestra en el Recuadro 4, las respuestas a las preguntas 2 a la 5 indican la frecuencia de los eventos ocurridos en los últimos tres meses. Vale la pena observar que:

- Los últimos tres meses = las últimas 12 semanas = los últimos 90 días.

En la pregunta 2 por ejemplo: *En los últimos tres meses ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?*, las frecuencias y respuestas asociadas significan lo siguiente:

- **Nunca** – significa que la sustancia no ha sido consumida en lo absoluto en los últimos tres meses (puntuación = 0);
- **Una o dos veces** – significa que la sustancia se ha consumido un total de una a dos veces en los últimos tres meses (puntuación = 2);
- **Mensualmente** – significa que la sustancia se ha consumido un promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses, lo que resulta en un total de tres a nueve veces en los últimos tres meses (puntuación = 3);
- **Semanalmente** – significa que la sustancia se ha consumido un promedio de una a cuatro veces por semana en los últimos tres meses (puntuación = 4);
- **Diariamente o casi diariamente** – significa que la sustancia se ha consumido un promedio de cinco a siete días por semana en los últimos tres meses (puntuación = 6).

AUTOEVALUACIÓN: I ¿Cómo codificaría las siguientes respuestas?	
1 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha consumido heroína dos veces en los últimos tres meses?	
2 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha ingerido alcohol cada día de la semana excepto los lunes en los últimos tres meses?	
3 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha fumado marihuana de tres a cuatro veces por semana en los últimos tres meses?	
4 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que consume cocaína una vez cada quince días?	
5 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha fumado cigarrillos diariamente pero se ha abstenido en las últimas seis semanas?	
6 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha consumido metanfetaminas tres veces en los últimos tres meses?	

Véanse las respuestas correctas en el Apéndice F.

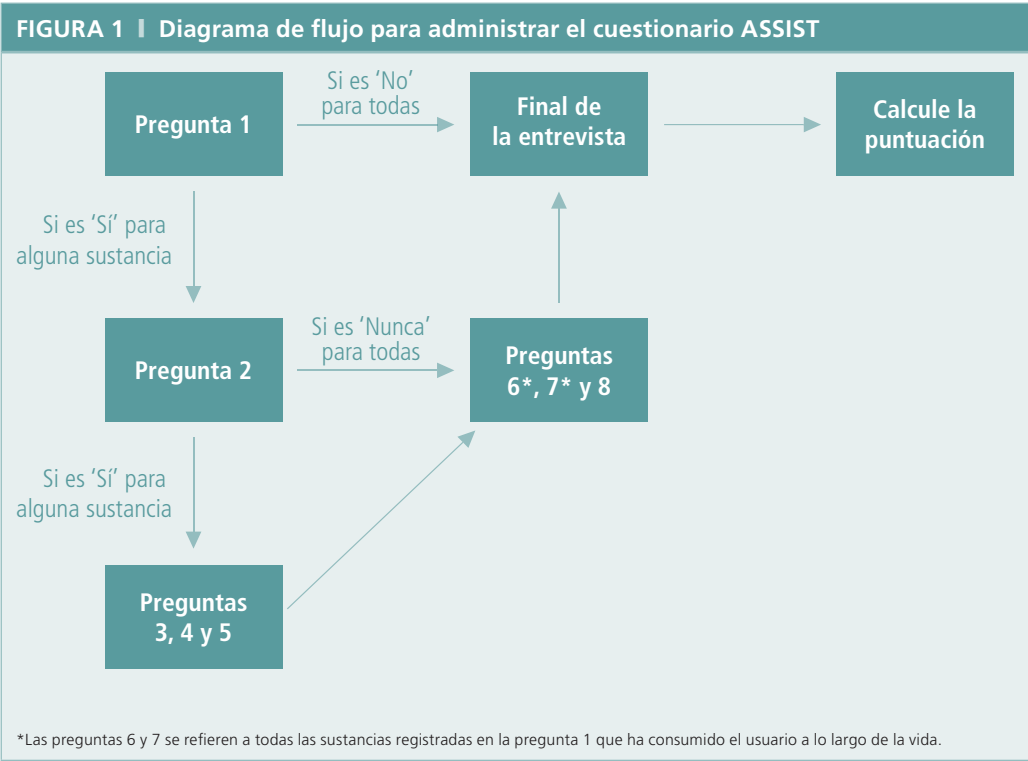
12

Cómo administrar el cuestionario ASSIST

El cuestionario ASSIST contiene instrucciones para guiar a los entrevistadores durante la entrevista. Algunas de estas instrucciones permiten al entrevistador omitir algunas preguntas y acortar la entrevista. Otras le recuerdan que debe indagar más para obtener respuestas exactas. Aunque es posible ser algo flexible al hacer las preguntas, es importante que se hayan hecho todas las preguntas relevantes y que las respuestas hayan sido registradas.

Las preguntas 1 y 2 son preguntas ‘filtro’, y determinarán por cuáles sustancias se debe preguntar en las preguntas subsecuentes.

En la Figura 1 se muestra un diagrama de flujo para administrar el cuestionario ASSIST.



P1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

(Respuestas = 'sí' o 'no')

La pregunta 1 se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida, es decir las sustancias que el usuario ha consumido aunque sea solo una vez. Es una buena manera de empezar a hablar sobre el consumo de sustancias sin ser muy indiscreto, lo cual le da un breve historial del consumo de sustancias del usuario. A cada usuario se le debe hacer esta pregunta para todas las sustancias enumeradas.

La pregunta 1 es una pregunta 'filtro', lo que significa que las respuestas registradas determinan lo que sucede a continuación con respecto a las preguntas sobre el consumo específico de sustancias en las siguientes preguntas. Si los usuarios responden 'no' a cada sustancia en la pregunta 1, el trabajador de la salud debe hacer una pregunta inquisitiva "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?". Si la respuesta aún es 'no' para todas las sustancias, la entrevista se da por terminada. Si el usuario responde 'no' únicamente para ciertas sustancias (por ejemplo inhalantes), el trabajador de la salud no vuelve a preguntar por esa sustancia (inhalantes) en la entrevista.

Al hacer la pregunta 1 hay que tener en cuenta lo siguiente:

- a medida que lee cada grupo de sustancias recuérdale al usuario las sustancias que pertenecen a ese grupo (por ejemplo,

estimulantes de tipo anfetamina, entre los que están las anfetaminas, el speed y el éxtasis) y también cualquier término local de la sustancia (términos de argot);

- encierre en un círculo 'no' o 'sí' para cada sustancia;
- utilice la misma terminología que usa el usuario a lo largo de la entrevista;
- dé ejemplos de 'otras' drogas, como GHB, kava, datura, khat;
- registre 'otras' drogas en el espacio proporcionado;
- si una sustancia nunca ha sido consumida, no pregunte por ella de nuevo durante la entrevista (todas las respuestas sobre esta droga serán 'no');
- recuerde que el resultado de la pregunta 1 no se considera para la puntuación.

Q2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?

(Respuestas = 'nunca', 'una o dos veces', 'mensualmente', 'semanalmente', 'diariamente o casi diariamente')

Si la persona responde 'sí' a la pregunta 1 para cualquiera de las sustancias de la lista, avance a la pregunta 2, que se refiere al consumo de sustancias en los últimos tres meses. La pregunta 2 debe hacerse únicamente para cada una de las sustancias que se han usado (según se registró en la pregunta 1). La pregunta 2 también es una pregunta 'filtro', lo que significa que las respuestas a esta pregunta determinan lo que sucederá a continuación con respecto a las preguntas a los usuarios sobre las drogas específicas

contenidas en las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta es 'nunca' en todos los elementos de la pregunta 2, esto significa que no se han consumido sustancias en los últimos tres meses, por lo que debe avanzar a la pregunta 6, que se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida. Si se ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

Es importante recordar los siguientes puntos cuando haga la pregunta 2:

- Haga solo preguntas sobre las sustancias que el usuario ha respondido haber consumido alguna vez (según la pregunta 1).
- Encierre todas las respuestas e incluya las respuestas '0', aún en drogas que no se hayan consumido nunca o que no se hayan consumido en los últimos tres meses.
- Es posible que tenga que volver a recordar al usuario los nombres de las drogas y los nombres comunes.
- Recuerde las codificaciones de las definiciones de los últimos tres meses ('nunca', 'una o dos veces', 'mensualmente', 'semanalmente', 'diariamente o casi diariamente').
- Puede que al responder el usuario no utilice la terminología anterior (por ejemplo 'nunca', 'una o dos veces', 'mensualmente', 'semanalmente', 'diariamente o casi diariamente') y usted deba calcular la frecuencia de consumo adecuada según la información que le ha dado (por ejemplo, si la respuesta que le da es que ha estado consumiendo cannabis una vez cada dos semanas, usted debe interpretarla y calificarla como 'mensualmente').

- Las preguntas 3, 4 y 5 deben hacerse para todas las sustancias que se han consumido en los últimos tres meses.

P3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (droga)?

(Respuestas = 'nunca', 'una o dos veces', 'mensualmente', 'semanalmente', 'diariamente o casi diariamente')

La pregunta 3 indica consumo de alto riesgo o dependencia de una sustancia. Cuando un usuario empieza a consumir una sustancia con más frecuencia o ha tenido problemas anteriores con la sustancia, empezará a experimentar un deseo fuerte o ansias de consumirla. Cuando son dependientes, algunas veces denominan este deseo como deseos muy fuertes o "estar colgado de la sustancia". Vale la pena señalar que esta pregunta no está dirigida a registrar un deseo leve o pasajero de consumir, ni necesariamente un deseo de consumir asociado con la oportunidad (por ejemplo un usuario a quien le ofrecen una droga y como resultado siente deseos de consumir, pero no sintió deseos de consumir antes de que se la ofrecieran). No todas las personas que consumen sustancias experimentan un deseo fuerte de consumir.

Una puntuación alta en la pregunta 3 es generalmente coherente con:

- un consumo más frecuente de la sustancia (habitualmente una vez a la semana o más y/o;
- problemas anteriores con la sustancia, y/o;
- el tipo de sustancia consumida. (El deseo de consumir está estrechamente relacionado con

el abuso y el nivel de adicción, por ejemplo la cocaína puede producir un fuerte deseo de consumir aún después de solo unos cuantos usos, mientras que el consumo diario o casi diario de alcohol puede no producir un deseo fuerte de consumir a menos que ya exista una adicción.) y/o;

I drogas inyectadas.

Los indicadores generales mencionados anteriormente ayudan a determinar la calificación del usuario en la pregunta 3. Sin embargo, es importante que use su juicio clínico, ya que algunos usuarios pueden tener experiencias diferentes.

Hay otros puntos que debe recordar al formular la pregunta 3:

- I** Pregunte solo sobre las sustancias que el usuario ha respondido haber consumido en los últimos tres meses (según la pregunta 2). Las sustancias que los usuarios no han consumido en los últimos tres meses, aunque experimenten un deseo fuerte o ansias de consumirlas, no se registrarían en la prueba de detección. Por ejemplo, si alguien dejó de fumar cigarrillos hace cinco meses, pero aún siente un deseo fuerte de fumarlos, no se registraría en la pregunta 3 porque no ha fumado en los últimos tres meses.
- I** Para ayudar a los usuarios a comprender la pregunta, se podría tomar el consumo diario de sustancias para establecer un punto de referencia del deseo de consumir esa sustancia. Por ejemplo, es probable que alguien que fuma cigarrillos todos los días sienta diariamente un deseo fuerte de fumarlos. Por tal razón se le podría hacer la siguiente pregunta: *“Usted conoce el nivel de deseo que siente por los cigarrillos, ¿con qué frecuencia en los últimos tres meses ha*

sentido usted un deseo similar por alcohol, marihuana, etc...?”

P4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo (de droga) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?

(Respuestas = ‘nunca’, ‘una o dos veces’, ‘mensualmente’, ‘semanalmente’, ‘diariamente o casi diariamente’)

La pregunta 4 está dirigida a determinar si el consumo de sustancias le está causando problemas al usuario y con qué frecuencia en los últimos tres meses. Esta pregunta se refiere solo a las sustancias consumidas en los últimos tres meses (según se identificaron en la pregunta 2). Es probable que muchos usuarios no estén conscientes de los problemas relacionados con el consumo de sustancias, en particular de los problemas de salud, y corresponde al trabajador de la salud ayudar al usuario a vincularlos. Puede que esta sea la primera vez que el usuario reconoce y habla, con la ayuda del trabajador de la salud, de los efectos directos que el consumo de sustancias tiene sobre él o ella. Por consiguiente, vale la pena guiar al usuario con algunos ejemplos sobre qué se quiere decir al referirse a problemas de salud, sociales, legales y económicos. La falta de guía o explicación de esta pregunta podría llevar a una puntuación más baja en esta pregunta y a una puntuación general errónea en la prueba. Se puede obtener más información sobre los problemas de consumo de sustancias específicas en la tarjeta de reporte de retroalimentación o en el Capítulo 8 de este manual. Es importante que los trabajadores de la salud estén conscientes de los problemas más comunes relacionados con el consumo de sustancias específicas y

que los utilicen como ejemplos para guiar a los usuarios.

Por ejemplo, para los consumidores de **tabaco** usted podría decir: *“Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de cigarrillos le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos como falta de aliento, descubrir que ya no tiene la misma condición física, tomarle más tiempo recuperarse de infecciones o problemas económicos porque no tiene el dinero suficiente para comprar lo que necesita después de comprar cigarrillos...?”*

Para los consumidores de **alcohol** usted podría decir: *“Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de alcohol le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos como resacas, vómito, dolor de estómago, pérdida del sueño, discusiones con la gente, conducir en estado de ebriedad, hacer cosas mientras está bebido de las que se arrepiente después...?”*

Para los consumidores de **cannabis** usted podría decir: *“Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de marihuana le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos como olvidarse de hacer las cosas, dificultad para poner atención o motivarse, problemas para organizarse, sentirse deprimido o preocupado...?”*

Para los consumidores de **estimulantes de tipo anfetamina** usted podría decir: *“Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de anfetaminas le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos como tener un ‘mal bajón’ y sentirse deprimido, preocupado e irritable el día después de haber consumido, sentirse*

enojado, agresivo, o tenso, sentir dolores de cabeza, dormir mal, problemas dentales por rechinar los dientes...?”

Quizá algunos de los problemas comunes que son específicamente pertinentes a los usuarios de su agencia u organización no se hayan mencionado antes, como son los efectos criminales que puede causar el consumo de sustancias en la población carcelaria, o los impactos sociales y familiares que el consumo de sustancias puede tener para los servicios de salud familiar e infantil. Los trabajadores de la salud que hacen la prueba de detección y la intervención breve vinculada deben estar conscientes de los problemas más comunes asociados con el consumo de sustancias de sus usuarios y mencionarlos como ejemplos cuando hagan la pregunta 4 del cuestionario.

P5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo (de droga)?

(Respuestas = ‘nunca’, ‘una o dos veces’, ‘mensualmente’, ‘semanalmente’, ‘diariamente o casi diariamente’)

La pregunta 5 se hace solo para las sustancias que han sido consumidas en los últimos tres meses según se indicó en la pregunta 2. Esta pregunta está diseñada para averiguar si el usuario tiene problemas para cumplir sus obligaciones habituales debido al consumo de sustancias, lo que por lo regular conlleva repercusiones o consecuencias. La falta de cumplimiento de las obligaciones habituales puede deberse a la intoxicación por la sustancia, la recuperación por el consumo de la sustancia o por pasar todo el tiempo disponible buscando la sustancia (por ejemplo,

esperar horas a un proveedor y faltar a citas o eventos a los que debía asistir). En este caso, usted debe guiar al usuario con ejemplos de incumplimiento de obligaciones.

A continuación se mencionan algunos ejemplos comunes de obligaciones que pueden no cumplirse como resultado del consumo de sustancias:

- faltar al trabajo y perder el pago, o meterse en problemas con el empleador, tener problemas para estar al día con el trabajo, mal desempeño, negligencia, despido;
- faltar a la escuela o a la universidad y retrasarse en sus trabajos, reprobado o salir mal en las evaluaciones o suspensión o expulsión;
- no poder mantener compromisos familiares normales, descuidar las actividades relacionadas con el cuidado de los hijos, descuidar la limpieza de la casa o el pago de las cuentas, dificultad para mantener relaciones con la pareja/amigos/familia o faltar a eventos familiares importantes.

El tabaco no está incluido en la pregunta 5 porque, en general, los fumadores no dejan de cumplir sus obligaciones. Hay algunas excepciones si la persona ha contraído una enfermedad crónica por el hábito de fumar (por ejemplo, enfermedad de los pulmones) y no puede cumplir sus deberes habituales. Sin embargo, en este caso está claro que la persona es dependiente y que está en alto riesgo por consumir tabaco, y es probable que el cuestionario identifique la necesidad de derivarlo a un servicio de tratamiento especializado.

Las personas que son sumamente dependientes de una sustancia puede que no

tengan ninguna “obligación habitual” porque ya perdieron el trabajo, el hogar, la familia o el apoyo, etc., por el consumo excesivo y continuo de sustancias. En estos casos, en vez de calificar a estas personas con ‘nunca’, se pueden utilizar de guía las tareas básicas como limpiar la casa, alimentarse a sí mismos, mantener las citas médicas y con instituciones de bienestar, etc. A este tipo de consumidor se le puede reformular la pregunta de otra manera: *“Si tuviera responsabilidades y obligaciones, como ir a trabajar o cuidar de su familia, ¿podría cumplirlas?”*.

P6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado alguna vez preocupación por sus hábitos de consumo de (drogas)?

(Respuestas = ‘nunca’, ‘sí, en los últimos tres meses’, ‘sí, pero no en los últimos tres meses’)

La pregunta 6 tiene el propósito de averiguar si otra persona (por ejemplo, familiar, amigo, pareja, cónyuge, padres, hijos, médico, empleador, maestro, etc.) ha expresado preocupación sobre el consumo de sustancias del usuario.

Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las que se han consumido en los últimos tres meses.

Regrese a la primera página del cuestionario para ver qué sustancias ha consumido el usuario a lo largo de la vida. Al principio esto puede parecer engorroso e incómodo, pero la mayoría de los trabajadores de la salud se acostumbran a hacerlo después de haber hecho la prueba unas cuantas veces.

La preocupación recientemente expresada por los hábitos de consumo de sustancias del usuario en los últimos tres meses da lugar a una puntuación más alta que la preocupación por los hábitos de consumo del usuario de hace más de tres meses. Hasta la preocupación expresada hace años debe registrarse en la categoría ‘sí, pero no en los últimos tres meses’.

Los motivos de preocupación pueden ser: discusiones, cuestionamientos, quejas, consejos, preocupación, enojo, etc. por parte de la otra persona hacia el usuario.

P7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo (droga) y no lo ha logrado?

(Respuestas = ‘nunca’, ‘sí, en los últimos tres meses’, ‘sí, pero no en los últimos tres meses’)

La pregunta 7 indica la dependencia o el consumo de sustancias de alto riesgo y está diseñada para conocer la pérdida de control sobre el consumo a lo largo de la vida. La dependencia de sustancias, o adicción, es un trastorno crónico recurrente, y muchas personas deben hacer varios intentos para reducir o dejar el consumo. Esta pregunta investiga los intentos serios para reducir o dejar el consumo, en lugar de solo los pensamientos pasajeros para reducirlo o los esfuerzos a medias. Por lo general los usuarios con una puntuación positiva en esta pregunta habrán estado consumiendo la sustancia con una frecuencia razonable, generalmente casi siempre una vez a la semana o más y/o en altas concentraciones (como sesiones de consumo desenfrenado de alcohol).

La pérdida de control se refleja en los intentos fallidos para controlar, reducir o dejar de

consumir la sustancia. En esta pregunta los intentos poco exitosos para reducir el consumo en los tres últimos meses dan lugar a la más alta puntuación e indican un problema actual por el consumo de sustancias.

El último intento no exitoso para reducir el consumo de hace más de tres meses da lugar a una puntuación menor, que indica que han tenido un problema anterior causado por el consumo de sustancias. Estos usuarios tienen un riesgo mayor de volver al consumo de sustancias dependientes o riesgosas y nocivas que los usuarios novatos que no han tenido problemas anteriores. Hasta los intentos fallidos años atrás para controlar el consumo de sustancias deben registrarse en la categoría ‘sí, pero no en los últimos tres meses’.

Sin embargo, los intentos **exitosos** para reducir el consumo no se registran. Si un usuario tuvo éxito en los intentos para reducir el consumo, el trabajador de la salud debe registrar el **último intento no exitoso**. Por ejemplo, alguien que dejó de fumar cigarrillos hace tres meses, pero había tenido varios intentos fallidos con anterioridad, se registraría como ‘sí, pero no en los últimos tres meses’.

Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las consumidas en los últimos tres meses.

Regrese a la primera página del cuestionario para ver qué sustancias se han consumido a lo largo de la vida.

Los usuarios pueden obtener 0 (‘no, nunca’) en esta pregunta por tres motivos:

- no es necesario que reduzcan el consumo, por ejemplo, no consumen lo suficiente;

- son usuarios felices (etapa de precontemplación), por ejemplo, no quieren reducir;
- redujeron el consumo exitosamente la primera vez que lo intentaron.

Como esta pregunta abarca múltiples conceptos, será más conveniente para los trabajadores de la salud dividirla en tres partes. Por ejemplo:

- ¿Ha intentado alguna vez reducir el consumo de cigarrillos? ('sí' o 'no').
- ¿Tuvo éxito? ('sí' o 'no').
- ¿Cuándo fue la última vez que lo intentó y no tuvo éxito? ('nunca' o 'sí, en los últimos tres meses' o 'sí, pero no en los últimos tres meses').

P8 *¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada?*

(Respuestas= 'nunca', 'sí, en los últimos tres meses', 'sí, pero no en los últimos tres meses')

Esta pregunta tiene por objeto indicar la dependencia o el consumo de alto riesgo, y está diseñada para averiguar la experiencia reciente del consumo de sustancias por vía inyectada en la vida del usuario. Es más probable que los usuarios que avanzan hacia el consumo por vía inyectada se hagan dependientes de la sustancia, según la frecuencia de consumo. Inyectarse también se asocia con muchos otros daños, como la sobredosis fatal y no fatal (en particular con opiáceos) y también el riesgo de psicosis (estimulantes de tipo anfetamina). Las infecciones y enfermedades de la sangre también son factores de riesgo relacionados con inyectarse.

Aunque la respuesta a la pregunta 8 no se suma a las puntuaciones finales del uso de sustancias del usuario, el consumo de drogas inyectadas,

en particular si es reciente, indicará que el usuario puede necesitar más evaluaciones y una derivación para tratamiento a algún servicio especializado en consumo de sustancias.

Si el usuario se ha inyectado drogas en los últimos tres meses, usted deberá:

- Repasar con el usuario la tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (Apéndice D) y los procedimientos para inyectarse con menos riesgo.
- Recomendar que se haga la prueba de VIH y hepatitis B y C.
- Constatar la frecuencia y los hábitos de inyectarse en los últimos tres meses de la droga inyectada con más frecuencia. Los hábitos de inyectarse ayudarán a determinar si el usuario requiere ser derivado a algún servicio de tratamiento especializado.

Las drogas más comúnmente inyectadas son los opiáceos, los estimulantes de tipo anfetamina, la cocaína y los sedantes, como las benzodiacepinas. Los hábitos de inyección de los opiáceos a veces son diferentes a los de los estimulantes de tipo anfetamina y la cocaína. Las personas que se inyectan opiáceos lo hacen con regularidad, pero las que se inyectan estimulantes tienden a agrupar sus inyecciones o hacerlo por episodios. Es decir, pueden inyectarse varios días seguidos y después descansar unos cuantos días, semanas o hasta meses antes de la siguiente sesión de inyecciones.

Como regla general, es probable que los usuarios que se han inyectado en **promedio** más de **cuatro veces al mes** en los últimos tres meses requieran ser derivados a algún servicio de tratamiento especializado.

13 Puntuación del cuestionario ASSIST

Cada pregunta del cuestionario tiene un conjunto de respuestas de las cuales elegir, y cada respuesta de las preguntas 2 a la 7 tiene una puntuación numérica. El entrevistador simplemente encierra en un círculo la puntuación numérica que corresponde a la respuesta del usuario a cada pregunta. Al final de la entrevista se suman las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia específica (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y ‘otras’ drogas) para obtener una puntuación de riesgo del ASSIST para cada sustancia (véase el Recuadro 5 como ejemplo). En los informes técnicos y de investigación se hace referencia a esta puntuación como la participación de sustancias específicas para cada tipo de droga.

RECUADRO 5 Ejemplos para calcular la puntuación de riesgo del ASSIST para cannabis*		
Respuestas de un usuario en la prueba de detección para el consumo de cannabis		
P2c	Semanalmente	Puntuación = 4
P3c	Una o dos veces	Puntuación = 3
P4c	Mensualmente	Puntuación = 5
P5c	Una o dos veces	Puntuación = 5
P6c	Sí, pero no en los últimos tres meses	Puntuación = 3
P7c	No, nunca	Puntuación = 0
Puntuación de riesgo de la prueba de detección para cannabis:		Total = 20
* Se calculan puntuaciones semejantes en todas las demás sustancias en los últimos tres meses con excepción del tabaco que no incluye la P5 en el cálculo.		

Por cuestiones prácticas en estos manuales se ha utilizado el término puntuación de riesgo del ASSIST (para cada sustancia). Como se dispuso en el cuestionario ASSIST, cada usuario tendrá 10 puntos de riesgo, es decir:

- a Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
- b Puntuación de riesgo para alcohol (de 0 a 39)
- c Puntuación de riesgo para cannabis (de 0 a 39)
- d Puntuación de riesgo para cocaína (de 0 a 39)
- e Puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina (de 0 a 39)
- f Puntuación de riesgo para inhalantes (de 0 a 39)
- g Puntuación de riesgo para sedantes (de 0 a 39)
- h Puntuación de riesgo para alucinógenos (de 0 a 39)
- i Puntuación de riesgo para opiáceos (de 0 a 39)
- j Puntuación de riesgo para ‘otras’ drogas (de 0 a 39)

La puntuación se puede registrar en la última página del cuestionario, el cual se guardará en el registro del usuario si se requiere. El usuario no ve el cuestionario sino más bien la tarjeta de reporte de retroalimentación con las puntuaciones registradas de manera adecuada para proporcionar retroalimentación como parte de la intervención breve.

Oportunidad para practicar

Para facilitar el aprendizaje de la administración y puntuación del cuestionario, se han preparado dos guiones de práctica que se muestran en el Apéndice G del manual. Los guiones de práctica han sido diseñados para ser representados por dos personas: el usuario y el profesional de la salud. La persona que interpreta al usuario lee las respuestas del guión (palabra por palabra). La persona que interpreta al trabajador de la salud anota las respuestas del usuario en un cuestionario en blanco. Las puntuaciones resultantes deben compararse con las puntuaciones correctas proporcionadas en la última página del guión. El guión no debe ser alterado o mejorado por la persona que interpreta el papel del usuario, ya que esto puede hacer que las respuestas no coincidan con las que aparecen al final de los ejemplos.

El guión está diseñado específicamente para ayudar a los trabajadores de la salud a identificar algunas de las “trampas” más comunes y aprender las sutilezas de la administración de la prueba, a saber:

- Dar la introducción.
- Hacer cada pregunta adecuadamente e incluir guías.
- Registrar las respuestas del usuario adecuadamente.
- Aprender las respuestas de frecuencia.
- Usar preguntas ‘filtro’ para drogas diferentes.
- Sumar las puntuaciones de cada sustancia y registrarlas en el recuadro de la última página.
- Utilizar el estilo de la entrevista motivacional para hacer las preguntas.

14 Interpretación de las puntuaciones del ASSIST

El cuestionario ASSIST asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con los usuarios sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, que determina la intervención más adecuada para cada nivel (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente) (véase el Recuadro 6).

Aunque el ASSIST proporciona una indicación del grado de riesgo asociado con el consumo de sustancias, vale la pena observar que hay limitaciones en las evaluaciones de riesgo basadas únicamente en este, así como sucede con cualquier tipo de instrumento psicométrico. Los problemas relacionados con el consumo de sustancias son multifacéticos, y hay muchos factores que modifican los riesgos y consecuencias negativas en la salud por el consumo de sustancias, entre ellos el historial familiar de problemas por el consumo, la comorbilidad psiquiátrica, la edad, el sexo y el estado socioeconómico. Los trabajadores de la salud deben tener en cuenta estos factores al calcular el riesgo individual real de cada usuario.

Riesgo bajo

Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de ‘tres o menos’ (‘10 o menos’ para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

Riesgo moderado

Los usuarios que obtuvieron una puntuación de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia.

Riesgo alto

Una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo.

RECUADRO 6 ¿Qué significa la puntuación de sustancias específicas?		
	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	27+	27+

15 Vinculación de las puntuaciones del ASSIST al tratamiento

La tarjeta de reporte de retroalimentación se completa al final de la entrevista y se utiliza para informar al usuario sobre su nivel de riesgo relacionado con el consumo de sustancias. Una buena manera de iniciar la intervención breve es preguntarle al usuario, “*le interesa ver la puntuación del cuestionario que acaba de contestar?*”. Registre las puntuaciones de riesgo del ASSIST para cada sustancia en los recuadros que aparecen en la tarjeta de reporte de retroalimentación. En las páginas siguientes anote el nivel de riesgo indicado por la puntuación de riesgo del ASSIST para todas las sustancias y marque el recuadro pertinente (‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’). Una copia de la tarjeta de reporte de retroalimentación se presenta en el Apéndice C.

La tarjeta de reporte de retroalimentación se utiliza durante la consulta para dar información al usuario, y se le entrega para que la lleve a su casa como recordatorio de lo conversado durante la cita médica.

Riesgo bajo

Los usuarios de riesgo bajo deben recibir el tratamiento normal para el cual asistieron a la consulta médica, y ser informados de sus puntuaciones si el tiempo lo permite. Se debe felicitar a los usuarios que tienen riesgo bajo o son abstemios y alentarlos a seguir así. Este nivel de intervención es suficiente para los usuarios cuyas puntuaciones indican que tienen riesgo bajo de sufrir consecuencias negativas relacionadas con el consumo de sustancias.

Riesgo moderado

Los usuarios de riesgo moderado deben recibir una intervención breve con una duración de tres a 15 minutos. La intervención breve consiste en proporcionar retroalimentación por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación (Apéndice C) empleando una estructura simple de entrevista motivacional. Se ha comprobado que la intervención breve vinculada a ASSIST resulta ser eficaz para que los usuarios reduzcan considerablemente el consumo de sustancias.⁵ El documento *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria*¹ ofrece más información sobre cómo proporcionar una intervención breve. A los usuarios que reciben una intervención breve también se les debe entregar el documento Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias. Una guía²⁵ y una copia de la tarjeta de reporte de retroalimentación, así como información sobre drogas específicas (adecuadas a su país y a su institución) para llevar a la casa.

Si los usuarios se han inyectado drogas en los últimos tres meses, aunque fuera una sola vez, se les debe entregar la tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (Apéndice D). Esta tarjeta de una página proporciona información y retroalimentación a las personas que se inyectan drogas, e incluye los riesgos y problemas asociados con inyectarse así como información sobre prácticas más seguras para inyectarse. La tarjeta se utiliza durante la intervención breve para brindar consejo e información, y se entrega al usuario para que la lleve a su casa como recordatorio de lo que se conversó. También se debe recomendar a los usuarios ir a una clínica en donde puedan hacerse la prueba de VIH y hepatitis B y C.

Riesgo alto

La intervención breve debe proporcionarse también a los usuarios que presentan riesgo alto, aunque no es viable como un solo tratamiento para los usuarios con este tipo de riesgo. En este caso, la intervención breve puede ser útil para alentar a los usuarios a tener una evaluación clínica detallada y tratamiento adecuado especializado. Estos servicios pueden ser proporcionados por profesionales de la salud dentro de la atención primaria de salud o por un especialista para el tratamiento de drogas y alcohol, si estos servicios están disponibles y son accesibles para el usuario dentro de un período razonable de tiempo.

Si hay servicios de tratamiento especializados, el personal clínico debe conocer los procedimientos relacionados con las citas, las remisiones y las posibles listas de espera en el caso de usuarios de alto riesgo. Si las instalaciones para el tratamiento contra las drogas y el alcohol no son accesibles fácilmente o si existe estigmatización en ellas hacia los usuarios, se debe hacer todo lo posible para brindar tratamiento en el ámbito de la atención primaria.

Como parte de la intervención breve a los usuarios que se inyectan con frecuencia, se les debe entregar la tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (Apéndice D), con el fin de darles información y consejos sobre cómo inyectarse con menos riesgo, y brindarles una asesoría detallada con el objeto de que sean evaluados y tratados por un especialista.

Excepciones

Es probable que un usuario no haya consumido cierta sustancia en los últimos tres meses y que aún tenga una puntuación de '6' para esa sustancia, lo que lo colocaría en el grupo de 'riesgo moderado'. Esta situación puede surgir si el usuario, actualmente abstemio, tuvo problemas en el pasado por el consumo de la sustancia y se le dio una puntuación de '3' a las preguntas 6 y 7 ('sí, pero no en los últimos tres meses'). Es importante estimularlos y hacerles ver que se les reconoce el esfuerzo que han hecho por mantener una continua abstinencia. No es probable que estos usuarios requieran una intervención completa, pero se les debe informar sobre sus puntuaciones y explicarles que están en la categoría de riesgo moderado. Es importante hacerles saber que corren un riesgo mayor debido a sus problemas anteriores con la sustancia, y que por lo tanto deben permanecer alertas.

16

Cómo incluir el ASSIST en la práctica diaria

Las prácticas de detección (medición de la presión sanguínea, citología, medición del colesterol, vigilancia de la estatura y peso de los niños), así como las preguntas de carácter general sobre salud y bienestar, son algunas de las que se proporcionan en muchos centros de atención primaria de salud. La detección de problemas relacionados con el consumo de sustancias y la atención adecuada de los usuarios también han sido reconocidas ampliamente como parte importante de una buena práctica de atención primaria.^{22,23}

La implementación de un programa de detección e intervención breve en su institución requiere el compromiso de la gerencia y el personal, y comprende cuatro aspectos principales.

- Planificación
- Capacitación
- Vigilancia
- Retroalimentación

Planificación

La planificación es importante para diseñar el programa de detección y velar porque los procesos se ciñan a las circunstancias específicas de cada centro de atención primaria. Todo el personal del centro debe participar en la planificación del programa. Es más probable que el personal que está más involucrado en la planificación comprenda mejor los motivos del programa, tenga un sentido de pertenencia y entusiasmo por el mismo, comprenda sus roles dentro del programa y se sienta más comprometido para llevarlo adelante. La participación de personas con diferentes antecedentes, responsabilidades y experiencia permite trabajar en conjunto para identificar posibles obstáculos y ayudar a encontrar la manera de solventarlos.

Se recomienda designar a un miembro del personal como coordinador del programa. Esta persona será responsable de velar porque todo el personal entienda sus roles y responsabilidades y porque se realicen todas las tareas necesarias.

Es importante que el plan sea claro y que trate todos los problemas que pueden presentarse en la implementación del ASSIST dentro de una práctica en particular. Algunas de las preguntas para la implementación que deben ser tratadas se muestran en el Recuadro 7.

RECUADRO 7 | Preguntas para la implementación

- ¿A qué usuarios se les hará la prueba de detección?
- ¿Cuál es la prevalencia y el tipo de sustancia que se utiliza en este entorno?
- ¿Cómo se identificará a los usuarios que necesiten pruebas de detección?
- ¿Con qué frecuencia se les hará a los usuarios la prueba de detección?
- ¿Quién hará la prueba de detección y la intervención breve?
- ¿En qué parte de la visita del usuario se hará la prueba de detección?
- ¿Qué acciones de seguimiento se tomarán?
- ¿Cómo se mantendrán los registros de la prueba de detección y las acciones de seguimiento?
- ¿Cómo se obtendrán, guardarán y manejarán las copias de la prueba de detección y los materiales de información?
- ¿Cómo se programará el seguimiento?
- ¿Cómo se informará a los usuarios sobre el programa de detección ASSIST?
- ¿Qué personal estará involucrado en el programa? ¿Cuáles serán sus roles?
- ¿Qué recursos y procesos tiene ya en la práctica que lo ayudarán a manejar el programa de detección?

El plan debe ser integral y garantizar que la prueba de detección sea oportuna, sistemática y eficaz, pero a la vez flexible para que los trabajadores de la salud obtengan el mejor provecho de las oportunidades inesperadas al administrar la prueba. El plan también tendrá que considerar la prevalencia y el tipo de uso de sustancias relevantes a la ubicación y los usuarios de la atención primaria de salud. Por ejemplo, en un lugar donde prevalece el inyectarse, es necesario tener acceso a exámenes de pruebas de enfermedades transmitidas sexualmente y a información sobre prácticas menos peligrosas de inyectarse. En lugares donde el uso de anfetaminas es mayor, se debe contar con información sobre problemas psicológicos relacionados con esta droga y acceso a tratamientos de salud mental.

Hay estudios que demuestran la eficacia de una serie de estrategias para la implementación de programas de prevención y detección en el ámbito de la atención primaria, a saber:

- Utilizar la sala de espera para que los usuarios reflexionen sobre el consumo de sustancias y utilizar:
 - ▮ carteles y exhibidores sobre los riesgos y problemas relacionados con las sustancias;
 - ▮ un tablero de avisos bien organizado con información sobre el programa;
 - ▮ boletines informativos sobre el consumo;
 - ▮ panfletos con información relevante y material educativo para los usuarios.

■ Incluir en el expediente del usuario hojas en que se resuma lo siguiente:

- ▮ las necesidades específicas de salud;
- ▮ si se le ha hecho la prueba de detección;
- ▮ sus puntuaciones y el nivel de riesgo;
- ▮ qué intervenciones se han efectuado;
- ▮ cuándo se tiene que hacer la siguiente prueba de detección.

■ Colocar adhesivos o pegatinas en el registro del usuario para indicar fácilmente si se le ha hecho la prueba de detección y cuándo.

■ Implementar sistemas de recordatorios. Los recordatorios se pueden usar para:

- ▮ invitar a los usuarios a participar en el programa de detección;
- ▮ guiar al trabajador de la salud para que administre la prueba de detección durante la visita del usuario;
- ▮ invitar al usuario al seguimiento si es necesario (recordar);
- ▮ recordar a los trabajadores de la salud y a los usuarios la fecha de la siguiente prueba de detección.

Los sistemas de información automatizados pueden ser de gran ayuda para la gestión de un programa de detección, si se cuenta con ellos.

Capacitación

La capacitación de todo el personal que participa en el programa de detección es esencial para lograr la eficacia del mismo. La capacitación abarca:

- La lectura de los manuales relacionados con la administración de la prueba de detección y la intervención breve.
- Explicar por qué el programa de detección es importante.
- Los procedimientos de implementación que se van a utilizar.
- Los roles y funciones del personal en el programa de detección y cómo se adapta a su trabajo regular.
- Cómo administrar la prueba y calcular las puntuaciones.
- Cómo proporcionar la intervención breve vinculada a ASSIST.
- Cómo realizar actividades de seguimiento para ayudar a los usuarios en los diferentes niveles de riesgo.

La capacitación eficaz debe permitir al personal discutir abiertamente sus roles, funciones y actitudes hacia la prueba de detección y la intervención temprana por el consumo peligroso y dañino de sustancias. Debe brindar también la oportunidad de hacer representaciones y prácticas supervisadas de la administración de la prueba y la intervención breve y llevar a cabo actividades de seguimiento.*

Para obtener más información sobre la capacitación, comuníquese con la OMS a la siguiente dirección:

**Manejo del Abuso de Sustancias,
Departamento de Salud Mental y
Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud**

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27, Suiza

Teléfono: +41 22 791 3494

Fax: +41 22 791 4851

Correo electrónico: msb@who.int

Sitio web: www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

* Existen algunas versiones del ASSIST en el sitio web www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en en otros idiomas además del inglés.

Vigilancia

La vigilancia regular del programa de detección es importante para garantizar que todos los problemas relacionados con su implementación serán tratados a medida que surjan y para medir el éxito del programa, para lo cual es necesario:

- Comparar el número de usuarios a quienes se les ha hecho la prueba de detección con el número de usuarios a los que se les podría hacer la prueba según la política del programa. El resultado se puede calcular como porcentaje de éxito de la prueba.
- Calcular el porcentaje de usuarios que se han hecho la prueba de detección y cuyas puntuaciones indican que están en riesgo moderado o alto para cada sustancia.
- Calcular la proporción de usuarios que reciben la intervención adecuada por las puntuaciones obtenidas (retroalimentación e información, intervención breve, tratamiento más intensivo).

Uno de los beneficios principales de la prueba de detección en el ámbito de la atención primaria de salud es que permite mantener la vigilancia de los usuarios a través del tiempo. Un aspecto importante de la prueba es vigilar los casos que se han identificado y comprobar cómo responden a la intervención, y una revisión médica anual es una buena manera de hacerlo. Los usuarios que hicieron la prueba de detección 12 meses atrás y cuyas puntuaciones indicaban 'riesgo moderado' en los problemas relacionados con el consumo de sustancias, pueden repetir la prueba para determinar si hubo algún cambio en sus hábitos de consumo. Asimismo, los usuarios que obtuvieron 'alto

riesgo' 12 meses atrás, pueden repetir la prueba para ver cómo han respondido a la evaluación y el tratamiento especializado.

Las actividades de vigilancia no se pueden realizar sin un buen registro de los usuarios y del programa. Es importante que los detalles de la prueba de detección y las intervenciones de seguimiento se registren en el expediente del usuario, lo cual puede hacerse por medio de adhesivos especiales o con hojas que resuman sus condiciones de salud. También sería conveniente contar con un registro central de los usuarios y de las actividades del programa de detección en la práctica de la atención primaria. La persona encargada de coordinar la prueba de detección debe asegurarse que se mantengan los registros adecuados.

Retroalimentación

La retroalimentación frecuente de los resultados de la vigilancia a todo el personal es esencial para una mejora continua del programa. La retroalimentación también ayuda a mantener el compromiso del personal con el programa.

La retroalimentación del personal también es importante ya que da información sobre cómo funcionan los procesos de implementación y permite que se identifiquen los problemas y se encuentren las soluciones apropiadas.

Los informes escritos y las discusiones frecuentes sobre el programa de detección durante las reuniones de personal brindan una oportunidad para la retroalimentación y la puesta en práctica.

17 Guía para los apéndices

Los apéndices de este manual contienen material para los trabajadores de la salud y para los usuarios. El material se puede fotocopiar cuando sea necesario, según las instrucciones especificadas en el manual.

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

El cuestionario puede fotocoparse y utilizarse varias veces en el ámbito de la atención primaria y en otros ámbitos de tratamiento.

Apéndice B

Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1

Este es un documento de una página que se debe entregar a los usuarios para ayudarlos a responder. La tarjeta de respuestas se puede fotocopiar.

Apéndice C

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

El trabajador de la salud debe llenar la tarjeta con los resultados y utilizarla para retroalimentar y aconsejar al usuario sobre el consumo de sustancias. Se debe alentar al usuario para que se lleve la tarjeta a su casa. La tarjeta se puede fotocopiar por ambos lados en una hoja de papel de tamaño A3 y doblar como un cuadernillo. En la primera página aparecen las puntuaciones de la prueba para cada sustancia y los niveles de riesgo, seguidos de los problemas de salud específicos y de otro tipo asociados con el consumo de sustancias. Los trabajadores de la salud deben utilizar la tarjeta de reporte de retroalimentación conjuntamente con la intervención breve.

Apéndice D

Tarjeta de riesgos asociados con inyectarse— Información para los usuarios

Esta tarjeta de una página acompaña a la intervención breve y en ella se brindan consejos sobre los riesgos asociados con inyectarse drogas. Se puede fotocopiar para uso general en el tratamiento y para entregar a los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos

tres meses. La tarjeta es útil para los usuarios de alto riesgo (que se inyectan más de una vez a la semana o tres o más días seguidos), pero estos necesitarán un tratamiento más intensivo.

Apéndice E

Traducción y adaptación a los idiomas y culturas locales: un recurso para trabajadores clínicos e investigadores

Este recurso establece las directrices que deben seguirse al traducir el ASSIST y los materiales relacionados. Existen algunas versiones del ASSIST en el sitio web www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en en otros idiomas además del inglés. Póngase en contacto con la OMS para recibir apoyo y registrarse si planea traducir los materiales o recursos del ASSIST a su idioma.

Manejo del Abuso de Sustancias, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Organización Mundial de la Salud

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27, Suiza

Teléfono: +41 22 791 3494

Fax: +41 22 791 4851

Correo electrónico: msb@who.int

Sitio web: www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

Apéndice F

Respuestas a las preguntas de autoevaluación del Capítulo 11

Apéndice G

Guiones para ser representados por dos usuarios con el fin de practicar la prueba de detección

Un usuario interpreta a 'María' y el otro interpreta a 'David'. Este guión sirve para practicar el uso de la prueba de detección con el fin de saber cómo hacerla y obtener las puntuaciones correctas antes de administrarla a usuarios reales.

Apéndice A

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico		Clinica	
Identificación o nombre del usuario		Fecha	

Introducción (léasela al usuario o adapétela a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí
<div><div>Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"</div><div>Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.</div></div>		

* El ASSIST V3.1 debe utilizarse como 'filtro' para fines clínicos. Para fines de investigación, utilice la versión anterior ASSIST V3.0.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

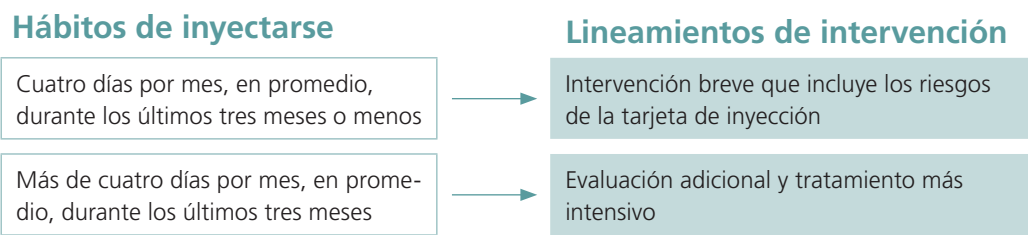
PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más <i>alguna vez</i> ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 8 ¿ <i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

NOTA IMPORTANTE

A los usuarios que se han inyectado drogas en los últimos tres meses se les debe preguntar acerca de sus hábitos de inyección durante este período para determinar sus niveles de riesgo y el mejor curso de intervención.



Cómo calcular la puntuación de consumo de una sustancia específica

Para cada sustancia (rotulada ‘a’ a la ‘j’) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 o de la pregunta 8 en esta puntuación. Por ejemplo, una puntuación para cannabis se calcularía como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**.

Observe que la pregunta 5 para tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**.

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3	4 – 26	27+
f Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+
Ahora use la tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST para proporcionarle al usuario una intervención breve.				

Apéndice B

Tarjeta de respuestas del ASSIST v3.1

TARJETA DE RESPUESTAS Sustancias
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
d Cocaína (coca, crack, etc.)
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
j Otras, especifique: _____

TARJETA DE RESPUESTAS Respuestas de frecuencia	
<p>Respuestas Últimos tres meses (preguntas 2 a 5 del ASSIST)</p> <ul style="list-style-type: none">■ Nunca: no se ha consumido en los tres últimos meses.■ Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses.■ Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.■ Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana.■ Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	<p>Frecuencia A lo largo de la vida (preguntas 6 a 8 del ASSIST)</p> <ul style="list-style-type: none">■ No, nunca.■ Sí, pero no en los últimos tres meses.■ Sí, en los últimos tres meses.

Apéndice C

Tarjeta de reporte de retroalimentación del ASSIST v3.1

Nombre del trabajador clínico

Fecha de la prueba

Puntuaciones de consumo de sustancias específicas	Puntuación	Nivel de riesgo	
a Productos de tabaco		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
b Bebidas alcohólicas		0 – 10 11 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
c Cannabis		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
d Cocaína		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
e Estimulantes de tipo anfetamina		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
f Inhalantes		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
g Sedantes o pastillas para dormir		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
h Alucinógenos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
i Opiáceos		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto
j Otras, especifique: _____		0 – 3 4 – 26 27+	Bajo Moderado Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Usted corre un riesgo inferior de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Moderado: Usted corre un riesgo moderado de tener problemas de salud y otros problemas por sus hábitos actuales de consumo de sustancias.

Alto: Usted corre un riesgo alto de tener problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, en sus relaciones) a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo y es probable que sea dependiente.

¿Le preocupan sus hábitos de consumo de sustancias?

A | Tabaco

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

Fumar tabaco con regularidad está asociado con:

Envejecimiento prematuro y arrugas en la piel

Condición física inferior y tiempos de recuperación más largos después de un resfriado o gripe

Infecciones respiratorias y asma

Alta presión sanguínea, diabetes mellitus

Aborto espontáneo, parto prematuro y bebés de bajo peso al nacer

Enfermedades renales

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, entre ellas enfisema

Enfermedades cardíacas, apoplejías, enfermedades cardiovasculares

Cáncer de pulmón, vejiga, mama, boca, garganta y esófago

B | Alcohol

Su riesgo de sufrir estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo excesivo de alcohol con regularidad está asociado con:

Resacas, conducta violenta y agresiva, accidentes y lesiones, náusea y vómito

Disminución en el desempeño sexual, envejecimiento prematuro

Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, alta presión sanguínea

Ansiedad y depresión, dificultades en las relaciones personales, problemas económicos y laborales

Dificultad para recordar cosas y resolver problemas

Deformidades y daño cerebral en los bebés de mujeres embarazadas

Daño cerebral permanente que lleva a la pérdida de memoria, déficits cognitivos y desorientación

Apoplejía, daño muscular y en los nervios

Enfermedad del hígado y el páncreas

Cáncer de boca, garganta y mama

Suicidio

C | Cannabis

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de cannabis está asociado con:

- Problemas de atención y motivación
- Ansiedad, paranoia, pánico, depresión
- Disminución de la memoria y de la capacidad para resolver problemas
- Presión sanguínea alta
- Asma y bronquitis
- Psicosis, en particular en personas con historial personal o familiar de esquizofrenia
- Enfermedades cardíacas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Cáncer de las vías respiratorias superiores y de garganta

D | Cocaína

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de cocaína está asociado con:

- Dificultad para dormir, aceleramiento del corazón, dolores de cabeza, pérdida de peso
- Aletargamiento, hormigueo, piel húmeda, rascarse o arrancarse la piel
- Ansias o deseo intenso, estrés por el estilo de vida
- Accidentes y lesiones, problemas económicos
- Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, manías
- Paranoia, pensamientos irracionales, dificultad para recordar cosas
- Conducta agresiva y violenta
- Psicosis después del consumo repetido de altas dosis
- Muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

E | Estimulantes de tipo anfetamina

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de estimulantes de tipo anfetamina está asociado con:

- Dificultad para dormir, pérdida de apetito y peso, deshidratación, reducción de la resistencia a las infecciones
- Tensión en la mandíbula, dolores de cabeza, dolor muscular
- Cambios del estado de ánimo: ansiedad, depresión, agitación, manías, pánico
- Temblores, latido irregular del corazón, falta de aliento
- Dificultad para concentrarse y recordar cosas
- Paranoia, conducta agresiva y violenta
- Psicosis después del consumo repetido de altas dosis
- Daño cerebral permanente
- Daño hepático, hemorragia cerebral, muerte repentina por enfermedades cardiovasculares agudas

F | Inhalantes

Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):

Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐

El consumo regular de inhalantes está asociado con:

- Síntomas semejantes a los de la gripe, sinusitis, sangrado de nariz
- Náusea y vómito, indigestión, úlceras estomacales, diarrea
- Mareos y alucinaciones, náusea, aletargamiento, desorientación, visión borrosa
- Dolores de cabeza, accidentes y lesiones, conducta impredecible y peligrosa
- Dificultades para la coordinación, reacciones lentas, poco abastecimiento de oxígeno al cuerpo
- Pérdida de la memoria, confusión, depresión, agresión, cansancio extremo
- Delirio, convulsiones, coma, daño en los órganos (corazón, pulmones, hígado, riñones)
- Muerte por insuficiencia cardíaca

G Sedantes y pastillas para dormir			
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):			
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>	
El consumo regular de sedantes está asociado con:			
Aletargamiento, mareo y confusión			
Dificultad para concentrarse y recordar cosas			
Náusea, dolores de cabeza, paso inestable			
Problemas para dormir			
Ansiedad y depresión			
Tolerancia y dependencia después de un período corto de tiempo			
Síntomas de abstinencia severos			
Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos y otras drogas depresivas			

H Alucinógenos			
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):			
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>	
El consumo regular de alucinógenos está asociado con:			
Cambios visuales, auditivos, táctiles y olfativos, conducta impredecible			
Dificultad para dormir			
Náusea y vómito			
Taquicardia y alta presión sanguínea			
Cambios del estado de ánimo			
Ansiedad, pánico, paranoia			
Visiones retrospectivas			
Empeoramiento de los síntomas de enfermedades mentales, como esquizofrenia			

I Opiáceos			
Su riesgo de experimentar estos daños es (marque uno):			
Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>	
El consumo regular de opiáceos está asociado con:			
Comezón, náusea y vómito			
Aletargamiento, constipación, caries, períodos menstruales irregulares			
Dificultad para concentrarse y recordar cosas			
Depresión, disminución del impulso sexual, impotencia			
Dificultades económicas, comisión de delitos			
Estrés en las relaciones personales			
Problemas para conservar el trabajo y en la vida familiar			
Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia			
Sobredosis y muerte por paro cardíaco			

Apéndice D

Tarjeta de riesgos asociados con inyectarse | Información para los usuarios

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daño por consumo de sustancias.

Este daño puede ser ocasionado por:

- La sustancia:
 - si usted se inyecta alguna droga, es más probable que desarrolle dependencia;
 - si usted se inyecta anfetaminas o cocaína, es más probable que experimente psicosis;
 - si se inyecta heroína u otro sedantes, es más probable que sufra una sobredosis;
- La conducta al inyectarse:
 - si se inyecta, puede dañarse la piel y las venas y padecer infecciones;
 - puede ocasionar cicatrices, moretones, inflamación, abscesos y úlceras;
 - sus venas pueden colapsarse;
 - si se inyecta en el cuello, puede ocasionarse un derrame cerebral;
- Compartir equipo de inyección:
 - Si comparte equipo de inyección (agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.) es más probable que disemine infecciones virales de transmisión sanguínea como la hepatitis B y C y el VIH.

Es menos arriesgado evitar inyectarse

- Si se inyecta:
 - use siempre equipo limpio (por ejemplo, agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.);
 - use siempre una aguja y jeringa nuevas;
 - no comparta el equipo con otras personas;
 - limpie el área de preparación;
 - límpiese las manos;
 - limpie el sitio de inyección;
 - use un sitio de inyección diferente cada vez;
 - inyéctese lentamente;
 - ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deséchelo de manera segura.
- Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos lo ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:
 - evite inyectarse y fumar;
 - evite consumir drogas diariamente.
- Si consume drogas depresoras como heroína, los siguientes consejos lo ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:
 - evite consumir otras drogas, en especial sedantes o alcohol, el mismo día;
 - consuma una cantidad pequeña y siempre que tenga un nuevo lote, “pruébelo” primero;
 - hágase acompañar por alguien siempre que consuma la droga;
 - evite inyectarse en lugares donde nadie puede llegar hasta usted en caso de una sobredosis;
 - tenga a la mano los números telefónicos del servicio de ambulancias.

Apéndice E

Traducción y adaptación a los idiomas y culturas locales: un recurso para trabajadores clínicos e investigadores

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, las instrucciones, las tarjetas sobre drogas, las escalas de respuestas y los manuales pueden requerir traducción a los idiomas locales para su uso en países o regiones específicas. La traducción del inglés a cualquier otro idioma debe ser tan directa como sea posible para mantener la integridad de las pruebas y documentos. Sin embargo, en algunos ámbitos culturales y grupos lingüísticos, los aspectos de la prueba de detección y sus documentos pueden no traducirse literalmente y puede haber factores socioculturales que deban tenerse en cuenta además del significado semántico. En particular, los nombres de las sustancias pueden necesitar una adaptación para cumplir las condiciones locales. Cabe mencionar que la definición de bebida estándar puede variar de un país a otro.

La traducción debe estar a cargo de un traductor bilingüe, preferiblemente un profesional de la salud con experiencia en entrevistas. La traducción de la prueba misma debe ser revisada por un panel de expertos bilingües para evitar las ambigüedades. La traducción de nuevo al inglés debe realizarla otro traductor independiente, cuyo idioma principal sea el inglés, para no perder el significado en la traducción. Este procedimiento estricto de traducción es clave para que la prueba de detección asegure que

se obtenga información comparable donde quiera que se realice.

Este manual y los documentos que lo acompañan también pueden ser traducidos si es necesario. Aunque no es preciso pasar por el procedimiento descrito anteriormente para realizar la traducción, se debe contar con un panel de expertos bilingües.

Antes de intentar traducir la prueba de detección y sus documentos relacionados a otros idiomas, los interesados deben consultar con la OMS los procedimientos a seguir y la disponibilidad de otras traducciones. Para ello puede dirigirse a la OMS a la siguiente dirección:

**Manejo del Abuso de Sustancias,
Departamento de Salud Mental y
Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud**

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27, Suiza

Teléfono: +41 22 791 3494

Fax: +41 22 791 4851

Correo electrónico: msb@who.int

Sitio web: [www.who.int/substance_abuse/
activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/)

Apéndice F

Respuestas a las preguntas de autoevaluación del Capítulo 11

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN Respuestas	
1 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha consumido heroína dos veces en los últimos tres meses?	Una o dos veces = 2
2 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha ingerido alcohol cada día de la semana excepto los lunes en los últimos tres meses?	Diariamente o casi diariamente = 6
3 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha fumado marihuana de tres a cuatro veces por semana en los últimos tres meses?	Semanalmente = 4
4 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que consume cocaína una vez cada quince días?	Mensualmente = 3
5 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha fumado cigarrillos diariamente pero se ha abstenido en las últimas seis semanas?	Semanalmente = 4
6 P2. ¿Cómo codificaría a alguien que ha consumido metanfetaminas tres veces en los últimos tres meses?	Semanalmente = 3

Apéndice G

Guiones para ser representados por dos usuarios con el fin de practicar la prueba de detección

Esta simulación en pares se puede utilizar para practicar la correcta administración del ASSIST. También es un ejercicio valioso para ayudarlo a comprender lo que significa para el usuario administrar el cuestionario ASSIST. Se necesitan dos personas para la actividad: una que interprete al entrevistador y otra al usuario. También se necesitará el cuestionario ASSIST v3.1 y una tarjeta de respuestas del ASSIST para realizar esta actividad.

La persona que administra el cuestionario ASSIST (entrevistador) utiliza un cuestionario ASSIST en blanco para anotar las respuestas del usuario. La introducción al ASSIST, que aparece en la primera página del cuestionario, también debe leerse o parafrasearse como parte de la simulación, y entregarle al usuario la tarjeta de respuestas del ASSIST.

La persona que interpreta al usuario lee este guión para responder las preguntas del entrevistador. El guión debe leerse **como está escrito**, ya que cualquier cambio puede resultar en un error de codificación y puntuación por parte del entrevistador.

Después de la administración del cuestionario, el entrevistador deberá calcular las puntuaciones finales del usuario y anotarlas en el recuadro de la última página del cuestionario ASSIST v3.1. Las puntuaciones calculadas por el entrevistador deberán compararse con las puntuaciones correctas proporcionadas en la última página de este guión. Si existen diferencias, deberán ser comentadas y resueltas por las dos personas que interpretaron los papeles en la simulación, a fin de que las puntuaciones finales calculadas por el entrevistador reflejen las puntuaciones proporcionadas en este guión.

NOTA A LA PERSONA QUE LEE EL GUIÓN DEL USUARIO

Algunas de sus respuestas están entre corchetes (por ejemplo, P2d.). Esto significa que el entrevistador no debió haberle hecho esta pregunta debido al 'filtro'. Podrá dar las respuestas que están entre corchetes al entrevistador y recordarle que no debió haberle hecho esta pregunta.

Guión del usuario (María)

Respuestas para la simulación en pares

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No
j Otras, especifique: _____	No

PREGUNTA 2 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Todos los días
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Todos los días
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Una o dos veces
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Aproximadamente una vez a la semana
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	He consumido óxido nitroso dos veces
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No los he consumido en los últimos tres meses
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca he probado alucinógenos
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Nunca he probado opiáceos
j Otras, especifique: _____	Nunca he probado otras drogas

PREGUNTA 3 En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Todos los días
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	He sentido algún deseo por beber, pero no diría un fuerte deseo, diría que nunca en los últimos tres meses
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Nunca
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Probablemente he sentido un deseo fuerte de <i>speed</i> una o dos veces en los últimos tres meses
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No los he consumido en los últimos tres meses
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca he probado alucinógenos
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Nunca he probado opiáceos
j Otras, especifique: _____	Nunca he probado otras drogas

PREGUNTA 4 En los <i>últimos tres meses</i> , ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Una o dos veces en los últimos tres meses he notado que me falta el aliento después de hacer ejercicio y creo que es por fumar
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	He tenido resacas muy fuertes en promedio una vez cada quince días en los últimos tres meses
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Nunca
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Se me ha acabado el dinero dos veces en los últimos tres meses por comprar <i>speed</i> y he tenido problema para pagar mis cuentas
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No los he consumido en los últimos tres meses
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca he probado alucinógenos
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Nunca he probado opiáceos
j Otras, especifique: _____	Nunca he probado otras drogas

PREGUNTA 5 | En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Nunca
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Nunca
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No los he consumido en los últimos tres meses
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca he probado alucinógenos
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Nunca he probado opiáceos
j Otras, especifique: _____	Nunca he probado otras drogas

PREGUNTA 6 | ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado *alguna vez* preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Sí, mi doctor dijo que debería dejar de fumar hace un año, pero no desde entonces
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Sí, pero no en los últimos tres meses
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Nunca
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Sí, mi novio lo hizo el mes pasado
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Sí, pero no en los últimos tres meses
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca he probado alucinógenos
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Nunca he probado opiáceos
j Otras, especifique: _____	Nunca he probado otras drogas

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Sí, lo he intentado en los últimos tres meses, pero no he tenido éxito
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca lo intenté
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Nunca
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Nunca
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Solía consumir mucho Valium y tuve que reducirlo, pero tuve éxito la primera vez
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca he probado alucinógenos
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Nunca he probado opiáceos
j Otras, especifique: _____	Nunca he probado otras drogas

PREGUNTA 8 ¿ <i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	Nunca
---	-------

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Tratamiento más intensivo
a Tabaco	25	0 – 3	4 – 26	27+
b Alcohol	14	0 – 10	11 – 26	27+
c Cannabis	2	0 – 3	4 – 26	27+
d Cocaína	0	0 – 3	4 – 26	27+
e Estimulantes de tipo anfetamina	17	0 – 3	4 – 26	27+
f Inhalantes	2	0 – 3	4 – 26	27+
g Sedantes	3	0 – 3	4 – 26	27+
h Alucinogénicos	0	0 – 3	4 – 26	27+
i Opiáceos	0	0 – 3	4 – 26	27+
j Otras drogas	0	0 – 3	4 – 26	27+

Puntuación de la simulación de María								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Total
a Tabaco	Sí	Diariamente 6	Diariamente 6	U-D 4	N/D	S/N 3m 3	S/N 3m 6	25
b Alcohol	Sí	Diariamente 6	Nunca 0	Mensualmente 5	Nunca 0	S/N 3m 3	Nunca 0	14
c Cannabis	Sí	U-D 2	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	2
d Cocaína	No	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
e Estimulantes de tipo anfetamina	Sí	Semanalmente 4	U-D 3	U-D 4	Nunca 0	S 3m 6	Nunca 0	17
f Inhalantes	Sí	U-D 2	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	2
g Sedantes	Sí	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	S/N 3m 3	Nunca 0	3
h Alucinógenos	No	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
i Opiáceos	No	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
j Otras drogas	No	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0

NOTA IMPORTANTE

‘S/N 3m’ significa: “Sí, pero no en los últimos tres meses” (puntuación de 3).

‘U-D’ significa: “Una o dos veces” (puntuación de 4).

‘S 3m’ significa: “Sí, en los últimos tres meses.

‘N/D’ significa: No disponible.

Las preguntas 1 y 8 no se incluyen en la puntuación.

Guión del usuario (David)

Respuestas para la simulación en pares

PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)	
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Sí
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Sí
j Otras, especifique: _____	Sí, he probado kava

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Todos los días
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Una o dos veces
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Casi todos los días
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No en los tres últimos meses
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca he probado inhalantes
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Nunca he probado sedantes
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Ha tenido un par de ‘viajes’ en los últimos tres meses (dos veces)
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Solía ser adicto a la heroína e intenté varias veces reducir el consumo, pero logré dejarla completamente hace tres años, por lo que no he consumido opiáceos en los últimos tres meses
j Otras, especifique: kava	Solo probé kava una vez hace años; no la he vuelto a probar

PREGUNTA 3 | En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Todos los días
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Todos los días
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No lo he consumido en los últimos tres meses
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca he probado inhalantes
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Nunca he probado sedantes
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No lo he consumido en los últimos tres meses
j Otras, especifique: <i>kava</i>	No la he consumido en los últimos tres meses

PREGUNTA 4 | En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Me despierto con mucha tos una o dos veces por semana. He estado así por dos años aproximadamente
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	El mes pasado la policía me dio una advertencia por posesión de marihuana, pero nada más
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No lo he consumido en los últimos tres meses
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca he probado inhalantes
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Nunca he probado sedantes
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No lo he consumido en los últimos tres meses
j Otras, especifique: <i>kava</i>	No la he consumido en los últimos tres meses

PREGUNTA 5 | En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Hace dos meses me olvidé de asistir a un evento familiar importante porque estuve fumando marihuana todo el día. Mi familia se enojó conmigo por ello.
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No los he consumido en los últimos tres meses
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca he probado inhalantes
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Nunca he probado sedantes
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No lo he consumido en los últimos tres meses
j Otras, especifique: <i>kava</i>	No la he consumido en los últimos tres meses

PREGUNTA 6 | ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado alguna vez preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Sí, pero no en los últimos tres meses
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Sí, hace aproximadamente 6 meses
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Nunca
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca he probado inhalantes
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Nunca he probado sedantes
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Sí, pero fue hace años
j Otras, especifique: <i>kava</i>	Nunca

PREGUNTA 7 Ha intentado <i>alguna vez</i> reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	Sí, lo intenté el mes pasado pero fracasé
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Nunca tuve que hacerlo
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Nunca he intentado dejarlo
d Cocaína (coca, crack, etc.)	Nunca he probado la coca
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Nunca ha sido un problema
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Nunca he probado inhalantes
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Nunca he probado sedantes
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Nunca tuve que hacerlo
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Sí, pero no en los últimos tres meses
j Otras, especifique: kava	Solo la probé una vez, así que nunca

PREGUNTA 8 ¿ <i>Alguna vez</i> ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	Sí, pero no en los últimos tres meses
---	---------------------------------------

El tipo de intervención se determina por la puntuación de consumo de sustancias específicas				
	Registrar la puntuación para cada sustancia	No requiere intervención	Recibir intervención breve	Recibir tratamiento más intensivo
a Tabaco	27	0 – 3	4 – 26	27+
b Alcohol	2	0 – 10	11 – 26	27+
c Cannabis	24	0 – 3	4 – 26	27+
d Cocaína	0	0 – 3	4 – 26	27+
e Estimulantes de tipo anfetamina	0	0 – 3	4 – 26	27+
f Inhalantes	0	0 – 3	4 – 26	27+
g Sedantes	0	0 – 3	4 – 26	27+
h Alucinógenos	2	0 – 3	4 – 26	27+
i Opiáceos	6	0 – 3	4 – 26	27+
j Otras drogas	0	0 – 3	4 – 26	27+

Puntuación de la simulación de David								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Total
a Tabaco	Sí	Diariamente 6	Diariamente 6	Semanalmente 6	N/D	S/N 3m 3	S/N 3m 6	27
b Alcohol	Sí	U-D 2	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	2
c Cannabis	Sí	Diariamente 6	Diariamente 6	U-D 4	U-D 5	S/N 3m 3	Nunca 0	24
d Cocaína	Sí	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
e Estimulantes de tipo anfetamina	Sí	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
f Inhalantes	Sí	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
g Sedantes	No	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0
h Alucinógenos	Sí	U-D 2	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	2
i Opiáceos	Sí	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	S/N 3m 3	S/N 3m 3	6
j Otras drogas	Sí	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	Nunca 0	0

NOTA IMPORTANTE

‘S/N 3m’ significa: “Sí, pero no en los últimos tres meses” (puntuación de 3).
‘U-D’ significa: “Una o dos veces” (puntuación de 4).
‘N/D’ significa: No disponible.
Las preguntas 1 y 8 no se incluyen en la puntuación.

Referencias

- 1 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo problemático de sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- 2 Henry-Edwards S, Humeniuk RE, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2003) *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for use in primary care*. Draft version 1.1 for field testing. Geneva, World Health Organization.
- 3 WHO ASSIST Working Group (2002) The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.
- 4 Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boergen de Larcera R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V y Simon S (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103(6):1039-1047.
- 5 Humeniuk RE, Dennington V y Ali RL (2008) *The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial*. Geneva, World Health Organization.
- 6 Babor T, de la Fuente J, Saunders J y Grant M (1989) *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva, World Health Organization (WHO/MNH/DAT 89.4).
- 7 Babor T, Higgins Biddle J, Saunders J y Monteiro M (2001) *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care*. 2nd ed. Geneva, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6).
- 8 Babor TF y Higgins-Biddle JC (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b).
- 9 WHO Brief Intervention Study Group (1996). A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7):948-955.
- 10 McPherson TL y Hersh RK (2000). Brief substance use screening instruments for primary care settings: A review. *J Subst Abuse Treat*, 18:193-202.
- 11 Babor TF y Kadden RK (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *J Trauma*, 59 (Suppl):80-87.
- 12 McLellan A, Luborsky L, Cacciola J y Griffith JE (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and Validity in Three Centres. *J Nerv Ment Dis*, 173:412-423.

- 13 Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- 14 Brown RL y Rounds LA (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: criterion validity in a primary care practice. *WMJ*, 94:135-140.
- 15 Humeniuk R (2006). *Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Pilot Brief Intervention: A Technical Report of Phase II Findings of the WHO ASSIST Project*. Geneva, World Health Organization.
- 16 Newcombe D, Humeniuk RE y Ali RL (2005). Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Phase II Study. Report from the Australian Site. *Drug and Alcohol Review*, 24(3):217-226.
- 17 Bien TH, Miller WR y Tonigan S (1993). Brief intervention for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88:315–336.
- 18 Miller W y Rollnick S (2002). *Motivational Interviewing*. 2nd ed. New York and London, Guilford Press.
- 19 Humeniuk RE, Henry-Edwards S y Ali RL (2003). *Self-help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use: A Guide*. Draft Version 1.1 for Field Testing. Geneva, World Health Organization.
- 20 World Health Organization (2009). *Global Health Risks*. Geneva, WHO.
- 21 Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC, National Academic Press.
- 22 Skinner HA (1987). Early detection of alcohol & drug problems - why? *Australian Drug & Alcohol Review*, 6:293-301.
- 23 Royal Australian College of General Practitioners (1998). *Putting Prevention into Practice. A Guide for the Implementation of Prevention in the General Practice Setting*. 1st ed. Melbourne, RACGP.
- 24 Royal Australian College of General Practitioners (2002). *Guidelines for Preventive Activities in General Practice*. 2nd ed. Melbourne, RACGP.
- 25 Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL y Meena S (2010). *Estrategias de autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias. Una guía*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

**Thomas F. Babor
John C. Higgins-Biddle
John B. Saunders
Maristela G. Monteiro**

AUDIT

Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol

Pautas para su utilización en Atención Primaria



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Mental
y Dependencia de Sustancias



Resumen

Este manual presenta el AUDIT, el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N°. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Con el creciente uso del screening de alcohol y la popularidad internacional del AUDIT, surgió la necesidad de revisar este manual para incorporar los avances en la investigación y la experiencia clínica.

Este manual va dirigido principalmente para personal sanitario, pero otros profesionales que se encuentren ante personas con problemas relacionados con el alcohol también pueden encontrarlo útil. Está diseñado para su uso junto con un documento complementario que proporciona información sobre los procedimientos de intervención precoz, y que lleva por título «La Intervención breve para el consumo perjudicial o de riesgo: Un Manual para Uso en Atención Primaria». Juntos, estos manuales describen una aproximación detallada del screening y la intervención breve para los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria de Salud.

Reconocimientos

La revisión y finalización de este documento fueron coordinadas por Maristela Monteiro con la asistencia técnica de Vladimir Poznyak del Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias de la OMS, y Deborah Talamini, Universidad de Connecticut. El apoyo económico para esta publicación fue proporcionado por el Ministerio de Salud y de Bienestar de Japón.

Traducción. José Martínez-Raga, Bartolomé Pérez Gálvez, Miguel Castellano Gómez, María Dolores Temprado Albalat

© Organización Mundial de la Salud 2001

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los derechos están reservados por la Organización. Este documento puede, sin embargo, ser libremente revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad pero no para la venta o para su utilización con fines comerciales. Cualquier pregunta debe ser remitida al Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, CH-1211 Ginebra 27, Suiza, que estará encantado de aportar la información más reciente o cualquier cambio hecho en el texto, los planes para nuevas ediciones y reimpressiones, las adaptaciones regionales y las traducciones ya disponibles.

Los autores son los únicos responsables de los puntos de vista expresados en este documento, los cuales no son necesariamente los de la Organización Mundial de la Salud.

Índice

- 4 Objetivo de este manual
- 5 ¿Por qué hacer screening del consumo de alcohol?
- 8 El contexto del screening del alcohol
- 10 Desarrollo y validación del AUDIT
- 14 Normas de administración
- 19 Puntuación e interpretación
- 21 Cómo ayudar a los pacientes
- 25 Implementación del programa

Anexos

- 28 A. Normas de investigación para el AUDIT
- 30 B. Formato sugerido para el AUDIT de auto-pase
- 32 C. Traducción y adaptación a idiomas, culturas y circunstancias específicas
- 33 D. Procedimientos de screening clínicos
- 34 E. Materiales de formación para el AUDIT
- 35 Referencias

Objetivo de este manual

Este manual presenta el AUDIT, Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.^{1,2} Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. El AUDIT también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios.

A este respecto, el manual describirá:

- Motivos por los que preguntar sobre el consumo de alcohol
- El contexto del screening de alcohol
- Desarrollo y validación del AUDIT
- Las preguntas del AUDIT y cómo utilizarlas
- Puntuación e interpretación
- Cómo llevar a cabo un examen clínico de screening
- Cómo ayudar a los pacientes cuyo screening sea positivo
- Cómo implementar un programa de screening

Los Anexos de este manual contienen información adicional, útil para clínicos e investigadores. Las directrices incluidas en el Anexo A sugieren otros posibles estudios sobre la fiabilidad, validez y puesta de funcionamiento del screening con el AUDIT. El Anexo B contiene un ejemplo del AUDIT en formato de auto-administración. El Anexo C proporciona unas pautas para la traducción y adaptación del AUDIT. El Anexo D describe procedimientos clínicos de screening mediante un examen físico, pruebas de laboratorio y la historia clínica. El Anexo E proporciona información sobre los materiales de formación disponibles.

¿Por qué hacer screening del consumo de alcohol?

Hay muchas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo excesivo causa enfermedad y sufrimiento en el bebedor, su familia y amigos. Es una de las causas principales de ruptura de las relaciones de pareja, de accidentes, hospitalización, incapacidad prolongada y muerte prematura. Los problemas relacionados con el alcohol representan una inmensa pérdida económica para muchas comunidades en todo el mundo.

El AUDIT fue desarrollado para detectar el consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono del consumo. La mayoría de bebedores excesivos no están diagnosticados. A menudo, éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. El AUDIT ayudará al clínico a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

El *consumo de riesgo*³ es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El *consumo perjudicial* se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.^{3,4}

La *dependencia* es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol.⁴ Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

El alcohol está implicado en una amplia variedad de enfermedades, trastornos y lesiones, así como en múltiples problemas sociales y legales.^{5,6,7} Es una de las causas principales del cáncer de boca, esófago y laringe. La cirrosis hepática y la pancreatitis a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo durante largos períodos de tiempo. El alcohol causa daños al feto en mujeres embarazadas. Así mismo, problemas médicos mucho más frecuentes, como la hipertensión, la gastritis, la diabetes y algunas formas de infarto cerebral pueden agravarse incluso por el consumo ocasional y de breve duración, tal como también ocurre con trastornos mentales como la depresión. Las lesiones por accidentes de tráfico y de peatones, las caídas y los problemas laborales, a menudo se producen como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Los riesgos se asocian con el patrón de bebida y con la cantidad de alcohol consumida.⁵ Destacar que si bien las personas con dependencia de alcohol son más propensas a desarrollar más niveles de daño, la mayor parte de los daños

asociados con el alcohol aparecen entre las personas que no son dependientes, aunque sólo sea porque hay muchos más de éstos últimos. Por ello, la identificación de bebedores según diversos tipos y grados de consumo de riesgo puede ser de gran importancia para reducir todos los daños asociados.

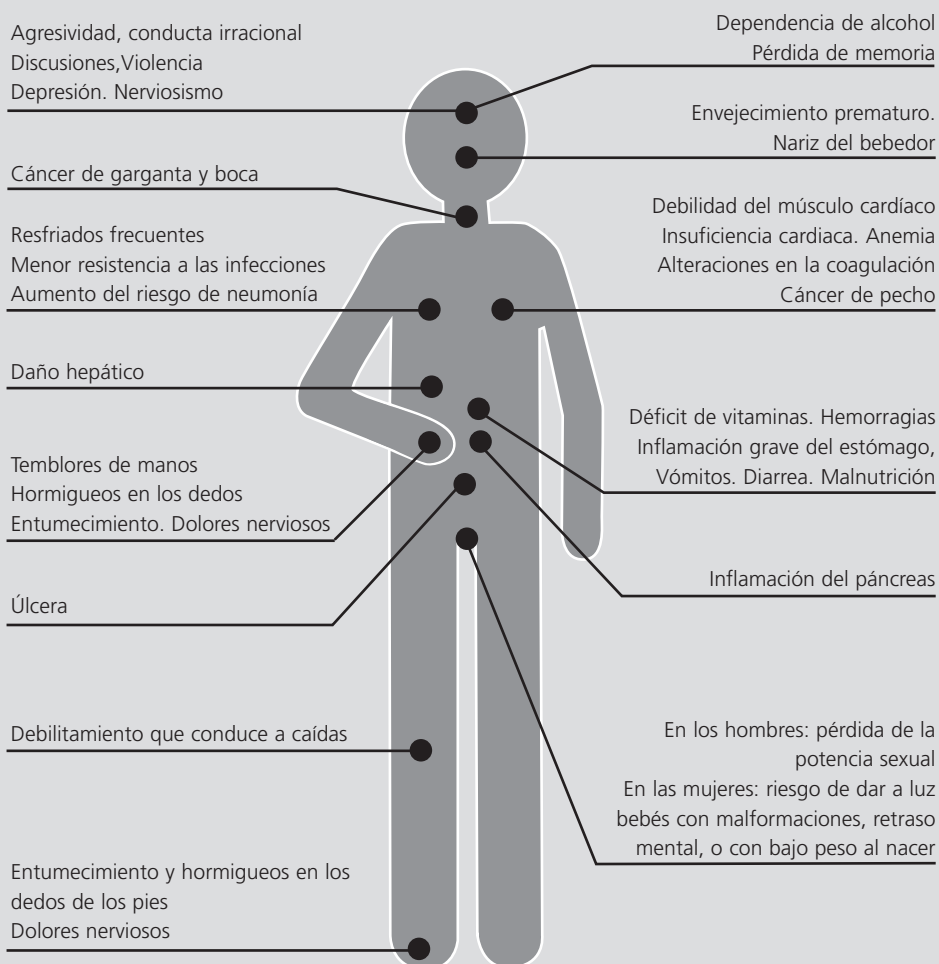
La figura 1 ilustra la diversidad de problemas de salud asociados con el consumo de alcohol. A pesar de que las consecuencias médicas tienden a estar concentradas en personas con una dependencia grave, incluso el consumo en el margen de 20-40 gramos al día de alcohol puro es un factor de riesgo para los accidentes, las lesiones y múltiples problemas sociales.^{5,6}

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. La ignorancia de los límites del consumo y de los riesgos asociados con el consumo excesivo son factores importantes. También representan un papel destacable las influencias sociales y ambientales, tales como las costumbres y actitudes que favorecen el consumo elevado. De particular importancia en el screening es, sin embargo, el hecho que las personas que *no* son dependientes de alcohol pueden parar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado. Aunque no todos los bebedores de riesgo llegan a ser dependientes, nadie desarrolla dependencia sin haber mantenido durante algún tiempo un consumo de riesgo de alcohol. Considerando estos factores la necesidad del screening parece clara.

El screening del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo. La información sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol puede ayudar a establecer el diagnóstico del estado actual del paciente, así como también puede alertar a los clínicos sobre la necesidad de advertir a los pacientes cuyo consumo podría afectar adversamente a su medicación y a otros aspectos de su tratamiento. El screening también ofrece a los clínicos la oportunidad de adoptar medidas preventivas que han demostrado su efectividad en reducir los riesgos relacionados con el alcohol.

Figura 1

Efectos del consumo de alto riesgo



El consumo de alcohol de alto riesgo puede conllevar problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales y económicos. También puede reducir tu expectativa de vida y causar accidentes o muerte por conducir bebido.

El contexto del Screening del Alcohol

Si bien este manual se centra en el uso del AUDIT para el screening del consumo de alcohol y los riesgos relacionados en el ámbito de la atención primaria, también puede ser utilizado eficazmente en muchos otros contextos. En muchos casos ya se han desarrollado y utilizado los procedimientos de aplicación específicos. El cuadro 1 resume la información sobre el lugar de aplicación, personal encargado del screening y población diana que se consideran adecuados para un programa de screening mediante el AUDIT. Murray⁹ ha argumentado que el screening puede ser llevado a cabo exitosamente con:

- Pacientes de un hospital general, especialmente aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol. (p.ej., pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, trastornos neurológicos, cardiomiopatía);
- Personas que están deprimidas o que han intentado suicidarse;
- Otros pacientes psiquiátricos;
- Pacientes que acuden al servicio de urgencias;
- Pacientes que acuden al médico general;
- Vagabundos;
- Presos; y
- Aquellos multados por motivos legales relacionados con su consumo de alcohol (p.ej., conducir bajo los efectos del alcohol, intoxicación pública).

específicos de trabajadores (tales como ejecutivos de empresas, animadores, prostitutas, camareros y marineros). La naturaleza del riesgo difiere en función de la edad, género, contexto del consumo y patrón del mismo, así como, los factores socioculturales que juegan un importante papel en la definición y expresión de los problemas relacionados con el alcohol.⁶

A éstos debería añadirse aquellos grupos considerados por un Comité de Expertos de la OMS⁷ como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol: varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos

Cuadro 1

Personal, centros y grupos que se consideran apropiados para un programa de detección utilizando el AUDIT

Ámbito de aplicación	Grupo diana	Personal encargado del screening
Clínica de atención primaria	Pacientes médicos	Personal de enfermería, asistentes sociales.
Servicio de urgencias	Víctimas de accidentes Pacientes con intoxicación Víctimas de sucesos traumáticos	Médico, personal de enfermería u otro personal
Consulta médica	Pacientes médicos	Médico general, médico de familia u otro personal
Sala de un hospital general Policlínica ambulatoria	Pacientes con hipertensión, enfermedades cardíacas, trastornos gastrointestinales o neurológicos.	Internista u otro personal
Hospital psiquiátrico	Pacientes psiquiátricos, particularmente aquellos con tendencias suicidas.	Psiquiatra u otro personal
Tribunal, comisaría, prisión	Sujetos con delitos cometidos bajo los efectos del alcohol. Criminales violentos	Funcionarios, Terapeutas
Otros recursos de tipo sanitario	Individuos que presentan una alteración en su funcionamiento social o laboral (p.ej. problemas de pareja, abandono de niños, etc.)	Asistentes sociales y personal sanitario
Ejército	Reclutas y oficiales	Personal sanitario
Centro de trabajo. Programas de intervención laboral.	Empleados, especialmente aquellos con problemas de productividad, absentismo o accidentes.	Personal de medicina de empresa o de Mutuas de Trabajo

Desarrollo y validación del AUDIT

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el género, la edad y las diferentes culturas.^{1,2,10} El cuadro 2 describe los dominios conceptuales y el contenido de los ítems del AUDIT, el cual comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países.^{1,2} Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional;
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia;
- Breve, rápido, y flexible;
- Diseñado para el personal de atención primaria;
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol;
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple.² Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados.

Los investigadores revisaron diversos procedimientos clínicos, de laboratorio y de auto-informe que habían sido utilizados con este fin en diferentes países. Entonces iniciaron un estudio transnacional para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening.¹

Este estudio comparativo de campo fue llevado a seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América).

El método consistió en seleccionar los ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos con consumo perjudicial. A diferencia de los tests previos de screening, el nuevo instrumento pretendía la identificación precoz del consumo de riesgo y perjudicial, así como la dependencia de alcohol (alcoholismo). Cerca de 2.000 pacientes fueron reclutados de diversos recursos sanitarios, incluyendo centros especializados en el tratamiento del alcohol. El sesenta y cuatro por ciento eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol.

A los participantes se les practicó un examen físico, que incluía un análisis de sangre para determinar los marcadores estándar de alcoholismo, así como, una amplia entrevista que recogía las características demográficas, la historia médica, problemas de salud, consumo de alcohol y drogas, reacciones psicológicas al alcohol, problemas asociados con la bebida y los antecedentes familiares de problemas con el alcohol. Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron

Cuadro 2

Dominios e ítems del AUDIT

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales relevantes (p.ej., consumo de alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo). Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional.

La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad (porcentaje de casos positivos que el test identifica correctamente) y especificidad (porcentaje de casos negativos que el test identifica correctamente) óptimas con el objeto de

detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test¹ un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

El AUDIT difiere de otros tests de screening de auto-pase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un razonamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de ítems, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez».

Una vez se publicó el AUDIT, los autores recomendaron estudios adicionales de validación. En respuesta a esta solicitud, se han llevado a cabo un gran número de estudios para evaluar su validación y fiabilidad en diferentes muestras clínicas y comunitarias en todo el mundo.¹⁰ Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la CIE-10,^{10,11,12} así como para el riesgo de futuros daños.¹² No obstante, se han logrado mejoras en la detección de algunos casos mediante el aumento o disminución del valor de corte en uno o dos puntos, dependiendo de la población y el objetivo del programa de screening.^{11,12}

Se han estudiado diversas subpoblaciones entre las que se incluyen pacientes de atención primaria,^{13,14,15} casos de servicios de urgencias,¹¹ consumidores de drogas,¹⁶ parados,¹⁷ estudiantes universitarios,¹⁸ pacientes ancianos ingresados¹⁹ y personas con un bajo nivel socioeconómico,²⁰ viéndose que el AUDIT proporciona una buena discriminación. Una revisión sistemática reciente²¹ de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria, en comparación con otros cuestionarios como el CAGE y el MAST.

La adecuación cultural y la aplicabilidad transnacional fueron consideraciones importantes en el desarrollo del AUDIT.^{1,2} Se han realizado trabajos de investigación en una gran variedad de países y culturas,^{11,12,13,15,22,23,24} que han sugerido que el AUDIT ha cumplido su promesa como test de screening internacional.

Si bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada,^{11,12,24} el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres. El efecto de la edad no ha sido analizado sistemáticamente como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio¹⁹ encontró una baja sensibilidad y alta especificidad en pacientes de más de 65 años. El AUDIT ha demostrado ser preciso en la detección de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios.¹⁸

Se ha demostrado que el AUDIT tiene una precisión igual o superior cuando se compara con otros tests de screening,^{10,11,25,26} a través de una amplia variedad de criterios. Bohn, et al.²⁷ hallaron alta correlación entre el AUDIT y el MAST ($r=.88$) tanto para hombres como mujeres y correlaciones de .47 y .46 para hombres y mujeres, respectivamente, en un test encubierto de screening del alcoholismo. También se ha visto un alto coeficiente de correlación (.78) entre el AUDIT y el CAGE en pacientes ambulatorios.²⁶ Se halló que las puntuaciones del AUDIT correlacionaban bien con medidas de las consecuencias del consumo, actitudes hacia el consumo, vulnerabilidad a la dependencia de alcohol, estados de ánimo negativos tras el consumo y razones para beber.²⁷ Parece que la puntuación total del AUDIT refleja la magnitud de la implicación del alcohol a lo largo de un amplio continuo de gravedad.

Dos estudios han considerado la relación entre las puntuaciones del AUDIT y futuros indicadores de problemas relacionados con el alcohol, con un funcionamiento general más global. En uno de los estudios,¹⁷ la probabilidad de permanecer desempleado a lo largo de un período de dos años fue 1,6 veces mayor en individuos con puntuaciones en el AUDIT iguales o mayores de 8 que para personas con puntuaciones inferiores. En otro estudio,²⁸ las

puntuaciones del AUDIT de pacientes en tratamiento ambulatorio predijeron la aparición futura de un trastorno físico, así como problemas sociales relacionados con la bebida. Las puntuaciones del AUDIT también predijeron la utilización de los recursos sanitarios y el inicio de un consumo de riesgo en el futuro.²⁸

Diversos estudios han descrito la fiabilidad del AUDIT.^{18,26,29} Los resultados indican una alta consistencia interna, lo que sugiere que el AUDIT está midiendo un constructo único de modo fiable. Un estudio de fiabilidad test-retest²⁹ indicó una alta fiabilidad ($r=.86$) en una muestra compuesta por bebedores sin consumo de riesgo, sujetos con abuso de cocaína y alcohólicos. Otro estudio metodológico fue realizado en parte para investigar el efecto del orden de las preguntas y los cambios en los términos sobre las estimaciones de prevalencia y la fiabilidad de consistencia interna.²² Los cambios en el orden de las preguntas y en los términos no afectaron a las puntuaciones del AUDIT, lo que sugeriría que dentro de ciertos límites, que los investigadores podrían tener cierta flexibilidad a la hora de modificar el orden y los términos en los ítems del AUDIT.

Con las crecientes evidencias sobre fiabilidad y validez del AUDIT, se han llevado a cabo estudios en los que se utilizaba el test para establecer la prevalencia. Lapham, et al.²³ lo utilizaron para estimar la prevalencia de los trastornos debidos al uso de alcohol en los servicios de urgencias, en tres hospitales regionales de Tailandia. Se llegó a la conclusión de que el servicio de urgencias es un escenario idóneo para la puesta en funcionamiento del screening de alcohol mediante el AUDIT. De igual modo, Piccinelli, et al.¹⁵ evaluaron el AUDIT como instrumento de screening para el consumo de riesgo de

alcohol en clínicas de atención primaria de Italia. El AUDIT funcionó bien en la identificación de los trastornos relacionados con el alcohol, así como para el consumo de riesgo. Ivis, et al.²² incorporaron el AUDIT en una evaluación telefónica de población general en Ontario, Canadá.

Desde que el manual del usuario del AUDIT fue publicado por primera vez en 1989,³⁰ el test ha cumplido muchas de las expectativas que inspiraron su desarrollo. Su fiabilidad y validez han sido establecidas en estudios de investigación llevados a cabo en diversos ámbitos y en muchos países diferentes. Ha sido traducido a muchos idiomas, incluyendo el turco, griego, hindú, alemán, holandés, polaco, japonés, francés, portugués, español, danés, flamenco, búlgaro, chino, italiano y dialectos nigerianos. Se han desarrollado programas de formación para facilitar su utilización por los médicos y demás personal sanitario^{31,32} (véase Anexo E). Ha sido utilizado en trabajos de investigación en atención primaria y en estudios epidemiológicos para la estimación de la prevalencia en población general, así como en grupos institucionales específicos (p.ej., pacientes en régimen hospitalario, pacientes de atención primaria). A pesar del alto nivel de la actividad investigadora sobre el AUDIT, se necesitan todavía más estudios, especialmente en los países menos desarrollados. El Anexo A proporciona las pautas para la investigación continuada sobre el AUDIT.

Normas de administración

El AUDIT puede ser utilizado de diversas formas para evaluar el consumo de alcohol del paciente, pero los programas para llevarlo a cabo deberían primero establecer las pautas que tengan en cuenta sus circunstancias y capacidades. Además, es importante explicar a los pacientes porqué se les está haciendo preguntas sobre el consumo de alcohol y darles la información necesaria para que respondan de forma apropiada. Debe decidirse la manera de administrar el AUDIT, verbalmente o en formato de auto-pase. Finalmente, debe valorarse la posibilidad de saltarse algunas preguntas para reducir el screening por una mayor eficacia. Esta sección recomienda unas pautas sobre estas cuestiones relacionadas con la administración.

Con respecto al paciente

El screening del consumo de alcohol debería ser realizado con todos los pacientes, preferiblemente de forma anual. El AUDIT puede ser administrado por separado o combinándolo con otras preguntas como parte de una entrevista de salud general, un cuestionario sobre el estilo de vida, o una historia clínica. Si el personal sanitario realiza el screening sólo a los que consideran con mayor probabilidad de tener un «problema con la bebida», se perderá a la mayoría de pacientes que beben excesivamente. Sin embargo, es importante considerar la situación de los pacientes cuando se les plantean preguntas sobre el consumo de alcohol. Para aumentar la receptividad del paciente a las preguntas y la precisión de las respuestas, es importante que:

- El entrevistador (o la persona que realice la evaluación) sea amable y nada amenazador;

- El paciente no esté intoxicado o necesite tratamiento de urgencias en el momento de la entrevista;
- El objetivo del screening sea claramente enunciado en términos de su importancia para la salud del paciente;
- Se dé la información que los pacientes necesiten para comprender las preguntas y para que se den las respuestas apropiadas y
- Se dé la seguridad de que las respuestas de los pacientes serán confidenciales.

El personal sanitario debe intentar establecer estas condiciones antes de administrar el AUDIT. Cuando esas condiciones no están presentes o cuando un paciente se oponga, los procedimientos de screening clínico (que se discuten en el Anexo D) pueden proporcionar una forma alternativa de actuar.

Elíjase la mejor circunstancia posible para la administración del AUDIT. En el caso de pacientes que requieran tratamiento de urgencias o que presenten mucho dolor, es mejor esperar hasta que su condición médica se haya estabilizado y se hayan habituado al lugar donde se va a llevar a cabo la administración del AUDIT. Se deben buscar signos de intoxicación de alcohol o drogas. Los pacientes que tienen aliento a alcohol o que parezcan intoxicados pueden dar respuestas poco fiables. En este caso debe considerarse realizar el screening en otro momento. Si esto no fuera posible, habrá que dejar anotados estos hallazgos en la historia clínica del paciente.

Cuando se presenta en un contexto médico en el que hay una preocupación auténtica por el bienestar de los pacientes, éstos casi siempre están abiertos y receptivos a las preguntas del AUDIT. De hecho, la mayoría de

los pacientes responden las preguntas honestamente. Incluso cuando los bebedores con consumo excesivo subestiman su consumo, a menudo presentan puntuaciones en el AUDIT que son indicativas de riesgo asociado al alcohol.

Introducción del AUDIT

Tanto si el AUDIT se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los pacientes sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente. A continuación se muestra una introducción ilustrativa para el cuestionario oral y el escrito:

«Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Debido a que el consumo de alcohol puede afectar a muchos aspectos de su salud (y puede interferir con ciertos medicamentos), es importante que sepamos cuánto bebe habitualmente y si ha experimentado algún problema con su consumo. Por favor, trate de ser tan honesto y preciso como pueda.»

«Como parte de nuestra atención sanitaria es importante examinar aspectos del estilo de vida que puedan tener un efecto sobre la salud de nuestros pacientes. Esta información nos ayudará a darles mejor tratamiento y de mayor calidad. Por lo tanto, le pedimos que complete este cuestionario sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año. Por favor, responda tan concreta y honestamente como le sea posible. Su profesional sanitario discutirá este punto con usted. Toda la información será tratada en la más estricta confidencialidad.»

Esta exposición debería ir seguida de una descripción de los tipos de bebidas alcohólicas típicamente consumidas en el país o región en la que vive el paciente (p.ej. *«Por bebidas alcohólicas nos referimos a su consumo de vino, cerveza, vodka, jerez, etc.»*). Si es necesario, incluya una descripción de bebidas que podrían no considerarse alcohólicas (p.ej. sidra, cerveza sin alcohol o baja en alcohol, etc.). Con los pacientes para los que el consumo de alcohol esté prohibido por ley, cultura o religión (p.ej. adolescentes, musulmanes practicantes) el reconocimiento de tal prohibición y el estímulo de la sinceridad pueden ser necesarios. Por ejemplo, *«entiendo que los demás puedan pensar que usted no debería beber nada de alcohol, pero es importante para evaluar su salud conocer que es lo que hace en realidad.»*

Las instrucciones para el paciente también deberían aclarar el significado de una consumición (bebida estándar). Las preguntas 2 y 3 del AUDIT se refieren a las «bebidas alcohólicas consumidas». El significado de esta palabra difiere de una nación y cultura a otra. Es importante por ello citar las bebidas alcohólicas más habituales que pueden ser consumidas y cuanto de cada una de ellas constituye una consumición (aproximadamente 10 gramos de alcohol puro). Por ejemplo, una botella de cerveza (330 ml al 5% de alcohol), un vaso de vino (140 ml al 12% de alcohol) y una copa de destilados (40 ml al 40% de alcohol) representan una consumición de unos 13 g de alcohol. Debido a que los tipos y cantidades de bebidas alcohólicas varían según la cultura y las costumbres, el contenido de alcohol de una copa típica de cerveza, vino y destilados deberá ser determinado para adaptar el AUDIT a las situaciones particulares. Véase el Anexo C.

Administración oral vs. Cuestionario de auto-pase

El AUDIT puede ser administrado bien mediante una entrevista oral o como un cuestionario de auto-pase. Cada método conlleva sus propias ventajas e inconvenientes que deben ser sopesadas en función de las limitaciones de tiempo y coste. Las ventajas de ambos métodos de administración del AUDIT aparecen resumidas en el cuadro 3. Las capacidades cognitivas (capacidad de leer y escribir, memoria) y el nivel de cooperación (actitud defensiva) del paciente también deben considerarse. Una entrevista puede tener ventajas, si se tiene la certeza de que los servicios de atención primaria van a proporcionar todo el cuidado que los pacientes necesitan por sus problemas por el alcohol. Sin embargo, el método de auto-pase es preferible en los casos en que la responsabilidad de los servicios se limita a ofrecer un consejo breve a los pacientes que den positivo en el screening, derivando los casos más graves a otros servicios. La decisión del formato elegido debe tomarse de acuerdo con los planes de implementación para establecer un completo programa de screening.

Las preguntas y respuestas del AUDIT en el formato indicado para una entrevista oral se presentan en el cuadro 4. El Anexo B aporta un ejemplo del cuestionario de auto-pase. La adaptación debe adecuarse a las necesidades del programa de screening específico, así como a las bebidas alcohólicas más frecuentemente consumidas en esa sociedad. El Anexo C proporciona las directrices para la traducción y adaptación a las condiciones nacionales y locales.

Si el AUDIT se administra como entrevista, es importante leer las preguntas tal como están escritas y en el orden indicado. Si se sigue el orden exacto del texto se obtendrá una mejor comparabilidad de los resultados obtenidos entre distintos entrevistadores. Muchas de las preguntas del AUDIT se expresan en términos de «cuántas veces» ocurren los síntomas. Muestre al paciente los tipos de respuesta para cada pregunta (por ejemplo, «Nunca», «Varias veces al mes», «Diariamente»). Cuando se ha elegido una opción de respuesta es conveniente cerciorarse, en las preguntas iniciales, de que el paciente ha seleccionado la respuesta más adecuada (por

Cuadro 3	
Ventajas de los diferentes métodos de administración del AUDIT	
Cuestionario	Entrevista
Requiere menos tiempo	Permite la clarificación de respuestas ambiguas
Fácil de administrar Apropiado para la administración y corrección a través del ordenador	Puede ser administrada a pacientes con dificultades en la lectura
Puede proporcionar respuestas más precisas	Permite feedback directo al paciente y el inicio del consejo breve

Cuadro 4**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:
versión de entrevista.**

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
- (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)
 (1) Una o menos veces al mes
 (2) De 2 a 4 veces al mes
 (3) De 2 a 3 veces a la semana
 (4) 4 o más veces a la semana

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- (0) Nunca
 (1) Menos de una vez al mes
 (2) Mensualmente
 (3) Semanalmente
 (4) A diario o casi a diario

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
- (0) 1 o 2
 (1) 3 o 4
 (2) 5 o 6
 (3) 7, 8, o 9
 (3) 10 o más

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- (0) Nunca
 (1) Menos de una vez al mes
 (2) Mensualmente
 (3) Semanalmente
 (4) A diario o casi a diario

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
- (0) Nunca
 (1) Menos de una vez al mes
 (2) Mensualmente
 (3) Semanalmente
 (4) A diario o casi a diario
Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- (0) Nunca
 (1) Menos de una vez al mes
 (2) Mensualmente
 (3) Semanalmente
 (4) A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
- (0) Nunca
 (1) Menos de una vez al mes
 (2) Mensualmente
 (3) Semanalmente
 (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?
- (0) No
 (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año
 (4) Sí, el último año

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- (0) Nunca
 (1) Menos de una vez al mes
 (2) Mensualmente
 (3) Semanalmente
 (4) A diario o casi a diario

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
- (0) No
 (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año
 (4) Sí, el último año.

Registre la puntuación total aquí

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario

ejemplo, «*Usted dice que bebe varias veces a la semana. Esto es sólo los fines de semana o bebe más o menos cada día?*»).

Si las respuestas son ambiguas o evasivas, intente aclararlo repitiendo la pregunta y las opciones de respuesta, pidiendo al paciente que elija la mejor de ellas. A veces las respuestas son difíciles de registrar ya que el paciente puede que no beba de forma habitual. Por ejemplo, si el paciente estuvo bebiendo excesivamente durante el mes previo a un accidente, pero no antes de ese momento, entonces será difícil caracterizar un día «típico» de consumo tal como se plantea en la pregunta. En estos casos lo mejor es registrar la cantidad de consumo y los síntomas relacionados durante el período de mayor consumo en el último año, anotando que esto puede ser atípico o transitorio para ese individuo.

Registre las respuestas cuidadosamente, tomando nota de cualquier circunstancia especial, información adicional y observaciones clínicas. A menudo los pacientes le proporcionarán al entrevistador comentarios sobre su consumo que pueden ser relevantes en la interpretación de la puntuación total del AUDIT.

Administrar el AUDIT mediante un cuestionario escrito o a través del ordenador elimina muchas incertidumbres en las respuestas del paciente permitiendo sólo las opciones concretas.

Sin embargo, de esta manera se pierde la información que se obtiene mediante el formato de la entrevista. Además, presupone que el paciente tiene capacidad para leer y escribir, así como, para realizar lo que se le pide. También puede requerir menos tiempo por parte de los profesionales sanitarios si los

pacientes son capaces de completar el proceso por sí solos. Se deben tener en cuenta formas de acortar el proceso de screening, considerando el escaso tiempo que tienen tanto los profesionales sanitarios como los pacientes.

Acortamiento del proceso de screening

Bien administrado mediante entrevista o cuestionario, el AUDIT puede completarse en unos 2 a 4 minutos y ser puntuado en unos pocos segundos. Sin embargo, para muchos pacientes es innecesario aplicar el AUDIT por completo porque beben infrecuentemente, moderadamente o se abstienen por completo de beber alcohol. La versión de entrevista del AUDIT (Cuadro 4) proporciona dos formas de omitir preguntas para estos pacientes. Si la respuesta del paciente en la pregunta 1 es que no ha bebido durante el último año, el entrevistador puede saltar a las preguntas 9-10, cuyas respuestas pueden indicar problemas anteriores con el alcohol. Se aconseja que esta recomendación de omitir preguntas sólo se utilice con la entrevista o con los formatos mediante ordenador del AUDIT.

Una segunda forma de acortar el AUDIT aparece tras responder a la pregunta 3. Si el paciente puntuó 0 en las preguntas 2 y 3, el entrevistador puede pasar a las preguntas 9 y 10 porque el consumo del paciente no ha excedido los límites de consumo de bajo riesgo.

Puntuación e interpretación

EL AUDIT es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el formato de entrevista (Cuadro 4) el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. En el cuestionario en formato de auto-pase (Anexo B) será el evaluador quien traslade el número de la respuesta marcada por el paciente a la columna de la derecha. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total».

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos ítems deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia por parte del paciente.

En la mayoría de casos, la puntuación total del AUDIT refleja el nivel de riesgo relacionado con el alcohol del paciente. En muestras de pacientes médicos en general y en estudios comunitarios, la mayoría de pacientes presentarán una puntuación por debajo del valor de corte y puede considerarse que presentan un bajo riesgo de problemas relacionados con el alcohol. Una parte más pequeña, pero significativa de la población es probable que puntúe por encima de los valores de corte pero presentarán la mayoría de los puntos en las tres primeras preguntas. Es de esperar que un grupo aun más pequeño obtenga una puntuación mucho más alta, con puntuaciones altas en las preguntas relacionadas con la dependencia, además presentarán problemas relacionados con el

alcohol. Hasta la fecha no hay suficientes estudios de investigación para poder establecer de forma precisa un punto de corte que distinga entre bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial (que se beneficiarían de una intervención breve) de los bebedores dependientes de alcohol (que deben ser remitidos para una evaluación diagnóstica y tratamiento más intensivo). Esta es una cuestión importante porque los programas de screening, diseñados para identificar los casos de dependencia de alcohol, tienen una alta probabilidad de detectar bebedores con consumo de riesgo y consumo perjudicial si se recurre al punto de corte de 8. Estos pacientes necesitan ser manejados con intervenciones menos intensivas. En general, cuanto más alta sea la puntuación total en el AUDIT, mayor será la sensibilidad para detectar personas con dependencia de alcohol.

Debido a la experiencia obtenida en un estudio de asignación de tratamiento con personas que tenían un amplio rango de gravedad de los problemas con el alcohol, se compararon las puntuaciones del AUDIT con datos diagnósticos que reflejaban un grado bajo, medio y alto de dependencia de alcohol. Se halló que las puntuaciones del AUDIT en un rango de 8-15 representaban un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que una puntuación igual o mayor a 16 representaban un nivel alto.³³ A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en este y otros estudios de investigación, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT:

- Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

Ante la ausencia de mejores estudios de investigación estas recomendaciones deben ser consideradas provisionales, sujetas a un juicio clínico que tenga en cuenta la condición médica del paciente, los antecedentes familiares de problemas con el alcohol y la honestidad percibida en las preguntas del AUDIT.

Mientras que la utilización de una versión del AUDIT de 10 preguntas, será suficiente para la inmensa mayoría de los pacientes, se puede requerir un procedimiento clínico de screening en circunstancias especiales. Por ejemplo, un paciente puede presentar resistencia, no ser cooperativo o incapaz de responder a las preguntas del AUDIT. Un examen físico y las pruebas de laboratorio, tal como se describe en el Anexo D, se pueden utilizar en el caso de que sea necesario confirmar una posible dependencia.

Cómo ayudar a los pacientes

La utilización del AUDIT en el screening de los pacientes es sólo el primer paso dentro de un proceso para ayudar a reducir los problemas y riesgos relacionados con el alcohol.

Los profesionales sanitarios deben decidir qué servicios pueden proporcionar a los pacientes cuya puntuación sea positiva. Una vez identificado un caso positivo, el siguiente paso es suministrar una intervención apropiada que haga frente a las necesidades de cada paciente. Por lo general, el screening del alcohol es utilizado principalmente para encontrar «casos» de dependencia de alcohol, tras lo que son derivados a tratamiento especializado. Sin embargo, los avances en los procedimientos de screening, en los últimos años, han hecho posible la detección de factores de riesgo, tales como el consumo de riesgo y el consumo perjudicial. Mediante la puntuación total del AUDIT, se establece una forma simple de dar a cada paciente una intervención adecuada, basada en el nivel de riesgo.

Mientras que este debate se centra en ayudar a aquellos pacientes cuya puntuación en el AUDIT sea positiva, la práctica preventiva fundamentada también requiere la comunicación de los resultados de screening a aquellos que puntúan negativo. Se les debe recordar a estos pacientes los beneficios del consumo de bajo riesgo o de la abstinencia y se les debe decir que no beban en determinadas circunstancias, tales como las mencionadas en el Cuadro 5.

El Cuadro 6 muestra cuatro niveles de riesgo. La Zona I se refiere al consumo de bajo riesgo o la abstinencia. El segundo nivel, la Zona II, comprende el consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo,⁵ que están generalmente indicadas cuando la puntuación del AUDIT está entre 8 y 15. Una intervención breve que utiliza el consejo

Cuadro 5

Aconseje a los pacientes que *no* beban

- Cuando manejen un vehículo o maquinaria
- Si están embarazadas o crean que pueden estarlo
- Si existe una contraindicación médica actual
- Después de tomar ciertos medicamentos, como es el caso de sedantes, analgésicos, y ciertos antihipertensivos.

simple o consejo y materiales educativos es el método más adecuado para estos pacientes. El tercer nivel, la Zona III, está sugerido para puntuaciones del AUDIT en el rango de 16 a 19. El consumo de riesgo y perjudicial puede ser abordado mediante una combinación de consejo simple, terapia breve y monitorización continuada, estando indicada una mayor evaluación diagnóstica si el paciente no responde o se sospecha una posible dependencia de alcohol. El cuarto nivel de riesgo está sugerido por puntuaciones del AUDIT por encima de 20. Estos pacientes deben derivarse a un especialista para una evaluación diagnóstica y un posible tratamiento de la dependencia de alcohol. Cuando estos servicios no están disponibles, estos pacientes pueden ser tratados en atención primaria, especialmente cuando las organizaciones de auto-ayuda son capaces de proporcionar apoyo comunitario. Mediante un abordaje por etapas, los pacientes pueden ser tratados primero en el nivel más bajo de intervención sugerido por su puntuación en el AUDIT. Si no responden a la intervención inicial, deben ser derivados al siguiente nivel de tratamiento.

Cuadro 6

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40
* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.		

Las intervenciones breves para el consumo de riesgo y perjudicial constituyen una variedad de actividades caracterizadas por su baja intensidad y corta duración. Estas oscilan entre 5 minutos de consejo simple sobre cómo reducir el consumo de riesgo hasta varias sesiones de terapia breve para abordar condiciones más complicadas.³⁶ Destinadas a proporcionar una intervención precoz, antes o poco después de la instauración de los problemas relacionados con el alcohol, las intervenciones breves se componen de feedback de los datos del screening para incrementar la motivación al cambio de la conducta de consumo, así como del consejo simple, la educación para la salud, la mejora de habilidades o sugerencias prácticas. En los últimos 20 años se han desarrollado procedimientos que los médicos generales de atención primaria pueden aprender y practicar para abordar el consumo de riesgo y

perjudicial. Estos procedimientos están resumidos en el Cuadro 7.

Cuadro 7

Elementos de las Intervenciones Breves

- Presente los resultados del screening
- Identifique los riesgos y discuta las consecuencias
- Proporcione consejo médico
- Solicite el compromiso del paciente
- Identifique el objetivo –reducir el consumo o la abstinencia
- Proporcione consejo y ánimos

Diversos ensayos controlados y aleatorizados han evaluado la eficacia de este abordaje, mostrando beneficios positivos consistentemente en pacientes que no son dependientes del alcohol.^{36,37,38} Un manual complementario de la oms, *Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial: Un Manual para la Utilización en Atención Primaria*, proporciona más información sobre este abordaje.

La derivación a los servicios de tratamiento especializado de alcohol es frecuente entre aquellos médicos de atención primaria que no están preparados para tratar los trastornos debidos al consumo de alcohol y hay atención especializada disponible. Debe tenerse en cuenta la voluntad del paciente a aceptar la derivación y el tratamiento. Muchos pacientes subestiman los riesgos asociados con la bebida; otros pueden no estar preparados para admitir y abordar su dependencia. Una intervención breve adaptada al objetivo de iniciar una derivación, utilizando datos de un examen clínico y los análisis de sangre, pueden ayudar a abordar las resistencias del paciente. El seguimiento del paciente por parte del especialista puede asegurar también que la derivación sea aceptada y reciba el tratamiento.

El diagnóstico es un paso necesario tras una alta puntuación positiva en el AUDIT, ya que el instrumento no proporciona una base suficientes para establecer un plan de abordaje o de tratamiento. Aunque las personas asociadas con el programa de screening deberían tener una mínima familiaridad con los criterios de dependencia de alcohol, la evaluación debería realizarla un profesional cualificado que esté formado en el diagnóstico de los trastornos debidos al consumo de alcohol.⁴ El mejor método para establecer un diagnóstico es mediante la

utilización de una entrevista psiquiátrica estandarizada y estructurada, como la CIDI³⁹ o la SCAN.⁴⁰ Las secciones sobre el alcohol de estas entrevistas requieren de 5 a 10 minutos para completarse.

La décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10)⁴ proporciona pautas detalladas para el diagnóstico de una intoxicación aguda de alcohol, del consumo perjudicial, del síndrome de dependencia de alcohol, de un estado de abstinencia, así como de las condiciones médicas y neuropsiquiátricas relacionadas. Los criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol están descritos en el Cuadro 8.

La desintoxicación puede ser necesaria para algunos pacientes. Se debe poner especial atención en aquellos pacientes cuyas respuestas del AUDIT indican un consumo diario de grandes cantidades de alcohol y/o respuestas positivas a preguntas indicativas de una posible dependencia (preguntas 4-6). Debe examinarse cuánto tiempo ha pasado el paciente desde que estuvo un día abstinentes y si ha experimentado con anterioridad síntomas de abstinencia. Esta información, un examen físico y las pruebas de laboratorio (véanse los Procedimientos Clínicos de Screening, Anexo D) pueden proporcionar información sobre si es recomendable una desintoxicación. La desintoxicación debería proporcionarse a pacientes con mayor probabilidad de experimentar un síndrome de abstinencia de moderado a grave, no sólo para minimizar los síntomas, sino también para prevenir o controlar las convulsiones o el delirio y para facilitar la aceptación de la terapia que aborde la dependencia. Mientras que la desintoxicación hospitalaria puede ser necesaria en un pequeño número de casos graves, la desintoxicación ambulatoria o

Cuadro 8

Criterios CIE-10 para el síndrome de dependencia de alcohol

Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol;
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño.

(p. 57, WHO, 1993)

domiciliaria puede ser llevada a cabo con éxito en la mayoría de los casos menos graves.

El abordaje o tratamiento médico de la dependencia de alcohol ha sido descrito en publicaciones previas OMS.⁴¹ Se han desarrollado diversos tratamientos para la dependencia de alcohol que se han mostrado efectivos.⁴² Se han hecho avances significativos en la farmacoterapia, terapia de apoyo social y familiar, prevención de recaídas e intervenciones de entrenamiento en habilidades de orientación conductual.

Debido a que el diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol se ha desarrollado como una especialidad médica, en la mayoría de países los facultativos de atención primaria no están formados o no tienen experiencia en su diagnóstico o tratamiento. En tales casos los programas de screening de atención primaria deben establecer los protocolos para derivar los pacientes que se sospecha que son dependientes de alcohol, que necesitan un ulterior diagnóstico y tratamiento.

Implementación del programa

El screening de alcohol y una atención apropiada al paciente han sido reconocidas ampliamente como esenciales para una buena práctica médica. Como muchas prácticas médicas que logran tal reconocimiento, a menudo fracasan al implementar las tecnologías efectivas dentro de los sistemas organizados de atención sanitaria. La implementación requiere esfuerzos especiales para asegurar el cumplimiento de cada uno de los facultativos, solventar los obstáculos y adaptar los procedimientos a las circunstancias especiales. La investigación sobre la implementación ha empezado a generar pautas útiles para que ésta sea efectiva.^{43,44} Cuatro son los elementos principales que han resultado decisivos para el éxito:

- planificación
- formación
- monitorización y
- feedback.

La *planificación* es necesaria no sólo para diseñar un programa de screening de alcohol sino también para involucrar a los participantes en el «dominio» del programa. Cada consulta de atención primaria es única. Cada una de ellas ha establecido los procedimientos especialmente adecuados a su espacio físico, ambiente social y cultural, población de pacientes, la economía, estructura de la plantilla de personal e incluso a las personalidades individuales. De este modo, la adaptación del screening del AUDIT a cada situación práctica debe implicar que se puedan ajustar sus elementos esenciales dentro de este contexto, de manera que sea más probable lograr un éxito mantenido. Si el screening para otros problemas de salud y factores de riesgo es ya parte de una práctica habitual, esos procedimientos deben

proporcionar un punto de partida útil. Sin embargo, se requerirán decisiones políticas y de procedimiento.

Por lo general es útil incluir en el proceso de planificación al personal que participará o se verá afectado por el screening. La participación de personas con diferentes perspectivas, experiencias y responsabilidades puede permitir identificar obstáculos y ayudar a plantear formas para solventarlos. Así mismo, la participación del personal en la planificación conlleva una sensación de propiedad sobre los planes de implementación resultantes. Esto puede aumentar el compromiso tanto de los individuos como del grupo a seguir el plan y mejorarlo conforme se progresa, lo que asegurará el éxito. En el Cuadro 9 se presenta una lista parcial de las cuestiones de implementación en las que la planificación es útil. Un plan de implementación debe recibir la aprobación formal que sea requerida a cualquier nivel antes de que empiece la formación.

La *formación* es esencial para que una organización sanitaria esté preparada para implementar su planificación. Sin embargo, la formación sin la decisión de los gestores de llevar a cabo un programa de screening, probablemente será ineficaz e incluso contraproducente. Se ha desarrollado un paquete de formación³¹ como apoyo para la implementación del AUDIT y la intervención breve (véase el Anexo E). La formación debe abordar aspectos críticos de porqué el screening es importante, qué requisitos deben ser identificados, cómo utilizar el AUDIT y los procedimientos óptimos para asegurar el éxito. La formación eficaz debe incluir una amplia discusión de las funciones y responsabilidades del personal dentro del nuevo programa. También debería proporcionar práctica de la administración

Cuadro 9

Preguntas para la implementación

- ¿En qué pacientes se realizará screening?
- ¿Con qué frecuencia se practicará el screening?
- ¿Cómo se coordinará el screening con otras actividades?
- ¿Quién llevará a cabo el screening?
- ¿Qué materiales serán utilizados para los pacientes?
- ¿Quién interpretará los resultados y ayudará a los pacientes?
- ¿Cómo se mantendrán los registros clínicos?
- ¿Qué medidas de seguimiento se tomarán?
- ¿Cómo se identificará a los pacientes que necesiten un screening?
- ¿Cuándo se llevará a cabo el screening durante las visitas del paciente?
- ¿Cómo será la secuencia de acciones?
- ¿Cómo se obtendrán, almacenarán y manejarán los instrumentos y materiales?
- ¿Cómo se planificará el seguimiento?

supervisada del AUDIT y de cualquier otro elemento del plan programado (p.ej., intervenciones breves, derivaciones, etc.).

En algunos países mucha gente, incluso el personal médico, está acostumbrada a pensar únicamente en la dependencia de alcohol cuando también se presentan otros aspectos relacionadas con el alcohol. No es extraño que los profesionales sanitarios creen que las personas con problemas de alcohol no pueden ser ayudadas a menos que «toquen fondo» y busquen tratamiento, así como que la

abstinencia total es el único recurso. Algunas personas que mantienen estas creencias pueden encontrar infructuoso o intrusivo un programa de screening y la intervención breve. Es esencial prestar particular atención a estas cuestiones y abordarlas de modo franco, abierto y atendiendo a la mejor evidencia científica. Mediante una buena explicación y paciencia, la mayoría del personal médico puede o bien entender la validez del screening o esperar a manifestar su opinión cuando la experiencia permita determinar su valor.

La *monitorización* es una manera eficaz de mejorar la calidad de la implementación del programa de screening. Hay varias maneras de medir el éxito de un programa de screening de alcohol. Se puede comparar el número de screenings realizados con el número de personas susceptibles de haberles aplicado dicho screening bajo el programa establecido, generando un porcentaje del éxito de screening. El registro y suma del porcentaje de pacientes que dan positivo es también una medida útil que estimula al personal, estableciendo así la necesidad de este servicio. Otra medida adicional del funcionamiento del programa es la determinación del porcentaje de pacientes que recibieron la intervención apropiada (intervención breve, derivación, diagnóstico, etc.) en función de su puntuación en el AUDIT. Finalmente, una pequeña muestra de los pacientes que presentaron un screening positivo en los seis a doce meses anteriores podría ser evaluada para proporcionar al menos una evidencia anecdótica del éxito. La readministración del AUDIT puede servir como base para mediciones cuantitativas.

Proporcionar *feedback* de modo frecuente a todo el personal participante es esencial para que los resultados contribuyan a mejorar el funcionamiento del programa principalmente en los períodos iniciales de la implementación, independientemente de los criterios de éxito empleados. Los informes escritos y la discusión en las sesiones clínicas también proporcionarán ocasiones en las que se pondrán de manifiesto algunos problemas que pueden interferir en el éxito.

Anexo A

Normas de investigación sobre el AUDIT

EL AUDIT se desarrolló a partir de un extenso estudio de validación realizado en seis países.^{1,2} Se han llevado a cabo estudios de investigación adicionales para evaluar su precisión y utilidad en diferentes contextos, poblaciones y grupos culturales.¹⁰ Para una mejor aclaración sobre este proceso, se recomienda que los investigadores de la salud utilicen el AUDIT para responder algunas de las siguientes preguntas:

- ¿Permite el AUDIT predecir futuros problemas de alcohol así como la repuesta del paciente a la intervención breve y a un tratamiento más intensivo?. Esto puede ser evaluado mediante aplicación de screenings repetidos con el AUDIT al mismo individuo. Las puntuaciones totales pueden correlacionarse con diversos indicadores de una sintomatología futura. Sería deseable saber, por ejemplo, si el AUDIT valora los problemas relacionados con el alcohol a lo largo de un continuo de gravedad, si las puntuaciones de gravedad incrementan progresivamente entre los individuos que continúan bebiendo mucho y si las puntuaciones disminuyen significativamente debido al consejo, terapia u otros tipos de intervención. Un test de screening no debe ser concebido de forma aislada de la intervención y el tratamiento. Debe ser evaluado en términos de su impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población de riesgo. Por ello, su contribución a la prevención secundaria y primaria es dependiente de la disponibilidad de las estrategias eficaces de intervención.
- ¿Cuál es la sensibilidad, especificidad y poder predictivo del AUDIT en los distintos grupos de riesgo utilizando diferentes criterios de validación? En las evaluaciones futuras de los procedimientos de screening del AUDIT, debe ponerse especial atención

en los fenómenos relacionados con el alcohol que deben ser detectados o predecidos. Debería enfatizarse la evaluación de los niveles iniciales de riesgo, el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol. Las demandas de una validación metodológicamente fundamentada requieren la utilización de criterios diagnósticos independientes, que a su vez estén validados. Dos instrumentos que pueden ser útiles para este fin son la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) y la Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN).^{39,40} Ambas entrevistas proporcionan una verificación independiente de diversos trastornos debidos al consumo de alcohol, de acuerdo con la CIE-10 y otros sistemas diagnósticos. El test podría mejorarse concentrándose en grupos de riesgo más cuidadosamente definidos y en problemas relacionados con el alcohol más específicos. Es necesario poder especificar los puntos de corte para poblaciones diana cuyos problemas van a ser el foco del screening mediante AUDIT, especialmente en personas con consumo perjudicial y dependencia de alcohol.

- ¿Cuáles son las barreras prácticas para el screening con el AUDIT? Consideraciones sobre el coste y la aceptabilidad tanto por parte de los profesionales sanitarios como por las futuras poblaciones diana, son limitaciones importantes impuestas sobre los tests de screening. Cuando un test de screening es caro, los resultados del programa podrían no justificar su coste. Esto también ocurre cuando el procedimiento consume mucho tiempo, es demasiado invasivo o es de cualquier modo ofensivo para el grupo diana. Este tipo de evaluación debería llevarse a cabo con el AUDIT.

- ¿Puede el AUDIT puntuarse para permitir evaluaciones separadas del consumo de riesgo, el consumo perjudicial, y la dependencia de alcohol? Si el screening puede diferenciarse en estos dominios separados, podría resultar útil para la evaluación de los diversos abordajes educativos y de tratamiento dirigidos a la prevención secundaria. Alternativamente, la puntuación total del AUDIT proporciona una medida general de gravedad que puede ser útil para la asignación de tratamiento y los abordajes por etapas del manejo clínico (esto es, proporcionar el nivel más bajo de intervención que aborde las necesidades inmediatas del paciente). Si el paciente no responde, se recurre al siguiente escalón o etapa. Aunque puntuaciones del AUDIT en el rango de 8 a 19 parecen apropiadas para las intervenciones breves, se necesitan más trabajos de investigación para determinar los puntos de corte más óptimos para el consejo simple, la terapia breve, y tratamientos más intensivos.
- ¿Cómo puede utilizarse el AUDIT en la investigación epidemiológica? El AUDIT puede tener aplicaciones como herramienta epidemiológica en estudios de clínicas de atención sanitaria, sistemas de servicios sanitarios y de población general. Aunque el AUDIT fue desarrollado como un instrumento internacional también se puede utilizar para comparar muestras de diferentes grupos nacionales y culturales, con respecto a la prevalencia y naturaleza del consumo de riesgo, consumo perjudicial y la dependencia de alcohol. Antes de esto, sería útil desarrollar normas para diferentes niveles de riesgo, de modo que las puntuaciones individuales y de grupo puedan ser comparadas con la distribución de las puntuaciones dentro de la población general.
- ¿Cuál es la validez concurrente de los ítems del AUDIT y de las puntuaciones totales cuando se compara con diferentes indicadores «objetivos» de problemas relacionados con el alcohol, tales como los niveles de alcohol en sangre, marcadores bioquímicos de consumo elevado, antecedentes públicos de problemas relacionados con el alcohol y datos observacionales obtenidos de personas conocedoras de la conducta de consumo de alcohol del paciente? En la medida que los procedimientos de información verbal pueden tener limitaciones intrínsecas, sería útil evaluar bajo qué circunstancias los resultados del AUDIT están sesgados o serán inválidos. Los procedimientos para incrementar la precisión del AUDIT también deberían investigarse.
- ¿Cuán aceptable es el AUDIT para los trabajadores de atención primaria? ¿Cómo pueden enseñarse mejor los procedimientos de screening en el contexto de formación para los profesionales de la salud? ¿Cómo se generaliza la aplicación de los procedimientos de screening mediante el AUDIT una vez se ha formado a los estudiantes o a los profesionales sanitarios?

Anexo B

Formato sugerido para el AUDIT de auto-pase

En algunos ámbitos puede ser ventajoso administrar el AUDIT como un cuestionario a ser cumplimentado por el paciente, en lugar de como una entrevista oral. Esta elección a menudo ahorra tiempo, dinero y puede dar lugar a respuestas más precisas por parte del paciente. Estas ventajas pueden resultar también de la administración vía ordenador. El formato de cuestionario del AUDIT presentado en el Cuadro 10 puede resultar útil para tales fines.

La opción de omitir preguntas que se da en la entrevista oral (Cuadro 4 en la página 17) probablemente es demasiado complicada para los pacientes cuando la administración se realiza en el formato de cuestionario auto-pase mediante papel. Sin embargo, es fácil y se realiza de forma automática a través del ordenador.

Es conveniente que al administrar el cuestionario se añadan ilustraciones de las bebidas más habituales a nivel local reflejando las cantidades de Unidades de Bebidas Estándar. La pregunta 3 puede requerir una modificación (hasta 4 o 5 consumiciones), dependiendo del número de Unidades de Bebidas Estándar requeridas hasta un total de 60 gramos de alcohol puro (Véase el Anexo C).

Instrucciones para la puntuación: cada respuesta se puntúa utilizando los números situados en la parte superior de cada columna de respuestas. Escriba la cifra adecuada asociada con cada respuesta en la columna de la derecha. A continuación sume todos los números en esa columna para obtener la puntuación total.

El espacio al pie del formulario puede designarse «Sólo para uso de los profesionales» para que puedan anotarse las instrucciones o para documentar las acciones

llevadas a cabo por el personal sanitario que administra el AUDIT o que lleva a cabo la intervención breve. Sin embargo, dicho material deberá estar suficientemente codificado para no comprometer la honestidad de los pacientes a la hora de responder las preguntas del AUDIT

Cuadro 10

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol:
versión de auto-pase.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.
Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

Anexo C

Traducción y adaptación a idiomas, culturas y situaciones específicas

En algunos ambientes culturales y grupos lingüísticos, las preguntas del AUDIT no se pueden traducir literalmente. Hay una serie de factores socioculturales que deben ser tomados en cuenta junto con el significado semántico. Por ejemplo, las costumbres del consumo y las preferencias de bebidas de ciertos países pueden requerir la adaptación de las preguntas para ajustarse a las condiciones locales.

Con respecto a la traducción a otros idiomas, debe señalarse que las preguntas del AUDIT han sido traducidas al español, eslavo, noruego, francés, alemán, ruso, japonés, suahili, entre otros. Estas traducciones pueden solicitarse por escrito al Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza. Antes de intentar traducir el AUDIT a otros idiomas, los individuos interesados deben consultar con la Sede de OMS acerca de los procedimientos que deben seguirse y la disponibilidad de otras traducciones.

¿Qué es una consumición o bebida estándar?

En diferentes países los educadores para la salud e investigadores emplean diferentes definiciones de lo que es una unidad o consumo estándar debido a las diferencias del volumen de las consumiciones en cada país. Por ejemplo,

- 1 unidad de bebida estándar en Canadá: 13,6 gr de alcohol puro
- 1 unidad de bebida estándar en el Reino Unido: 8 gr
- 1 unidad de bebida estándar en EEUU: 14 gr
- 1 unidad de bebida estándar en Australia o Nueva Zelanda: 10 gr
- 1 unidad de bebida estándar en Japón: 19,75 gr

En el AUDIT, las preguntas 2 y 3 asumen que una bebida estándar equivale a 10 gramos de alcohol. Puede necesitar ajustar el número de bebidas en las respuestas para estas preguntas

con el fin de adecuar los volúmenes más habituales de las consumiciones y los grados de alcohol en su país.

El nivel de consumo de bajo riesgo recomendado, tal como se establece en el manual de intervención breve y utilizado en el estudio de la OMS sobre intervenciones breves, es hasta 20 gramos de alcohol por día 5 días a la semana (recomendando 2 días sin beber).

¿Cómo calcular el contenido de alcohol en una bebida?

El contenido de alcohol de una bebida depende de los grados de ésta y del volumen del envase. Existen amplias variaciones en la graduación de las bebidas alcohólicas y del tamaño de las consumiciones más frecuentes en los diferentes países. Un estudio de la OMS⁴⁵ indicó que la cerveza contenía un volumen de entre un 2% y 5% de alcohol puro, los vinos contenían de un 10,5% a 18,9%, los destilados variaban desde un 24,3 % hasta un 90% y la sidra desde un 1,1% hasta un 17%. Por lo tanto, es necesario adaptar los tamaños de las bebidas a lo que es más habitual a nivel local y para conocer a grandes rasgos la cantidad de alcohol puro que una persona consume en una ocasión y por término medio.

Otra consideración en la medición de la cantidad de alcohol en una unidad de bebida estándar es el factor de conversión del alcohol. Esto le permite convertir cualquier volumen de alcohol a gramos. Por cada mililitro de alcohol, hay 0,79 gramos de alcohol puro. Por ejemplo,

- 1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gramos de alcohol
- 1 vaso de vino (140 ml) al 12% x 0,79 = 13,3 gramos de alcohol
- 1 vaso de destilados (40 ml) al 40% x 0,79 = 12,6 gramos de alcohol.

Anexo D

Procedimientos de screening clínico

Un examen clínico y las pruebas de laboratorio en ocasiones pueden ser útiles en la detección del consumo crónico y perjudicial de alcohol. Para este fin, se han desarrollado procedimientos de screening clínico.³⁴ Estos incluyen el temblor de manos, la aparición de vasos sanguíneos en la cara y los cambios que se observan en las membranas mucosas (p.ej., conjuntivitis) y la cavidad oral (p.ej., glositis), así como encimas hepáticas elevadas.

Sólo profesionales sanitarios cualificados deberían llevar a cabo el examen. Varios de los criterios requieren una explicación para realizar un diagnóstico fiable.

- Inyección conjuntival. La condición del tejido conjuntival se evalúa sobre la base de la extensión de la congestión capilar y de la ictericia escleral. El examen se realiza mejor a plena luz del día pidiéndole al paciente que dirija su mirada hacia arriba y entonces hacia abajo mientras tira hacia atrás los párpados superior e inferior. En condiciones normales, la blancura normal se distribuye ampliamente. En contraste, la congestión capilar se refleja en la apariencia de color borgoña de los elementos vasculares y en la apariencia de un tinte verdoso de la esclerótica.
- Vascularización anormal de la piel. Esto se evalúa mejor mediante el examen de la cara y cuello. Estas áreas a menudo muestran evidencia de débiles arteriolas que aparecen como una erupción rojiza. Otros signos de ingesta crónica de alcohol incluyen la apariencia de «piel de gallina» en el cuello y marcas amarillentas en la piel.
- Temblor de manos. Esto debería evaluarse con los brazos extendidos hacia delante, con los codos medio flexionados, y con las manos rotadas hacia la línea del medio.
- Temblor de la lengua. Esto debería evaluarse con la lengua protruida una corta distancia por delante de los labios, pero no excesivamente.
- Hepatomegalia. Los cambios hepáticos deberían evaluarse tanto en términos del volumen y la consistencia. El aumento del volumen puede ser calculado en términos de los anchos de dedos por debajo del margen costal. La consistencia puede ser evaluada como normal, firme, dura o muy dura.

Diversas pruebas de laboratorio son útiles en el screening del abuso del alcohol. La gamma-glutamyl-transferasa (GGT) sérica, la transferina deficiente en carbohidratos (CDT), el volumen corpuscular medio (VCM) de los glóbulos rojos y la aspartato amino transferasa (AST) sérica pueden proporcionar a un coste relativamente bajo, una posible indicación del consumo excesivo reciente del alcohol. Debe tenerse en cuenta que pueden producirse falsos positivos si el individuo está tomando medicamentos (como los barbitúricos) que inducen la GGT o tiene temblor de manos debido a nerviosismo, una enfermedad neurológica o dependencia de nicotina.

Anexo E

Material de formación para el AUDIT

Los materiales de formación y otros recursos han sido desarrollados para enseñar las técnicas de screening y de intervención breve del AUDIT. Estas incluyen vídeos, manuales para el docente y panfletos.

A continuación se enumeran los recursos que pueden utilizarse en la formación para la utilización del AUDIT en el screening de los problemas relacionados con el alcohol.

Anderson, P. Alcohol and primary health care. World Health Organization, Regional Publications, European Series no. 64, 1996.

El Proyecto NEADA (Formación para Enfermería sobre Abuso de Alcohol y Drogas), consiste en un vídeo de 30 minutos titulado «Alcohol Screening and Brief Intervention» (Screening e Intervención Breve) junto con un Manual para el Docente³¹ con material para impartir clase, ejercicios de juego de rol, pautas para discusiones de grupo, y tareas y actividades de aprendizaje. Está disponible a través del U.S. National Clearinghouse on Alcohol and Drug Information: www.health.org o por teléfono a través del 1-800-729-6686.

Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.

Sullivan, E., and Fleming, M. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians, *Treatment Improvement Protocol Series, 24*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD 20857, 1997.

Referencias

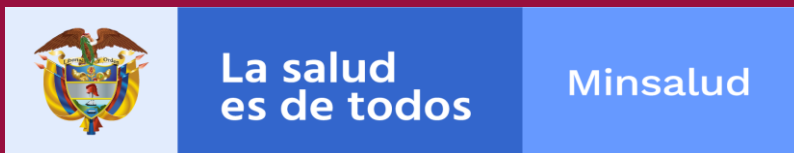
1. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804, 1993.
2. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Amundsen, A. and Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption I. *Addiction*, 88, 349-362, 1993.
3. Babor, T., Campbell, R., Room, R. and Saunders, J.(Eds.) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Geneva, 1994.
4. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, World Health Organization, Geneva, 1993.
5. Anderson, P., Cremona, A., Paton, A., Turner, C. & Wallace, P. The risk of alcohol. *Addiction* 88, 1493-1508, 1993.
6. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Geisbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., Skog, O. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, 1994.
7. World Health Organization. *Problems related to alcohol consumption, Report of a WHO Expert Committee*. Tech. Report Series 650, Geneva, WHO, 1980.
8. Kreitman, N. Alcohol consumption and the prevention paradox. *British Journal of Addiction* 81, 353-363, 1986.
9. Murray, R.M. Screening and early detection instruments for disabilities related to alcohol consumption. In: Edwards, G., Gross, M.M., Keller, M., Moser, J. & Room, R. (Eds) *Alcohol-Related Disabilities*. WHO Offset Pub. No. 32. Geneva, World Health Organization, 89-105, 1977.
10. Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B. and Babor, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 21(4): 613-619, 1997.
11. Cherpitel, C.J. Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* 56:695-700, 1995.
12. Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B., The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction* 90:1349-1356, 1995.
13. Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B. and Holzer, C.E. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction* 92(2):197-206, 1997.
14. Rigmaiden, R.S., Pistorello, J., Johnson, J., Mar, D. and Veach, T.L. Addiction medicine in ambulatory care: Prevalence patterns in internal medicine. *Substance Abuse* 16:49-57, 1995.

15. Piccinelli, M., Tessari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M. Garzotto, N. and Tansella, M. Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study. *British Medical Journal* 314(8) 420-424, 1997.
16. Skipsey, K., Burleson, J.A. and Kranzler, H.R. Utility of the AUDIT for the identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 45:157-163, 1997.
17. Claussen, B. and Aasland, O.G. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction* 88:363-368, 1993.
18. Fleming, M.F., Barry, K.L. and MacDonald, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *International Journal of the Addictions* 26:1173-1185, 1991.
19. Powell, J.E. and McInness, E. Alcohol use among older hospital patients: Findings from an Australian study. *Drug and Alcohol Review* 13:5-12, 1994.
20. Isaacson, J.H., Butler, R., Zacharek, M. and Tzelepis, A. Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *Journal of General Internal Medicine* 9:550-553, 1994.
21. Fiellin, D.A., Carrington, R.M. and O'Connor, P.G. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* 160: 1977-1989, 2000.
22. Ivis, F.J., Adlaf, E.M. and Rehm, J. Incorporating the AUDIT into a general population telephone survey: a methodological experiment. *Drug & Alcohol Dependence* 60:97-104, 2000.
23. Lapham, S.C., Skipper, B.J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P. and Paisarnsilp, S. Prevalence of alcohol use disorders among emergency room patients in Thailand. *Addiction* 93(8), 1231-1239, 1998.
24. Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holder, C.E. and Volk, R.J. Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* 129: 353-362, 1998.
25. Clements, R. A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(5):985-993, 1998.
26. Hays, R.D., Merz, J.F. and Nicholas, R. Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. *Behavioral Research Methods, Instruments & Computers* 27:277-280, 1995.
27. Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56:423-432, 1995.
28. Conigrave, K.M., Saunders, J.B. and Reznik, R.B. Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* 90:1479-1485, 1995.

29. Sinclair, M., McRee, B. and Babor, T.F. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report), 1992.
30. Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva, 1989.
31. McRee, B., Babor, T.F. and Church, O.M. *Instructor's Manual for Alcohol Screening and Brief Intervention*. Project NEADA, University of Connecticut School of Nursing, 1991.
32. Gomel, M. and Wutzke, S. Phase III World Health Organization Collaborative Study. Procedures Manual Strand III, Part 1. Dept. of Psychiatry, University of Sydney, New South Wales, 1995.
33. Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C.C. and Rychtarik, R.G. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. Rockville MD: NIAAA, 1992.
34. Babor, T.F., Weill, J., Treffardier, M. and Benard, J.Y. Detection and diagnosis of alcohol dependence using the Le Go grid method. In: Chang N (Ed.) *Early identification of alcohol abuse*. NIAAA Research Monograph 17, DHHS Pub. No. (ADM) 85-1258, Washington, D.C. USGPO, 1985; 321-338.
35. Saunders, J.B. and Aasland, O.G. *WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption*. Geneva, Switzerland, World Health Organization (Unpublished Document WHO/MNH/DAT/86.3), 1987.
36. Bien, T.H., Miller, W.R. and Tonigan, S. Brief intervention for alcohol problems: a review. *Addiction* 88:315-336, 1993.
37. Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(6):851-859, 1995.
38. Wilk, A.I., Jensen, N.M. and Havighurst, T.C. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12:274-283, 1997.
39. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D., Sartorius, N. and Towle, L. The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
40. Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablenski, A., Regier, D. and Sartorius, N. SCAN - Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry* 47:589-593, 1990.

41. Heather, N. *Treatment approaches to alcohol problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
42. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Rockville, MD, 2000.
43. Richmond, R.L. and Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of interventions. *Addiction* 89, 49-62, 1994.
44. Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 95(5):677-686, 2000.
45. Finnish Foundation for Alcohol Studies. *International Statistics on Alcoholic Beverages: Production, Trade and Consumption 1950-1972*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1977.

Notas



DIRECTRICES PARA PROMOVER LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO

**Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles
Dirección de Promoción y Prevención**

Bogotá, Agosto de 2020



**La salud
es de todos**

Minsalud

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO

**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios**

MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

CLAUDIA MILENA CUÉLLAR

**Directora de Promoción y Prevención
(E)**



La salud
es de todos

Minsalud

EQUIPO TÉCNICO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

NUBIA BAUTISTA BAUTISTA

Subdirectora (E) Enfermedades No Transmisibles

YOLANDA INES SANDOVAL GIL

Coordinadora Grupo Gestión Integrada de la Salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras condiciones crónicas

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ

Profesional Especializada

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

COLABORADORES

SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA FAMILIAR

Dra. NELCI ASTRID BECERRA MARTINEZ

Medica Especialista en Medicina Familiar

Dr. ALFONSO ÁVILA

Médico Especialista en Medicina Familiar

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX

Dr MANUEL CONRADO PACHECO

Médico Internista - Neumólogo

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Dra. LUISA FERNANDA VASQUEZ CUBILLOS

Medica Especialista en Medicina Familiar

© Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 # 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00 Extensión 1200 - 1202

Bogotá D.C. Colombia.

Febrero de 2017



Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	CONTEXTO GENERAL	6
3.	TABAQUISMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	6
4.	PRODUCTOS DE TABACO, DERIVADOS Y DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS	8
5.	EFFECTOS EN SALUD POR EL CONSUMO DE TABACO	10
5.1.	Efectos en salud por cigarrillos electrónicos	12
6.	INTERVENCIONES PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO DE ACUERDO AL TIEMPO DE CONTACTO DURANTE LA ATENCIÓN	12
6.1.	Intervención Breve	14
6.2.	Intervención intensiva.....	14
7.	MODELOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO	15
7.1.	Modelo Transteorico de Prochaska Di Clemente.....	15
7.2.	Entrevista motivacional para dejar de fumar o vapear.....	16
7.3.	Intervención cognitivo-conductual.	17
7.4.	Terapia Farmacológica.....	17
7.5.	Terapias Alternativas	¡Error! Marcador no definido.
8.	MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO.....	21
9.	DIRECTRICES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO ..	23
9.1.	Metas	23
9.2.	Objetivo General	23
9.3.	Objetivos Específicos	24
9.4.	Alcance.....	24
9.5.	Población Objeto	24
9.6.	Componentes de un programa.....	24



1. Introducción

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ocasionan graves consecuencias en la salud, en la economía, el ambiente y a la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-2011), aproximadamente 7 millones de personas mueren al año por enfermedades asociadas al consumo, y más de 890.000 personas no fumadoras están expuestas a humo de tabaco. Las muertes atribuidas a este factor se relacionan principalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares, el deterioro de la salud mental global y el incremento en el uso de otras drogas, entre otras. Su consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre la población adolescente.

En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas la prevalencia de tabaquismo viene en descenso pasando del 12,9% (2013) al 9,7% (2019). La carga de enfermedad atribuible al tabaquismo aún ocasiona un número importante de muertes y elevados costos al sistema de salud para atender a las personas con enfermedades provocadas por el consumo o exposición al tabaco siendo esto algo prevenible.

Adicionalmente, la dependencia que provoca el consumo de tabaco, requiere la aplicación de intervenciones que conducen a promover el abandono del consumo y tratar la dependencia a esta sustancia.

Lo anterior, lleva a que todas las personas que consumen tabaco y sus derivados tengan derecho de recibir información acerca de los efectos nocivos, los beneficios de dejar este hábito y ser atendidos para tratar su adicción. Para la mayoría de los consumidores de tabaco, el conocimiento de estos efectos es un elemento determinante en la motivación para dejar el consumo, siendo importante que la población y las instancias gubernamentales del nivel nacional y local, lo comprendan para que se implementen dichas intervenciones.

La implementación de estas intervenciones complementa las acciones que desarrolla el Estado desarrolla para controlar el tabaquismo en Colombia, esto acorde a lo definido por la Ley 1109 de 2006, la Ley 1335 de 2009 y las Políticas de Salud Pública vigentes.

La evidencia científica reconoce la costo-eficacia de las intervenciones breves contra el tabaquismo, sin embargo más del 50% de los prestadores de atención primaria, sobre todo aquellos de los de países de ingresos bajos y medianos, no



ofrecen estas intervenciones de manera sistemática, lo cual constituye uno de los principales obstáculos para ofrecer ayuda a los consumidores de tabaco.

En atención a esta problemática y su necesidad de control, se establecen las directrices a los actores del sistema de salud para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo, con base en la evidencia científica, lo recomendado en las directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (Artículo 14) y la normas vigentes.

2. Contexto General

La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública que está afrontando el mundo. Mata a casi 7 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de bajos o medianos ingresos, donde es mayor la morbilidad y la mortalidad asociada al tabaco.

El consumo tabaco, es el principal factor de riesgo de muerte prevenible en el mundo. La evidencia científica confirma que las personas que consumen tabaco, tienen mayor riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. Las personas que mastican tabaco enfrentan riesgos muy elevados de cáncer en cavidad bucal; especialmente de labios, lengua, paladar y faringe. Aproximadamente, una persona muere cada seis segundos por una enfermedad relacionada con el consumo tabaco, lo que representa 6 millones de personas al año. A menos que se tomen medidas urgentes, el número de muertes anuales podría elevarse a más de ocho millones en el 2030. Las personas que sufren de enfermedades como el cáncer o enfermedad coronaria a causa del tabaquismo y que continúan fumando, tienen mayor riesgo de morir en comparación con las personas que tiene la misma enfermedad pero que nunca fumaron o que dejaron de fumar después de ser diagnosticados. Incluso, para aquellas personas que fuman 10 cigarrillos o menos por día, la esperanza de vida es 5 años más corta y el riesgo de cáncer de pulmón es hasta 20 veces mayor que en los no fumadores. Para los que fuman menos de 4 cigarrillos por día, el riesgo es 5 veces mayor para cáncer de pulmón. No hay un nivel seguro de exposición, la mejor manera de prevenir muertes relacionadas con estos productos, es no consumir y evitar la exposición al humo de tabaco.

A nivel mundial se han realizado diferentes estudios sobre tabaquismo y su impacto económico, estimándose costos anuales de aproximadamente 2 billones de dólares.

3. Tabaquismo un problema de salud pública

En Colombia, se evidencia una disminución progresiva de la prevalencia del consumo de tabaco, aunque esta se muestra en diferentes encuestas nacionales.



En Colombia, según el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas la prevalencia de tabaquismo viene en descenso pasando del 12,9% (2013) al 9,7% (2019). Sin embargo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes (13-15 años) 2016, reporta que la experiencia del uso de cigarrillo o productos derivados del tabaco en algún momento de la vida, los jóvenes están experimentando con diversos productos así: tabaco sin humo 7,9%, narguile 8,9%, otros productos 11,7%, cigarrillos electrónicos 15,4% y cigarrillo 22%. Con respecto a la prevalencia en el último mes, predomina la prevalencia de consumo a cualquier producto siendo del 20,2%, frente a cigarrillo del convencional con un 9% y el cigarrillo electrónico también con una prevalencia del 9%.

En esta misma población, al analizar el consumo de tabaco por etnia, se observó una prevalencia en la población indígena del 10%; así mismo, al examinar el lugar de consumo, aunque este predomina en los espacios públicos con un 29%, preocupa el consumo en las casas reportado en un 20,8% y en la de amigos en un 15,9%.

El Tercer Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Colombia 2016, muestra la prevalencia de uso de tabaco, donde se observa que casi un 50% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida, un 27% manifiesta un consumo reciente (último año) y un 16,8% declara un consumo actual (último mes). En todos los escenarios el uso es mayor entre los hombres. Por otra parte, entre aquellos que no habían consumido tabaco antes del año previo al estudio, se observó que casi un 19% inició el uso de tabaco durante el año anterior al estudio y un 9% lo inició en el en el último mes.

En esta misma encuesta las menores tasas de consumo actual de tabaco se presentan entre los estudiantes de 18 años y menos con 12,5%, seguidas por el grupo de 19-20 años con tasas de 16,3%, mientras que las tasas de consumo más altas están en el grupo de 23-24 años con 20,5%, seguido por el grupo de 21-22 años con 18,4%. También llamó la atención el uso alguna vez en la vida de cigarrillos electrónicos, siendo esta del 16,6%. Los mayores fumadores de cigarrillos electrónicos son los universitarios más jóvenes, quienes a su vez presentaban las menores tasas de uso actual de tabaco.

Frente a la carga de enfermedad, el tabaquismo es responsable de que se presenten 34800 muertes al año, con 624.000 años de vida perdidos (Caso a favor de la inversión en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2019); 154 450 muertes pueden evitarse en 15 años si se implementan las intervenciones del CMCT de la OMS. Con respecto a la carga de enfermedad para el país, aproximadamente 32000 muertes se presentan anualmente por causa del tabaquismo, específicamente por enfermedad cardíaca, EPOC, otros cánceres, cáncer de pulmón, tabaquismo pasivo, accidentes cerebro vascular y por neumonía.



Sumado a lo anterior, el sistema de salud gasta 4,7 billones de pesos al año atendiendo a las personas afectadas por este riesgo que es prevenible (IETS-INC 2013).

Los tratamientos de cesación adquieren relevancia para la salud pública porque la mayoría de las acciones descritas se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito, pero tienen un limitado efecto entre quienes son fumadores. El tratamiento del tabaquismo es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte integral de los servicios de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) y también podrían estar integradas a la atención del consumo de sustancias psicoactivas, siendo muy importante su implementación desde la atención primaria; para obtener el impacto esperado, dichas acciones deben contar con el compromiso de los gobiernos del nivel nacional y local, las comunidades, los Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud (proveedores de la atención en salud).

4. Productos de tabaco, derivados y dispositivos electrónicos

Los cigarrillos constituyen la mayor parte de productos manufacturados de tabaco en el mundo. Con la globalización económica, algunas formas de tabaco, históricamente localizadas en regiones específicas del mundo (tales como el narguile y el bidi), se han esparcido a todo el continente. Por ejemplo, los kreteks indonesios —cigarrillos con sabor a clavo con empaque flojo— son actualmente publicitados para el mercado joven en muchos países industrializados. Estas formas regionales de tabaco algunas veces ganan posición en nuevos países. En vez de ello, frecuentemente sirven como una puerta hacia la adicción, atrayendo a los jóvenes y otros fumadores seguidores de la moda hacia una dependencia de por vida a los cigarrillos (Atlas de Tabaco 2010).

La población en general y el personal de la salud debe saber que no existe una manera sana de consumir el tabaco, ya sea inhalado, olfateado o masticado; así se reduzcan algunos de los ingredientes peligrosos; o se mezcle con otros ingredientes. Entre los diversos productos de tabaco, se pueden encontrar:

Los productos de tabaco sin humo tradicionales, estos usualmente consumidos por vía oral o nasal, sin quemarlo ni producir combustión. Existen dos tipos principales de tabaco sin humo: rapé (húmedo o seco) y tabaco de mascar.

El tabaco de fumar, acto de quemar hojas secas o curadas de la planta de tabaco e inhalar el humo. La combustión libera compuestos bioquímicamente activos en el tabaco, tales como la nicotina y otras sustancias químicas muy peligrosas para la salud, las cuales son absorbidas a través de los pulmones. Entre los que se



encuentran, los cigarrillos de enrollar, los cigarrillos manufacturados, los cigarros, los bidis, los ktreteks, las pipas de agua, las pipas y (Atlas de Tabaco 2010).

Los sistemas de tabaco calentado. Según la Organización Mundial de la Salud, los productos de tabaco por calentamiento (PTC), son productos de tabaco procesado que son calentados en lugar de sufrir combustión. Al calentarlos, producen aerosoles que contienen nicotina, sustancia altamente adictiva procedente del tabaco, y otras sustancias químicas, procedentes de aditivos y aromas añadidos, que son inhaladas por los usuarios a través de la boquilla. Los PTC imitan el comportamiento de fumar de los cigarrillos tradicionales mediante el uso de dispositivos electrónicos de calentamiento. El tabaco se presenta picado o en polvo, en forma de cigarrillo “stick” (es el caso de las marcas IQOS y Glo) o compactado “cápsula” (caso de las marcas Ploom y Pax). Los cigarrillos contienen tabaco prensado y empapado en propilenglicol y glicerina. En general, en los cigarrillos se añaden cientos de excipientes que pueden ser tóxicos con o sin combustión. La Unión Europea recoge que existen en torno a 600 aditivos utilizados actualmente en productos de tabaco, entre estos se encontrarían, por ejemplo, metales pesados como el hierro y titanio usados para colorar, o gomas y humectantes usados para dar forma al producto. La FDA ha señalado que los PTC, al contrario que los cigarrillos convencionales, contienen glicerina y propilenglicol, los cuales forman un aerosol con características similares al de los cigarrillos electrónicos¹

Otro producto que preocupa, por estar su consumo en incremento entre los niños y jóvenes son los cigarrillos electrónicos, también conocidos como sistemas electrónicos de suministro de nicotina y sistemas similares sin nicotina. Fueron introducidos en el mercado en el año 2004 y su interés, uso y controversia se han disparado durante la última década, representan una industria en auge, estimada en US\$2.000 millones en los EE. UU en 2014.

Estos productos, son dispositivos electrónicos que calientan una solución líquida para crear aerosol, el cual es inhalado por los usuarios. (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, Fundación Colombiana del Corazón, 2018- OMS Conferencia de las Partes). Además de ser conocidos como cigarrillos electrónicos (e-cigarrillo), también son llamados vapeadores, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (SEAN), sistemas electrónicos sin suministro de nicotina (SSSN), vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods, plumas de o sistemas de tanque (U.S. Department of Health and Human Services, 2018). Su diseño imita a los productos de tabaco (cigarrillos, puros, pipas), así como a los artilugios comunes como linternas, unidades de memoria (USB) o bolígrafos (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

¹ Ministerio De Sanidad, Consumo Y Bienestar Social. Productos De Tabaco Por Calentamiento: Consideraciones de tipo sanitario y legal. 4 de febrero de 2019. Disponible en https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_productos_tabaco_calentado.pdf



Las compañías tabacaleras reconocen el potencial de este mercado en crecimiento y están invirtiendo fuertemente en nuevos productos o en la adquisición de marcas de cigarrillos electrónicos. A nivel individual, los cigarrillos electrónicos son probablemente menos perjudiciales para el usuario que los cigarrillos tradicionales, pero se necesita mucha más investigación sobre los efectos de los cigarrillos electrónicos, las consecuencias a largo plazo de su uso y sus ingredientes, estos últimos tóxicos (ABC Cigarrillos Electrónicos. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abce-general-cigarrillos-electronicos.pdf>)

El brote de lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos o vapeo ocurrido en el segundo semestre del 2019 se asoció al uso de estos dispositivos. Hasta el 18 de febrero del 2020, se había notificado a los CDC un total de 2807 y se confirmaron 68 muertes en 29 estados de ese país. Resultado de ello, el Ministerio de Salud y Protección Social, alerto a la ciudadanía y actores del sistema de salud, acerca de este brote y a través de la Circular 032 de 2019, estableció las *“Directrices de alerta, instrucciones y recomendaciones relacionadas con las consecuencias nocivas a nivel sanitario por el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin suministro de nicotina, SEAN/SSSN”* (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-32-de-2019.pdf>)

Los expertos en salud pública están preocupados porque el uso del cigarrillo electrónico podría renormalizar el hábito de fumar, retrasar o impedir los intentos de cesación, promover el consumo en la juventud y volver a captar a los ex fumadores en la adicción a la nicotina. Por ello, las personas que desean dejar de consumir tabaco o cigarrillos electrónicos, deben recurrir a su médico o prestador de salud para que le sea indicado tratamiento, existen diversos métodos e intervenciones eficaces para tratar el tabaquismo, como la consejería, la terapia farmacológica y la intervención cognitivo conductual, las cuales tienen eficacia y seguridad científica demostrada (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).

5. Efectos en salud por el consumo de tabaco

Todas las formas de tabaco son adictivas y perjudiciales para la salud (American Cancer Society). El humo del tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, de los cuales 250 han sido identificadas como perjudiciales para la salud y al menos 69 son carcinogénicas (US Department of Health & Human Services. Informe del Cirujano General, 2010). Los cigarrillos que se anuncian como bajos en alquitrán o nicotina no reducen los peligros del tabaquismo. Sin embargo, abandonar el tabaco reduce los riesgos de salud y produce beneficios inmediatos y a largo plazo (Cuadro 1).



Adicionalmente, la nicotina contenida en los productos de tabaco y sus derivados, afecta el sistema nervioso, el corazón, disminuye el apetito, compromete el estado de ánimo, aumenta la frecuencia cardíaca, aumenta la presión arterial, náuseas y diarrea. Dado que es una sustancia adictiva ocasiona síntomas y signos de abstinencia si se intenta reducir o suspender su uso. El riesgo de adicción a la nicotina depende de la dosis de nicotina entregada y del método como se administra (Rodríguez I et al 2004, Cogollo M et al, 2010, Juárez J et al, 2015). Múltiples investigaciones han determinado que es posible abandonar el consumo de cigarrillo, especialmente cuando se ofrecen alternativas basadas en modelos de cambio conductual en la modalidad de intervención breve (Fassier J et al, 2016) o la obtención de resultados exitosos en la cesación del consumo de tabaco en casos de dependencia si se combina la intervención conductual con medicamentos (Gómez T et al, 2005, Fernández A et al 2014). Es importante recalcar que el consumo de tabaco, de sus derivados o sucedáneos además de ocasionar diversas enfermedades, se convierte en una enfermedad que requiere tratamiento clínico.

Cuadro 1. Efectos en salud por el consumo y la exposición a tabaco

Fumar durante el embarazo: <ul style="list-style-type: none">• Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa• Ruptura prematura de las membranas• Nacimiento prematuro, aborto espontáneo/aborto natural.
En fumador (a): <ul style="list-style-type: none">• Cáncer de labios, boca, garganta, laringe y faringe. Dolor de garganta, disminución del sentido del gusto y mal aliento.• Cáncer de las cavidades nasales y senos paranasales, rinosinusitis crónica, alteración del sentido del olfato.• Enfermedad periodontal (Enfermedad de las encías, gingivitis, periodontitis). Dientes sueltos, pérdida de dientes, caries, placa,• Decoloración y manchado del esmalte dental.• Cáncer de esófago, cáncer gástrico, del colon y del páncreas. Aneurisma aórtico abdominal, úlcera péptica (esófago, estómago).• Posible aumento del riesgo de cáncer de mama• Alteraciones fertilidad masculina, disfunción eréctil, cáncer de próstata.• Enfermedad vascular periférica, trombosis, envejecimiento prematuro de la piel• Accidente cerebrovascular, adicción, Infarto agudo de miocardio, aterosclerosis• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica, infección respiratoria, exacerbación de asma. Cáncer tráquea, pulmón y bronquios.• Cáncer de vejiga y riñón, cáncer de cuello uterino y de ovario
Fumadoras (res) pasivos: <ul style="list-style-type: none">• Cáncer de pulmón• Enfermedad coronaria• Accidente cerebrovascular• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica



- Síndrome de muerte súbita del lactante
- Función pulmonar reducida y desarrollo pulmonar defectuoso
- Exacerbación del asma
- Enfermedad respiratoria aguda vías inferiores (bronquitis y neumonía)
- Irritación de las vías respiratorias (tos, flema)
- Enfermedades alérgicas (rinitis, dermatitis)
- Otitis media

Fuente: Atlas Tobacco 2010

5.1. Efectos en salud por cigarrillos electrónicos²

- Los cigarrillos electrónicos con nicotina perpetúan la adicción a esta sustancia psicoactiva altamente adictiva.
- El uso de saborizantes y las altas concentraciones de nicotina, así como la publicidad dirigida a jóvenes y menores de edad, promueven una puerta de entrada al consumo crónico de estos productos por parte de adolescentes y jóvenes.
- El uso de cigarrillos electrónicos durante al menos un año se asocia con un mayor riesgo cardiovascular (A Moheimani RS, 2017) y el uso diario duplica el riesgo de presentar infarto agudo de miocardio (Bhatta DN, 2019).
- El uso de estos dispositivos aumenta el riesgo de síntomas bronquiales y respiratorios (McConnell, Barrington, Wang, & Urman, 2017). Los productos químicos presentes en el cigarrillo electrónico dañan las células y a largo plazo pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer (Huang SJ, 2018) (McNeill A, 2018).
- La ingesta accidental de la nicotina causa intoxicación aguda, siendo más grave en niños (Weiss D, 2016).
- El uso de los cigarrillos electrónicos se puede asociar con la explosión de estos dispositivos. Se han requerido cirugías complejas para extracción de material del dispositivo.
- Los cigarrillos electrónicos con y sin nicotina liberan al ambiente sustancias nocivas para salud, que luego son inhaladas por quienes están alrededor (Colla Jm – Informe OMS 2016).

6. Intervenciones para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo de acuerdo al tiempo de contacto durante la atención

Con frecuencia, y de forma equivocada, se considera que el consumo de tabaco es una opción exclusivamente personal. Contradice esa percepción el hecho de que la mayoría de los fumadores desea abandonar su hábito cuando adquiere plena

² Ministerio de Salud y protección Social. ABC Cigarrillos Electrónicos, 2019
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-general-cigarrillos-electronicos.pdf>



conciencia de los efectos del tabaco en la salud, aunque les resulte difícil dejarlo debido a que la nicotina es muy adictiva.

El tabaquismo, es una enfermedad crónica, de naturaleza adictiva que se asocia con una acentuada vulnerabilidad a la recaída; por lo cual, el éxito del tratamiento no puede ser medido solamente por el logro de la abstinencia permanente, sino también por los cambios conductuales y de consumo del fumador.

Adicional a las intervenciones más efectivas para prevenir y controlar el tabaquismo que están a nivel político, como el restringir la oferta y el desestimulo de la demanda de los productos de tabaco (incrementar los impuestos a los productos de tabaco); la evidencia científica ha demostrado que los tratamientos para el manejo del tabaquismo también son efectivos para ayudar a las personas consumidoras de tabaco. Si bien, muchos fumadores desean dejar de fumar, solo el 1% lo consigue sin ayuda; pero si consideramos la ayuda de los tratamientos de basada evidencia científica se pueden lograr tasas de abstinencia de hasta del 30% (OMS 2003. Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ Parte III).

Existen diversas intervenciones eficaces, para tratar el tabaquismo y que ayudan a disminuir la carga de enfermedad asociada a esta problemática. Alternativas como la consejería, la terapia farmacológica y la combinación de estas, tienen eficacia demostrada para la cesación del tabaquismo. Con respecto a la consejería, esta se ha definido como el intercambio de información y mensajes verbales entre profesional de la salud y el paciente orientados a promover el desarrollo de capacidades que lleven a abandonar el consumo de tabaco (Alba L, et al. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco, 2013). Los prestadores de salud pueden ayudar a la población consumidora de productos de tabaco, sus derivados y similares, a que con estas intervenciones se logre reducir la prevalencia del tabaquismo en el país como parte de las estrategias de basada evidencia científica en control de tabaco (OMS/OPS 2003).

En el tratamiento de la adicción de la nicotina, generada por el vapeo de cigarrillos electrónicos y sistemas de tabaco calentado, con base en la fisiopatología de la adicción a esta sustancia y los mecanismos terapéuticos a través de los cuales generan sus efectos las intervenciones psicosociales y farmacológicas (Opinión de Expertos), es razonable utilizar métodos similares a los utilizados para dejar de fumar³. En el caso de las intervenciones farmacológicas se deben tener en cuenta las mismas consideraciones con relación a sus indicaciones y precauciones.

³ Rosen JB, Sockrider M. Management of smoking and vaping cessation in adolescents. UpToDate Dec 12, 2019.



De acuerdo al tiempo de contacto durante la atención de las personas en los servicios de salud, estas intervenciones se pueden clasificar en:

6.1. *Intervención Breve*

Definida como el intercambio de información y mensajes verbales para la cesación del consumo de tabaco, suministrada en menos de 10 minutos; son oportunistas, dado que se aplican en el marco de cualquier consulta y constituyen maneras factibles y eficaces en función de los recursos para ayudar a los usuarios consumidores de tabaco a abandonarlo. Pueden ser realizadas por la mayoría de los profesionales de la salud entrenados principalmente médicos y enfermeras.

La intervención breve más costo-efectiva es la **Estrategia de las 5As**, la cual implica cinco pasos: Averiguar, Asesorar, Apreciar, Ayudar y Acordar. En esta, se realiza la tamización sistemática de fumadores en todos los encuentros con pacientes, independientemente de su motivo de consulta, lo cual incrementa las tasas de intervención sobre pacientes fumadores (27,1 %; OR=3,1; IC95%: 2,2-4,2) (Fiore et al 2008 Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update). Su principal objetivo es que los pacientes logren avanzar en el proceso de dejar de fumar y hagan intentos serios para conseguirlo. Se ha podido comprobar que alrededor del 20% de los fumadores sometidos a intervención breve progresan en su fase de abandono. NICE considera como breves aquellas intervenciones hasta de 30 minutos (Patnode CD et al. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S, 2015).

6.2. *Intervención intensiva.*

Son tratamientos más integrales, que se pueden realizar durante múltiples visitas durante períodos de tiempo más largos y que pueden ser administrados por más de un profesional sanitario, son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas. Existen estudios, que demuestran que las intervenciones intensivas tienen mayores tasas de éxito que las breves. Es claro que a mayor tiempo de contacto con el paciente mayor será su porcentaje de abstinencia al año; pero si se superan los 300 minutos, no se logra mayor efectividad. La duración de cada sesión con el paciente es superior a 10 minutos.

Cualquier profesional sanitario con formación adecuada puede proporcionar el tratamiento intensivo del tabaquismo. En muchos casos, son proporcionadas por profesionales sanitarios especializados en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas no se definen por su especialidad clínica sino porque ven el tratamiento del tabaquismo como su papel profesional primordial. A menudo están



adscritos a programas que proporcionan intervenciones o servicios de tratamiento intensivo (clínicas de cesación o unidades especializadas).

Cuadro 2. Eficacia en relación a intensidad de la intervención

Nivel de Contacto	Número de estudios	Relación de probabilidad (95% IC)	Tasa estimada de abstinencia (%) (95% IC)
Ningún contacto	30	1.0	10.9
Intervención mínima (< 3 min)	19	1.3 (1.01 – 1.6)	13.4 (10.9 – 16.1)
Intervención breve (3 – 10 min)	16	1.6 (1.2 – 2.0)	16.0 (12.8 – 19.2)
Intervención intensiva (>10 min)	55	2.3 (2.0 – 2.7)	22.1 (19.4 – 24.7)

Fuente: Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline, 2008.

7. Modelos y estrategias de intervención para la cesación del consumo de tabaco

Estas intervenciones pueden utilizar dentro de su dinámica diferentes modelos y estrategias, como:

7.1. *Modelo Transteorico de Prochaska Di Clemente.*

Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco, fueron inicialmente utilizados para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Este modelo concibe el cambio de conducta como un proceso relacionado con el progreso a través de una serie de cinco estados. Es una estrategia transversal que se combina con la consejería breve, evalúa la fase de abandono en la que se encuentra la persona.

El dejar de fumar o vapear no sucede en un paso, la gente progresa a través de cinco etapas hasta el éxito. El paso a través de las etapas ocurre cuando la gente utiliza los procesos del cambio. El progreso en las etapas tempranas depende del balance de decisión que tome la persona (balance entre pros y contras de dejar de fumar o vapear), Iniciar y mantener la cesación tabáquica requiere un sentido suficiente de confianza (autoeficacia). Las etapas que se evalúan desde este modelo son: Pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (recaída).



7.2. *Entrevista motivacional para dejar de fumar o vapear.*

Es una estrategia de entrevista directiva no confrontativa y centrada en el paciente que permite explorar las ambivalencias de la persona acerca de su propio comportamiento de consumo con el fin de incrementar la motivación por la cesación y el cambio. En este tipo de entrevista, el profesional se ubica en el marco de referencia del usuario, y se concentra en identificar las razones personales y particulares para cambiar; de este modo facilita la superación de la negación y la resistencia al cambio pues la responsabilidad del cambio está en la persona.

La entrevista motivacional también se puede aplicar a los pacientes que están dispuestos a hacer un intento por dejar de fumar o vapear como a los que no lo están considerando. Un tipo de estrategia motivacional que es usada en los fumadores o vapeadores que no están dispuestos a hacer un intento para dejar de fumar o vapear, es la estrategia de las "5R", denominada así por la inicial de los 5 puntos a considerar: Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición con la cual se busca motivar y concretar los intentos por dejar de fumar o vapear.

Permite que la persona encuentre motivaciones internas y suficientes para tomar decisiones respecto a dejar de fumar tabaco y dar inicio al proceso de cesación de forma empática. Para ello, se necesita que el profesional encargado del acompañamiento:

- Genere un ambiente empático, de confianza, en el que la ambivalencia en la toma de decisión del usuario respecto a la cesación sea vista como un aspecto normal del proceso de dejar de consumir tabaco.
- Permita que la persona verbalice las razones por las que desea cambiar, y a la vez evalúe la discrepancia entre las razones y el hecho de fumar como lo hace actualmente.
- Sirva de espejo, es decir que repita las afirmaciones del usuario para fomentar la reevaluación. Devuelva al usuario lo que le ha informado a partir de sus afirmaciones.
- Controle la confrontación, esto quiere decir que evite hacer comentarios en contra del tabaco; al contrario, debe centrarse en proponer análisis guiados de la percepción que el usuario tiene acerca del consumo de tabaco y su identidad con él.
- Apoye la autoeficacia, esto implica reforzar en el usuario que él es el agente activo de cambio y que el profesional está allí para apoyarlo.



7.3. *Intervención cognitivo-conductual*

Se utiliza para el tratamiento de la dependencia física, psicológica y social, asociadas al consumo de tabaco. Se trabaja en las modalidades de terapia grupal o individual. Esta técnica parte del enfoque cognitivo-conductual, desde el cual se considera que cualquier conducta adictiva es resultado de unos patrones comportamentales aprendidos, tal como sucede en el consumo de cigarrillo, en este contexto, el enfoque reconoce el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta del fumador y/o vapeador. Esta intervención, tiene como objetivo el cambiar los comportamientos adictivos por conductas más adaptativas y de mejores habilidades a la hora de afrontar los acontecimientos vitales y los estresores de la vida cotidiana.

7.4. *Terapia Farmacológica.*

Muchas personas son capaces de dejar de fumar con éxito por su cuenta. Sin embargo, los fumadores y vapeadores dependientes de la nicotina podrían beneficiarse de intervenciones para abordar los aspectos fisiológicos, específicamente los trastornos de la dependencia del tabaco y la abstinencia. Los medicamentos incrementan las tasas de abstinencia si se suministran en conjunto con otras estrategias.

Los fármacos eficaces de primera línea como la Terapia de Reemplazo de sustitución de la Nicotina - TRN, la vareniclina y el bupropión, incrementan significativamente los índices de abstinencia de consumo de tabaco a largo plazo, comparados con el placebo logrando tasas de 25,0% hasta 27,0% al combinarse con consejería. Salvo en las situaciones de embarazo, lactancia, adolescencia, consumo menor de 10 cig/día y contraindicación médica (Instituto Nacional de Cancerología. Cesación Tabáquica. Compilación de recomendaciones actualizadas para profesionales de la salud en Colombia, 2016).

Los fármacos de demostrada efectividad y seguridad como TRN, bupropión y vareniclina pueden usarse en combinación doble o triple, prefiriéndose el uso de TRN de corta acción cuando se adiciona a alguno de los fármacos orales para aliviar la ansiedad por fumar. Existe evidencia sobre efectividad y seguridad de las TRN utilizadas entre ellas o en asociación a vareniclina o bupropión, sin embargo, la evidencia sobre seguridad en la modalidad combinada no es tan robusta como la que existe para cada fármaco en monoterapia, ya que los efectos adversos se suman de manera que se sugiere reservar las combinaciones para personas con alto nivel de adicción y/o con historia de fracaso en intentos previos con monoterapia



(Seijas D). A continuación se describen los medicamentos de primera línea, de uso aprobado en el país^{4, 5}:

7.4.1. Terapia de reemplazo nicotínico

Implica el uso de productos que suministran dosis bajas de nicotina. Estos productos no contienen muchas de las toxinas que se encuentran en el humo. El objetivo de la terapia es reducir los deseos de consumir nicotina y controlar los síntomas de la abstinencia sin crear dependencia. Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, atomizador nasal, inhalador bucal y tabletas sublinguales). Ninguna de las formas de terapia sustitutiva ha demostrado superioridad sobre las otras, pero todas casi que duplican la abstinencia a largo plazo (OR 1.77, IC 95% 1.66 - 1.88). Se cuenta con diferentes formas de presentación:

Parche de nicotina: es un sistema transdérmico de liberación progresiva de nicotina que mantiene niveles estables durante su utilización. El parche se debe aplicar en una región limpia, seca y no pilosa, del tronco o de los miembros superiores, rotando el punto de aplicación cada 24 horas. Es una terapia efectiva en la cesación del consumo de tabaco (OR 1.81, IC 95% 1.63 - 2.02).

Las reacciones adversas que pueden generar los parches de nicotina son: prurito local, eritema, cefalea, mialgias, mareos o dispepsia. Se debe tener precaución en los pacientes con condiciones cardiovasculares agudas, como un infarto agudo de miocardio reciente.

Chicles de nicotina: son gomas de mascar que tienen nicotina disuelta. El paciente debe masticar el chicle hasta que obtenga un sabor amargo para, posteriormente, colocarlo en la mucosa de la encía, repitiendo el procedimiento hasta que el sabor desaparezca. También han demostrado efectividad en la cesación del consumo de tabaco (OR 1,81, IC 95% 1,63 - 2,02)

Presentación: chicles de Nicotina de 2 y 4 mg. Los de 2 mg están indicados para fumadores con baja dependencia a la nicotina y los de 4 mg para fumadores con dependencia moderada o alta. Los efectos adversos del chicle de nicotina pueden ser dispepsia, dolor mandibular, hipo y dolor en la cavidad oral. Debe evitarse en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular. Al igual que con los

⁴ Becerra N, Cañón M, Vivas J. Terapia farmacológica para el abandono del tabaquismo. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (2): 167-183, abril-junio, 2010.

⁵ Cañas A, Alba L, Becerra N, et al. Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. Rev. salud pública. 16 (5): 772-785, 2014.



parches, hay que tener precaución en pacientes con condiciones cardiovasculares agudas.

Comprimidos de nicotina: existen en presentaciones de 2 y 4 mg, tal como los chicles, y presentan una efectividad similar. Los efectos secundarios son irritación de la boca y la faringe, e hipo. Al igual que con los parches y los chicles, se debe tener precaución en los pacientes con condiciones cardiovasculares agudas.

7.4.2. Neuromoduladores

Bupropión.

Es un antidepresivo y, aunque su mecanismo de acción exacto es desconocido, se cree que inhibe de forma selectiva la nueva captación neuronal de dopamina y noradrenalina y, en menor proporción, de serotonina, lo cual aumenta las concentraciones de estas sustancias en las sinapsis neuronales de los núcleos accumbens (vía de la recompensa) y ceruleus. El aumento de dopamina en el núcleo accumbens produce un efecto similar al de la nicotina, lo que reduce la necesidad de fumar o vapear.

Las tasas de abandono con el bupropión son muy similares a las alcanzadas con la terapia sustitutiva nicotínica y no hay diferencia entre géneros. Por otra parte, el bupropión disminuye la ganancia de peso asociada con la deshabituación tabáquica, barrera de particular importancia en las mujeres, y es seguro en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Este medicamento se encuentra en presentación de comprimidos de liberación retardada de 150 mg. La dosis recomendada es de 150 mg al día durante tres días (preferiblemente, por las mañanas para evitar el insomnio), para pasar a 300 mg al día. El tratamiento se inicia cuando todavía el paciente fuma o vapea; hábito que debe abandonar entre una semana y quince días después de iniciado, y se mantiene durante 7 a 12 semanas contadas a partir del día en que se dejó de fumar o vapear.

Está contraindicado en personas que sufren de convulsiones (puede causarlas o empeorar un cuadro convulsivo), alcoholismo (uso severo de alcohol), cirrosis hepática, dolores de cabeza severos, accidente cerebro vascular, trastorno afectivo bipolar, desordenes alimenticios (anorexia o bulimia).

Vareniclina.

Actúa interfiriendo los receptores nicotínicos en el cerebro. Esto significa que tiene dos efectos: disminuye el placer que las personas sienten cuando fuman o vapean, y reduce los síntomas del síndrome de abstinencia. La vareniclina debe empezar a



tomarse una semana antes de dejar de fumar o vapear. La dosis diaria se va aumentando progresivamente durante la primera y en la segunda semana.

Existen diferentes estudios metodológicamente sólidos que demuestran que la vareniclina es eficaz en la terapia para suspensión o abandono del hábito de fumar, con diferencias estadísticamente significativas al comparar la vareniclina con el placebo, los parches de nicotina y el bupropión, lo que demuestra su superioridad en términos de los porcentajes de abstinencia a corto y a largo plazo. De igual manera, se ha encontrado que la vareniclina disminuye la ansiedad por fumar, los síntomas de abstinencia y la satisfacción al fumar, de manera consistente con su mecanismo de acción.

Hay reportes de crisis depresivas, pensamientos e ideación suicida, intentos de suicidio, ataques de pánico, crisis de agresividad, confusión y otros cambios del comportamiento en personas que usan la vareniclina. Por lo tanto, personas con antecedente de enfermedad afectiva deben ser muy bien valorados para considerar el uso de este medicamento. Es un medicamento de primera línea para el manejo de la suspensión o abandono del tabaco, indicado en pacientes que nunca han recibido tratamiento farmacológico para el abandono del tabaquismo, así como en aquéllos en quienes otros tratamientos no han sido exitosos.

Presentación: Tabletas de 0,5 mg y 1.0 mg

La combinación de TRN asociado con la disminución progresiva de consumo de cigarrillos hasta el cese definitivo, incluyendo el componente de intervención psicológica, favorece la cesación tabáquica en pacientes con intentos fallidos previos (Becerra N et al, 2018).

Frente al uso de los Sistemas Electrónicos de Suministro de Nicotina (por ejemplo el cigarrillo electrónico) como alternativa para el manejo del tabaquismo: el informe elaborado por la OMS (Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco Conferencia de las Partes, FCTC/COP/7/11 Agosto de 2016), el informe del Cirujano General del año 2020⁶, la revisión de la evidencia científica realizada por el Instituto Nacional de Cancerología y también por la Sociedad Respiratoria Europea (2019), así como la alerta sanitaria emitida por el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima 005-10), no encontraron evidencia suficiente acerca de su efectividad; razón por la cual, no se recomienda su uso como parte del tratamiento del tabaquismo en Colombia ⁷.

⁶ U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General— Executive Summary. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.

⁷ Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos-Invima. Reglamentación Cigarrillos Electrónicos: Consideraciones Generales basadas en la Evidencia. Publicado 10 de octubre de 2016.



8. Marco político y normativo

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), autoridad rectora de las políticas públicas en salud y punto focal del tema de control de tabaco, lidera la implementación de las intervenciones para la prevención y cesación del consumo del tabaquismo en el país, asumiendo el reto de posicionar, en los diversos ámbitos y escenarios, su control integral como prioridad de salud pública. Entre la normatividad relacionada a las intervenciones para la cesación del consumo de tabaco, se encuentran:

- **Ley 1109 de 2006** por medio de la cual se aprueba el "Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Este convenio establece en su Artículo 14 "Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco", insta a cada uno de los Estados Parte, a elaborar y difundir directrices apropiadas e integradas de basada evidencia científica para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco.
- **Ley 1335 de 2009** establece las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención y el abandono al consumo de tabaco y sus derivados en la población colombiana. En su "Artículo 11. *Parágrafo 1°. Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios del POS que le ayuden a manejar el factor de riesgo. Parágrafo 2°. Las IPS y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios*".
- **Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.** Está política plantea las metas y estrategias para atender los problemas y necesidades de salud relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, como el tabaquismo. Entre las metas, asociadas se encuentran el disminuir la prevalencia y la oferta del consumo de tabaco e incrementar los servicios cesación del tabaquismo en el territorio nacional.
- **Resolución 6045 de 2014.** Por la cual se adoptó el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021. Para la implementación de este plan se contemplaron cuatro estrategias, una de las líneas relacionadas



fortalecimiento de la promoción de la seguridad, de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos laborales y optimización y garantía del reconocimiento de las prestaciones al trabajador en el sistema general de riesgos laborales, dentro de sus objetivos se busca favorecer entornos laborales y ocupacionales saludables y calidad de vida de la población trabajadora, para lo cual se deben promover los estilos de vida saludables y el control de factores de riesgo como el tabaquismo.

- **Resolución 3202 de 2016** define como obligatoria la implementación de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud, la RIA Materno perinatal, la RIA de las enfermedades cardiovasculares y las RIA de cáncer, entre otras. En las mencionadas rutas, se deben identificar los factores de riesgo, entre ellos el tabaco y derivar para su abordaje y atención.
- **Resolución 3280 de 2018.** Mediante la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIA para la población Materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. En esta ruta se debe identificar el tabaquismo, brindar un consejo breve y derivar para su atención y control.
- **Ley 30 de 1992.** "Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". Artículo 118: define, que cada institución debe destinar por lo menos el 2% de su presupuesto de funcionamiento para atender adecuadamente su propio bienestar universitario.

9. Responsabilidades por actor para formular y aplicar las intervenciones

Ministerio de Salud y Protección Social

- Implementar campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco o la exposición al humo de tabaco ambiental y brindar asesoría y desarrollar programas para desestimular el hábito de fumar y vapear (aplicar para el gobierno nacional).
- Desarrollar las directrices nacionales para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo.
- Formular programas, planes y estrategias encaminados a fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación y educadores, sobre las consecuencias adversas del consumo de tabaco e inhalación del humo de tabaco ajeno, las medidas de control de tabaco vigentes incluida la cesación del consumo de tabaco (acción en conjunto con el Ministerio de Educación).



Entidades Territoriales

- Desarrollar campañas de promoción de entornos ciento por ciento (100%) libres de humo y de desestímulo del consumo de productos de tabaco;
- Desarrollar, dentro de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y sobre las estrategias para desestimular o cesar su consumo.

Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios (de los distintos regímenes).

- Deben identificar el factor de riesgo dentro de su población, informar sobre los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios de salud que le ayuden a manejar el factor de riesgo.

Instituciones Prestadoras de Servicios.

- Las instituciones que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de servicios de salud ayudarles a manejar el factor de riesgo u ofrecerles el tratamiento.

Administradoras de Riesgos Laborales.

- Desarrollar estrategias para brindar, permanentemente, información y educación a sus afiliados acerca de garantizar ambientes laborales ciento por ciento (100%) libres de humo y prevención del tabaquismo.

10. Directrices para el desarrollo de Programas para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo

10.1. Metas

- A 2021, se incrementan los servicios de cesación de tabaco en el 80% de los departamentos (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021)
- Reducir el tabaquismo en personas de 18 a 69 años al 10% (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021).
- A 2021 disminuir la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles entre 30-70 años (Plan Decenal de Salud Pública de 2012-2021).

10.2. Objetivo General

Ofrecer alternativas de basada evidencia científica para que las personas consumidoras de tabaco, sus derivados o sucedáneos, dejen este hábito y



mantengan la abstinencia prolongada, esto como parte de la atención integral que deben recibir los usuarios del sistema de salud en el marco de cualquier programa de promoción de la salud, prevención o atención de la enfermedad.

10.3. *Objetivos Específicos*

- Implementar la identificación sistemática y el registro del tabaquismo en todas las personas que acceden al sistema de salud, incluye otros entornos teniendo en cuenta sus competencias.
- Aplicar las intervenciones breves para la cesación de consumo de tabaco y atención del tabaquismo en todos los niveles de atención.
- Entrenar al personal de salud en la aplicación de las intervenciones breves para promover la cesación del consumo de tabaco.
- Crear los equipos de salud para la atención del tabaquismo.
- Conformar en el mediano plazo, la red de prestadores de servicios de salud que ofrezcan dentro de sus servicios programas de cesación para la atención del tabaquismo.

10.4. *Alcance*

La implementación de las intervenciones propuestas en este documento, se enfocan principalmente en los agentes del sistema de salud encargados de la gestión del riesgo individual y atención de la población colombiana. No obstante, los otros actores deben fortalecer, promover y apoyar en este proceso.

10.5. *Población Objeto*

Población residente en el territorio nacional y que consume tabaco, sus derivados o sucedáneos o se encuentra expuesta a humo de tabaco ajeno.

10.6. *Componentes de un programa*

Con la finalidad de obtener los mejores resultados en la promoción de la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo; el sistema de salud debe estar fortalecido, a partir de mejorar la prestación del servicio, contar con talento humano entrenado, disponer de fuentes de información para el seguimiento del programa y por supuesto estar financiado por el sistema de salud.

La implementación de las intervenciones para promover la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo, pueden ser implementadas en todos los servicios de salud y en cualquier etapa de la enfermedad, a saber: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidado paliativo. Para facilitar el proceso, este puede efectuarse de forma progresiva, iniciando con la implementación de las atenciones básicas (Componente 1) en todos los servicios



de la institución hasta lograr la conformación del equipo técnico de profesionales que aplicará el tratamiento a los pacientes.

Las orientaciones para el desarrollo de un programa, plantean seis (6) componentes que interactúan de forma armónica y se encuentran articulados para lograr las metas planteadas (Figura 1). No obstante, cuando un país no tiene instauradas estas atenciones, la implementación se puede efectuar de forma progresiva, iniciando en los servicios de atención primaria para aplicación de intervenciones breves hasta lograr la conformación de servicios especializados o fortalecer los ya existentes. Para reforzar los servicios de salud se debe tener en cuenta:

Figura 1. Programa para la Atención del Tabaquismo



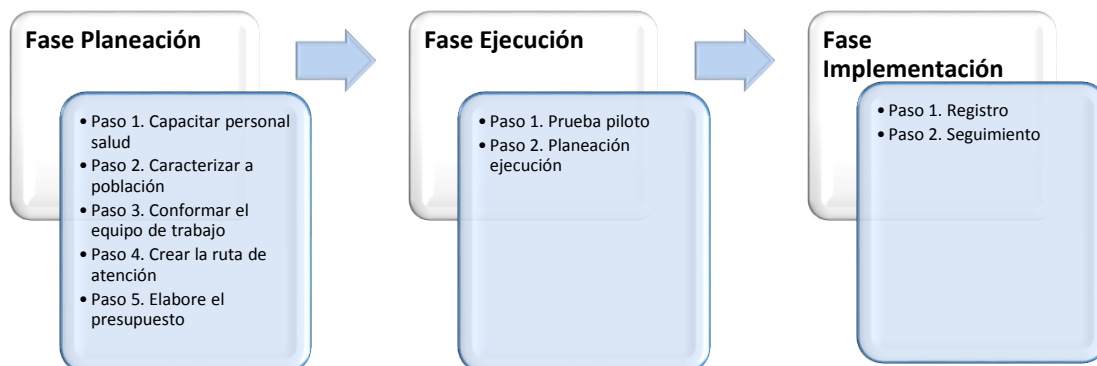
Fuente: Elaboración propia 2020

Componente 1. Alistamiento institucional

En este componente se describen las orientaciones que le permiten a la EPS saber cuáles son las atenciones que se le deben aplicar a una persona con tabaquismo y a la IPS, como como hacer el alistamiento para organizar las actividades del o los servicios para ofrecer los tratamientos para la atención del tabaquismo.

Para iniciar el alistamiento institucional se han definido tres fases de implementación con la finalidad de facilitar el proceso de creación del programa de cesación de tabaco en los prestadores de salud y que a continuación se describen (Figura 2):

Figura 2. Fases del componente 1, para el alistamiento institucional



Fuente: Elaboración propia

10.6.1. Fase de Planeación

Paso 1. Capacitación al personal de salud asistencial. Cada institución debe divulgar la estrategia “Consejería breve y consulta motivacional” al 100% del personal de salud; Médicos, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, Trabajadores sociales, Psicólogos, nutricionistas, odontólogos y Fisioterapeutas, entre otros, con el fin de entrenar a su personal y poder captar al mayor número de usuarios con tabaquismo.

Otras opciones para que los profesionales se entrenen en esta estrategia, es realizar los cursos virtuales disponibles en Colombia como el curso “Cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo” del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, el cual es gratuito y certificado o el elaborado por el Instituto Nacional de Cancerología.

Paso 2. Caracterización de la población con tabaquismo. Cada institución debe caracterizar a las personas consumidoras de tabaco por número de casos, género, grupo etario, ubicación geográfica, entre otros. Se recomienda que la institución haga la revisión de las bases de datos y de respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la población total de usuarios?
- ¿Cuál es la pirámide poblacional?
- ¿Cuál es la georreferenciación de la población?
- ¿Cuál es el total de consumidores de tabaco?
- ¿Cuántos pacientes con consumo de tabaco ingresaron en el último año?



Paso 3. Conformar el equipo de trabajo. Teniendo en cuenta las atenciones que se deben aplicar durante el tratamiento del tabaquismo, es importante tener en cuenta los componentes del programa que más adelante se describen para seleccionar el personal de salud que estará a cargo de las intervenciones directas, así:

Tabla 2. Conformación del equipo de trabajo

COMPONENTE	ESTRATEGIA	RECURSO HUMANO
Componente 2. Atención Básica	Intervenciones breves	Todo el personal de salud
Componente 3. Atención Intermedia	Intervenciones breves programadas	Personal entrenado en medicina, enfermería o psicología.
Componente 4. Atención Intensiva	Intervenciones intensivas multicomponente	Equipo interdisciplinario entrenado como el médico, psicólogo y la enfermera. La nutricionista, la trabajadora social y odontólogo entre otros, pueden complementar el equipo en el momento que se requiera.

Fuente: Elaboración propia

Paso 4. Crear la ruta de atención. Una vez capacitado el personal de salud y conformado el equipo de trabajo, debe crearse la ruta de atención, la cual es una herramienta que garantizara la integralidad en la atención y facilitara la accesibilidad de los pacientes; en ella debe quedar establecida la puerta de entrada, el direccionamiento y las actividades que se le realizarán al paciente. Para facilitar su creación sugerimos contestar las siguientes preguntas:

- ¿Por qué servicios ingresa el paciente?
- ¿Qué actividad realiza el personal de puerta de entrada?
- ¿Quién asigna la cita de ingreso al programa?
- ¿Quién realiza la consulta de ingreso?
- ¿Cuáles son las actividades de la primera consulta?
- ¿Cuál va a ser la periodicidad de citas?
- ¿Qué actividades se realizarán en las citas de controles?
- ¿Quién valora el paciente con recaída?
- ¿Cuáles pacientes serán excluidos del programa y direccionados a otros programas?
- ¿Cuánto dura un paciente en el programa?



Paso 5. Elabore un presupuesto. Calcular el presupuesto del programa, con el fin de exponerlo a las directivas de su institución para aprobación e incluso para establecer negociaciones con otras entidades, cabe aclarar que las intervenciones básicas son de obligatorio cumplimiento y no requieren contrataciones adicionales a las realizadas en programas de prevención y promoción de la salud.

Los pasos para calcular el presupuesto dependerán de como este conformado su equipo de trabajo (por ejemplo médico general o especializado), la periodicidad de las consultas, y el tiempo de duración de cada paciente en el programa, para esto debe realizar el siguiente cálculo:

*sumatoria del valor de la consulta de cada uno de los miembros del equipo)
X (número de consultas estimadas de cada especialista por paciente) x
(número total de pacientes consumidores de tabaco)*

10.6.2. Fase de Ejecución

Paso 1. Prueba piloto. Con el fin de ultimar detalles y corregir posibles imprevistos se sugiere que seleccione un grupo representativo del total de la población a tratar, considere que puede realizar la observación directa y el control, establezca la fecha para poner en ejecución el programa, anuncie al personal de salud sobre el inicio de la prueba piloto, y supervise de manera directa las actividades; todo esto le ayudara a identificar probables barreras para la ejecución real del programa y que estas se puedan prever y corregir. Este piloto puede realizarse durante 3-6 meses.

Paso 2. Planeación de la ejecución. Una vez terminada la prueba piloto o durante el curso de la misma, reúna a su equipo de trabajo, con la finalidad de analizar los resultados obtenidos y las posibles barreras, y establezca un plan de mejora. Una vez estén corregidas ponga en marcha su programa.

10.6.3. Fase de Seguimiento

Paso 1. Registro. Para poder evaluar la efectividad y eficacia de su programa debe en primera instancia capacitar y divulgar al equipo de trabajo en el registro adecuado de los diagnósticos y las intervenciones aplicadas a cada paciente. Este registro se realiza teniendo en cuenta la Codificación Internacional de Enfermedades en su versión CIE-10 y la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS; a continuación los listamos:



Tabla 3. Registro de los diagnósticos y procedimiento para atención del tabaquismo CIE-10 y CUPS

CIE-10	Descripción CIE-10	Intervención en el programa	Procedimiento/Descripción CUPS
Z720	Problemas relacionados con el uso de tabaco	Usar este código cuando se realiza el diagnóstico del tabaquismo. Si se desea ser más preciso teniendo en cuenta los hallazgos clínicos puede considerarse:	89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez 89.0.3. Consulta de control o de seguimiento 990. Educación en salud
Z716	Consulta para asesoría por abuso de tabaco	Usarlo cuando se realizan las consultas programadas para el tratamiento del tabaquismo.	
Z50.8	Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco)	Usarlo cuando al paciente dejó el consumo de tabaco o sus derivados, es decir cesación del tabaquismo de más de 6 meses.	

Fuente: Elaboración propia 2020

Paso 2. Creación de indicadores. Esta labor es de vital importancia porque le permitirá visualizar la eficacia del programa, debe seleccionar una persona que se encargue de esta labor, la cual debe generar indicadores de manera mensual o trimestral. Y realizar un informe semestral que incluya el plan de mejora. Para facilitar la labor, más adelante en el componente 6 de monitoreo del programa, encontrará los indicadores propuestos.

Componente 2. Atenciones básicas

Corresponde a las acciones de intervención breve que deben ofrecerse de forma sistemática en las instituciones prestadoras de servicios de salud desde la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, y en el marco de cualquier consulta por la cual acceda el usuario del sistema de salud.

Intervenciones

Las intervenciones breves, tienen como objetivo que las personas logren avanzar en el proceso de dejar de fumar o vapear y hagan intentos serios para conseguirlo. Deben ser aplicadas en el marco de la consulta y pueden tener una duración de 3 a 10 minutos. Con esta intervención se ha encontrado una tasa de éxito en la



abstinencia del 16% frente a la no intervención (OR = 1,9); intervenciones de 3 minutos o menos logran una tasa de abstinencia del 13,4% (OR = 1,3)⁸.

Operativamente, se aplican los tres primeros pasos de la Estrategia de la 5A en el marco de cualquier consulta, los tres pasos en mención son:

Paso 1. Averiguar. Identificar sistemáticamente y registrar esta información en la historia clínica. (Anexo 1) Preguntar de manera rutinaria sobre el consumo de tabaco a todos los usuarios que accedan a los servicios de salud y registrar la información.

Preguntar de una manera amistosa: ¿Usted fuma?, ¿Cuánto fuma?, ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?, ¿Quiere dejar de fumar?, ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?, ¿Qué pasó?, ¿Utiliza algún producto de tabaco?

Registrar en la historia clínica el consumo o exposición a tabaco. Identifique las historias clínicas con alertas electrónicas o pegatinas para alertar a cualquier profesional sobre la necesidad de intervención en cesación.

Paso 2. Asesorar. Aconsejar sobre la importancia de dejar de fumar. (Anexo 1) El consejo debe ser:

- Claro. Dar información acerca del proceso de cesación, que le permita a la persona tomar la mejor decisión en favor de su salud.
- Positivo. Da a conocer los beneficios de abandonar una conducta no saludable como fumar.
- Oportuno y personalizado. A partir de las necesidades de acompañamiento, los fumadores que desean dejar de fumar y fumadores en proceso de cesación con reportes de recaídas, en este punto se valora la etapa de cambio. Las personas que se encuentren listas para el cambio deben ser canalizadas a los servicios especializados.
- Entendimiento empático. Es necesario recordar a la persona que es posible dejar de fumar y que para ello se le darán trucos concretos para lograrlo.
- Especificidad. Hacer mención a razones específicas para cada usuario, de acuerdo con sus intereses, grupo de edad y sexo (embarazadas, fetos, niños).

⁸ OMS/OPS. Fortalecimiento de los sistemas de salud para el tratamiento del tabaquismo como parte de la atención primaria/ Parte III.



Paso 3 Apreciar (Anexo 1). Apreciar implica una valoración detallada de la disponibilidad al cambio y abandonar el consumo de tabaco, el profesional debe actuar según sea el caso, así:

- La persona solicita apoyo en la toma de decisión. El profesional debe mostrar su disposición para ayudarlo y entregar material informativo que facilite el balance.
- La persona necesita ayuda intensiva. Canalizar a un servicio de salud donde ofrezcan la atención.
- Si el usuario es un adolescente o una mujer embarazada, además proporcionar información adicional acerca de los beneficios de dejar de consumir tabaco.
- La persona no desea dejar de fumar en ese momento, aplicar entrevista motivacional resaltando de nuevo las ventajas de dejar de consumir tabaco y se deja abierta la posibilidad de intentarlo más adelante con la ayuda profesional.

Población objeto

Consumidor de tabaco o persona expuesta a humo de tabaco ajeno, que acude a cualquier servicio de salud independiente del motivo de consulta.

Entornos donde se aplica

Estas intervenciones pueden y deben ser aplicadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud. En el entorno comunitario, educativo y laboral se pueden hacer intervenciones de información y educación para promover la cesación de consumo de tabaco y las personas identificadas ser canalizadas a sus servicios de salud.

Recurso humano requerido

Todo personal de salud debe identificar sistemáticamente a los consumidores de tabaco, aconsejar sobre el abandono del consumo de tabaco y canalizar para intervención programada a quienes desean dejar el hábito. Este personal debe estar entrenado.

Actividades e instrumentos



- Calcular el índice paquete año⁹ o el índice tabáquico¹⁰, estos pueden servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.
- Valorar el grado de dependencia física a la nicotina mediante el test de Fagerström versión corta (dos preguntas), incluida en el ítem de herramientas.
- Evaluar la etapa de cambio (modelo de Prochaska y DiClemente).
- Canalizar al componente de atenciones intermedias, a todas las personas que desean dejar de fumar y si el prestador no cuenta con el equipo de atenciones intensivas en el corto plazo.
- Canalizar al componente de atenciones intensivas, a los grupos especiales identificados, tales como: gestantes, persona con comorbilidades crónicas, adolescentes, consumidores de otras sustancias psicoactivas y personas con alteraciones de la salud mental. Mantener la intervención breve hasta que las atenciones avanzadas sean instauradas.
- Reforzar motivación y controlar en las próximas consultas, a las personas que no desean dejar de fumar, con el propósito de generar un cambio de comportamiento frente a la posibilidad de dejar de fumar (avance en los estadios de cambio de Prochaska).
- El personal de salud que atiende niños, debe interrogar a los padres o cuidadores sobre el consumo de tabaco. En caso positivo, ofrecer consejería para dejar de fumar (Medín MI, Loretto MD., 2016).

Componente 3. Atenciones Intermedias

Corresponde a las acciones de intervención breve programada que deben ofrecer las EPS a través de su red de instituciones prestadoras de servicios de salud para ayudar y tratar al paciente en la cesación del consumo de tabaco.

Intervenciones

Estas intervenciones pretenden garantizar a todos los fumadores que estén dispuestos a dejar el consumo de tabaco, a que soliciten ayuda específica para recibir un plan de manejo y de seguimiento, lo cual les permita alcanzar la abstinencia y consolidarla. Aquí se hace énfasis en los pasos 4 y 5 de la estrategia de las 5A; no obstante, es necesario aplicar todos los pasos de la estrategia. En

⁹ Índice paquetes año: (N° cigarrillos al día/20 x N° años fumando)

¹⁰ Índice Tabáquico: Grado leve de tabaquismo (Menos de cinco paquetes por año); Grado moderado de tabaquismo (De 5 a 15 paquetes por año), y Grado grave de tabaquismo (16 -25 paquetes año) y Grado muy grave de tabaquismo (>25 paquetes años).



este componente, se realizan consultas específicas programadas. El período de seguimiento mínimo debe ser de al menos 6 meses (Córdoba R y Nerín I).

Paso 4. Ayudar al paciente a dejar el tabaco:

- Preparar al paciente para el abandono del tabaco y anticipar posibles efectos de la cesación (Anexo 12).
- Dar consejos prácticos que apoyen a la resolución de problemas y que ayuden a la formación de habilidades. Prepararlo para superar las dificultades y desencadenantes asociadas principalmente con la abstinencia.
- Entregar material educativo, incluida información sobre redes de servicios de salud, servicios comunitarios o de líneas telefónicas proactivas, si se dispone de ellas.
- Definir la necesidad del uso de medicación:

- Fumadores con bajo grado de dependencia y leve intensidad de tabaquismo: Se considera que estos fumadores son aquellos que tienen de 1 a 3 puntos en el test de Fagerström y que consumen <5 paquetes/año y tienen <15ppm de CO en el aire espirado.

- Fumadores con moderado grado de dependencia y moderada intensidad de tabaquismo: Se considera que estos fumadores son aquellos que tienen de 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y que consumen entre 5 y 15 paquetes/año y tienen de 15 a 25 ppm de CO en el aire espirado.

- Antecedente de recaídas.

Recuerde que la intervención farmacológica ayuda a reducir los síntomas de abstinencia generados por la dependencia física, es un complemento de las intervenciones clínicas y conductuales. En definitiva, depende de la evaluación clínica del paciente y de la respuesta al plan terapéutico, y su objetivo es aliviar los síntomas físicos de la abstinencia. **El tratamiento farmacológico no reemplaza la consejería o intervenciones cognitivo conductuales para dejar el consumo de tabaco.**

Paso 5. Acordar un plan de seguimiento:

La frecuencia sugerida para el seguimiento es de 3 – 6 sesiones, aunque esto depende de la respuesta del paciente.

- Consulta de valoración inicial (aplicación de las 5 As: Anexo 1)
- Consulta de preparación para el día D (Día escogido por el fumador para dejar de fumar)



- Consulta a la semana del día D.
- Consulta dentro del primer mes de cesación.
- Consulta no presencial en el tercer mes.
- Seguimiento no presencial al sexto mes.
- Paciente no mejora, evaluar adherencia a plan terapéutico y respuesta al tratamiento. Si con la intervención breve programada, el paciente no logra su objetivo de dejar de fumar (al primer mes de cesación), se recomienda re-evaluar cada caso de manera particular y ajustar el plan de manejo. Esto puede implicar la derivación hacia el componente avanzado.

En caso, de que el paciente requiera adicionalmente manejo farmacológico, sesiones podrían extenderse a 8, aunque esto depende de la respuesta del paciente:

- Consulta de valoración inicial
- Consulta de preparación para el día D
- Consulta a la semana del día D
- Consultas quincenales en el primer mes de cesación.
- Consulta al segundo mes.
- Seguimiento no presencial al tercer mes
- Seguimiento no presencial al sexto mes.
- Paciente no mejora reevaluar manejo y canalizar al equipo especializado.

Para las personas que no desean dejar de fumar se pueden aplicar Los pasos de la estrategia de las 5R. Ellas (Anexo 2): Paso 1. Relevancia, Paso 2. Riesgos, Paso 3. Recompensas, Paso 4. Resistencias y Paso 5. Repetición.

Población objeto.

- Paciente que desee dejar de fumar y solicite ayuda para ello.
- Es remitido por un profesional sanitario
- Alguna condición especial en la cual este contraindicado el manejo farmacológico (embarazadas, adolescentes y consumidores de tabaco sin humo) y no se tenga disponibilidad de atenciones intensivas.

Entornos donde se aplica

Instituciones prestadoras de servicios de salud

Recurso humano requerido

Las intervenciones pueden ser aplicadas por todo personal de salud entrenado. Sin embargo, para los casos que requieran manejo farmacológico, el médico será



indispensable en este equipo. Estos profesionales, pueden compartir sus actividades de atención usual con la atención de las personas con tabaquismo; sin embargo deben darse en consultas específicas para ello.

Actividades e instrumentos

Consulta inicial

- Aplicar la estrategia de la 5As, si el paciente está motivado a dejar de fumar, si no está motivado, utilizar la estrategia de las 5R y la entrevista motivacional.
- Calcular el índice paquete año¹¹ o el índice tabáquico¹², estos pueden servir para sospechar la presencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.
- Valorar dependencia física a la nicotina mediante Test de Fagerström.
- Valorar la Etapa de Cambio mediante el modelo Transteorico Prochaska y DiClemente.
- Realizar historia clínica específica y examen físico (evaluar comorbilidades, presencia de consumo de otras sustancias, antecedentes, intentos previos de cesación, motivos de recaídas, etc.)
- Evaluar motivaciones actuales para dejar de fumar, reforzar la motivación y preparar para el día D (fecha elegida para dejar de fumar).
- Canalizar a los grupos especiales (adolescentes, gestantes, comorbilidades crónicas, consumidor de sustancia psicoactivas y alteraciones de la salud mental) al componente de atenciones intensivas. Patologías no controladas re-direccionar a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) específicas para su manejo.
- Ofrecer tratamiento farmacológico, si está indicado y según criterio médico.

Consultas de seguimiento

- Confirmar si continúa el consumo
- Indagar la presencia síntomas abstinencia y aplicar test de Minnesota
- Evidenciar los beneficios de la cesación
- Reafirmar la motivación para dejar el consumo
- Controlar los signos vitales, peso, talla y cálculo del índice de masa corporal.
- Promover estilos de vida saludable como alimentación saludable y actividad física.

¹¹ Índice paquetes año: (N° cigarrillos al día/20 x N° años fumando)

¹² Índice Tabáquico: Grado leve de tabaquismo (Menos de cinco paquetes por año); Grado moderado de tabaquismo (De 5 a 15 paquetes por año), y Grado grave de tabaquismo (16 -25 paquetes año) y Grado muy grave de tabaquismo (>25 paquetes años).



- Prevenir recaídas.

Componente 4. Intervenciones intensivas.

Las intervenciones intensivas son apropiadas en todos los consumidores de tabaco dispuestos a participar en ellas. Incluso los que no están preparados para dejarlo, han referido un aumento de su satisfacción.

Estas intervenciones tienen el objetivo de ofrecer tratamiento integral, intensivo y continuo y suministrado por un equipo. Se puede realizar durante múltiples visitas, por períodos de tiempo más largos y pueden ser administrados por más de un profesional de la salud.

El asesoramiento intensivo es especialmente efectivo. Existe una intensa asociación dosis-respuesta entre la intensidad del asesoramiento y el éxito en el abandono. En general, cuanto más intensa es la intervención, mayor es la tasa de abstinencia. Los tratamientos pueden hacerse más intensivos aumentando (a) la duración de las sesiones individuales de tratamiento y (b) el número de sesiones de tratamiento.

Intervenciones

La intervención intensiva en este punto se convierte en una intervención exclusiva y especializada, se puede plantear en formato individual, grupal y telefónico, esto en parte porque los miembros del grupo pueden interactuar con un refuerzo recíproco; sin embargo, eso dependerá de las preferencias del paciente y de los recursos disponibles en cada institución de salud. La utilización de medicamentos aumenta consistentemente las tasas de abstinencia.

- **Intervención cognitivo-conductual.** El abordaje psicológico implica, evaluar expectativas acerca del consumo de tabaco, grado de motivación y tentación de consumo, recursos personales y sociales para el cambio y forma de consumo.
- **Orientación en la prevención y manejo de recaídas.** Está centrada en prevenir la recaída a través del manejo de las situaciones que motivan el consumo y el seguimiento de un plan de recuperación, que incluye autorregulación emocional y control del estrés. La recaída es definida como la vuelta al consumo total o parcial de tabaco, asociada a la exposición a situaciones que representan alta tentación y reactivan el deseo urgente de fumar. Se considera total cuando el fumador retoma la frecuencia e intensidad del consumo por un tiempo superior a un día.



El entrenamiento en la prevención, implica el reconocimiento de señales de riesgo de recaída, entre ellas la exposición a situaciones de tensión y estados emocionales negativos, conflictos interpersonales, pensamientos relacionados con la incapacidad de mantener la abstinencia y disminución de la motivación hacia el cambio. También se entrena al usuario para que logre identificar el grado de la recaída como un desliz o retorno breve al consumo de tabaco tras el abandono o como una vuelta al punto de partida.

- Intervención motivacional.
- Tratamiento farmacológico, en el momento que este indicado.

Población objeto

- Se puede aplicar a toda la población consumidora de tabaco, pero en principio la que no logró dejar de fumar con las intervenciones ofrecidas en los componentes de atención básico e intermedio.
- Fumadores atendidos en otros niveles asistenciales, que han recaído, con intentos previos o no.
- Fumadores con alta dependencia, con recaídas frecuentes, o con antecedentes de otras dependencias o de trastornos de la salud mental.
- Fumador resistente a iniciar un intento de cesación a pesar de haber tenido intervenciones breves (etapas de cambio de pre-contemplación, contemplación)
- Grupos con características especiales como embarazadas, adolescentes u otro grupo que por su condición se considere especial, fumadores con enfermedades crónicas (EPOC, cardiopatías, cáncer, tuberculosis, asma etc.)

Entornos donde se aplica

Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Recurso humano requerido

Médico, psicólogo y enfermera

Puede contar con el apoyo de un trabajador social u otro profesional que se considere pertinente.

Actividades e instrumentos sugeridos

Promedio de consultas de 12 sesiones, aunque esto depende de la respuesta del paciente. En todas las consultas se sugiere realizar:

- Reforzar motivación continuamente para mantener la abstinencia.



- Enfatizar en la importancia del autocuidado, cuidado del otro (prevención de enfermedades relacionadas con humo de segunda mano) y cuidado del medio ambiente.
- Verificar síntomas de abstinencia (Escala Minnesota de Abstinencia a la Nicotina), craving (Escala Single Rating of Craving), adherencia y posibles efectos secundarios de la terapia farmacológica.
- Evidenciar los beneficios de la cesación.
- Controlar los signos vitales, peso, talla y cálculo del índice de masa corporal.
- Promover estilos de vida saludable como alimentación saludable y actividad física, desarrollo de otras habilidades cognitivas y sociales.
- Educar en prevención de recaídas. El entrenamiento en manejo de recaídas, está centrada en prevenir la recaída a través del manejo de las situaciones motivadoras del consumo y el seguimiento de un plan de recuperación, que incluye autorregulación emocional y control del estrés.
- Si en la valoración el fumador reporta alta motivación por el consumo y más de una recaída, se programa una sesión de trabajo sobre cambio conductual y se revisara la posibilidad de iniciar el uso de farmacoterapia, ajuste de dosis, combinación de medicamentos, o incluso el cambio de medicamento.

Valoración inicial

- Consulta médica para elaborar la historia clínica completa y realizar examen físico, incluye toma de signos vitales, el peso, la talla, cálculo del índice de masa corporal y cooximetría, esta última si está disponible el equipo. Sospecha de comorbilidades.
- Calcular el índice paquetes año índice tabáquico y valorar la dependencia física a la nicotina (Test de Fagerström).
- Confirmar la etapa de cambio o fase de abandono (Prochaska).
- Valorar el grado de motivación (test de Richmond).
- Consulta por psicología para valoración clínica.
- Aplicar test de Glover Nilsson (evaluar dependencia psicológica)
- Identificar razones por las que fuma y motivaciones para dejar de fumar
- Intentos previos de cesación y motivos de recaídas
- Cooximetría si está disponible.
- Identificar riesgo de comorbilidades relacionadas con el tabaquismo y re direccionar a los programas o RIA según hallazgos.
- Indagar presencia de depresión y ansiedad como patología de base o como síntomas del tabaquismo.
- Ofrecer tratamiento farmacológico si no está contraindicado.
- Remitir a RIA salud mental, según sea el caso de sospecha de alteración de la salud mental no controlada o policonsumo de sustancias psicoactivas.
- Identificar si en su hogar o núcleo de vida hay fumadores y en caso tal invitarlos a participar del proceso de cesación.



Consultas de seguimiento

Las sesiones se plantean al inicio con una periodicidad semanal durante el primer mes; progresivamente se prolonga el intervalo, primero cada 15 días, y después cada mes hasta completar 12 sesiones en promedio. Sin embargo, dependiendo de cada caso las sesiones podrán superar o no el promedio de consultas propuesto. El seguimiento a largo plazo debe realizarse idealmente hasta los 12 meses de haber dejado de fumar.

En las sesiones de seguimiento es importante evaluar la adherencia al plan terapéutico propuesto, así como los posibles efectos secundarios en el caso de haber utilizado terapia farmacológica para la cesación de tabaco.

Dar orientación en prevención y manejo de las recaídas. La recaída es definida como la vuelta al consumo total o parcial de tabaco, asociada a la exposición a situaciones que reactivan el deseo urgente de fumar. Se considera total cuando el fumador retoma la frecuencia e intensidad del consumo por un tiempo superior a un día, debe tenerse en cuenta en el seguimiento.

Componente 5. Intervenciones comunitarias

Son intervenciones complementarias a las atenciones individuales y que están orientadas a apoyar promover la cesación del consumo de tabaco.

Intervenciones

- Estrategias de información y comunicación. Desarrollar estrategias de información y comunicación efectivas, con la finalidad de mantener a los usuarios informados acerca de los riesgos del consumo de tabaco, los beneficios de dejar el consumo de tabaco, los efectos de la exposición al humo de segunda mano, la importancia de buscar atención y motivar la cesación, favoreciendo la toma de decisiones saludables en torno al consumo de tabaco.
- Estrategias de información a la comunidad general sobre los riesgos del uso del tabaco y sus derivados, incluyendo los sistemas electrónicos con/sin administración de nicotina y sus efectos especialmente en los niños, niñas y adolescentes.
- Enfatizar en la importancia del autocuidado, cuidado del otro (prevención de enfermedades relacionadas con humo de segunda mano) y cuidado del medio ambiente.



Es importante tener en cuenta que la estrategia que se genere debe incluir información de carácter preventivo, positiva y utilizando los medios de comunicación tanto masivos como alternativos. Asimismo, el diseño de material informativo y educativo tanto impreso como audiovisual, debe estar dirigido a la formación de conciencia pública sobre el consumo de tabaco y debe ser divulgado en coordinación con la autoridad sanitaria.

- Grupos de apoyo comunitario para mantener la motivación y adherencia al tratamiento instaurado.

Población objeto

Población fumadora y población expuesta a humo de tabaco

Entornos donde se aplica

Todos los entornos

Responsables

Entidad Territorial, EPS, IPS, comunidad

Componente 6. Monitoreo del programa

De acuerdo a las intervenciones acá propuestas se definieron los indicadores para el seguimiento a las atenciones ofrecidas en los servicios de salud. Asimismo, esto nos permitirá monitorear, integrar, actualizar y sistematizar la información relacionada con el consumo de tabaco desde las fuentes de información disponibles y visibilizar la necesidad de gestionar nuevas fuentes (Tabla de indicadores).



La salud
es de todos

Minsalud

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO	NUMERADOR	DENOMINADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE NUMERADOR	FUENTE DENOMINADOR	PERIODICIDAD	NIVEL DE DESAGREGACIÓN
Proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco captados por primera vez en los servicios de salud en el período a analizar.	Es la proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco que son captados por primera vez en los servicios de salud.	Cociente entre el número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco atendidas por primera vez en el periodo a analizar y el total de personas que consultan en el mismo periodo en la consulta de primera vez.	Número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco captados en los servicios de salud por primera vez en el periodo a analizar.	Total de personas que recibieron consulta médica por primera vez en el mismo período a analizar.	Por 100 (%)	Z720	89.0.2. Consulta descrita como global o de primera vez	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia
Proporción de pacientes con patología crónica que son consumidoras de tabaco captados por primera vez en los servicios de salud en el período a analiza.	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que consultaron por primera vez en el periodo y que fueron diagnosticados con patología crónica (diabetes, cardiovascular, cáncer, Epoc, asma)	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco y tienen diagnóstico de patología crónica que consultaron por primera vez en un periodo de tiempo y el total de personas que consultaron en un periodo de tiempo y fueron diagnosticadas con patología crónica.	Número de personas consumidoras de tabaco que consultaron por primera vez y fueron diagnosticadas con patología crónica.	Total de personas con patología crónica diagnosticadas en el periodo a analizar	Por 100 (%)	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47 y Z720	Total de pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia.
Proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo. consumo de tabaco	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo y el total de personas consumidoras de tabaco	Número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento para el tabaquismo	Total de personas consumidoras de tabaco en el periodo a analizar	Por 100 (%)	Z716	Z720	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia



La salud
es de todos

Minsalud

Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar	Es la proporción de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento y dejaron de fumar y el total de personas consumidoras de tabaco en tratamiento.	Número de personas consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento y dejaron de fumar.	Total de consumidores de tabaco que recibieron tratamiento	Por 100 (%)	Z716 y Z50.8	Z716	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Cesación de tabaco: a los 6 y 12 meses
Proporción de pacientes con patología crónica y consumidores de tabaco que dejaron de fumar	Es la proporción de personas con patología crónica consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo y dejaron de fumar	Cociente entre el número de personas con patología crónica consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento del tabaquismo y dejaron de fumar.	Número de personas con patología crónica consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento del tabaquismo y dejaron de fumar.	Total de personas con patología crónica y consumidoras de tabaco que recibieron tratamiento para el tabaquismo.	Por 100 (%)	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47 y Z720, F172 o F173 y Z720 que recibieron Z716 y Z50.8	Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56; J40-J47 y Z720, que recibieron Z716	Anual	Nacional, departamental, distrital, municipal, EAPB, sexo, por curso de vida a partir de la adolescencia Cesación de tabaco: a los 6 y 12 meses



Anexo 1. Estrategia de las 5As¹³

5AS	ACCIÓN ESTRATEGIA	IMPLEMENTACIÓN
Averiguar (Preguntar)	Preguntar de manera rutinaria sobre el consumo de tabaco en todos los usuarios que accedan a los servicios de salud y registrar la información.	<p>1. Preguntar de una manera amistosa: ¿Usted fuma? ¿Cuánto fuma? ¿Cuánto tarda desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo? ¿Quiere dejar de fumar? ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? ¿Qué pasó? ¿Utiliza algún producto de tabaco?</p> <p>2. Registre en la historia clínica el consumo o exposición a tabaco.</p> <p>3. Identifique las historias clínicas con alertas electrónicas o pegatinas para alertar a cualquier profesional sobre la necesidad de intervención en cesación.</p>
Aconsejar	Aconsejar a todos los pacientes que dejen de fumar o se mantengan sin fumar. El mensaje debe ser claro, fuerte y personalizado.	<p>Claro: "Es importante que usted de deje de fumar o usar tabaco lo antes posible". "Reducir el consumo de tabaco mientras usted este enfermo no es suficiente".</p> <p>Fuerte: "Como su médico, necesito que sepa que dejar de fumar es la cosa más importante que usted puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro. Estamos aquí para ayudarlo.</p> <p>Personalizar el mensaje:</p> <ul style="list-style-type: none">• Género: por ejemplo, en las mujeres afecta más la fertilidad que en los hombres.• Problemas de salud: relacionar el problema de salud con los efectos del tabaquismo. Por ejemplo: " El humo de tabaco hace que su asma empeore, y dejar de fumar puede mejorar dramáticamente su salud".• Factores sociales: Las personas con niños pequeños pueden estar motivados por la información sobre los efectos del humo de segunda mano, "Dejar de fumar puede reducir el número de infecciones del oído que tiene hijo", mientras que una persona que lucha con el dinero puede que desee considerar los costos financieros del tabaquismo. <p>En algunos casos, adaptar los consejos para un paciente en particular puede no siempre ser obvio; una estrategia útil puede ser: Doctor: "¿Qué no te gusta de ser un fumador?" Paciente: "Bueno, no me gusta la cantidad que gasto en tabaco." Doctor: "Sí, vamos a trabajar en ello, cuánto gasta cada mes. Entonces podemos pensar en lo que podría comprar en su lugar"</p>
		<p>Utilice el método STAR para facilitar y ayudar a su paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Seleccione una fecha para dejar de fumar idealmente dentro de dos semanas.

¹³ Adoptado Organización Mundial de la Salud.



<p>Ayudar</p>	<p>Ayudar a desarrollar un plan para que el paciente para que deje de fumar. Proporcionar asesoramiento práctico. Proporcionar tratamiento de apoyo social. Proporcionar material informativo sobre redes de servicios o de apoyo social para dejar de fumar y otros recursos de referencia. Recomendar el uso de medicación aprobada si es necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmita la información a familiares, amigos y compañeros de trabajo acerca de sus planes de dejar de fumar, y pide apoyo. ➤ Anticiparse a los desafíos para el próximo intento de abandono. ➤ Retire los productos de tabaco de su entorno y aplique un hogar libre de humo de tabaco. <p>Orientación práctica debe centrarse en tres elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar al paciente a identificar las situaciones de peligro (eventos, estados internos, o actividades que aumentan el riesgo de fumar o recaída). ➤ Ayudar al paciente a identificar y practicar afrontamiento cognitivo y conductual, habilidades para hacer frente a las situaciones de peligro. ➤ Proporcionar información básica acerca de fumar y dejar de fumar. <p>Apoyo social incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Animar al paciente en el intento de dejar de fumar ➤ Mostrar interés y preocupación ➤ Animar al paciente a hablar sobre el proceso de dejar de fumar. <p>Asegúrese de tener una lista de líneas y clínicas para dejar de fumar.</p> <p>El apoyo dado al paciente debe ser descrito de manera positiva, pero realista.</p>
<p>Arreglar</p>	<p>Organizar seguimiento con su paciente, bien sea por teléfono o personalmente. Remita al paciente a un especialista si es necesario.</p>	<p>Cuándo: El primer seguimiento de contactos debe ser arreglado durante la primera semana. Un segundo control se recomienda en un mes después de la fecha de abandono.</p> <p>Cómo: Utilizar métodos prácticos: el teléfono, visita personal y correo electrónico. El seguimiento a los pacientes se recomienda hacerlo a través de trabajo en equipo, si es posible.</p> <p>Qué:</p> <p><u>Para todos los pacientes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los problemas ya planteados y anticipar desafíos. - Recordar a los pacientes el apoyo social y el tratamiento extra. - Evaluar el uso y los problemas de la medicación. - Horario de seguimiento. <p><u>Para los pacientes que están en abstinencia:</u> Felicitales por su éxito.</p> <p><u>Para los pacientes que han usado tabaco de nuevo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuérdeles ver la recaída como una experiencia de aprendizaje. - Revisión de las circunstancias y obtener nuevo compromiso. - Enlace a un tratamiento más intensivo si está disponible.



Anexo 2. Estrategia de las 5Rs

5RS	ACCIÓN ESTRATEGIA	EJEMPLO
Pertinencia (Relevance)	<p>Aliente al paciente a que exprese la pertinencia personal de abandonar el consumo.</p> <p>La información motivacional tiene más efecto si es pertinente para la enfermedad o el riesgo del paciente, la familia o la situación social (por ejemplo, si tiene hijos), los problemas de salud, la edad, el sexo y otras características importantes (por ejemplo, intentos anteriores de abandonar el consumo, obstáculos personales para lograrlo).</p>	<p>Prestador: “¿En qué aspectos es pertinente para usted dejar de fumar?”</p> <p>Paciente: “Supongo que fumar me hace mal a la salud.”</p>
Riesgos (Risks)	<p>Aliente al paciente a que reconozca las posibles consecuencias negativas del consumo de tabaco que le son pertinentes. Algunos ejemplos de riesgos:</p> <p>Riesgos inmediatos. Disnea, agravamiento del asma, aumento del riesgo de padecer infecciones respiratorias, daño al feto, impotencia e infecundidad.</p> <p>Riesgos a largo plazo. Infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón y de otros tipos (por ejemplo, laringe, boca, faringe, esófago, páncreas, estómago, riñón, vejiga, cuello uterino y leucemia mielocítica aguda), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (bronquitis crónica y enfisema), osteoporosis, discapacidad a largo plazo y necesidad de atención prolongada.</p> <p>Riesgos ambientales. Aumento del riesgo de cáncer de pulmón y cardiopatías de los cónyuges; aumento del riesgo de peso bajo al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, asma, otitis media e infecciones respiratorias de los hijos de fumadores.</p>	<p>Prestador: “¿Qué sabe acerca de los riesgos que supone fumar para la salud? ¿Qué le preocupa en particular?”</p> <p>Paciente: “Sé que causa cáncer. Eso debe ser horrible.”</p> <p>Prestador: “Así es; el fumador está expuesto a un riesgo de cáncer muchas veces mayor.”</p>



Recompensas (Rewards)	<p>Solicite al paciente que mencione los posibles beneficios pertinentes de abandonar el consumo de tabaco. Ejemplos de recompensas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mejora el estado de salud.- Saben mejor los alimentos.- Mejora el sentido del olfato.- Ahorra dinero.- Se siente mejor acerca de sí mismo.- Huelen mejor el hogar, el automóvil, la ropa y el aliento.- Es un buen ejemplo para los hijos y reduce la probabilidad de que fumen.- Los bebés y los niños son más sanos.- Se siente mejor físicamente.- Mejora el desempeño en las actividades físicas.- Mejora el aspecto: menos arrugas y envejecimiento de la piel, dientes más blancos.	<p>Prestador: “¿Sabe cómo modificaría su riesgo de cáncer dejar de fumar?”</p> <p>Paciente: “Supongo que sería más bajo si dejo.”</p> <p>Prestador: “Sí, y esa disminución no lleva mucho tiempo. Pero es importante que deje cuanto antes.”</p>
Obstáculos (Roadblocks)	<p>Solicite al paciente que mencione los obstáculos que le dificultan dejar de fumar y brinde tratamiento (terapia de solución de problemas, farmacoterapia) para abordar esos obstáculos. Obstáculos característicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Síntomas de abstinencia, - Temor al fracaso.- Aumento de peso, - Falta de apoyo.- Depresión, - Disfrute del tabaco.- Estar rodeado de otros fumadores.- Conocimiento limitado de opciones terapéuticas	<p>. Prestador: “¿Qué cree que le será difícil cuando deje de fumar?”</p> <p>. Paciente: “Las ganas de fumar y no poder; eso será lo más horrible.”</p> <p>. Prestador: “Podemos ayudarlo con eso. Podemos administrarle un tratamiento sustitutivo con nicotina, que sirve para reducir las ganas de fumar.”</p> <p>. Paciente: “¿Funciona realmente?”</p> <p>. Prestador: Igual necesitará voluntad, pero los estudios demuestran que estos medicamentos pueden duplicar las probabilidades de que deje de fumar definitivamente.”</p>
Repetición (Repetition)	<p>Vuelva a evaluar la disposición del paciente para abandonar el consumo: si todavía no está preparado, repita la intervención más adelante. La intervención motivacional debe repetirse cada vez que el paciente desmotivado acude a la consulta.</p>	<p>Prestador: “Ahora que hemos conversado, vamos a ver si se siente diferente. ¿Puede responder a estas preguntas nuevamente?” (Regrese al paso “Evaluar” del método de las 5As. Si está dispuesto, avance con esa intervención. De lo contrario, finalice la intervención con algún comentario positivo.)</p>



Anexo 3. Entrevista motivacional

El contenido de la entrevista está dirigido a brindar información sobre las consecuencias de fumar tabaco, destacando los beneficios del abandono del tabaco, despejar dudas, trabajar sobre los miedos de dejar de fumar, alentar el análisis de conflictos y contradicciones frecuentes en el proceso. La entrevista motivacional tiene un método de ejecución que requiere un importante grupo de habilidades y competencias del profesional que la realiza.

- Formulación de preguntas abiertas y precisas, de tal modo que se dirija la sesión a una verdadera reflexión acerca del consumo
- Escucha empática: la pauta sugerida es tratar de aumentar la proporción y exactitud de las declaraciones que indican una escucha reflexiva y disminuir la proporción de preguntas hechas al paciente.
- Reflexión y Comprensión: entre más reflexivo y comprensivo es el clínico, más probable es que el paciente se torne más contemplativo y, al hacerlo, realice nuevas conexiones en sus creencias, balances y decisiones.
- Incremento de la motivación: Promover las declaraciones auto motivadoras significa dar al usuario el tiempo para expresar la ambivalencia, libre de distracciones, en un ambiente de escucha y comprensión.
- Incremento de la autoeficacia: Hacer una reestructuración positiva que, de seguridad al usuario, para que este se sienta comprendido y confiado de que sus capacidades lo pueden llevar con éxito a conseguir su meta de cesar el consumo de tabaco.
- Si el paciente relata intentos previos de dejar de fumar fallidos hágalos ver como una oportunidad para reconocer puntos a mejorar y que no sea visto como una derrota, se deben reforzar las experiencias desde lo positivo y desde el aprendizaje recibido.

Ejemplos de preguntas motivadoras del análisis acerca del consumo:

Sobre el consumo	¿Cómo cree que el tabaco afecta a su salud?
Motivos para dejar de fumar	¿Ha pensado qué beneficios obtendría si dejara de fumar?
	¿Qué ventajas tiene para usted dejar de fumar?
	¿Cuáles podrían ser sus motivos para dejar de fumar?
	¿Qué tipo de cambio está dispuesto a realizar en el caso de que decidiera dejar de fumar en el próximo mes?
	¿Qué importancia tiene dejar de fumar para usted (expectativas de resultados) y qué confianza tiene en que sea posible (expectativas de eficacia).
	¿Cuándo iniciará el cambio?
Beneficios de dejar de fumar	¿Qué piensa hacer?
	¿Cómo piensa lograrlo?
	¿Si decidiera dejar de fumar, que cree que ganaría?
	¿Qué es lo mejor de no fumar?
	¿Qué cree que puede pasar si deja de fumar?



Anexo 4. - Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina¹⁴ (versión breve)

Puede aplicarse a pacientes que fuman o que vapean sistemas de tabaco calentado. Responda las dos preguntas abajo. Compruebe su puntuación total con la clave de puntuación.

1. ¿Cuánto tiempo después de despertar, fumas tu primer cigarrillo?

- Menos de cinco minutos (3 puntos)
- 5 a 30 minutos (2 puntos)
- 31 a 60 minutos (1 punto)

2. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

- Más de 30 cigarrillos (3 puntos)
- 21 a 30 cigarrillos (2 puntos)
- 11 a 20 cigarrillos (1 punto)

Interpretación (según puntuación):

5 a 6 puntos = dependencia alta a la nicotina;
3 a 4 puntos = dependencia moderada a la nicotina.
0 a 2 puntos = dependencia baja a la nicotina.

¹⁴ Mallin R. Smoking Cessation: Integration of Behavioral and Drug Therapies. www.aafp.org/afp AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. Adapted with permission from Rustin TA. Pharmacologic treatment of nicotine dependence. In: The certification review course in addiction medicine for the American Society of Addiction Medicine. Chevy Chase, Md.: American Society of Addiction Medicine, 1998; based on information in Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27. MARCH 15, 2002 / VOLUME 65, NUMBER 6



Anexo 5. Test de Fargeström para la Dependencia de la Nicotina (versión completa)

Indicación. Se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina.

Aplicación. Puede ser auto administrada o por el profesional a la población fumadora.

Interpretación. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Si	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	El primero de la mañana	0
	10 ó menos	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0



Anexo 6. Test de Richmond (Motivación para dejar de fumar)

Indicación: Permite valorar el nivel de motivación para el abandono del hábito de fumar.

Aplicación: Puede ser auto administrada o aplicada por un profesional capacitado a la población fumadora. Se trata de un test de 4 ítems y tiene un puntaje total de 10 puntos.

Interpretación:

< a 3 puntos, indica una motivación nula o baja para dejar de fumar.

4 y 5 puntos, indica una motivación dudosa.

6 a 7 puntos, indica una motivación moderada para dejar de fumar.

8 a 10 puntos, indica una alta motivación para dejar de fumar.

PREGUNTA	PUNTAJE
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	. Sí: 1 punto . No: 0 puntos
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	. Mucho 3 puntos . Bastante 2 puntos . Algo 1 punto . Nada 0 puntos
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	. Sí 3 puntos . Probable 2 puntos . Dudoso 1 punto . No 0 puntos
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	. Sí 3 puntos . Probable 2 puntos . Dudoso 1 punto . No 0 puntos



Anexo 7. Escala Minnesota de Abstinencia a la Nicotina (MINNESOTA NICOTINA WITHDRAWAL SCALE)

Seleccionar en una escala de 0 a 4 donde 0 se corresponde con la ausencia del síntoma y 4 se corresponde con la presencia severa del mismo.

VALORACION

- 0: Nada en absoluto
- 1: Leve
- 2: Moderado
- 3: Mucho
- 4: Grado extremo

SINTOMAS	0	1	2	3	4
Craving					
Disforia/irritabilidad					
Ira/ansiedad					
Dificultad de concentración					
Inquietud					
Aumento del apetito					
Dificultad para dormirse					
Dificultad para mantenerse dormido					
Ansiedad					

Anexo 8. Escala Single Rating of Craving

¿Cuánto has necesitado un cigarrillo hoy?	
Nada en absoluto	0
Muy poco	1
Un poco	2
Algo	3
Bastante	4
Muchísimo	5



Anexo 9. INDICE DE SEVERIDAD DEL VAPEADOR (Heaviness of Vaping Index: HVI)¹⁵.

Aplicable a pacientes que vapean cigarrillos electrónicos.

Esta medición suma los ítems que miden la frecuencia de uso en un día y tiempo para el primer cigarrillo electrónico.

1. ¿Cuántos veces por día usa habitualmente su cigarrillo electrónico? Suponga que “una vez” consiste en alrededor de 15 inhalaciones o una duración de unos 10 minutos vapeando.

Puntuación:

0–4 veces/día = 0

5–9 veces/día = 1

10–14 veces/día = 2,

15–19 veces/día = 3

20–29 veces/día = 4

> o´ = 30 veces/día = 5

2. En los días que puede usar su cigarrillo electrónico libremente, ¿qué tan pronto después de despertarse usa su cigarrillo electrónico por primera vez?

Puntuación:

0-5 min = 5

6-15 min = 4

16-30 min = 3

31-60 min = 2

61-120 min = 1

> o =121 min = 0

Interpretación: Un puntaje > 6 se relaciona con una dependencia a la nicotina moderada a severa.

¹⁵ Referencia: Vogel EA, Prochaska JJ, Rubinstein ML. Measuring e-cigarette addiction among adolescents. *Tob Control*. 2020;29(3):258-262.



Anexo 10. Recomendaciones para grupos especiales

Embarazadas y Lactantes

- ✓ Trabajar con mayor énfasis las alertas respecto a los riesgos del tabaquismo activo y pasivo para ella y el bebé (bajo peso al nacer, parto prematuro, entre otros).
- ✓ Reforzar con el uso de videos (psi coeducación).
- ✓ Durante las sesiones de consejo se debe incrementar el tiempo en las sesiones.
- ✓ Llamadas bimestrales durante embarazo y mensuales después del parto.
- ✓ Realizar intervención en cada visita de control prenatal.

Pacientes con ECV o enfermedad respiratoria.

- ✓ El proceso de intervenciones debe tener en cuenta trabajar con mayor énfasis las alertas respecto a los riesgos de continuar con el consumo de tabaco activo y pasivo en la salud.
- ✓ Implementar de forma paralela distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, material psico-educativo).
- ✓ Durante las sesiones de consejo se debe incrementar el tiempo en las sesiones.
- ✓ Restringir y/o suspender el contacto con entornos de consumo.

Salud Mental

- ✓ Se debe reforzar la terapia conductual intensiva y prolongada dado que en estos casos se producen recaídas con mayor frecuencia.
- ✓ En casos de enfermedad psiquiátrica; se debe enviar para manejo conjunto con psiquiatría. Por tratarse de un caso de comorbilidad



Anexo 11.

Material de Autoayuda para el proceso de cesación del consumo de tabaco: ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Superar la adicción al tabaco es un PROCESO que se inicia con un plan para dejar



Paso 1. Las siguientes ESTRATEGIAS le ayudaran a tomar el control del consumo.

- Elija 2 o 3 estrategias con la que quiere empezar a controlar su conducta.
 - Piense CÓMO implementarlas y HÁGALO en la semana siguiente.
 - Empiece por los cambios que le resultan más FÁCILES.
 - Propóngase nuevas estrategias para la siguiente semana.
 - Siempre establezca metas POSIBLES y a CORTO PLAZO.
- **Fume ÚNICAMENTE aquellos cigarrillos que son “imprescindibles”.** NO se preocupe en esta primera etapa por el “número” de cigarrillos que consume por día, lo que importa es que cada uno sea PENSADO. ¡No se apure! Este es el primer paso.

Para lograrlo:

- Mantenga la caja lejos, fuera de su lugar habitual y que no esté a la vista.
 - Cuando sienta deseos de fumar, tendrá tiempo de preguntarse “¿Realmente lo necesito YA?”
 - Postergue unos minutos cada cigarrillo, realizando alguna actividad que lo distraiga: beber agua, caminar un ratito, terminar la tarea que está realizando, o mejor... una actividad que a Ud. le resulte placentera.
- **Registre cada cigarrillo ANTES de encenderlo.** Esta tarea es altamente EFECTIVA para evitar los “cigarrillos automáticos”, complementa la estrategia anterior porque incluye “preguntar y postergar”.
Puede iniciar con un registro simple y avanzar a otro más completo. El registro más completo le brindará más información sobre los disparadores de su deseo de fumar y la intensidad de su necesidad. Por ejemplo:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	xxx						
Tarde	xx						
Noche	x						

Forma de registro más completa:

Fecha / hora	Situación/Lugar	¿Qué espero de este cigarrillo?	¿Cuánto lo necesito? (1, 2 o 3)	¿Lo voy a fumar?
5 oct / h 8	Después desayuno	Placer	3	Si
9	Esperando el bus	Compañía	1	Si



10.20	Un problema	Que me quite el enojo	2	Si
12	Salí a comer	No se	1	No
2 pm	Después de comer	Placer? Digestión?	3	Si

- **Establezca algunas reglas que le ayudarán aumentar su control.**
 - **Compre un paquete a la vez:** Si compra en exceso fumará en exceso. Aunque esto le implique gastar más dinero, recuerde: **su objetivo es NO fumar.**
 - **Nunca fume cigarrillos de otras personas:** no pida ni acepte cigarrillos de nadie. Esta acción es parte del entrenamiento para evitar la recaída. Aprenda desde ahora a decir: **NO GRACIAS!!!**
 - **Aumente la actividad física:** además de los múltiples beneficios para la salud, el ejercicio es un aliado en el proceso de ganarle al tabaco. Ayuda a manejar “la ansiedad” y mejora el ánimo. Permite ver cómo vamos mejorando la capacidad física, esto aumenta la motivación para seguir adelante. Ayuda a evitar o limitar el aumento de peso. La actividad física que le proponemos es al nivel que Ud. pueda. Sería ideal que caminara por lo menos 30 minutos al día. Si no dispone de tiempo, aumente la actividad física en su rutina diaria: suba, aunque sea 1 piso por escalera, aunque luego tome el ascensor; utilice menos el bus o el auto, camine cada vez que sea posible. Levántese de la silla en el trabajo en lugar de hablar por teléfono con el compañero de la oficina vecina. ¡Use su imaginación para incrementar su actividad física diaria, cada movimiento cuenta!!!
 - **Aumente la ingesta de líquidos no azucarados:** tome abundante agua. Esto ayudará el proceso de desintoxicación y también a distraer su atención por un rato en algunas situaciones.
 - **Agregue COLOR a sus comidas:** aumente el consumo de frutas y verduras. Es posible que sienta más apetito, es un buen momento de ORDENAR su alimentación. PLANIFIQUE 4 comidas diarias. Agregar verduras, ayuda a aumentar la saciedad sin aumentar en exceso las calorías, además de los muchos beneficios por aportar fibras, minerales y vitaminas. Entre comidas planifique comer frutas.
- **Rompa las ASOCIACIONES que le llevan a fumar sin necesidad.** El acto de fumar está “atado” (asociado) a innumerables situaciones, lugares, acciones, emociones, de su vida cotidiana. La clave es proponerse “mientras fumo... SOLO fumo”:
 - Elija un lugar de la casa dónde fumar, si es al aire libre, mejor. En ese lugar (o en el camino) estarán sus cigarrillos (no a la vista) y la hoja para registrar su consumo.
 - Mientras fuma... hace sólo eso, toda otra actividad deberá esperar. Si no puede postergar la otra actividad... tire el cigarrillo y haga lo que realmente desea hacer.
 - En otras palabras, No fume mientras: habla por teléfono, mira televisión, trabaja o juega en la computadora, está leyendo, disfrute de los momentos LIBRES de tabaco.
 - Fume afuera. Su casa, su auto, su lugar de trabajo se transformarán en sus refugios para no fumar. Además de evitar el daño a otros y a Ud. mismo.
- **Tratamiento farmacológico:**

Existen medicamentos que le pueden ayudar a superar la necesidad física (biológica) de consumir tabaco. Ayudan a superar el síndrome de abstinencia nicotínica, evitan síntomas como: ansiedad, irritabilidad, cambios de humor, necesidad imperiosa de fumar. Su médico le orientará e indicará el más adecuado para Ud.



Es importante saber que los medicamentos **SON EFECTIVOS**, pero no le “hacen dejar de fumar”, evitan el malestar que puede acompañar el cambio de conducta, facilitan el proceso.



Paso 2. Experimente “un día sin fumar”

Cuando haya logrado ser consciente de todos los cigarrillos que fumar, habrá aprendido a manejar el impulso de fumar con las estrategias que ha ido experimentando. Planifique **UN DIA SIN FUMAR**, en ese día haga todo lo que sabe le ayuda en su decisión de no fumar. Tenga todo el día planificado. Incluya actividades placenteras. Al finalizar el día, prémiese, si ha logrado su objetivo.



Paso 3. Ya está pronto para elegir una fecha para Dejar de Fumar!

Prepárese para ese día, con lo aprendido en el ensayo de “un día sin fumar”, al iniciar esta etapa debe proponerse completar **UN DIA a la vez**. La idea de fumar puede seguir apareciendo, mientras que la necesidad física de nicotina disminuirá día a día hasta desaparecer luego de 4 a 6 semanas sin fumar.



Paso 4. Mantenerse libre de tabaco o vapeadores

La recaída se inicia con una pitada o vapeada. Ud. ya sabe qué hacer si aparece ese impulso, ponga en práctica las estrategias que ha ensayado en todo este proceso.

Es importante mantener los hábitos adquiridos.

Analice periódicamente los beneficios que está obteniendo por esta nueva forma de vida. Si considera que no podrá sostener su decisión. No dude en pedir ayuda a un profesional de la salud.

¡Felicidades, ha logrado su objetivo!



Anexo 12. TAMIZAJE DE DEPRESIÓN¹⁶

LO QUE SE CONOCE DEL TEMA: El US Preventive Services Task Force (USPSTF) se recomienda realizar cribado de depresión en población adulta en general y en sujetos de alto riesgo, como aquello con nivel socioeconómico bajo, con escaso apoyo social, dolor crónico, discapacidad, enfermedades crónicas, como la diabetes, problemas de salud mental y embarazo. Hasta hace relativamente poco tiempo se utilizaba un cuestionario que consumía un elevado tiempo en consulta. En la actualidad se puede utilizar un cuestionario abreviado de dos preguntas con elevada sensibilidad y valor predictivo negativo que ha sido validado frente a otros 6 métodos de cribado ampliamente utilizados.

LO QUE APORTA ESTE ESTUDIO:

Herramienta	Cuestionario de 2 preguntas
Validación	Whooley et al, 1997 [1]
Pregunta	Durante el pasado mes, con qué frecuencia se ha sentido...
Síntomas	1. Con ánimo deprimido, decaído o sin esperanza 2. Con falta de interés o placer en hacer algo
Formato respuesta	Si/No
Opciones de respuesta	0 = No 1 = Si
Rango de respuesta	Desde 0 a 2
Punto de corte	Mayor o igual a 1
Sensibilidad	0,95
Especificidad	0,65

IMPLICACIONES DEL ESTUDIO: Este cuestionario permite en menos de 1 minuto identificar a pacientes con el diagnóstico de depresión, en quienes se debe completar el estudio con un cuestionario adicional. Existen múltiples terapias disponibles, desde ejercicio físico, terapia conductual, psicoterapia o farmacoterapia.

¹⁶ Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997 Jul;12(7):439-45. Whooley MA. Screening for Depression-A Tale of Two Questions. [JAMA Intern Med. 2016 Apr 1;176\(4\):436-438.](#)



Definiciones

Abstinencia/Síndrome de abstinencia. Conjunto de síntomas que se presentan al dejar de fumar o por reducción significativa del número de cigarrillos. Síntomas que genera: ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, hambre, temblor, trastornos del sueño y deseo vehemente por cigarrillos u otras fuentes de nicotina. Estos síntomas alcanzan su punto máximo de 12 a 24 horas después de dejarlo. Cada síntoma tiene duración variable, pero luego del mes, la mayoría pierde la intensidad.

Craving. Deseo imperioso de fumar como manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.

Dependencia del tabaco/ Adicción al tabaco. Manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo.

Especialistas en el tratamiento del tabaquismo. Estos especialistas típicamente proporcionan intervenciones intensivas para el tratamiento del tabaquismo. Los especialistas no se definen por su filiación profesional ni por el campo en el cual se han formado. Los especialistas poseen habilidades, conocimiento y formación para proporcionar intervenciones efectivas de diversas intensidades, y a menudo están adscritos a programas que ofrecen intervenciones o servicios de tratamiento intensivo.

Fumador: persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses.

- Fumador Diario: ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.
- Fumador Ocasional: ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador.

Ex Fumador: persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses¹⁷.

Intervención. Acción o programa dirigido a obtener resultados identificables. En el tratamiento de la dependencia tabáquica, la intervención generalmente es de naturaleza clínica y puede incluir asesoramiento y uso de fármacos. También se denomina “tratamiento”.

¹⁷ Ascanio S, Barrenechea C, De Leon M, García T y Col. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo Manual PNA en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública. 2009.



Proporción de cesación (o de abstinencia). Porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado. Tasa de cesación continua: el fumador está sin consumir tabaco desde el día que dejó de fumar. Tasa de cesación puntual: el fumador está sin fumar al menos en los últimos 7 días del momento en que se evalúa. Tasa de cesación prolongada: el fumador está sin fumar en forma continuada después de la fecha de abandono y su evaluación final (ej. 6 meses, 12 meses).

Tabaquismo. Es la adicción al tabaco provocada, principalmente, por uno de sus componentes activos, la nicotina; la acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.



Bibliografía

Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C, Pérez-Cachafeiro S, Espinosa-Arévalo, MM, Delgado-Martín JI. Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad. Atención Primaria, 2012; 44 (11): 659-666.

Cogollo-Milanés Z, De La Hoz-Restrepo F. Cigarette smoking and the risk of high-school students becoming dependent on nicotine. Revista de Salud Pública. 2010; 2 (3): 434-445. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300009

Eriksen, Michael P. [et al.] 5ta Edición., 2015. Sociedad Americana del Cáncer. The tobacco atlas.

US Department of Health & Human Services. Cuadernillo Informe del Cirujano General de los estados Unidos 2010. El humo de tabaco como le afecta. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sqr/2010/consumer_booklet/spanish/pdfs/consumer_sp.pdf

Fassier JB, Lamotr-Bouché M, Sarnin P, Durif-Brucker C, Peron J, Letriliart L, Durand MJ. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2016; 64 (1), 33-44

Fernández Arias I, García-Vera MP, Sanz J. Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. Clínica y Salud. 2014; 25(1): 1-10. Disponible en: http://cylsa.elsevier.es/es/cuanta-mas-psicologia-mejor-eficacia/articulo/S1130527414700222/#.V7l6E_nhDIU

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo. Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores de la traducción). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.

Gómez Torres Z, Romero Colino L, Castilla Baylo C, de la Torre Iglesias VM, García-Vera MP, Sanz J. Combinación de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar: utilidad clínica y papel de las técnicas de exposición. Póster presentado en la IV Reunión Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud, La Manga del Mar Menor (Murcia), 21 y 22 de octubre 2005.

Juárez-Jiménez MV, Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A, Moreno-Corredor A. Characteristics of smoking, nicotine dependence and motivation for change in specialists training in health sciences (residents) in Andalusia (Spain). SEMERGEN. 2015; 41(6). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-sumario-vol-41-num-06-13022379>



Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD - de la

Organización de los Estados Americanos - OEA -, y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia – INL. Informe Final. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 2013.

Organización Mundial de la Salud. Strengthening Health Systems for treating tobacco dependence in primary care. Part 1: Training for policy, 2013.

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Tabaco. Nota Descriptiva N° 339, 2015 Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/Posada-Villa J, Cheng HG, Martins SS, Storr CL, Aguilar-Gaxiola SA, Anthony JC. The tobacco dependence dimension in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2011;29\(1\):52–6](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/Posada-Villa J, Cheng HG, Martins SS, Storr CL, Aguilar-Gaxiola SA, Anthony JC. The tobacco dependence dimension in Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(1):52–6)

Organización Mundial de la Salud. Tools for Advancing Tobacco Control in the XXI st century: POLICY RECOMMENDATIONS FOR SMOKING CESSATION AND TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE. Tools for public health, 2003

Omar Shafey... [et al.] 3ra Edición., 2009. Sociedad Americana del Cáncer. El Atlas del Tabaco.

Pichon-Riviere A, Bardach A, Alcaraz A, Caporale J, Augustovski F, Peña Torres E, Osorio D, Pérez Acevedo J, Gamboa Garay O, Gamboa Garay C. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Colombia. Documento Técnico IECS N° 9. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2013 (www.iecs.org.ar).

Rodríguez Ibáñez ML, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Barrio Gamarra JL, Herrero Labarga I, Rubio Gutiérrez A. Dependencia nicotínica, patologías concomitantes y cese del tabaquismo. SEMERGEN, 2004; 30(3). Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-dependencia-nicotinica-patologias-concomitantes-cese-13058571>

Rodríguez I, Londoño C. El Proceso de Adopción de Precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios, Acta Colombiana de Psicología, 2010; 13 (1): 79-90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79815637007.pdf>

Rodrigo Córdoba-García e Isabel Nerín de la Puerta. Niveles de intervención clínica en tabaquismo. ¿Son necesarias las consultas específicas en atención primaria?. Med Clin (Barc) 2002;119(14):541-9

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2016.



Goniewicz ML, Boykan R, Messina CR, Eliscu A, Tolentino J. High exposure to nicotine among adolescents who use Juul and other vape pod systems ('pods'). *Tob Control*. 2018 Sep 7. pii: tobaccocontrol-2018-054565.

Cruz TB, McConnell R, Low BW, et al. Tobacco Marketing and Subsequent Use of Cigarettes, E-Cigarettes, and Hookah in Adolescents. *Nicotine Tob Res*. 2019;21 (7):926-932.

Jenssen BP, Boykan R. Electronic Cigarettes and Youth in the United States: A Call to Action (at the Local, National and Global Levels). *Children (Basel)*. 2019 Feb 20;6 (2). pii: E30.

Chen-Sankey JC, Unger JB, Bansal-Travers M, Niederdeppe J, Bernat E, Choi K. E-cigarette Marketing Exposure and Subsequent Experimentation Among Youth and Young Adults. *Pediatrics*. 2019;144 (5):e20191119.

Chen-Sankey JC, Kong G, Choi K. Perceived ease of flavored e-cigarette use and e-cigarette use progression among youth never tobacco users. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212353. Published 2019 Feb 27. doi:10.1371/journal.pone.0212353

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General. Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health; Washington, DC, USA: 1988.

Collaco JM, McGrath-Morrow SA. Electronic Cigarette Exposure and Use Among Pediatric Populations. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2018 Apr;31(2):71-77.

Sistemas electrónicos de administración de nicotina y sistemas similares sin nicotina. Informe de la OMS, Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, Séptima reunión, Delhi (India), 7-12 de noviembre de 2016. Punto 5.5.2 del orden del día provisional, FCTC/COP/7/11. Agosto de 2016.

Seijas D. Terapia combinada para el control de la dependencia a nicotina. *Rev. chil. enferm. respir*. [online]. 2017, vol.33, n.3, pp.216-218.

Referencia: Becerra N, García-Padilla P. Terapia de remplazo nicotínico asociada con reducción gradual del consumo de cigarrillos como estrategia de cesación de tabaco. Reporte de caso. *Univ Med*. 2018;59(1):1-6

U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General— Executive Summary. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.

Guías Práctica Clínica consultadas:

- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health & Office on Smoking and Health (OSH). Pharmacologic Smoking Cessation



Interventions for Patients with Cardiovascular Conditions: A Review of the Safety and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/may-2012/RC0352%20Smoking%20Cessation%20Cardio%20Final.pdf>

- Canadian Agency for Drugs and Therapies in Health. Smoking Cessation Interventions for Youth: Clinical Evidence and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/feb2012/RB0462%20Smoking%20Youth%20Final.pdf>
- Canadian Agency for Drugs and Therapies in Health. Smoking Cessation Interventions for Pregnant Women and Mothers of Infants: A Review of the Clinical Effectiveness, Safety, and Guidelines; 2012. Disponible en <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/mar2012/RC0329%20Smoking%20Cessation%20Final.pdf>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Best practices for comprehensive tobacco control programs; 2014. Disponible en http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf
- NICE technology appraisal guidance. Varenicline for smoking cessation; 2011. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>
- NICE guidelines. Stop smoking services; 2012. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph10/chapter/4-Recommendations>
- NICE guidelines. Smoking: workplace interventions; 2007. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph5>
- NICE guidelines. Smoking prevention in schools; 2010. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph23>
- NICE guidelines. Smoking: brief interventions and referrals; 2006. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph1>
- NICE guidelines. Cardiovascular disease: identifying and supporting people most at risk of dying early; 2015. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph15>
- NICE guidelines. Behaviour change: individual approaches; 2014. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
- NICE guidelines. Behaviour change: general approaches; 2007. Disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/ph6/chapter/3-Recommendations#planning>
- NICE technology appraisal guidance. (2007). Varenicline for smoking cessation. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>
- NIDA. Adicción al tabaco; 2002. Disponible en <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>
- NIDA & Agency of health care research and quality. Treating Tobacco Use and Dependence Guidelines; 2002. Disponible en http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf



- NPS Medicine Wais. Varenicline (Champix) for smoking cessation – changed note to restriction; 2014. Disponible en <http://www.nps.org.au/publications/health-professional/nps-radar/2014/october-2014/brief-item-varenicline>
- RACGP. Supportive smoking cessation: guide for professionals; 2014. Disponible en <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/smoking-cessation/behavioural-and-advice-based-support-for-smoking-cessation/group-or-individual-counselling/>
- Region of Peel. Work intervention in smoking cessation; 2013. Disponible en <http://www.peelregion.ca/health/library/pdf/Workplace-Interventions-for-Smoking-Cessation.pdf>



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Orientaciones y Herramientas para la Articulación del Componente de Alcohol en la Estrategia 4x4

Bogotá, Octubre de 2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

CARMEN EUGENIA DÁVILA
Viceministro de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SILDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles.

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

ARMANDO GUEMES
LAURA RAMÍREZ
Asesores Internacionales OPS/OMS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

ANDRES SUANCA SIERRA
**Administrador Representación
OPS/OMS Colombia**

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
**Oficial de Programas y Gestión de
Proyectos**

REFERENTES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

NUBIA BAUTISTA
Referente Técnico MSPS

RODRIGO LOPERA
Profesional a Cargo MSPS

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión MSPS

DIANA MACELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

PATRICIA VEGA MORENO
Administradora Convenios OPS/OMS

LUZ MARÍA SALAZAR
Consultor Nacional OPS/OMS

CONSULTORÍA

HELENA VÉLEZ-BOTERO

**Psicóloga - Magíster en Psicología con énfasis en Salud y Prevención -
Coordinadora**

OSCAR MAURICIO NIÑO NOVOA

Comunicador Social - Magister en Psicología de la Educación

LUISA FERNANDA RUIZ ESLAVA

**Psicóloga - Magister en Psicología Clínica y de Familia - Doctora en
Salud Pública**

JOSÉ RICARDO GARZÓN CARRILLO

Sociólogo - Magister en Investigación Social Interdisciplinaria

**COLECTIVO DE PARTICIPACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL-CPAIS
Organización No Gubernamental**

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Médico Psiquiatra

Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Rodrigo Lopera Isaza

Psicólogo

Profesional Especializado Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

ELABORACIÓN

COLECTIVO DE PARTICIPACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL- CPAIS

Convenio 519 de 2015 OIM- MSPS

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

© Ministerio de Salud y Protección Social

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita:

018000 91 00 97 Lunes a viernes de 8:00

a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, Septiembre de 2016

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
PARTE I	4
ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	4
1. CONCEPTOS PARA LA ACCIÓN	5
1.1. Panorama Nacional: ECNT y Consumo de Alcohol.....	12
2. POLÍTICAS PARA LA ACCIÓN.....	20
2.1. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD-PAIS.....	20
2.2. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD: MIAS	25
2.3. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP.....	32
2.4. ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL CONSUMO DE ALCOHOL	34
3. PREMISAS PARA EL ABODAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS ECNT	37
3.1. EL CUIDADO: META DEL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT	37
3.2. MÚLTIPLES ENFOQUES: UNA PUNTO DE PARTIDA EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT	39
3.3. COMUNICACIÓN EN SALUD: UNA ESTRATEGIA SOCIAL POTENCIALMENTE ÚTIL PARA FOMENTAR EL CUIDADO.....	41
3.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL: LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA EN SALUD	42
PARTE II.....	46
HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	46
1. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE.....	47
1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN METODOLÓGICA.....	47
1.2. APLICABILIDAD DE LA IMB	52

2. LA COMUNICACIÓN EN SALUD COMO HERRAMIENTA ARTICULADORA..	55
2.1. A MANERA DE ENFOQUE	55
2.2. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD.....	57
3. HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN	60
3.1. Cultivando mi Ser	68
Guía de la Intervención: Cultivando mi Ser	69
Sesión 1: Cultivando mi Ser.....	69
Sesión 2: Cultivando mi Ser.....	71
Sesión 3: Cultivando mi Ser.....	73
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	75
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	75
3.2. Profesionales para el Cambio.....	77
Guía de la Intervención: Profesionales para el Cambio	78
Sesión 1: Profesionales para el Cambio	78
Sesión 2: Profesionales para el Cambio	81
Sesión 3: Profesionales para el Cambio	84
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	88
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	88
3.3. Coloreando mi vida	91
Guía de la Intervención: Coloreando mi Vida.....	92
Sesión 1: Coloreando mi Vida	92
Sesión 2: Coloreando mi Vida	94
Sesión 3: Coloreando mi Vida	96
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	99
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	100
3.4. Descifrando lo Saludable.....	101
Guía de la Intervención: Descifrando lo Saludable	102
Sesión 1: Descifrando lo Saludable	102
Sesión 2: Descifrando lo Saludable	104
Sesión 3: Descifrando lo Saludable	107
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	109
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	109

3.5. Hablando Joven	111
Guía de la Intervención: Hablando Joven.....	112
Sesión 1: Hablando Joven.....	112
Sesión 2: Hablando Joven.....	114
Sesión 3: Hablando Joven.....	117
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	120
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	121
3.6. Haciendo Camino	123
Guía de la Intervención: Haciendo Camino.....	124
Sesión 1: Haciendo Camino	124
Sesión 2: Haciendo Camino	126
Sesión 3: Haciendo Camino	129
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	131
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	131
3.7. Mujeres de Colores	132
Guía de la Intervención: Mujeres de Colores	133
Sesión 1: Mujeres de Colores	133
Sesión 2: Mujeres de Colores	135
Sesión 3: Mujeres de Colores	137
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	139
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	140
3.8. Queriendo ser...	140
Guía de la Intervención: Queriendo ser...	141
Sesión 1: Queriendo ser.....	141
Sesión 2: Queriendo ser.....	144
Sesión 3: Queriendo ser.....	146
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	149
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	149
4. ORIENTACIONES PARA LA TERRITORIALIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS.....	151
4.1. ¿Con quien puedo hacer grupo de trabajo?	152
4.2. ¿Cómo puedo organizar el trabajo en equipo?	153

4.3. ¿Qué ajustes necesitan las herramientas según el contexto del territorio?.....	154
4.4. ¿Cómo socializar e implementar las herramientas en el territorio?	156
Referencias	158
Apéndices	166
Apéndice 1. Síntesis PDSP, Dimensiones relacionadas con ECNT y consumo de alcohol	166
Apéndice 2.1. Instrumento Pedagógico de apoyo: Video Estrategia	169
Apéndice 2.2. Instrumento Pedagógico de apoyo: Árbol de Propósitos	170
Apéndice 2.3. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Trabajo	171
Apéndice 2.4. Instrumento Pedagógico de apoyo: Lotería Saludable ..	172
Apéndice 2.5. Instrumento Pedagógico de apoyo: EmparejaDos	173
Apéndice 2.6. Instrumento Pedagógico de apoyo: Diseños Digitales...	174
Apéndice 2.7. Instrumento Pedagógico de apoyo: ElParcheSaludable .	175
Apéndice 2.8. Instrumento Pedagógico de apoyo: Calendario	176
Apéndice 2.9. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Álbum-Diario	176
Apéndice 3. Consideraciones generales para tener en cuenta como facilitador del proceso	178
Apéndice 4. Gestión de Encuentros en el Territorio	179
Apéndice 5. Matriz de Intervención	181

Lista de Tablas

Tabla 1. El Consumo de Alcohol como Factor de Riesgo en las ECNT.....	10
Tabla 2. Grupo de Riesgos y Eventos Específicos	29
Tabla 3. Acciones de la ENRICA	35
Tabla 4. Herramientas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las ECNT.....	61
Tabla 5. Sesión 1: Cultivando mi Ser.....	69
Tabla 6. Sesión 2: Cultivando mi Ser.....	71
Tabla 7. Sesión 3: Cultivando mi Ser.....	73
Tabla 8. Sesión 1: Profesionales para el Cambio	78
Tabla 9. Sesión 2: Profesionales para el Cambio	82
Tabla 10. Sesión 3: Profesionales para el Cambio	85
Tabla 11. Sesión 1: Coloreando mi vida	92
Tabla 12. Sesión 2: Coloreando mi vida	94
Tabla 13. Sesión 3: Coloreando mi Vida.....	96
Tabla 14. Sesión 4 (Opcional): Coloreando mi Vida	99
Tabla 15. Sesión 1: Descifrando lo Saludable	102
Tabla 16. Sesión 2: Descifrando lo Saludable	105
Tabla 17. Sesión 3: Descifrando lo Saludable	107
Tabla 18. Sesión 1: Hablando Joven.....	112
Tabla 19. Sesión 2: Hablando Joven.....	114
Tabla 20. Sesión 3: Hablando Joven.....	117
Tabla 21. Sesión 4 (Opcional): Hablando Joven	120
Tabla 22. Sesión 1: Haciendo Camino.....	124
Tabla 23. Sesión 2: Haciendo Camino.....	127
Tabla 24. Sesión 3: Haciendo Camino.....	129
Tabla 25. Sesión 1: Mujeres de Colores	133
Tabla 26. Sesión 2: Mujeres de Colores	135
Tabla 27. Sesión 3: Mujeres de Colores	138
Tabla 28. Sesión 1: Queriendo ser.....	141
Tabla 29. Sesión 2: Queriendo ser.....	144
Tabla 30. Sesión 3: Queriendo ser.....	146

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	6
Figura 2. Principales problemáticas de salud.....	13
Figura 3. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares	14
Figura 4. Mortalidad por cáncer	15
Figura 5. Mortalidad por diabetes tipo 2.....	16
Figura 6. Mortalidad por EPOC.....	17
Figura 7. Consumo Nocivo de Alcohol	19
Figura 8. Representación gráfica de la PAIS	21
Figura 9. Curso de Vida y Cuidado de la Salud	27
Figura 10. Rutas Integrales de Atención en Salud	31
Figura 11. Enfoques subdiferenciales.....	40
Figura 12. Niveles de participación.....	42
Figura 13. Factores Facilitadores en la participación en salud	43
Figura 14. Representación esquemática del proceso motivacional	49
Figura 15. “Escalera Cognitivo Conductual” representación de la DPPPS.....	51
Figura 16. Revisión de estudios sobre IMB	54
Figura 17. Modelo básico	55
Figura 18. Modelo de Interlocución	56
Figura 19. Modelos explicativos de la comunicación: Su relación.....	57
Figura 20. Proceso de ajuste de las intervenciones.....	152
Figura 21. Continúo de adecuación de intervenciones.....	155

Lista de Siglas

ACV	Accidente Cerebrovascular
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APS	Atención Primaria de Salud
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DM	Diabetes Mellitus
DPPPS	Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EMRUNA	Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol
ENRICA	Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GIEV_yDH	Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano"
GIRS	Gestión Integral del Riesgo en salud
HTA	Hipertensión Arterial Primaria
IAM	Enfermedad Isquémica Cardíaca
IMB	Intervención Motivacional Breve
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONS	Observatorio Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PB	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PM	Proceso Motivacional

PTS	Plan Territorial de Salud
RED	Redes integrales de prestadores de servicios de salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
UN	Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

La Estrategia Regional para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles y su correspondiente Plan de Acción, tienen como meta reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica de estas enfermedades, por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014, pág. 7).

Para el cumplimiento de esta meta, se proponen diversas líneas estratégicas, entre estas se destaca, la orientada a trabajar sobre los factores de riesgo y factores protectores de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (en adelante ECNT); la cual busca reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables, empleando estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; así como el abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, pág. 7; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS], 2012, pág. 9).

De acuerdo con la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, dentro de los factores de riesgo a intervenir, se destaca el *consumo nocivo de alcohol*, dado que es un comportamiento autodeterminado cuyas consecuencias a corto, mediano y largo plazo aportan a la carga de morbilidad y mortalidad (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, Pág.9). Como respuesta a esta problemática la Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró la formulación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA).

La EMRUNA tiene por objeto ofrecer orientación para actuar en diferentes niveles; determinar esferas prioritarias para la acción, y recomendar una serie de políticas y medidas, adaptándolas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las características socio-culturales, el contexto institucional, las

prioridades de salud pública y los recursos y capacidades existentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Para el contexto colombiano, las estrategias previamente mencionadas han sido adoptadas por medio de la Estrategia 4x4 para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (en adelante Estrategia 4x4) y la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia (ENRICA), respectivamente. Estas estrategias se vinculan y articulan en el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP, 2012-2021; cuyos lineamientos están orientados a la creación de ambientes favorables y la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario y nacional sobre los factores de riesgos modificables, que conlleven a una reducción de las ECNT (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013).

La Estrategia 4x4 es una propuesta en salud que busca dar lineamientos para la prevención y control de los cuatro grupos de ECNT más prevalentes en Colombia, como son el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y las enfermedades de vías respiratorias inferiores; reconociendo el consumo nocivo de alcohol, el consumo y exposición al humo de cigarrillo, la inactividad física y la alimentación no saludable, como los cuatro factores de riesgo comportamentales que más contribuyen a la aparición de estas enfermedades. De esta forma, la estrategia se enmarca dentro de la dimensión dos del PDSP, Vida Saludable y Condiciones Transmisibles, la cual tiene como objetivo “promover *modos, condiciones y estilos de vida saludables* en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles”. Los *modos, condiciones y estilos de vida saludables* se entienden como el “conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable” (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).

Por su parte, la ENRICA se presenta como una propuesta estratégica que brinda una respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia, para prevenir el consumo y disminuir los efectos sociales y de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013, pág. 4); para lo cual formula lineamientos en las esferas de acción recomendadas por la OMS como políticas e intervenciones eficaces para proteger a la población (Ministerio de

Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013, págs. 33-44).

Así pues, la Estrategia 4x4 y la ENRICA representan el esfuerzo del país por adoptar medidas que permitan responder a las necesidades reales del contexto colombiano en materia de salud pública, en el marco de un panorama epidemiológico en el que la carga de morbi-mortalidad está visiblemente afectada por el impacto de los estilos de vida y el consecuente desarrollo de ECNT.

Este panorama, de por sí desafiante, junto con la entrada en vigencia de la Política Integral de Salud (PAIS), trae consigo el reto de articular las respuestas existentes a través de mecanismos o herramientas que permitan concertar los objetivos y desarrollos de diversas líneas de trabajo hacia el logro de una meta de gran complejidad (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014), como es reducir la mortalidad prematura causada por las ECNT.

En este sentido, el presente documento de *Orientaciones para la Acción* tiene como objetivo, en primer lugar, exponer de forma breve el marco normativo y conceptual que soporta tanto la Estrategia 4x4 como la ENRICA; en segundo lugar, reconocer las líneas de acción que proveen estas estrategias, y; en tercer lugar, brindar herramientas que, en consonancia con las estrategias mencionadas, aporten a la prevención y control de las ECNT, mediante la promoción de estilos de vida saludable con énfasis en la disminución del consumo nocivo de alcohol.

PARTE I

ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

1. CONCEPTOS PARA LA ACCIÓN

La concepción popular de la *salud* ha estado marcada por una noción de funcionalidad cuya característica principal es la de señalar a la enfermedad como estado opuesto (Gutiérrez, 1985). Sin embargo, la salud y la enfermedad hacen parte de un proceso dinámico en el que interactúan una serie de factores determinantes provenientes del contexto en el que se desenvuelve el individuo, así como sus comportamientos particulares (Lalonde, 1996; Blum, 1971; Grau Abalo J. , 2016a).

Los factores asociados con el contexto se han denominado *determinantes sociales de la salud*¹, definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.), que a su vez son el resultado del ejercicio político y las decisiones económicas a nivel global y local; considerándose elementos definitorios en el establecimiento de inequidades sanitarias tanto como en la aparición de enfermedades. Este enfoque hace parte de la formulación de políticas en salud en Colombia, reconociendo dentro de los determinantes sociales, unos de tipo estructural referidos particularmente al contexto sociopolítico y, otros de carácter intermediario que involucran condiciones socioeconómicas y los comportamientos de los individuos así como el sistema sanitario; cuya afectación mediante el establecimiento de prácticas políticas particulares y la búsqueda de equidad en salud, tiene el potencial de modificar las condiciones de vulnerabilidad de la población y por ende fortalecer el capital social (Frenz, 2005) (Ver Figura 1).

Estos determinantes sociales interactúan con las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales del individuo afectando en él la capacidad de ajustarse al medio y a sus exigencias. Esta capacidad está dada por el estilos de vida de los individuos, la forma en que viven, las reacciones habituales y las pautas de conducta que las personas desarrollan durante sus procesos de socialización² (Perea Quesada, 2004). El *estilo de vida* debe entenderse como “el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad” (Grau Abalo J. , 2016a).

¹ En la política nacional, se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud (Ley 1751, Art. 9, parágrafo).

² En Web: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html

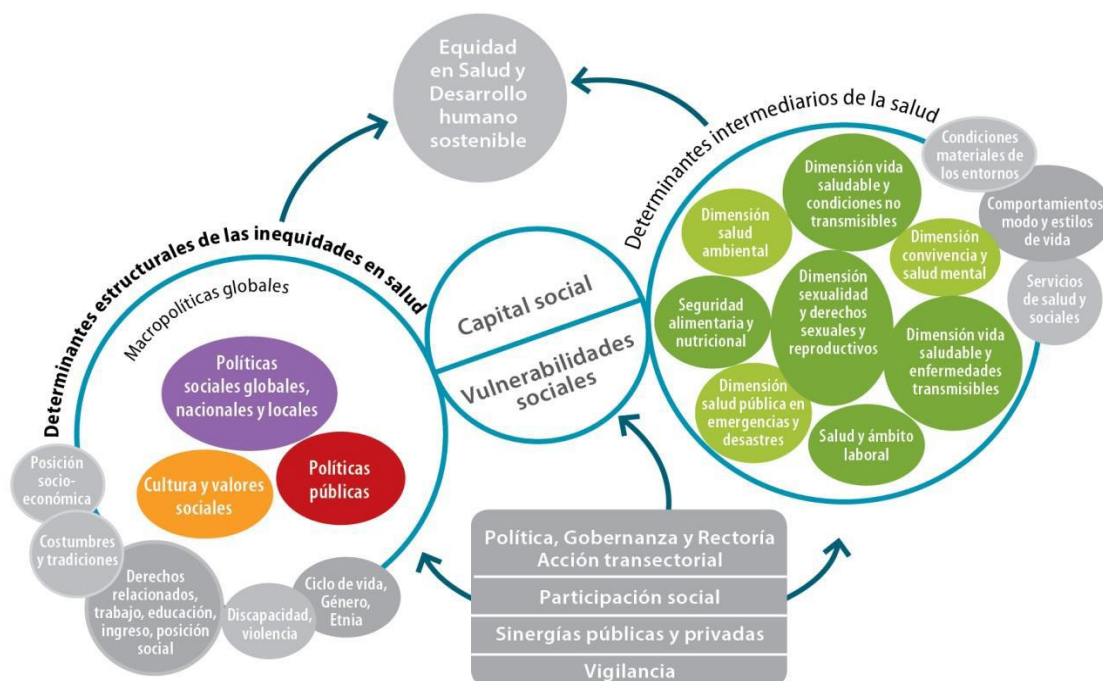


Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Fuente: MSPS (2013, pág. 57)

Característicamente, los comportamientos que hacen parte del estilo de vida son modificables, bien pueden afectar de forma positiva o negativa la salud; de tal suerte que pueden constituirse en factores de riesgo o factores protectores en el proceso salud-enfermedad (Grau Abalo J. , 2003; Ryff & Singer, 1998). Así pues, puede entenderse un *factor de riesgo* como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, En Web)³; mientras que los *factores protectores*, como la otra cara de una moneda, se pueden entender como aquellos hábitos o comportamientos que disminuyen la posibilidad de un padecimiento y propenden por la calidad de vida (Grau Abalo J. , 2003; Flórez Alarcón, 2007).

En este sentido, la *promoción de la salud*⁴ hace referencia en principio al fomento de factores protectores; es decir, a las acciones orientadas a impulsar

³ http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

⁴ La carta de Ottawa indica “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un

a un individuo o a una comunidad hacia un mayor grado de bienestar percibido, en busca de una mejor calidad de vida, a la incorporación de ciertos comportamientos que contribuirán al logro de las metas vitales más relevantes para el individuo (Restrepo & Málaga, 2001; Flórez Alarcón, 2007). Desde un punto de vista eminentemente pragmático se trata de acciones educativas, persuasivas y motivacionales orientadas a favorecer la ejecución de comportamientos saludables, las cuales pueden realizarse desde dos áreas: (a) actividades sociopolíticas para la defensa de la salud-ambiente, orientada a la mejora de las condiciones de vida y (b) educación en estilo de vida, asociada con la modificación del comportamiento de los individuos (Oblitas, 2003).

Por su parte, la *prevención* puede ser entendida como las acciones orientadas a la disminución de factores de riesgo; en tres niveles: a) universal, corresponde al conjunto de actividades que abarcan la población en general, sin tener como criterio su identificación el riesgo de enfermedad; b) selectiva, se refiere al conjunto de acciones dirigidas a grupos de individuos con mayor vulnerabilidad a realizar conductas de riesgo o padecer enfermedades, debido a características sociodemográficas o estilos de vida particulares; c) indicada, hace referencia a aquellos programas dirigidos a individuos que presentan conductas problemáticas sin cumplir aun con criterios diagnósticos de enfermedad (Jané-Llopis, 2004).

Con la entrada del proceso de *transición epidemiológica* (Ortiz, 2005; Landrove Rodríguez & Gámez Bernal, 2005), en el que las principales causas de la morbilidad han pasado a concentrarse en las enfermedades no transmisibles, las cuales se originan en gran medida por las variaciones en los estilos de vida y la consecuente constitución de estos como factores de riesgo; tanto la promoción como la prevención tienen un papel destacado en la salud pública, puesto que se constituyen como acciones efectivas para hacer frente a los factores de riesgo (Ortiz, 2005; Gómez Gutiérrez, Lucumí Cuesta, & Girón Vargas, 2004; Terris, 1992; Flórez Alarcón, 2007).

Así pues, gran parte de los problemas de salud, en particular las *enfermedades crónicas no transmisibles* (ECNT), están estrechamente vinculados con estilos de vida que se adquieren en la infancia o en la adolescencia y que se consolidan en edades adultas como hábitos; en respuesta a factores ambientales y de contexto como la industrialización, el

concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario" (Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>)

desarrollo económico y la globalización de los mercados (Vélez-Botero, 2010; Gómez Gutiérrez, Lucumí Cuesta, & Girón Vargas, 2004; Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVvDH], 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (En web⁵), las ECNT son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, manifestadas en cuatro tipos principales, destacados por su alta prevalencia y la carga de morbi-mortalidad asociada a ellas: (a) enfermedades cardiovasculares, (b) el cáncer, (c) enfermedades respiratorias crónicas y (d) diabetes.

Las ECNT, aquejan tanto a la población de los países desarrollados como a los países en vía de desarrollo y están relacionadas con los denominados hábitos NO saludables. Los factores ambientales en respuesta a la industrialización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados, influyen en los comportamientos y en el estilo de vida. Los hábitos alimentarios, por ejemplo, son un reflejo de esto, se observa un aumento en el consumo de alimentos hipercalóricos, que contienen un alto contenido de grasas saturadas y de carbohidratos refinados. Así mismo los avances tecnológicos (automóviles, computadores, televisión, entre otros) hacen que día a día se sustituyan las tareas que generan esfuerzo físico por una conducta sedentaria (Department of Health, Western Australia, 2012).

Para las ECNT existen factores de riesgo comportamentales modificables como son el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el uso nocivo del alcohol; además de factores de riesgo metabólicos/fisiológicos como son la hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia (Jordan, Slater, & Kottke, 2008; Robledo Posada & Díaz Piñera, 2012). Esta relación entre factores de riesgo comportamentales y ECNT ha sido ampliamente estudiada por diversos autores (Department of health and human services, 2005; Oklahoma Department of Health, 2013; Ortiz, 2005; Petersen, Bourgeois, Bratthall, & Ogawa, 2005; Watt, 2005; Australian Institute of Health and Welfare, 2012; Ministry of Health and Long-Term Care, 2007; Nottingham City Council, 2014; Oswal, 2010; Mora Ripoll, 2012).

Cabe anotar que si bien la exposición a los factores de riesgo comportamentales se da tanto en los grupos de ingresos altos como en los de

⁵ http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

ingresos bajos; los primeros pueden acceder a servicios y productos que los protegen, mientras que la población socialmente vulnerables no suelen tener el mismo acceso a factores protectores y tiene acceso limitado a los servicios de salud, por lo que las ECNT no solo tienen un gran impacto en morbilidad y mortalidad sino que además representan un alto costo económico; de tal suerte que reducir la carga mundial de ECNT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible (Castiglione, 2014).

Las ECNT son la principal causa de muerte en el mundo entero, trayendo consigo una alta tasa de mortalidad prematura (cerca del 40%) en países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Estas enfermedades representan el 82% del total de la mortalidad (OMS, 2014) son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas y se prevé un aumento de hasta el 17% de muertes secundaria a enfermedades crónicas no transmisibles en 10 años. Se calcula que en Colombia las ECNT son la causa del 76% del total de las muertes (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013) y del 12% de la mortalidad antes de los 70 años. Los datos en Colombia no difieren de las tendencias mundiales descritas por la OMS. El Estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia para 2010 estimó que las ECNT corresponden al 76% de las enfermedades del país (Peñaloza, 2014).

Entre los factores de riesgo a modificar, se destaca el *consumo nocivo de alcohol*, dado el carácter prevalente del mismo y la aceptación social que lo avala. Y es que el consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles e infecciosas. Además, una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales; en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia doméstica y callejera, homicidios y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar principalmente a personas jóvenes (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9).

El concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes le rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social; puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su

familia y deteriorar la convivencia y el bienestar de la comunidad (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9).

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. El Consumo de Alcohol como Factor de Riesgo en las ECNT

ECNT	PAPEL DEL ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO
CARDIOVASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> Las altas dosis de alcohol producen una elevación de las presiones sistólica y diastólica, debido a una activación del sistema simpático adrenérgico, a un incremento del sistema reninaangiotensina-aldosterona, a un aumento del cortisol, a un incremento de la resistencia a la insulina y/o un vasoespasmo de las fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos por alteraciones iónicas (Mg^{++} y Ca^{++}) o anomalías del transporte de Na^{+} (Estruch, 2002). El alcohol tiene un efecto directo sobre el ritmo cardíaco, incluso consumos relativamente modestos ocasionan taquicardia rítmica. El uso nocivo de alcohol afecta de forma significativa el funcionamiento del miocardio y se ha relacionado como causa directa de arritmias, como el síndrome "Holiday Heart" (Estruch, 2002). El consumo de alcohol determina en gran medida la aparición de hipertensión arterial por la ingestión exagerada de lípidos y el efecto sobre las glándulas suprarrenales que producen cortisona (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003). El uso crónico y el abuso del alcohol tiene una alta probabilidad de causar miocardiopatía. Aún el consumo moderado, ligero u ocasional de alcohol puede ocasionar esta enfermedad cuando hay deficiencias de tiamina, factores genéticos predisponentes o infecciones virales (Guerra de Andrade & García de Oliveira, 2011). El uso intenso de alcohol, crónico o agudo, aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión e interfiere con los tratamientos farmacológicos destinados a la disminución de la tensión arterial (Guerra de Andrade & García de Oliveira, 2011). Existe mayor propensión a ACV, sobre todo de tipo hemorrágico, entre quienes consumen alcohol de forma abusiva, bien sea que el consumo sea ocasional o sostenido (Guerra de Andrade & García de Oliveira, 2011).
CÁNCER	<ul style="list-style-type: none"> Las bebidas alcohólicas pueden no actuar directamente sobre los tejidos para ocasionar cáncer, más son un disolvente efectivo para las sustancias cancerígenas y permite que estas circulen libres por todo el cuerpo, aumentando el riesgo de cáncer de lengua, boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto, mama y pulmones (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003). Cuando se metaboliza el etanol, se produce acetaldehído y radicales libres; los cuales se consideran predominantemente responsables de la carcinogénesis a través de su unión al ADN y las proteínas, lo que destruye el ácido fólico dando lugar a una hiperproliferación de células secundarias (Castro, Díaz Gómez, & Castro, 2006). El consumo de alcohol, incluso en pequeñas cantidades, afecta y deteriora la capacidad del cuerpo para disolver y absorber nutrientes como la vitamina A; nutrientes del complejo B, vitamina C, vitamina D, vitamina E y carotenoides (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2013); con lo que además se disparan las concentraciones de estrógenos en sangre, hormona relacionada principalmente con el riesgo de desarrollar cáncer de seno (Castro, Maciel, Quintans, & Castro, 2015). El consumo continuado y por largo tiempo de bebidas alcohólicas es un agente cancerígeno comprobado para el humano por producir cáncer gástrico. Aquellas personas que ingieren

ECNT	PAPEL DEL ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO
DIABETES	<p>cerveza u otros licores en forma habitual tienen un riesgo 5 veces mayor para desarrollar cáncer de tracto digestivo en relación con individuos no bebedores; quienes ingieren vino en forma habitual muestran un riesgo 2 veces mayor con respecto a quienes no consumen bebidas alcohólicas (Téllez & Cote, 2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la fermentación y la producción de bebidas alcohólicas, pueden introducirse a estas una serie de contaminantes cancerígenos como las nitrosaminas, fibras de asbesto, fenoles e hidrocarburos (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2013). • El consumo de alcohol incrementa la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y aumenta la resistencia a la insulina, lo cual dificulta que el cuerpo sintetice de manera adecuada la glucosa, produciendo tanto oxidación de la glucosa como un aumento de su almacenamiento, llevando al organismo al desarrollo de DM tipo 2 (Téllez & Cote, 2006) • El alcohol tiene efectos diabetogénicos, por lo que en personas con DM tipo 2 aumenta la obesidad, induce a la pancreatitis, altera el metabolismo de los carbohidratos y de la glucosa ; lo cual conlleva a periodos de hipoglucemia cuando se consume alcohol en forma excesiva (Solís Torres, Alonso Castillo, & López García, 2009). • El alcohol tiene la capacidad para suprimir la lipólisis, por lo que en personas con MD tipo 2 evita la recuperación de la hipoglucemia (Solís Torres, Alonso Castillo, & López García, 2009). • El alcohol puede causar hipoglucemia en individuos que utilizan insulina exógena o medicamentos hipoglucemiantes. Las calorías aportadas por el alcohol (7 kcal/g) no se convierten en glucosa, se metaboliza de manera similar a los lípidos y bloquea la gluconeogénesis, lo cual contribuye al desarrollo de hipoglucemias (Durán Agüero, Carrasco Piña, & Araya Pérez, 2012).
	<p>El consumo de alcohol carece de un papel en la fisiopatogénesis de EPOC; sin embargo actúa como factor de riesgo indirecto en tanto que suele conducir a la exposición o al consumo elevado de tabaco, considerado como uno de los principales factores causales de EPOC (Lumbreras García, Méndez-Cabeza Velázquez, & Nuñez Palomo, 2004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La coocurrencia de EPOC junto con condiciones como la obesidad, el consumo de tabaco y de alcohol, puede contribuir al desarrollo del Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), en el cual cuando la persona duerme se produce una obstrucción de la vía aérea superior y por consiguiente del flujo de aire hacia los pulmones, lo que produce síntomas como somnolencia excesiva durante el día, sensación de no haber descansado durante la noche, ronquidos, dolores de cabeza matutinos, irritabilidad, problemas de atención y de memoria (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 2012). • Cuando existe EPOC, el consumo de alcohol, aun en pequeñas cantidades afecta la función respiratoria y reducen los mecanismos de defensa (Plaza, 2011).

Las costumbres sociales y los intereses económicos no deben cegarnos al hecho de que el alcohol es una sustancia tóxica. Tiene el potencial de afectar de manera adversa casi cualquier órgano y sistema del cuerpo. Ningún otro producto vendido para el consumo, tiene tan amplia gama de efectos físicos adversos. Tomar en cuenta el potencial de toxicidad del alcohol es por lo tanto una tarea importante para la política de salud pública (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9).

Por lo anterior, teniendo como premisa que las ECNT son prevenibles, en tanto se logre modificar los estilos de vida que dan pie a su aparición, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adopta lineamientos en torno al Plan de

Acción de la OMS para la prevención y el control de las ECNT, cuyas estrategias van encaminadas a la reducción del grado de exposición a los factores de riesgo. Además, los lineamientos están orientados a la creación de espacios cotidianos favorables y la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario y nacional sobre los factores de riesgos modificables, que conlleven a una reducción de este tipo de enfermedades (OPS, 2014). Esto con miras, no solo a disminuir el número de muertes prematuras, sino también el impacto que generan las ECNT en el desarrollo, el nivel económico y social y la calidad de vida de la población.

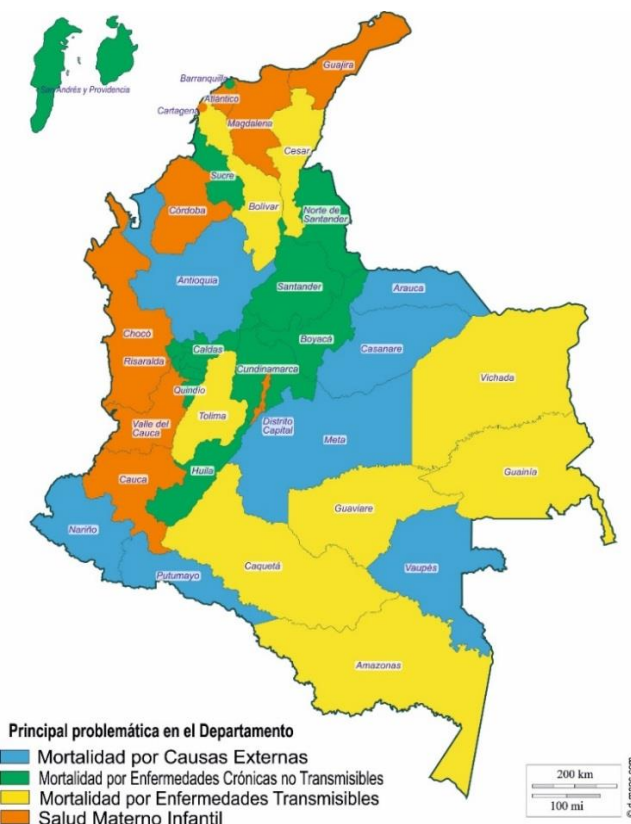
1.1. Panorama Nacional: ECNT y Consumo de Alcohol

En Colombia, el Estudio de Carga de la Enfermedad para 2010 indica que las ECNT son la causa del 76% del total de las muertes. La Política de Atención Integral en Salud destaca que tan solo en cinco años este indicador se incrementó hasta un 83% (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016) (Ver Figura 2). Esto implica que las ECNT son objeto de especial atención, sobre todo en las zonas más desarrolladas del país en las que estas enfermedades son dominantes; sin desconocer que las lesiones por causa externa, las enfermedades transmisibles y las enfermedades materno infantiles también tienen un papel protagónico en varias zonas del país. Por esta razón, la Política de Atención Integral en Salud plantea que las respuestas en salud deben organizarse atendiendo a las diferencias territoriales en los perfiles de mortalidad (Salazar, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016).

Para el caso particular de las ECNT, el Ministerio de Salud y Protección Social contempla en el Plan Decenal de salud Pública la dimensión “Vida saludable y condiciones no transmisibles” que pretende dar prioridad política al control de las ECNT, reducir la exposición a los factores de riesgo, fortalecer la capacidad de gestión para mejorar la atención integral e integrada, desarrollar procesos de vigilancia y fomentar la investigación asociada (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) constituyen pues uno de los temas de salud pública de mayor complejidad y trascendencia socioeconómica, en tanto que afectan de forma significativa las tasas de morbilidad y mortalidad, ocasionando una gran demanda de servicios de salud (Castiglione, 2014). En la actualidad, las ECNT más prevalentes y de mayor

impacto son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. A ellas se asocia cerca del 40% de la mortalidad prematura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011) y el 82% del total de la mortalidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).



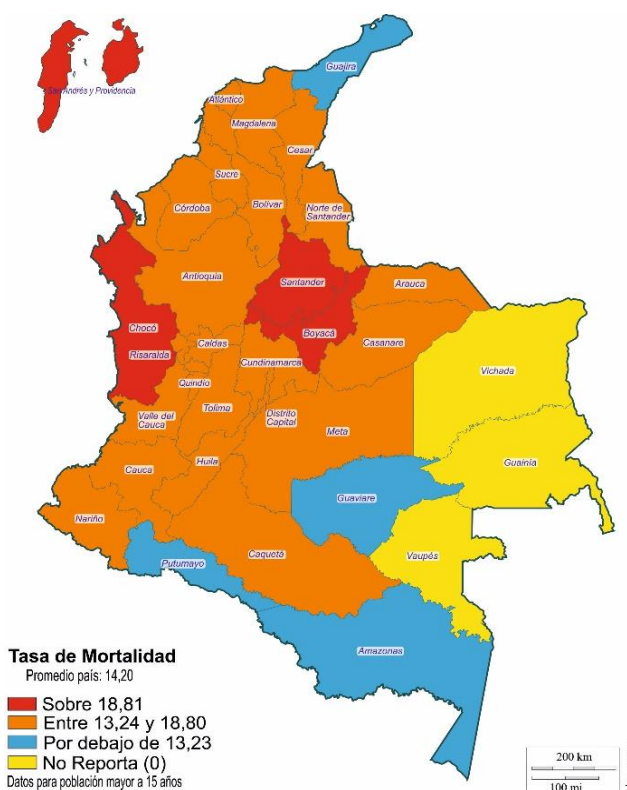
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud.

Figura 2. Principales problemáticas de salud

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son reconocidas como el grupo de enfermedades que generan mayor carga de enfermedad a nivel mundial, aportando aproximadamente el 31% de las muertes registradas en el mundo. Para el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 17,5 millones de personas murieron a causa de ECV (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Para el 2012 el 33,85%% de la mortalidad en Colombia se atribuía a ECV (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014); dentro de las cuales se destacan por su amplia incidencia las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebrovasculares (ACV), siendo entre estos más frecuente el de

tipo isquémico que el de tipo hemorrágico (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) (Ver Figura 3). Por su parte, las estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indican que para el año 2010 el 49,5% de las muertes fueron atribuidas a enfermedades isquémicas del corazón y el 23% fueron debidas a ACV (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).



Nota2: El riesgo incrementa con la edad. En mayores de 55 el riesgo es significativamente mayor en comparación con el resto de la población

Fuente: Elaboración propia con base en Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia (2015)

Figura 3. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares

En todo el mundo, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en 2012 se presentaron aproximadamente 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer; convirtiéndose en la segunda causa de muerte en el mundo para el 2013 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En Colombia, para el año 2012 las neoplasias aportaron el 17,59% de las muertes a nivel nacional. Durante este periodo para los hombres las neoplasias de mayor impacto son los tumores malignos de estómago (14,86%) seguido por el tumor maligno de próstata (14,07%); mientras que para las mujeres,

las principales causas de mortalidad son el tumor maligno de estómago (15,67%) seguido por el tumor maligno de mama (12,44%) (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014) (Ver Figura 4). Aproximadamente el 3% de los nuevos casos de cáncer se presenta en niños, con una alta tasa de mortalidad por leucemia pediátrica (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Instituto Nacional de Cancerología, 2015).

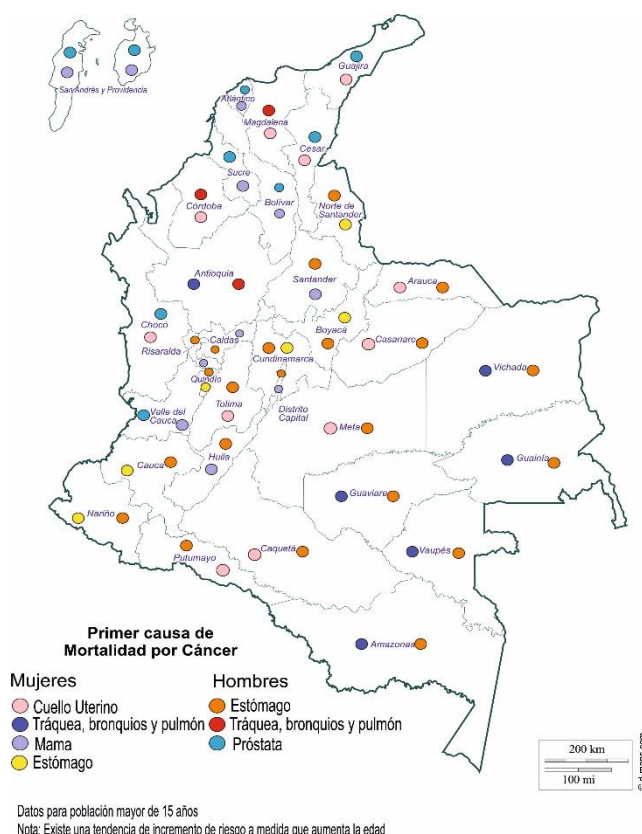


Figura 4. Mortalidad por cáncer

La diabetes mellitus (DM) es un padecimiento cuya incidencia e impacto aumentan considerablemente. Para el 2014 la prevalencia de la diabetes era del 8,5%; es decir, 422 millones de adultos. Para el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 1,5 millones de personas murieron a causa de DM (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

La DM, sea tipo 1 o 2, incrementa el riesgo general de muerte prematura y puede provocar complicaciones como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de extremidades, pérdida de visión y daños neurológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En Colombia se estima que hay aproximadamente 2 millones de personas con

DM, de las cuales la mayoría tiene DM tipo 2. El Plan Decenal de Salud Pública indico una prevalencia de DM de 2,6% en 2007, el Observatorio Nacional de Salud, reporto que la tasa de mortalidad por DM fue en promedio de 10,4 por cada 100.000 habitantes entre 2009 y 2011 (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) (Ver Figura 5). Se estima que anualmente hay 5.650 muertes por DM, 58% de las cuales son de mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).

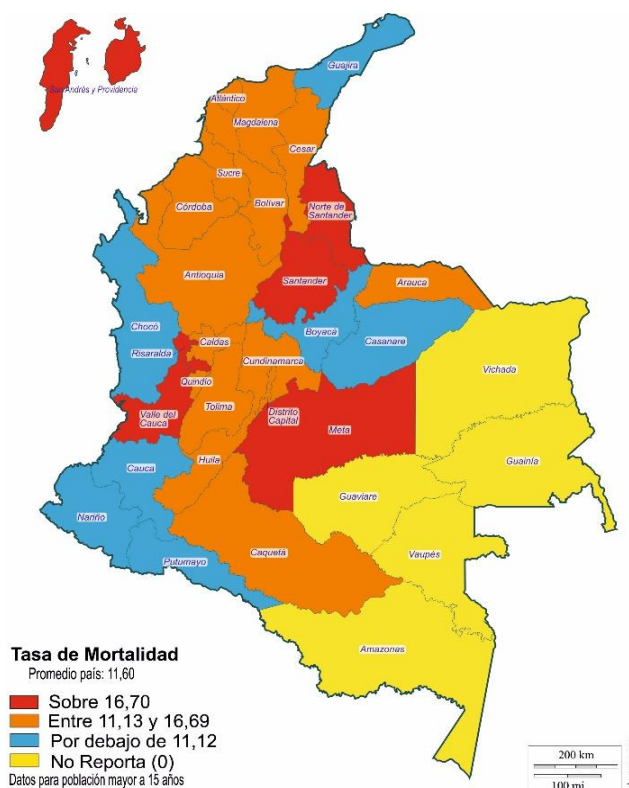
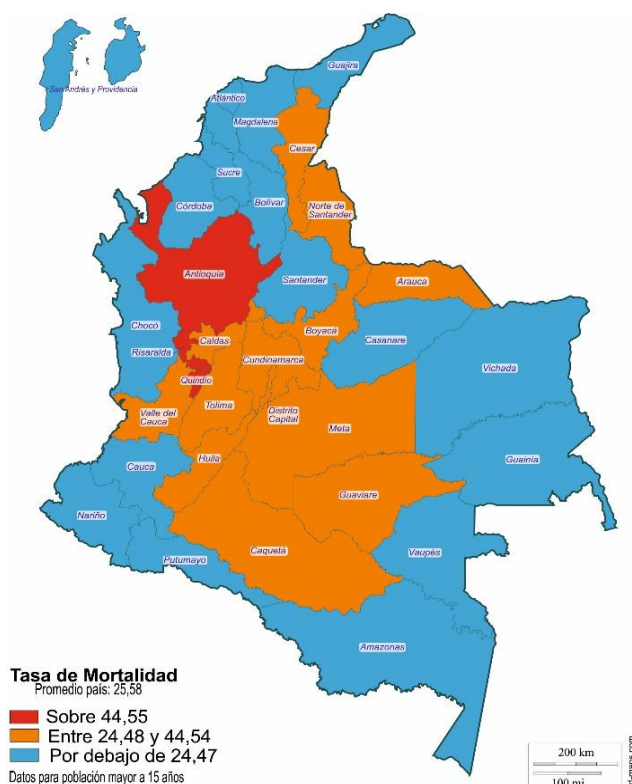


Figura 5. Mortalidad por diabetes tipo 2

El grupo de enfermedades consideradas en la categoría Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un importante problema de salud pública. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 murieron por EPOC aproximadamente 3 millones de personas, lo que representa el 6% del total de las muertes en este periodo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Se calcula que cerca de 65 millones de persona padecen EPOC en el mundo y su acelerado acenso la proyecta como la quinta causa de muerte en el

mundo para el año 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Colciencias, 2014). Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2011, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) reporta un promedio de 10,000 muertes al año por causa de EPOC. Para el periodo entre 2010 y 2014, el ONS señala que la prevalencia de EPOC en hombres de 4.1% y en mujeres de 3.3%, siendo mayor la proporción de muertes en hombres (53%) (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) (Ver Figura 6).



Nota1: La mayor prevalencia se da en hombre, salvo en Guainía donde la prevalencia es mayor en mujeres
Nota2: El riesgo incrementa con la edad. En mayores de 55 el riesgo es significativamente mayor en comparación con el resto de la población
Fuente: Elaboración propia con base en Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia (2015)

Figura 6. Mortalidad por EPOC

Los factores de riesgo, como elementos modificables inmersos en la cadena causal de las enfermedades, cobran especial importancia en el abordaje de las ECNT; particularmente cuando se trata de los estilos de vida o aquellos comportamientos que realizan las personas en contravía del autocuidado, poniendo en riesgo su salud y la de otros (Salazar, 2007). El reconocimiento de estos factores asociados a las ECNT implica de hecho una oportunidad para prevenir y controlar, en tanto que una menor exposición a los factores de riesgo disminuye sustancialmente la posibilidad de padecer alguna de estas enfermedades.

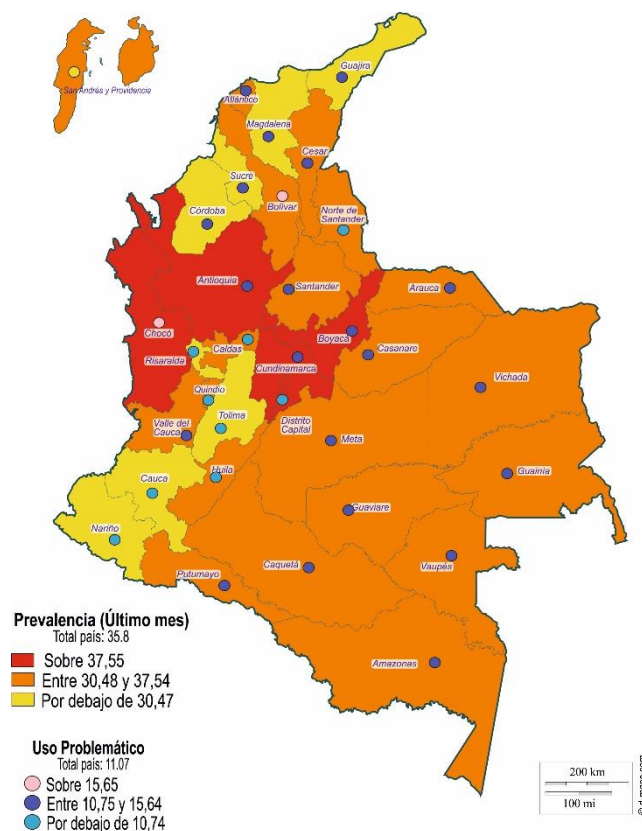
Los factores de riesgo de mayor impacto en el desarrollo de ECNT con las más altas prevalencias en nuestro país son el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el uso nocivo del alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Todos ellos potencialmente modificables por su carácter social, cultural y aprendido.

En cuanto al consumo de alcohol en Colombia, se sabe que el 87% de las personas han consumido alcohol alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91% y 83% respectivamente). El porcentaje de personas que consumieron durante el último año desciende al 58.8%. Los consumidores de bebidas alcohólicas del último mes, son alrededor de ocho millones cuatrocientas mil personas, de los cuales más de cinco millones son varones. La diferencia entre sexos en relación al consumo de alcohol es significativa, los varones superan a las mujeres en 20 puntos porcentuales. En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, del 49.2%, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años. Los adolescentes son quienes presentan menor tasa de consumo, no obstante llega al 19.3%. El consumo actual de bebidas alcohólicas se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico, pasando del 32.3% en el estrato 1 al 42.1% en los estratos 4, 5 y 6 respectivamente. La edad de inicio del consumo de alcohol es alrededor de 16 años entre los hombres y 18 años entre las mujeres (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En relación con el consumo riesgoso y perjudicial (Ver Figura 7), cerca de 2.6 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 años presentan un uso de alcohol de este tipo. Esto equivale al 31% de los consumidores actuales de alcohol y al 11.1% de la población de 12 a 65 años. Del total de los casi 2.6 millones de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, 1.9 millones son hombres y un poco más de 0.6 millones son mujeres. El uso perjudicial de bebidas alcohólicas tiene mayor impacto entre los jóvenes de 18 a 24 años. El patrón de consumo problemático de alcohol es mayor en los sectores socioeconómicos bajos y medios bajos que en los altos (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas es del 1.19%. Este porcentaje equivale a 276.397 personas de la población colombiana, con edades entre 12 y 65 años, estando más comprometidos los hombres que las

mujeres y los jóvenes de 18 a 24 años (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).



Fuente: Elaboración propia con base en Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013
Población: 12 a 65 años

Figura 7. Consumo Nocivo de Alcohol

2. POLÍTICAS PARA LA ACCIÓN

El marco político en salud es una importante pauta para la comprensión del ordenamiento de las acciones en este campo; así como para la articulación de diversos fundamentos, estrategias, planes de acción y lineamientos que dan cuerpo a la estructura interventiva que desarrolla el país en el sector salud.

Para orientar el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles; resulta de particular interés contemplar las directrices brindadas por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Estrategia Nacional de Respuesta Integral al Consumo de Alcohol.

2.1. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD-PAIS

El objetivo de esta política es garantizar el derecho a la salud, como derecho humano fundamental, regularlo y establecer los mecanismos para su protección⁶; considerando componentes colectivos e individuales en el continuo salud-enfermedad. Este derecho se materializa en el concepto de atención integral⁷ que contempla la continuidad de “las actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016, pág. 27).

De acuerdo con la PAIS, el ciudadano, con sus particularidades, es y debe ser el *centro* del sistema de salud. Este sistema debe estar dado desde el análisis y la intervención de los determinantes sociales (objeto central del PDSP). Todo esto a partir de 4 estrategias: (a) APS⁸ con enfoque familiar y

⁶ Ley 1751 de 2015, Artículo 2: Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

⁷ La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (MSPS, 2016; pág. 30).

⁸ La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria (...) para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad (MSPS, 2016; pág. 32).

comunitario como orientación estratégica, (b) diferenciación territorial⁹ en función de zonas dispersas, rurales y urbanas (Art 65, Plan de Desarrollo), (c) el cuidado¹⁰ como objeto del sistema salud, (d) integración¹¹ entre entidades territoriales y entidades prestadoras de servicios en función de las prioridades territoriales (Ver Figura 8).

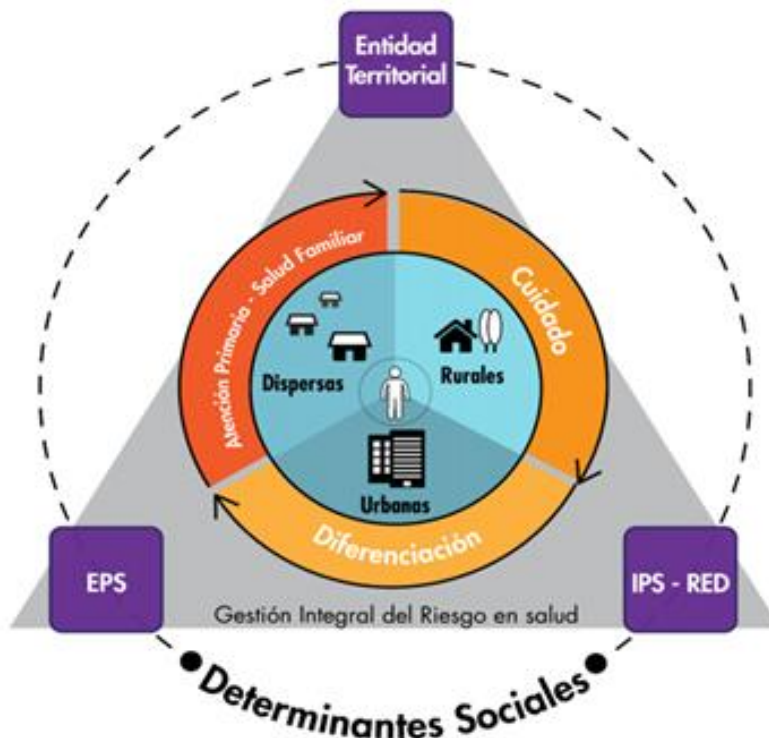


Figura 8. Representación gráfica de la PAIS

Fuente: MSPS (2016)

Esta política se operacionaliza a través del Modelo de Integral de Atención en Salud (MIAS), concebido como “el instrumento que adopta las estrategias y las transforma en procesos” (MSPS, 2016; Pág. 32); compuesto por un decálogo que incluye:

⁹El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

¹⁰ El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad.

¹¹ La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

- i. Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021: Las direcciones territoriales de salud deben partir del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales; articulando esto con la información sobre gestión del riesgo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). Con estos insumos las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud (PTS). Una vez establecidas las prioridades deben ajustar y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y liderar los procesos de gestión de la salud pública¹² (MSPS, 2016; Pág. 48).
- ii. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS¹³: Herramienta que define a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en sus contextos de desarrollo, así como las intervenciones¹⁴ (MSPS, 2016; Pág. 49). El modelo plantea tres tipos de rutas¹⁵: (a) *Ruta de promoción y mantenimiento de la salud*: acciones e interacciones que el sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos y protección de la salud (Cuidado)¹⁶, así como las que se esperan desde el propio individuo (Autocuidado); (b) *Ruta de grupo de riesgo*: actividades individuales y colectivas para la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, tendientes a evitar la aparición de una condición específica

¹² En todo caso, el abordaje de las poblaciones seguirá el enfoque de curso de vida el ubica en el centro a las personas, familias y comunidades con el propósito de ampliar sus opciones, fortalecer sus capacidades y generar oportunidades para que elijan el tipo de vida que quieren valorar.

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. La definición de grupos de riesgo se hace bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

¹³ Las RIAS, incorporan en su desarrollo los conceptos de: 1, Curso de vida; 2. Ciclo vital; 3. Determinantes proximales de la salud; 4. Atención integral en salud; y 5. Autocuidado de la salud. También las RIAS incorporan: 1. Intervenciones de gestión de la salud pública; 2. Intervenciones de promoción de la salud; 3. Intervenciones individuales; 4. Hitos; 5. Indicadores de seguimiento y evaluación; 6. Responsables sectoriales.

Las RIAS incluyen cuatro componentes que se integran como segmentos del continuo de la atención: 1. Gestión de la Salud Pública, 2. Promoción de la salud, 3. Acciones en los entornos y, 4. Acciones individuales.

¹⁴ El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

¹⁵ El desarrollo de la RIAS responde a los grupos de riesgo definido para el país (16) y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación:

¹⁶ "Promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones" (MSPS, 2016; 51)

- o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento; y (c) *Ruta específica de atención*: aborda condiciones específicas, actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación (MSPS, 2016; Pág. 51).
- iii. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS): Coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo a partir de las RIAS. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad (MSPS, 2016; Pág. 51).
 - iv. Delimitación territorial del MIAS¹⁷: Implica la homologación en el encuadre territorial del modelo y de la operación de los tres agentes del sistema (Ente territorial, EAPB y Redes de prestación) con la población del territorio, desde las consideraciones propias de las características de los territorios para garantizar las condiciones de disponibilidad, suficiencia, y completitud (MSPS, 2016; Pág. 62).
 - v. Redes integrales de prestadores de servicios de salud (RED)¹⁸: Cada RED debe consolidarse para una población y un territorio de referencia, su conformación debe sustentarse en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y debe atender las prioridades del PTS. Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales: (a) *primario de prestación*, prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS (incluye atención comunitaria, básica y consulta especializada), y; (b) *complementario de prestación*, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención (MSPS, 2016; Pág. 67-68).
 - vi. Redefinición del rol del asegurador: Para cumplir con los requerimientos del MIAS cada EAPB debe ser habilitada desde el punto de vista de su

¹⁷ El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: (a) Urbanos, (b) de Alta Ruralidad y, (c) Dispersos (MSPS, 2016; 62-63, 65-66).

¹⁸ Se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS (MSPS, 2016; 66).

capacidad técnica en cada departamento en el cual tenga afiliados (MSPS, 2016; 77).

- vii. Redefinición del sistema de incentivos¹⁹: El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención (MSPS, 2016; Pág. 81).
- viii. Requerimientos y procesos del sistema de información: El modelo centrado en la persona, exige la definición por parte del MSPS de un marco de referencia para la información, unificado alrededor de los requerimientos del MIAS, para que se cuente con la información que incluya sus condiciones de vida y de trabajo, factores de riesgo, uso de servicios y que pueda ser usada por la misma persona y el sistema. Para esto es necesario reconocer que los procesos que se definen en el MIAS (incluye las RIAS) están interrelacionados y sean interdependientes. Por lo anterior, se requiere un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los agentes, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones (MSPS, 2016; Pág. 82).
- ix. Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)²⁰: Para el fortalecimiento de desarrollo del RHS se deben desarrollar acciones a nivel de cuatro ejes: (a) la formación del RHS; (b) la armonización del RHS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; (c) el fortalecimiento del RHS responsable de la planeación y gestión territorial en salud y; (d) gestión, planificación y mejoramiento de condiciones laborales del RHS a nivel nacional y territorial (MSPS, 2016; pág. 83).
- x. Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento²¹: La investigación en salud debe orientarse a solventar las necesidades en salud de las poblaciones, el abordaje integral de los

¹⁹ Se deben desarrollar incentivos pecuniarios y no pecuniarios para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica, buscando potenciar el desarrollo profesional y personal del recurso humano en salud. A su vez se deben desarrollar incentivos a los usuarios relacionados con el autocuidado, la participación en programas de gestión de riesgos, la adherencia a tratamientos, entre otros (MSPS, 2016; 81).

²⁰ Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

²¹ El Modelo Integral de Atención en Salud establece 6 retos de innovación e investigación en sistemas de salud: (a) establecimiento de la rectoría del sistema de salud, (b) Estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud, (c) gestión eficiente de los recursos humanos en salud, (d) Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, (e) Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y, (f) Investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud.

contextos en donde se desarrolla y las necesidades del modelo de atención como estrategia para solventar las necesidades en salud de las poblaciones y la modificación de los contextos para garantizar el derecho a la salud de los individuos (Frenk, 1994; citado por MSPS, 2016; pág. 88).

2.2. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD: MIAS

El Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS surge, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud²², como un modelo operacional que adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Así, el MIAS se define como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutive de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades (MSPS, 2016, pág. 30).

De este modo, el propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud (MSPS, 2016, pág. 30). En este sentido, el Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propiciando la expansión de la libertad, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como sujeto con capacidad de gestión de su propia vida.

Por otra parte, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con

²² El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes del sistema. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (MSPS, 2016, pág. 30).

oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

Lo anterior se despliega bajo *cuatro estrategias*, las cuales se desarrollan en el marco de *determinantes sociales*²³:

- I. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria: la Ley 1438 de 2011 establece como definición, "La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud...". De esta forma, "La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad"²⁴.

Una APS con *enfoque de salud familiar y comunitaria* que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

En este sentido, el enfoque de salud familiar y comunitaria es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación,

²³ El Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad (MSPS, 2016, pág. 32).

²⁴ LEY 1438 DE 2011. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población.

- II. El cuidado: El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que las personas y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud (Ver Figura 9).

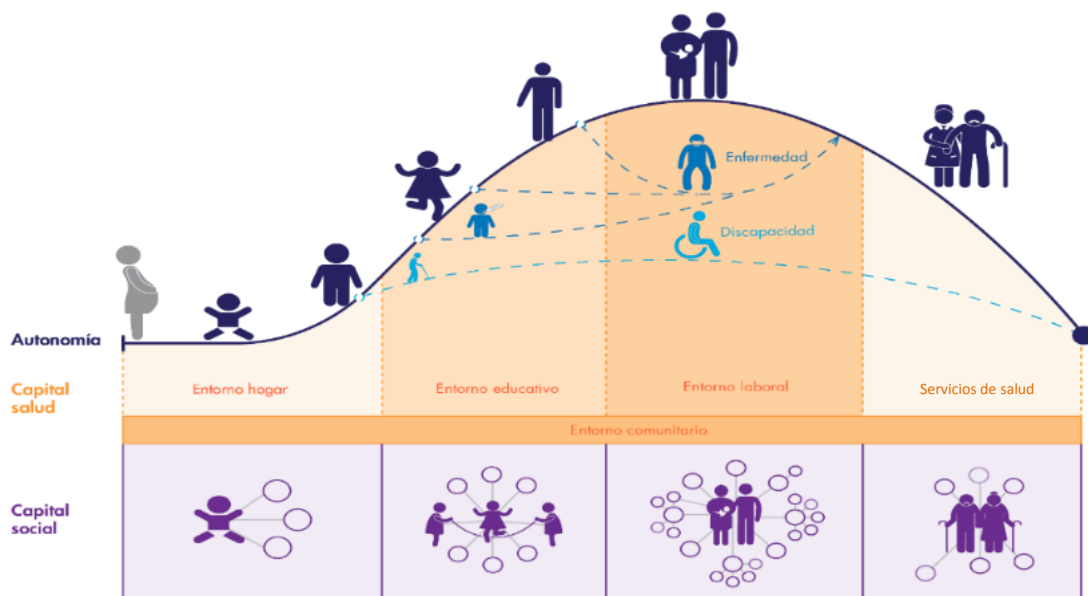


Figura 9. Curso de Vida y Cuidado de la Salud

Fuente: MSPS (2016)

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de la Protección Social, 2006).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “*el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad*” (OMS, 1998, citado en MSPS, 2016, pág. 38).

- III. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) tiene como objetivo minimizar el riesgo y el manejo de la enfermedad. De esta manera, es una estrategia que busca mejorar el nivel de salud de la población, mejorar experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y los costos acordes a los resultados obtenidos. En este sentido, es una estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación del servicio. La GIRS tiene un componente colectivo y otro individual. El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas.
- IV. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones busca adaptar el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles, de esta manera permite.

Para la operación del MIAS es necesario organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, esto por medio de:

- a. Análisis de la Situación de Salud (ASIS), para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales. ¿Quiénes? Direcciones territoriales de salud.
- b. Caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). ¿Quiénes? Los aseguradores.
- c. La información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados o declaratoria del estado de salud.

Con los resultados de estos insumos, las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud, lo anterior acorde al Plan de desarrollo territorial. El abordaje de las poblaciones seguirá el enfoque de curso de vida el ubica en el

centro a las personas, familias y comunidades con el propósito de ampliar sus opciones, fortalecer sus capacidades y generar oportunidades para que elijan el tipo de vida que quieren valorar (MSPS, 2016).

Por otra parte, los agentes del sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (MSPS, 2016).

Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. La definición de grupos de riesgo se hace bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) Enfermedades de alto costo. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), los grupos de riesgo definidos para el país fueron 16, a los cuales se les relacionan los eventos priorizados por cada agrupación (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Grupo de Riesgos y Eventos Específicos

GRUPO DE RIESGO		EVENTOS ESPECÍFICOS	
1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	o	Diabetes mellitus Accidentes cerebro-vasculares Hipertensión Arterial Primaria (HTA)	Enfermedad Isquémica Cardíaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica
2. Población con riesgo o Enfermedad respiratoria crónica	o	EPOC	
3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	o	Deficiencias nutricionales específicamente anemia	Desnutrición Sobrepeso y obesidad
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones	o	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA Uso nocivo Sobredosis	Dependencia Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
5. Población con riesgo o Problemas y trastornos mentales	o	Depresión Demencia Esquizofrenia Suicidio	
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	o	Caries Fluorosis Enfermedad Periodontal	Edentulismo Tejidos blandos, estomatosis
7. Población con riesgo o presencia	o	Ca Piel no melanoma	Ca cuello y LPC en

GRUPO DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS	
de cáncer	Ca mama Ca Colon y Recto Ca Gástrico	diagramación Ca Próstata Ca Pulmón Leucemias y linfomas
8. Población en condición materno - perinatal	IVE Hemorragias Trastornos hipertensivos complicados Infecciosas Endocrinológicas y metabólicas	Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas Bajo peso Prematurez Asfixia
9. Población con riesgo o infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas TS: VIH, HB, Sífilis, ETS ETA	ERA, neumonía y EDA Inmuno-prevenibles
10. Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico Accidente ofídico	
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales		
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado Violencia de género Violencia por conflictividad social	
13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente		
14. Población con riesgo o enfermedades raras	Hemofilia Fibrosis quística	Artritis idiopática Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica
15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos) Ambliopía Glaucoma Cataratas Retinopatía del prematuro	Visión Baja Traumas del oído Hipoacusia Otitis Vértigo
16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Enfermedades neurológicas, artrosis	Enfermedades del colágeno y

Fuente: MSPS (2015)

Otro componente que hace parte del MIAS, son las *Rutas Integrales de Atención en Salud* – RIAS (Ver Figura 10), las cuales definen a los agentes del sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención. En este sentido, el RIAS consolida las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica

asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible²⁵ (MSPS, 2016).

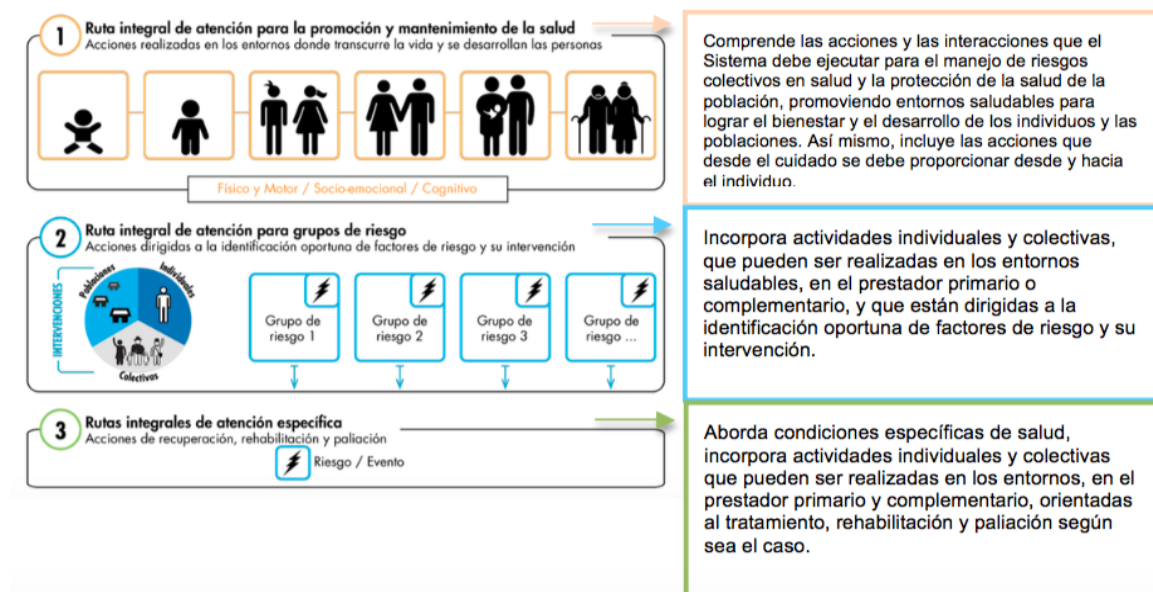


Figura 10. Rutas Integrales de Atención en Salud

Fuente: MSPS (2016)

Las RIAS, incorporan en su desarrollo los siguientes conceptos: (a) Curso de vida, (b) Ciclo vital, (c) Determinantes proximales de la salud, (d) Atención integral en salud y, (e) Autocuidado de la salud; e incluyen cuatro componentes que se integran:

- I. **Gestión de la Salud Pública**: se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, buscando que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al manejo de los Determinantes Sociales de la Salud. Se incorporan los procesos de la gestión de la salud pública: coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión administrativa y financiera, gestión del aseguramiento, gestión del conocimiento, gestión del talento humano, gestión de las intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales,

²⁵ Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud. (MSPS, 2016, pág. 49).

participación social, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública e inspección vigilancia y control (MSPS, 2016).

- II. Promoción de la salud: contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, movilización social, creación de ambientes saludables, y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2016).
- III. Acciones en los entornos: los entornos son escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Las actividades que aquí se desarrollan procuran generar entornos saludables, entendidos estos como aquellos que favorecen el desarrollo humano sustentable y sostenible; promueven el desarrollo de capacidades; contribuyen al bienestar individual y colectivo. Para lograr este objetivo se proponen acciones sectoriales e intersectoriales.
- IV. Acciones individuales: son intervenciones dirigidas al individuo, cuyo objetivo es el cambio de comportamiento en los hábitos de vida, el establecimiento de la salud, la rehabilitación o paliación, a través de intervenciones integrales en salud, dirigidas por equipos multidisciplinarios, sectoriales e intersectoriales, que se pueden desarrollar en el prestador primario, prestador complementario o en los entornos (MSPS, 2016).

2.3. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP

El PDSP 2012-2021 señala la “ruta para fortalecer procesos participativos de análisis situacional de salud, articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios, integración de la salud y bienestar en todas las políticas sociales, y liderazgos efectivos de la autoridad sanitaria en todos los ámbitos territoriales” (MSPS, 2013; pág. 127) mediante: (a) el abordaje de los determinantes sociales y enfoques diferenciales en el análisis de situación de salud y la planificación a nivel territorial; (b) el fortalecimiento del sistema de

información como soporte para el análisis y toma de decisiones; (c) el fortalecimiento de las capacidades territoriales del sector, de otros sectores y de la comunidad, en planificación, coordinación, ejecución, control y evaluación; (d) la armonización de las competencias en todos los niveles territoriales, con total inclusión y participación de los actores involucrados; (e) la asistencia técnica en los territorios y; (f) el desarrollo y fortalecimiento de un sistema nacional de gestión territorial y evaluación de resultados de la salud pública (MSPS, 2013). Así pues, el PDSP establece como objetivos estratégicos, los siguientes:

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud²⁶: La equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado (MSPS, 2013; pág. 128).
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población: Las condiciones de vida son los medios materiales (vivienda, servicios, trabajo, escuela, entornos, alimentación e ingresos) necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable (Allardt, 1976; citado por MSPS, 2013; pág. 129). Están influenciadas por los estilos de vida, que son las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida; circunstancias que están influenciadas por el acceso a los servicios básicos de salud y de protección social (MSPS, 2013; pág. 129).
- Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables: Entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad que puede clasificarse como evitable, teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención; estos daños persisten, a pesar de la tendencia creciente en los últimos 20 años de asumir el enfoque preventivo y anticipatorio, desarrollando servicios que previenen enfermedades y mantienen la salud, además de los tradicionales (MSPS, 2013; pág. 130).

²⁶ La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002; citado por PDSP, 2014; 127)

De acuerdo con estos objetivos, el PDSP establece unas dimensiones prioritarias de Salud Pública, entre las que se destacan dos, cuyas particularidades en relación con el abordaje de las ECNT y el alcohol como factor de riesgo asociado a las mismas; representan un elemento esencial en este abordaje.

La revisión detallada de estas dimensiones de acción de la salud pública evidencia que la dimensión *vida saludable y condiciones no transmisibles* esta particularmente asociada, como su nombre lo indica, con el abordaje de los estilos de vida como factor protector y/o de riesgo de la salud en el marco del enfoque de determinantes sociales, especialmente en lo que se refiere a la aparición y evolución de las ECNT; entre estos factores se considera esencial el consumo nocivo de alcohol. Por su parte, la dimensión *convivencia social y salud mental* considera el consumo de alcohol como una problemática de orden social, cuyo abuso tiene un impacto demostrado en la convivencia. De forma consecuente con las perspectivas de cada una de estas dimensiones, se plantean componentes, objetivos, metas y estrategias acordes a la superación de las dificultades identificadas y orientadas al logro de la calidad de vida de la población (Ver [Apéndice 1](#)).

2.4. ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL CONSUMO DE ALCOHOL

La protección de la salud y el bienestar social de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituyen una prioridad global y del país, asumida mediante la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia (ENRICA). Esta estrategia comparte e integra los cinco propósitos principales planteados en la estrategia mundial y contempla como objetivos específicos: (a) reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol en la población, (b) reducir el impacto social y de salud pública del consumo nocivo de alcohol y (c) fortalecer la respuesta institucional y comunitaria frente al consumo de alcohol y sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013).

Siguiendo la recomendación mundial, Colombia crea la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol (Decreto número 120 de 2010) y formula lineamientos de acuerdo con las 10 esferas de acción recomendadas por la OMS (Ministerio de Salud y Protección Social &

Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013, págs. 33-44). Las acciones propuestas en cada una de estas esferas se sintetizan en la Tabla 3.

Tabla 3. Acciones de la ENRICA

ESFERA	POSIBLES ACCIONES
Liderazgo, concientización y compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación con el Plan Territorial de Reducción de la Demanda de Drogas. • Inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2020 del territorio • Realización de campañas y programas de sensibilización y concientización social sobre la problemática del consumo nocivo de alcohol, orientadas a fomentar la responsabilidad ciudadana y, en particular, el compromiso de los adultos en la protección de los niños y los adolescentes. • Convocatoria a las universidades y otros centros de estudio para que desarrollen acciones investigativas y de educación en los temas de consumo nocivo de alcohol, perjuicios y acciones eficaces para contrarrestarlo. • Invitación abierta y gestiones directas por sectores para promover la cooperación de los medios de comunicación, el sector privado, las organizaciones cívicas y los organismos internacionales en las acciones preventivas y de reducción del consumo nocivo de alcohol.
Respuesta de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de intervenciones breves en los servicios de salud para personas con consumo nocivo • Prevención, detección e intervención temprana del alcoholismo fetal, mediante la ejecución y el desarrollo de la Ley 1385 de 2010, por la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal • Guía de atención integral sobre intoxicación etílica y afecciones asociadas al consumo nocivo de alcohol. • Registro y vigilancia epidemiológica de problemas de salud asociados al consumo de alcohol.
Acción comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la realización de evaluaciones rápidas de situación para identificar la problemática de consumo nocivo de alcohol y las acciones prioritarias a nivel local y comunitario. • Movilización de las comunidades para prevenir la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, y para crear y apoyar ambientes sin alcohol en inmediaciones de establecimientos educativos y de instalaciones dedicadas a la recreación, el deporte y las expresiones artísticas y culturales juveniles. • Implementación de la Estrategia "Pactos Comunitarios", que busca fortalecer la movilización y el control social del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en escenarios barriales. • Atención y apoyo en las comunidades a personas afectadas por problemas de consumo de alcohol y sus familias, mediante información y orientación sobre servicios de salud y/o especializados en el tema. • Apoyo a programas comunitarios para grupos en situación de riesgo y alta vulnerabilidad, y problemas como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o artesanales y a eventos populares en los que suele presentarse consumo excesivo de alcohol.
Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al fortalecimiento técnico y operativo de las autoridades viales para mejorar el control, mediante pruebas de alcoholemia y la inmovilización preventiva de vehículos conducidos por personas alicoradas. • Desarrollo de estrategias comunicacionales orientadas a la sensibilización y la concientización ciudadana sobre los riesgos y los daños asociados a la conducción y al desplazamiento a pie por la vía pública bajo efectos del alcohol (en asocio con la Agencia Nacional de Seguridad Vial). • Apoyo a campañas, programas y otras iniciativas del sector privado para fomentar alternativas de transporte seguro para las personas alicoradas. • Acompañamiento a la formulación, implementación y seguimiento de Planes Estratégicos de consumo responsable de alcohol en establecimiento de expendio de bebidas alcohólicas (Ley 1503 de 2011)
Disponibilidad de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación efectiva de la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad

ESFERA	POSIBLES ACCIONES
Mercadeo de las bebidas alcohólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación efectiva en todo el territorio nacional de la prohibición de trabajo de menores de edad en establecimientos en los que se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas (Decreto 120 de 2010). Esta prohibición se extiende a otros establecimientos en los que paralelamente a la venta y consumo de bebidas alcohólicas se desarrollan actividades recreacionales o de esparcimiento adulto. • Fomento de las acciones de responsabilidad social de las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y de la industria del esparcimiento. • Fortalecimiento de las medidas de control del consumo de alcohol en el espacio público, en el medio laboral o durante la jornada de trabajo, en los contextos educativos, en espectáculos y otros eventos masivos, y en las instalaciones de todas las instituciones y demás entidades que ofrezcan servicios sociales o en las que se realicen actividades artísticas, deportivas, culturales o educativas. • Promoción de la regulación de horarios de expendio y consumo de alcohol en zonas residenciales, comerciales y de esparcimiento identificadas como de alta vulnerabilidad e impacto potencial en términos de salud pública, seguridad, movilidad y convivencia ciudadana a nivel local. (Decreto 120/10) • Prohibición y control efectivo de la venta de bebidas alcohólicas en el espacio público y en puestos de comercio informal. • Fortalecimiento de las medidas de control al expendio de bebidas ilícitas o de contrabando, licor adulterado y bebidas artesanales. • Fortalecimiento de los controles a la publicidad de bebidas alcohólicas en horarios familiares o de alta audiencia juvenil e infantil; en contextos educativos, deportivos y culturales; en eventos con alta presencia de público juvenil e infantil; al patrocinio de equipos deportivos y grupos artísticos o culturales conformados por menores de edad; a la utilización de imágenes de adolescentes; y, en general, a la exposición de los menores de edad a cualquier tipo de publicidad de bebidas alcohólicas (Decreto 1686 de 2012). • Cumplimiento efectivo de la medida que obliga a anunciar en los envases y en la publicidad de las bebidas alcohólicas la prohibición del expendio de tales bebidas a menores de edad, de manera que en los impresos dicha prohibición sea perfectamente visible, y que en los medios sonoros el anuncio de esa prohibición sea claramente audible (Decreto 1686 de 2012) • Gestión de medidas tendientes a evitar que el patrocinio de equipos deportivos de los departamentos y los municipios • Medidas para evitar que el patrocinio de eventos populares y espectáculos deportivos o artísticos por parte de empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas conlleve la promoción de tales bebidas o la incentivación de su consumo, particularmente entre los jóvenes.
Políticas de precios	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de acuerdos con el sector privado orientados a restringir toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, bonos de descuento, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente ("barra libre"), u otras ofertas de venta en grandes cantidades.
Mitigación de consecuencias negativas del consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del Programa Pactos por la Vida. • Apoyo a la implementación del Plan Territorial de Seguridad Vial. • Fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud tras los accidentes • Implementación de la estrategia Prevención selectiva de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria • Implementación de la estrategia Prevención indicada e intervención temprana de consumo de alcohol en estudiantes universitarios
Reducción impacto del alcohol ilícito y de producción artesanal	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de las acciones contempladas en el Decreto 1686 del 9 de agosto de 2012 "Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano" • Generación de evidencia en torno a consumos ancestrales y fabricación artesanal de bebidas alcohólicas y su aplicación a estrategias de salud pública

ESFERA	POSIBLES ACCIONES
Seguimiento y vigilancia	<p>orientadas a aumentar la seguridad de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del consumo de alcohol, los factores asociados y los problemas conexos. Estudios periódicos sobre el fenómeno de consumo de alcohol, sus factores asociados y consecuencias para la salud pública. Diseño metodológico para investigaciones sobre costos asociados al consumo problemático de alcohol a nivel territorial. Incorporación del sistema pluridimensional de indicadores sobre el consumo de alcohol en el territorio.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia (2013)

3. PREMISAS PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS ECNT

Con base en el marco conceptual y político previamente desarrollado, las orientaciones para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4, para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, asumen cuatro premisas básicas:

- El cuidado es la meta del abordaje del consumo de alcohol en el marco de la prevención y el control de las ECNT.
- Este abordaje debe pensarse desde múltiples enfoques para abordar la diversidad desde la integralidad.
- La comunicación en salud es una estrategia de carácter social potencialmente útil para el fomento de cuidado.
- La participación social es un elemento esencial para el abordaje de problemas en salud a partir de la construcción colectiva.

3.1. EL CUIDADO: META DEL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT

El cuidado tiene un enorme potencial para evitar la aparición de ECNT así como para afectar la calidad de vida y el impacto de la atención que reciben las

personas que padecen estas enfermedades (Busdiecker, Castillo, & Salas, 2000).

Desde una perspectiva promocional, el primer deber de la persona con el sistema de salud es propender por el cuidado propio (autocuidado), el de su familia y el de su comunidad (MSPS, 2016). De igual forma, el sistema debería brindarle a las personas herramientas para adquirir esta capacidad que, vista como una habilidad para la vida, puede afectarse por los conocimientos de las personas, su disponibilidad y disposición para llevar a cabo las acciones que el cuidado implica, sus actitudes y sus hábitos (Tobon, s.f.).

El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad (MSPS, 2016, pág. 33).

La importancia de tener el cuidado como meta de las intervenciones en salud, es justamente brindar una respuesta a los conflictos tradicionales entre prácticas y creencias; de tal suerte que la incoherencia entre ellos (prácticas no saludables versus conocimientos saludables) pueda resolverse hacia la autodeterminación de comportamientos o estilos de vida en favor de la salud, bien sea mediante la modificación de factores de riesgo o la adopción de factores protectores, y el consecuente mejoramiento en la calidad de vida de las personas (De Roux, citado por Tobón, s.f; Grau Abalo, 2003; Ryff & Singer, 1998; Flórez-Alarcón, 2007).

Desde esta perspectiva se han planteado estrategias innovadoras en Latinoamérica para el fomento del cuidado, a saber: (a) apoyo mutuo o de pares, que favorece el cambio de conductas a través del mejoramiento de la autoestima, la autoeficiencia, el refuerzo de la salud mental, el intercambio de información y el apoyo social; (b) cuidadores informales que se basa en el apoyo de familiares o amigos y; (c) telecuidado que se fundamenta en la comunicación, apoyo y monitoreo del autocuidado por parte de profesionales a pacientes mediante herramientas tecnológicas. El impacto favorable de estas estrategias está asociado a su enfoque integral, el fomento del involucramiento interdisciplinario y la participación de la comunidad; su continuidad y sostenibilidad, el fomento de la autorresponsabilidad y su vinculación y evaluación en el marco del trabajo institucional (Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010).

3.2. MÚLTIPLES ENFOQUES: UN PUNTO DE PARTIDA EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT

La sociedad y las personas que la conforman son elementos claves del cambio, por lo que cobran especial importancia la fundamentación de este quehacer desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud a partir de las labores de caracterización poblacional, territorialización de las acciones en salud y la consecuente orientación de intervenciones adecuadas a los entornos de vida (MSPS, 2013; 2016). En coherencia con esto, el enfoque de derechos y el enfoque diferencial adquieren especial importancia en el abordaje de la salud, tanto desde las directrices de PAIS como desde los lineamientos del PDSP.

Desde el *enfoque de derechos*, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal, lo cual obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos. Este derecho se refiere al nivel

El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derechos a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (MSPS, 2013; pág. 39).

de salud que le permite a una persona vivir dignamente, incluyendo los determinantes básicos y, se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social (MSPS, 2013).

Así pues, el enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso que incluya diferentes perspectivas; evitando cualquier forma de estigma o discriminación, respetando la diversidad cultural y el pluralismo, y reconociendo la capacidad de los individuos para tomar sus propias decisiones (MSPS, 2013).

El *enfoque diferencial*, por su parte, se asume como una condición sin la cual no es posible la aplicación de un enfoque de derechos en la actuación del Estado. Este enfoque implica el reconocimiento equitativo e inclusivo de las personas como sujetos de derechos, con la capacidad para ejercer una

ciudadanía participativa que desde sus particularidades permita la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública (MSPS, 2013).

Esto implica el reconocimiento de la diversidad, lo cual hace indispensable que desde la institucionalidad se realicen acciones de consulta y concertación con los sujetos, bajo los principios del reconocimiento intercultural; exigiendo a su vez, el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades y el reconocimiento de las particularidades de los sujetos para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población (MSPS, 2013). Esto

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como "sujetos de derechos", inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento (MSPS, 2013; pág., 42)

La comprensión de la diversidad implica pues el reconocimiento de la misma a partir de un grupo de sub-diferenciales, como son: ciclo de vida, género y pertenencia étnica (MSPS, 2013) (Ver Figura 11).

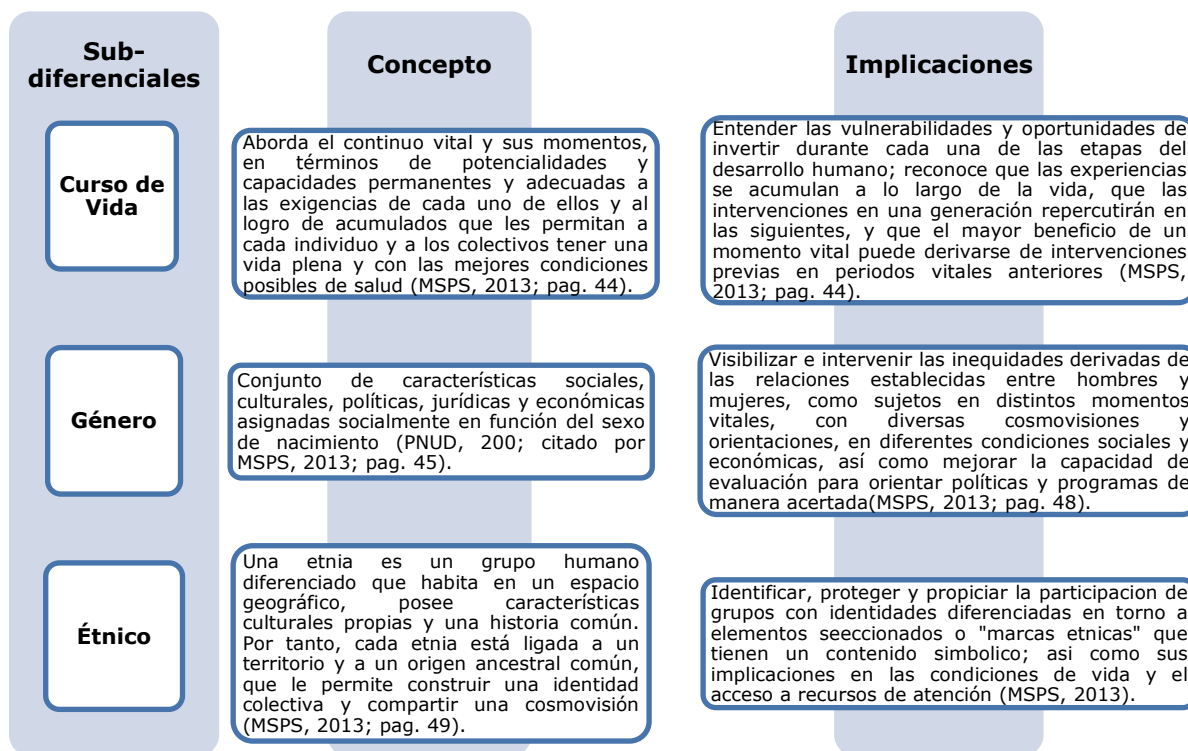


Figura 11. Enfoques subdiferenciales

Fuente: MSPS (2013)

3.3. COMUNICACIÓN EN SALUD: UNA ESTRATEGIA SOCIAL POTENCIALMENTE ÚTIL PARA FOMENTAR EL CUIDADO

El elemento esencial de la comunicación es el impacto que ésta genera en las actitudes de las personas; a través de las emociones que produce el mensaje (componente afectivo) las personas, sus creencias acerca del mensaje (componente cognitivo) y la predisposición comportamental que genera el mensaje (componente conductual) (Breton, 2007).

La comunicación como proceso social implica considerar que las personas pertenecen a una sociedad caracterizada por una estructura socio-económica determinada y una cultura específica, portadora de valores, creencias y tradiciones (Ricci & Bruna, 1990; Maque, 2005)

Estos tres elementos conforman el objeto de atención al que se deben dirigir las estrategias de comunicación en su contenido y forma. Además, atender a la selectividad de las personas, su capacidad para elegir y ser críticos en el momento de hacer una interpretación de un mensaje o de usar la información del mismo, es un elemento esencial para influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud, superando la tradición de transmisión de información (López L. , 2006; Coe, 1998).

Entonces la comunicación en salud resulta ser un elemento de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud, en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en tanto que este tipo de comunicación permite la disseminación de información sobre salud entre la población, incrementando directamente la probabilidad de concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva, así como en relación con la eficacia para incidir en los determinantes sociales de la salud mediante la modificación de estilos de vida (Aguirre, 2006).

De lo anterior se deriva la importancia de aludir a la evaluación de afrontamiento en la comunicación para la salud. Esto es, no solo apelar al riesgo o daño potencial, sino también hacer alusión a la eficacia de una respuesta, un cambio para evitar dicho riesgo (De Hoog, Stroebe, & De Wit, 2007); así como a la capacidad de las personas para llevar a cabo dicho cambio (autoeficacia) (Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000; Kranz, 2003; Cismaru, Nagpal, & Krishnamurthy, 2009).

Cabe destacar que la comunicación también es una forma de expresión cultural, que define y construye a una sociedad, por lo que la comunicación en salud va más allá de su utilidad instrumental; se constituye como en un proceso de carácter social que posibilita el diálogo de los diversos saberes en pro de la articulación de actores, para influenciar procesos de cambio que mejoren la calidad de vida de la población (López L. , 2006).

3.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL: LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA EN SALUD

Con la Ley Estatutaria 1751 (MSPS, 2015), la participación en las decisiones del sistema de salud se convierte en un mecanismo que garantiza y protege el derecho fundamental a la salud. Lo anterior implica la participación en diferentes niveles (Ver Figura 12):

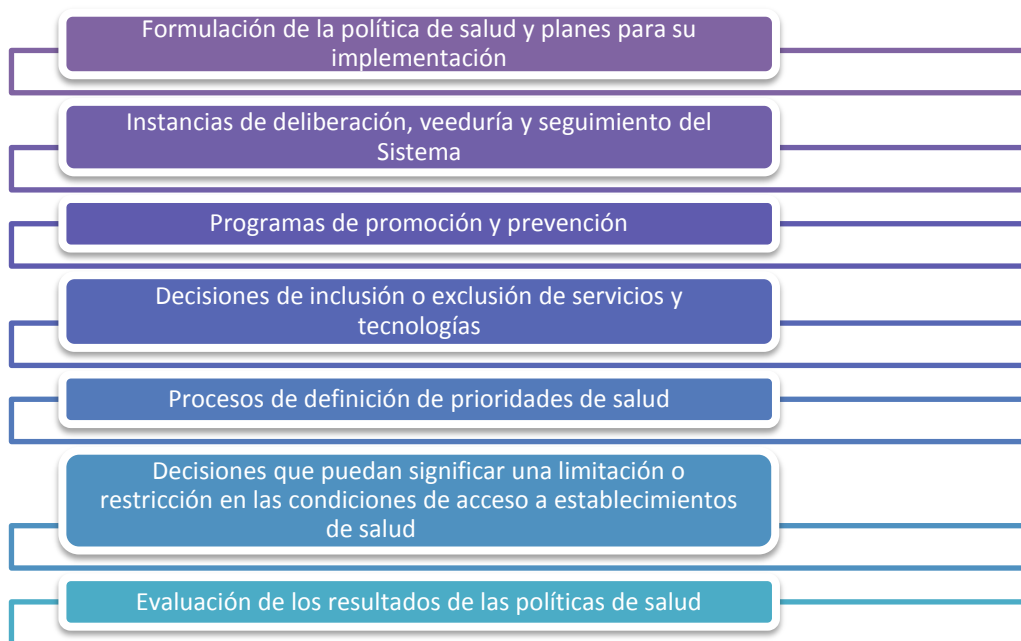


Figura 12. Niveles de participación

Fuente: Adaptado de MSPS (2015)

De acuerdo con Mac Cormak (1983), las ventajas de un enfoque de trabajo desde la participación comunitaria en salud son amplias, entre ellas están (Gatti, Villalba, Molina, & Alegría, 2006):

- El enfoque de la participación comunitaria es una manera económica de ampliar el sistema de atención sanitaria a la periferia geográfica y social de un país, aunque su costo no es insignificante.
- Las comunidades que empiezan a comprender su estado de salud objetivamente y no de manera fatalista tal vez se animen a adoptar una serie de medidas preventivas.
- Las comunidades que invierten trabajo, tiempo, dinero y materiales en actividades de fomento sanitario son más propensas a utilizar y mantener las instalaciones que van creando, por ejemplo, las de abastecimiento de agua.
- La educación sanitaria es más eficaz cuando forma parte de las actividades de la localidad.
- Los agentes de salud de la comunidad, cuando son bien elegidos, gozan de la confianza de la población.

De esta manera, es importante mencionar, que existen factores que facilitan la participación en salud, entre ellos se encuentran los relacionados en la Figura 13 (Pineda Granados, 2014):

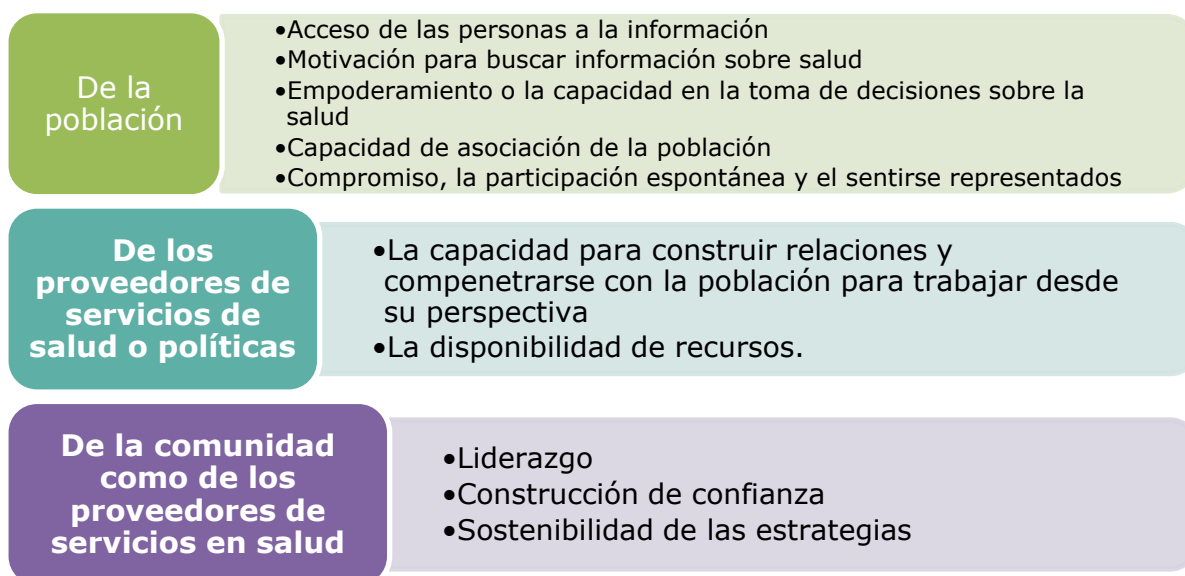


Figura 13. Factores Facilitadores en la participación en salud

Fuente: Adaptado de MSPS (2015)

En este sentido, los proyectos y acciones a desarrollar en territorio deben tender hacia el fortalecimiento de procesos participativos, donde lo fundamental sea la creación de ideas, sugerencias y propuestas, por parte de las comunidades en todas las fases del ciclo del proyecto, es decir, en el diagnóstico de necesidades, planificación, implementación, monitoreo y evaluación. Se plantea, por lo tanto, el énfasis en la participación incluyente, en donde la comunidad sea la protagonista con derecho a participar en las decisiones relacionadas con la vida social, económica, cultural, política, entre otros aspectos y, exigir una mayor transparencia, eficacia y eficiencia del Estado (López & Añez, 2005).

El fortalecimiento de la participación social efectiva empodera a la población en la toma de decisiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

De esta forma, en la construcción de escenarios para la participación social en salud, es necesario evidenciar (Contandriopoulos, 2004):

- Mecanismos de medición sobre la extensión: ¿qué actores participan, cuáles no participan y por qué?
- Intensidad: en qué y cómo participan esos actores
- Modalidad: explora la dinámica y naturaleza del proceso participativo
- Impacto: eficacia social en el logro de las metas de salud y en la construcción de ciudadanía y comunidad
- Sostenibilidad: continuidad de los procesos participativos

La participación en salud impulsa estrategias de autocuidado y autogestión de la salud en los diferentes entornos (familiar, educativo, comunitario, laboral y servicios de salud), y en la “construcción e implementación colectiva de estrategias de

La participación social es el refuerzo del poder de la ciudadanía para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública (Organización Panamericana de la Salud [OMS], 2002).

evaluación y transformación de necesidades en relación a la salud individual y colectiva” (Gutiérrez, 2015). Con esta visión se reafirma de manera explícita el autocuidado como el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de

su familia y de la comunidad, e incentiva la autonomía profesional (MSPS, 2016).

En este sentido, es importante el desarrollo de una estrategia efectiva de participación social en temas de salud, haciendo énfasis en el consumo de alcohol como factor de riesgo para la prevención y control de ECNT, esto a partir de acciones que permitan fortalecer capacidades en la comunidad para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes en salud.

PARTE II

HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

1. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE

1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN METODOLÓGICA

En el proceso de transición epidemiológica, en el que perfil de morbi-mortalidad evidencia la prevalencia e impacto de las ECNT; los hábitos de comportamiento propios de un estilo de vida, adquieren una gran importancia en el abordaje del proceso salud-enfermedad; en tanto que estos comportamientos tienen el potencial de constituirse en factores sustanciales de protección de la salud o en factores de riesgo de enfermedad y de muerte (Ortiz, 2005; Landrove Rodríguez & Gámez Bernal, 2005; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013).

Esta situación llama la atención sobre la necesidad de acercarse la comprensión de la naturaleza biopsicosocial de los estilos de vida desde un análisis científico que de fundamente empírico a las aplicaciones dirigidas a su manejo, control y modificación en direcciones congruentes con la promoción de la salud y con la prevención de las enfermedades (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

Se dibuja así una meta de alta complejidad que apuesta por implementar estrategias de modificación de los cuatro factores comportamentales de riesgo (Alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol) que se consideran esenciales para reducir las cifras de morbilidad y de mortalidad causadas por las cuatro ECNT de mayor prevalencia, mediante acciones que se desarrollen en diversos contextos de la vida cotidiana (Organización Paramericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS], 2012).

Esta meta arroja un cuadro de demandas complejas por su objetivo central (modificación de estilos de vida), en contextos de multi-dimensionalidad determinada por la presencia de múltiples factores de riesgo comportamentales; a lo cual se aúna la presencia de objetivos diversos tanto de promoción de la salud como de prevención de las enfermedades (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

Con un propósito de tal complejidad es indispensable adoptar un marco de intervención eficaz y eficiente que, a partir de sólidos principios teórico-metodológicos y respaldo en la evidencia empírica, provea tecnologías de intervención asimilables al contexto socio-cultural y que sean razonables por

su posibilidad de implementación a costos susceptibles de ser absorbidos sin traumatismo en diversos contextos (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVvDH], 2014).

Adicionalmente, la intervención sobre los factores de riesgo comportamentales, típicamente integrados al estilo de vida de las personas, implica un destacado papel al componente psicológico o psicosocial en el proceso salud-enfermedad. En el caso particular de las ECNT, el comportamiento de las personas; es decir el conjunto de sus motivaciones, cogniciones y acciones, representa un reto para el desarrollo de intervenciones eficaces, dado el rol protagónico que desempeña tanto en la vulnerabilidad para enfermar como en la protección y las acciones de prevención (Grau-Abalo J. , 2016b; Grau Abalo J. , 2016a).

En este panorama, la Intervención Motivacional Breve (IMB) surge como una alternativa estratégica para el abordaje de los objetivos de promoción de la salud y de prevención de las ECNT; en tanto que se orienta a responder preguntas acerca del ¿por qué? las personas realizan un comportamiento determinado, usando para ello explicaciones centradas en el análisis del proceso motivacional humano, siendo este un factor psicológico esencial, interactuante con factores biológicos y socio-culturales de alta relevancia (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVvDH], 2014).

Para responder al porqué de un comportamiento, la IMB parte del reconocimiento del Proceso Motivacional (PM) como una secuencia de fases que se suceden a lo largo del curso de realización de una acción, contemplando a lo largo de éste diversas variables mediadoras y constructos subyacentes al cambio comportamental. Este proceso, esquematizado en la Figura 14, se concibe desde el momento en que se percibe una necesidad que mueve el deseo hacia la realización de una acción, pasando por el procesamiento de información respecto al comportamiento en particular y la selección de una meta, hasta la planificación y ejecución de las acciones conducentes a la meta, y la subsecuente evaluación de los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014; Heckhausen & Heckhausen, 2008).

En este orden de ideas, la IMB se define como una metodología sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes al proceso motivacional, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional y el afrontamiento

instrumental requerido para la realización de acciones que resuelvan alguna necesidad relevante para la persona; se puede poner en práctica mediante la aplicación de protocolos de intervención breve, que incorporan diversos procedimientos cognitivos y conductuales de evaluación y de modificación que son coherentes con ella, en situaciones de normalidad que descartan la presencia de patologías biológicas o psicológicas interferentes con el curso auto-regulado de las acciones por parte de la persona, cuyos resultados son susceptibles de evaluación objetiva (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014, pág. 57).

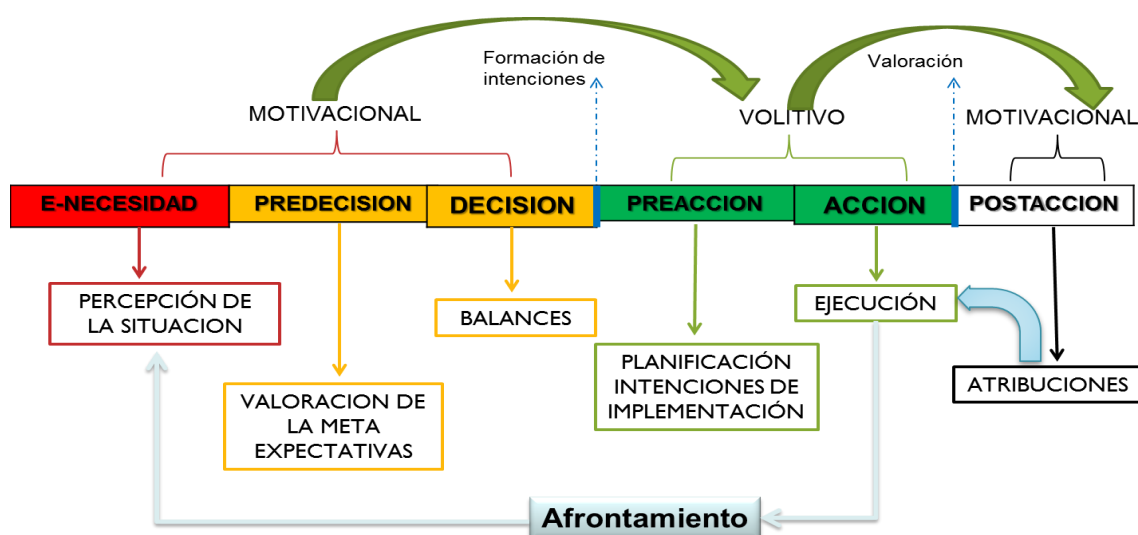


Figura 14. Representación esquemática del proceso motivacional

Consecuentemente con su fundamento en el PM, la IMB tiene dos grandes objetivos: a) el fomento de la toma de decisiones de cambio, que lleven a las personas a prepararse para el involucramiento en la práctica de una acción determinada (moderar o abandonar el consumo de alcohol, modificar la dieta, dejar de fumar, realizar actividad física, entre otros), objetivo prioritario durante la fase motivacional del comportamiento, que se materializa en intenciones expresadas a través de decisiones explícitas; y, b) la planificación de procesos de auto-regulación que les permitan a las personas llevar a la práctica sus decisiones, cuando ya han avanzado en la fase motivacional y deben pasar a la ejecución en la fase volitiva del comportamiento (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014; Claro-Galvez & Rojas-Russell, 2015).

El marco metodológico de la IMB es la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud (DPPPS) (Flórez Alarcón, 2007); la cual integra de manera práctica las características más relevantes de los modelos psicosociales de cambio en etapas en el marco de la educación para la salud. Ésta propuesta, representada en una escalera "cognitivo-conductual", integra los supuestos formulados por modelos como el de Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), el MTT de Prochaska y DiClemente y el Modelo de Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA) de Schwarzer; modelos que sugieren la presencia de diversos factores psicológicos en la comprensión del proceso motivacional que hace una persona en la adquisición y mantenimiento de una conducta saludable, a través de una sucesión de etapas y unos procesos psicológicos que constituyen las barreras entre una etapa y otra, para el desarrollo de conductas saludables (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez Alarcón, 2007).

Así pues, la DPPPS propone una transición a través de siete etapas, desde el incumplimiento sistemático de una conducta (probabilidad de ejecución cercana a cero), hasta el cumplimiento sistemático de la conducta (probabilidad de ejecución cercana a uno); entre las cuales se presentan una serie de barreras de tipo cognitivo o conductual que deben ser superadas por la persona mediante la aplicación de determinados procesos psicológicos para cada etapa específica, para dar curso al PM (Flórez Alarcón, 2007) (Ver Figura 15).

Las barreras propuestas por la DPPPS son: a) expectativas de reforzamiento-resultado (B1), referidas a la necesidad de hacer una anticipación de los beneficios que pueden obtenerse con la ejecución de determinada conducta; b) controlabilidad percibida o autoeficacia (B2), que señala la importancia de fomentar la percepción de capacidad de la persona para controlar su conducta y la responsabilidad asumida por la persona en la ejecución de un comportamiento determinado; c) actitudes normativas (B3), hacen referencia a la presión social percibida por la persona y que le lleva a actuar de determinada forma o a ejecutar o no determinada conducta; d) la toma de decisiones (B4), es decir, el balance entre costos y beneficios que trae consigo la ejecución de determinada conducta; e) planificación del autocontrol (B5), referida a la planeación y ejecución de habilidades específicas relacionadas con el comportamiento que se pretende adquirir o extinguir para lograr el cambio; f) manejo de las contingencias requeridas en el autocontrol (B6), hace alusión a la ejecución de la acción propiamente dicha, suponiendo el

manejo efectivo de las contingencias situacionales requeridas por la acción y; g) atribuciones cognitivas en la post-acción (B7), referentes a las atribuciones que la persona realiza con respecto a los resultados obtenidos al practicar la conducta, y de las causas de esos resultados, causas que pueden atribuirse por la persona a la conducta (lo cual favorece la consolidación de su ejecución) o a otros factores aleatorios (lo cual debilita la probabilidad futura de ejecución de la conducta) (Flórez Alarcón, 2007).

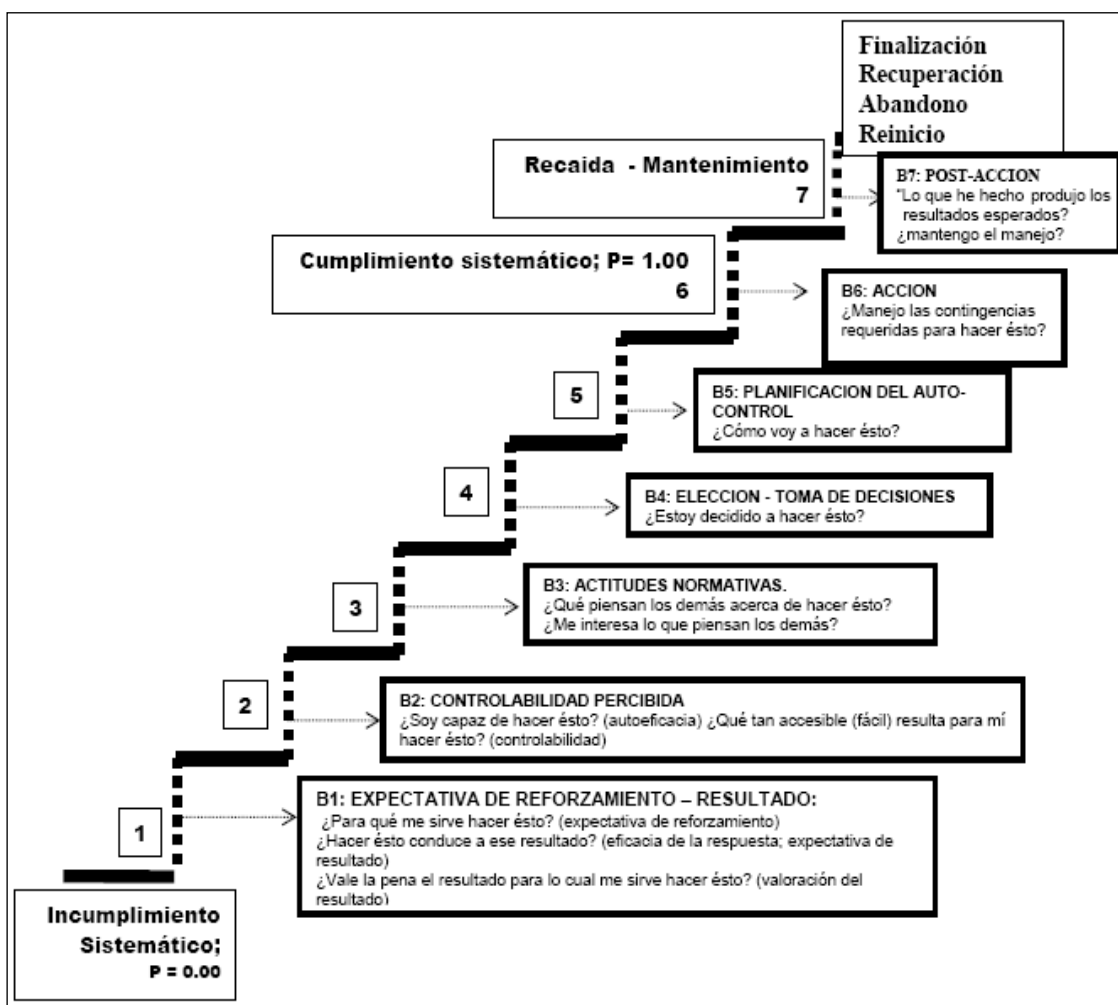


Figura 15. "Escalera Cognitivo Conductual" representación de la DPPPS

Fuente: Flórez-Alarcón (2007)

A partir de este fundamento metodológico, la IMB se adopta mediante el taller como unidad operativa. Un taller se define como un conjunto de sesiones orientadas a modificar los procesos psicológicos que subyacen a un comportamiento, especificado como meta en el objetivo particular del taller.

Consecuentemente, la modificación de los factores motivacionales (Barreras contempladas en la DPPPS) le da el contenido a los objetivos específicos de cada una de la sesiones que componen un taller y, estos a su vez, se abordan mediante el desarrollo de dinámicas de diversas modalidades para dar cumplimiento al objetivo particular de la sesión, haciendo uso de las múltiples opciones pedagógicas disponibles, así como de las tecnologías actuales en materia de información y de comunicación; acordes al contexto particular de implementación de la IMB (Velez-Botero & Flórez-Alarcón, 2015).

De forma consecuente con lo anterior, el acervo instrumental de la IMB abarca desde procedimientos cognitivos como el diálogo socrático y la entrevista motivacional, hasta procedimientos conductuales como diversas técnicas de auto-regulación del comportamiento; teniendo en cuenta la afinidad de estas aplicaciones breves por la alta especificidad de los objetivos que se buscan obtener, así como por la corta duración en sus implementaciones (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVYDH], 2014; Velez-Botero & Flórez-Alarcón, 2015).

1.2. APLICABILIDAD DE LA IMB

Dado que la IMB puede enfocarse hacia cualquier comportamiento humano, con el objetivo de fortalecer las capacidades de los individuos o brindarles estrategias para el manejo de las condiciones emocionales, cognoscitivas y comportamentales que hacen parte de la vida diaria (Grau-Abalo J. , 2016c); es evidente su utilidad para intervenir sobre los estilos de vida en particular, lo que la sitúa de forma natural en el campo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de modo que su principal foco de interés está en las personas sanas (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014; Claro-Galvez & Rojas-Russell, 2015).

Así pues, la IMB puede implementarse en diversos escenarios en función de la naturaleza de los objetivos a alcanzar, los cuales pueden ir desde la promoción de la salud y la prevención universal, hasta la prevención selectiva e indicada; por lo cual, la intervención funciona mejor cuando se ajusta a la realidad del contexto tanto en sus componentes, como en sus objetivos (Claro-Galvez & Rojas-Russell, 2015). En este orden de ideas, los escenarios particulares en los cuales es posible implementar una IMB van desde sociedades completas que reciben mensajes transmitidos a través de medios

masivos (ej. una ciudad, una región, un país), colectivos de personas identificadas por la comunalidad de un factor de riesgo (ej. una institución, un sector escolar, una empresa, un lugar de trabajo, un barrio, entre otros), o grupos de personas que comparten una problemática particular (ej. bebedores perjudiciales, madres adolescentes, pacientes con una enfermedad, entre otros) (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

Ahora bien, los productos de la IMB deben evaluarse a través de indicadores objetivos del resultado inmediato de una intervención (ej. transformación de los factores cognitivos predisponentes al comportamiento, transformación de las habilidades requeridas para la práctica del comportamiento, entre otros), de indicadores del impacto a corto plazo de la intervención (ej. cambios de comportamiento, modificación de estilos de vida, transformación de costumbres en un sector social, obtención de recursos necesarios para la acción en un sector, entre otros), de indicadores del impacto a mediano plazo de la intervención (ej. cambios en la incidencia de una problemática dentro de una población en riesgo, cambios en las prevalencias de último mes, entre otros), y de indicadores del impacto a largo plazo en la calidad de vida de un sector poblacional (ej. cambios en los indicadores de la competencia social en los egresados de un colegio, de la productividad en una empresa, entre otros) (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

La IMB ha sido ampliamente aplicada y es un sistema de intervención en constante evolución. La Figura 16, evidencia el incremento progresivo de estudios que reportan la aplicación de IMB en diversos ámbitos (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

En principio, la IMB fue aplicada para el control del consumo nocivo de alcohol, particularmente en prácticas de prevención selectiva e indicada del abuso alcohólico con poblaciones escolares y universitarias. Poco después se amplió su uso para la modificación del sexo inseguro, especialmente en poblaciones con alto riesgo de adquisición de VIH; así como para el fomento de la adhesión al tratamiento médico en la atención de personas con diversas ECNT, especialmente diabetes y enfermedades cardiovasculares. También se extendió su aplicación al entrenamiento a padres incluyen principalmente educación en prácticas de cuidado (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

MEDLINE (1991-2010)

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
Alcohol	3	12	26	47
Sexo riesgoso	1	2	4	21
Entrenamiento a padres	1	2	3	2
Adhesión al Tratamiento	1	7	13	41
Comportamiento alimentario		1	3	9
Tabaquismo		1	11	40
Drogas		4	19	36
Obesidad o sobrepeso		1	1	10
Autoprotección		1	4	11
Actividad física			8	36
Juego patológico			1	3
Estilo de vida			1	21
Violencia				6
TOTAL	6	31	94	283
Porcentaje del gran total	1,4%	7,5%	22,7%	68,4%

Figura 16. Revisión de estudios sobre IMB

Fuente: GIEVdH (2014)

Posteriormente, las aplicaciones de la IMB se amplían del control del consumo excesivo de alcohol hacia el consumo de cigarrillo y de otras sustancias ilícitas ("drogas"), especialmente marihuana; al cambio en prácticas alimentarias en sujetos sin sobrepeso, así como a la modificación de hábitos alimentarios y el fomento de la práctica de actividad física en personas con sobrepeso; el fomento de la autoprotección en términos de monitoreo de síntomas para detección precoz de alguna enfermedad, particularmente de cáncer, así como para la vacunación y el uso del cinturón de seguridad para evitar lesiones en casos de accidentalidad vial; la prevención del juego patológico ("adicción al juego") y la modificación de algunos comportamientos de violencia familia. El abordaje particular del estilo de vida a través de la IMB ha implicado la modificación simultánea de varios hábitos de comportamiento que constituyen factores de riesgo o de protección (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVdH], 2014). Si se amplía la revisión al periodo comprendido entre 2010 y 2013, se hace notoria la consolidación de la tendencia progresiva en la aplicación de diversas modalidades de intervención motivacional en la atención de personas con ECNT (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

2. LA COMUNICACIÓN EN SALUD COMO HERRAMIENTA ARTICULADORA

2.1. A MANERA DE ENFOQUE

A través de la historia del trabajo en la salud pública se han venido desarrollando procesos que apuntan al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las comunidades, a partir del uso de herramientas de información, educación y comunicación y que buscan en esencia trazar canales de diálogo entre diferentes actores, por lo general institución y comunidad, con el propósito de poner a circular mensajes definidos como estratégicos para incrementar el bienestar del grupo social. Desde la diversidad de enfoques en los que se mueven este tipo de proyectos se pueden transitar por diversos escenarios que en algunos casos generan falsas expectativas frente a sus alcances o plantean metodologías que van en vías diferentes a las metas establecidas.

De esta forma, es importante reconocer que el modelo básico y universal de Estimulo-Respuesta (Ver Figura 17), en donde a una acción le corresponde una reacción del mismo carácter, es reconocido como el punto de partida de la Teoría de la Información.

Este modelo guarda hoy en día, todavía la verticalidad que lo caracterizó desde su origen. A pesar de sus múltiples e importantes reflexiones, los elementos que lo componen se conservan aun en muchas de las estrategias de comunicación en salud: un “público objetivo” o “blanco” como receptor; un emisor de la información que tiene el poder; y una retroalimentación, que la mayoría de veces tiene como función determinar si el mensaje ha llegado a su destinatario así como su grado de efectividad (Galeano, 1997).

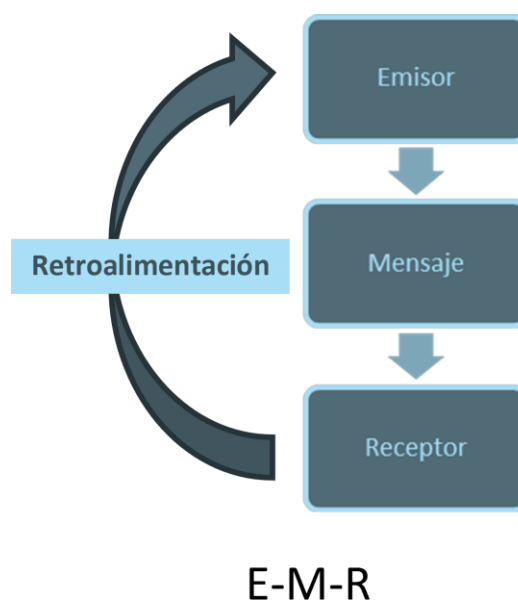


Figura 17. Modelo básico

En este orden de ideas, y sin desconocer todo el camino transitado por infinidad de investigadores de la comunicación, se propone para el objetivo de esta reflexión tomar como modelo alternativo lo que desde la práctica de la comunicación, se ha enunciado como una representación más coherente - aunque aún en desarrollo - de lo que a través de los años se ha reflexionado sobre la comunicación humana. Se propone entonces un punto de partida alternativo, el modelo de Interlocución (Calvelo, 1998) (Ver Figura 18).

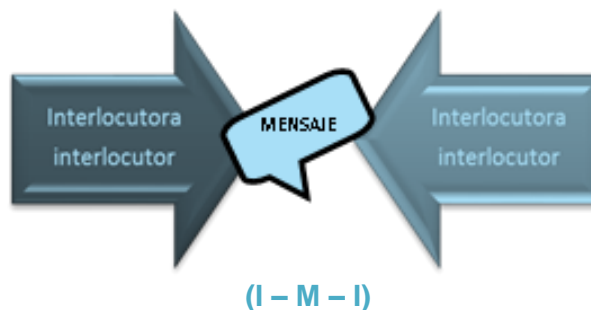


Figura 18. Modelo de Interlocución

La interpretación de este modelo es sencilla y ha estado siempre en la esencia del proceso de la comunicación: *el mensaje debe ser una construcción conjunta*. Una negociación entre individuos, que justo cuando comienzan este proceso se convierten en interlocutores e interlocutoras.

Aunque este modelo de Interlocución propone diferencias sustanciales con el modelo clásico, no se pretende desechar las herramientas que desde estas áreas se han venido desarrollando, se espera que de alguna manera sean materia prima del puente que se construye entre los/as interlocutores/as, propiciando, por ejemplo, que las comunidades con las que se trabaja hagan parte real del análisis de sus propias vidas y por lo tanto de lo que se define como el mensaje adecuado.

De manera específica, la propuesta para este punto de partida es la de reafirmar la importancia del papel que la comunicación social cumple como herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas. Pero el énfasis particular está en la posibilidad de recoger elementos juzgados como útiles desde la práctica comunicativa en sus diferentes escenarios, con el fin de avanzar en una visión integradora de las múltiples opciones que ofrece esta disciplina y ponerla al servicio de la salud pública.

Se requiere trabajar en estrategias efectivas para desarrollar en las comunidades habilidades y destrezas en comunicación-educación y manejo de información, a fin de incrementar la capacidad de los involucrados para poner asuntos de su interés en la agenda y crear opinión pública que apoye sus iniciativas de desarrollo y gestión comunitaria. Por tanto, más que mejorar la

capacidad de transmitir información o de consumir productos de comunicación en salud, se deben favorecer las condiciones para que las personas accedan, comprendan, juzguen y utilicen información, encuentren respuestas a necesidades e identifiquen la manera de actuar efectivamente.

Retomando lo dicho frente a los modelos, se puede decir que la apuesta desde esta perspectiva quiere encontrar el camino más propicio para convertir todo proceso comunicativo en uno realmente participativo, pero no es posible descartar el uso de la información, de la transmisión de datos, como una estrategia válida en algunas partes del proceso (Ver Figura 19).

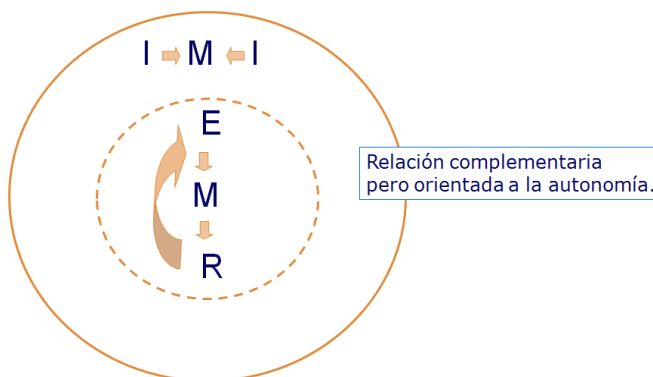


Figura 19. Modelos explicativos de la comunicación: Su relación

Dentro de un proceso de desarrollo comunitario existen diferentes momentos, cada uno de los cuales genera necesidades particulares, y es frente a esas necesidades que habrá que buscar el enfoque que mejor se ajuste, asumirlo, y llevarlo a cabo teniendo claro que, en definitiva, los proyectos de desarrollo, sea cual sea el área, son realmente efectivos cuando el respeto por el otro, a sus creencias y expectativas, son la base de toda acción.

2.2. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Dentro de los procesos de comunicación orientados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es prioritario reflexionar sobre las implicaciones que pueden tener cada uno de los mensajes que se priorizan en el proceso. En términos generales para las campañas de bien público UNICEF (citado por UNODC, 2011) hace una serie de recomendaciones que se consideran útiles para esta propuesta. Algunas de ellas son:

- La comunicación debe generar información significativa para las personas a quienes va dirigida. El mensaje priorizado debe poder

tener sentido para la vida de las personas y lograr establecer relación con lo que la gente sabe, cree o entiende.

- Que esté pensada para el otro. La posibilidad de conocer de primera mano, dialogar, entender, construir con la audiencia, garantizará que lo que se comunique tenga sentido para estos interlocutores.
- Comprensible, simple y orientada a objetivos específicos. Medios y mensajes deben ser los pertinentes para las poblaciones, estos se definen desde el conocimiento real de los interlocutores, pensando en sus posibilidades, en sus gustos y realidades. Un buen mensaje puede no cumplir su cometido si el medio es el equivocado.
- El mensaje debe ser confiable. En la literatura en salud las referencias permiten conocer la fuente de la información y evaluar la credibilidad de la misma, para la comunicación en salud las referencias no siempre son necesarias de explicitar, pero la acción de socializar masivamente un contenido tiene una responsabilidad muy alta por parte de su emisor.
- Los medios masivos no son la única opción. Existe una diversidad de posibilidades para hacer circular los contenidos en salud, y esta debe definirse a partir de las audiencias con las que se quiere trabajar.
- Los mensajes deben partir de la cultura local, de los contextos más cercanos a las personas con las que se quiere trabajar, estos generan una proximidad que facilita la aceptación del mensaje y su posterior reflexión e incorporación en la vida cotidiana.

Para el caso de la promoción de la calidad de vida y de la prevención de enfermedades asociadas a factores de riesgo como una mala alimentación, el tabaco, la inactividad física y en especial el uso nocivo del alcohol, es importante agregar reflexiones adicionales que permitan tener en cuenta la complejidad de estas problemáticas (UNODC , 2011):

- Los mensajes deben ser coherentes con las formas de vida de las personas. Al construir mensajes que proponen estilos de vida estandarizados con los cuales la población no se sienten identificados o incluso los asumen como muy lejanos a sus realidades socioeconómicas, la respuesta tiende a ser nula y nada efectiva

frente al objetivo planteado. El reto de la comunicación en la promoción de la calidad de vida está en construir versiones coherentes de lo que puede ser el buen vivir para cada comunidad.

- Perspectiva de género. La comunicación no puede contribuir a la estigmatización de la mujer como objeto sexual o centrar la atención en su físico como única opción de ocupar un lugar en la sociedad. Las representaciones sobre lo femenino y lo masculino deben ser discutidas detalladamente y romper con los mensajes sexistas.
- Los juicios de valor estigmatizan. Tanto para el caso de las personas con algún tipo de desorden en su alimentación como para aquellos que tienen problemas con el consumo de alcohol, la estigmatización hace parte de la problemática que padecen. La comunicación no puede tener tonos moralistas, de reproche, o aleccionadores, que contribuyan a la exclusión de estas personas de sus círculos sociales y por lo tanto empeoren su situación.
- El miedo no es la mejor manera de comunicar. La evidencia que se tiene respecto a la comunicación en salud permite afirmar que los mensajes basados en el miedo que apelan a las implicaciones negativas de ciertos comportamientos y sus desenlaces dramáticos, pueden generar impacto pero no necesariamente facilitan que la audiencia pueda proyectar y materializar cambios en sus propias vidas.
- Estigmatizar a algo o a alguien no funciona. Para el caso del consumo nocivo de alcohol los mensajes que buscan posicionar imaginarios negativos sobre las personas que lo consumen tienden a fortalecer imaginarios simplistas y poco constructivos. Plantear dicotomías entre fiestero y responsable o deportista y bebedor, por ejemplo, pueden producir resultados justamente contrarios a los esperados.
- El alcohol es una sustancia psicoactiva. Y es claro que el uso nocivo de todas las sustancias psicoactivas tiene efectos negativos sobre la salud, pero también es claro que cada sustancia psicoactiva tiene efectos muy diferentes en las personas por lo que la comunicación sobre alcohol debe ser precisa sobre sus reales efectos en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles.

En resumen, la información basada en evidencia respecto al consumo del alcohol y sus efectos en la vida de las personas debe ser la fuente permanente de las comunicaciones a desarrollar, sin apelar a exageraciones, estigmatizaciones o clichés sobre las personas que lo consumen. La orientación permanente hacia el fortalecimiento de sujetos autocríticos capaces de tener como premisa el cuidado de sí mismo y de los otros debe ser el resultado final al que contribuyan las buenas prácticas de la comunicación en salud.

3. HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN

Para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, se proponen un conjunto de herramientas basadas en los principios de la IMB, articulando recursos y orientaciones de comunicación en salud para incrementar su impacto y proporcionar mecanismos precisos para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Las herramientas propuestas tienen en cuenta a los sujetos, los entornos en los que se desenvuelven y necesidades como elementos prioritarios para su desarrollo, proyectándose así como mecanismos de aporte a la consecución de objetivos tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad. La Tabla 4 presenta una síntesis de las herramientas propuestas y sus principales características.

Tomando como unidad operativa el taller, las herramientas presentadas a continuación se estructuran en sesiones, articuladas entre sí para ser desarrolladas con un espacio de mínimo 2 y máximo 10 días entre sesión y sesión. Estas herramientas se proyectan así como mecanismos de aporte a la consecución de objetivos tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad.

A continuación se presenta el protocolo de cada una de las herramientas, detallando los objetivos de cada una, la población a la que se dirige, los recursos y requisitos requeridos para su implementación; así como la descripción detallada de cómo desarrollar las sesiones que dan cuerpo a la intervención particular y las fuentes bibliográficas de consulta para profundizar en las temáticas particulares que se abordan.

Tabla 4. Herramientas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las ECNT

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
POBLACIÓN GENERAL: Se considera prioritario que en la mayor cantidad de población colombiana se visibilice y se haga conciencia sobre la relación que existe entre los 4 factores de riesgo de la estrategia 4x4 y los Estilos de vida saludables (EVS).	Fortalecer en las personas la capacidad para modificar sus estilos de vida orientados al cuidado de su salud.	CULTIVANDO MI SER	<i>Participantes</i> : Mínimo 1, máximo 40 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.	Población general.	Servicios de salud, Entorno Educativo, Comunitario y Laboral.	Posterior a procesos de fomento de cambio, como herramienta de apoyo al establecimiento de planes de adopción o modificación de estilos.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
PROFESIONALES DE LA SALUD: A nivel tanto de las Secretarías Territoriales de Salud como de las EPS, IPS y profesionales en salud en general, se requiere una mayor apropiación y conocimiento sobre la estrategia 4x4; y particularmente sobre el consumo nocivo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT, tanto desde los enfoques promocional y preventivo así como de la oferta de servicios existentes.	Fortalecer la capacidad de profesionales de la salud y las ciencias humanas para prevenir el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.	PROFESIONALES PARA EL CAMBIO	<i>Participantes</i> 20 personas máximo <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 60 minutos por sesión.	Profesionales de salud pública e IPS.	Servicios de salud.	Esta herramienta debe ser desarrollada como parte de un proceso de fortalecimiento de capacidades alrededor de los eventos de las ECNT. El profesional en salud, en el marco de la atención de las ECNT, podrá potenciar su trabajo con la población que presenta los eventos en salud.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE				CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN		
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
INFANCIA (6-9 AÑOS), Niños y niñas requieren fortalecer sus habilidades psicosociales con el fin de posponer en el país la edad de inicio del consumo de alcohol. Siendo esta una de las principales metas definidas en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Consumo de Alcohol en Colombia, desde donde se espera que afecte positivamente el consumo nocivo de esta sustancia como también la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad de las ECNT.	Fomentar en los niños y niñas la identificación de los estilos de vida saludables y la toma de decisiones en favor de la práctica de los mismos.	COLOREANDO MI VIDA	<i>Participantes:</i> Mínimo 8, máximo 48 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.	Niños Y Niñas (6-9 años).	Entorno Educativo, comunitario, Familiar, Salud pública.	Las personas involucradas en este proceso podrán abordar esta información con la población objetivo a partir del juego.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
ADOLESCENCIA (10 - 14 AÑOS): Niños, niñas y jóvenes requieren fortalecer sus habilidades psicosociales con el fin de posponer en el país la edad de inicio del consumo de alcohol. Siendo esta una de las principales metas definidas en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Consumo de Alcohol en Colombia, desde donde se espera que afecte positivamente el consumo nocivo de esta sustancia como también la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad de las ECNT.	Fomentar en los adolescentes la autodeterminación para adquirir y/o fortalecer comportamientos saludables con base en el reconocimiento de los beneficios y consecuencias de los estilos de vida.	DESCIFRANDO LO SALUDABLE	<i>Participantes</i> Mínimo 8, máximo 32 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.	Adolescentes (10-14 años)	Entorno Educativo, comunitario, Familiar, Salud pública.	Las personas involucradas en este proceso podrán abordar esta información con la población objetivo a partir del juego.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE				CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN		
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
JUVENTUD (15-18): Jóvenes requieren fortalecer sus habilidades psicosociales con el fin de posponer en el país la edad de inicio del consumo de alcohol. Siendo esta una de las principales metas definidas en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Consumo de Alcohol en Colombia, desde donde se espera que afecte positivamente el consumo nocivo de esta sustancia como también la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad de las ECNT.	Fomentar en los y las jóvenes actitudes favorables con respecto a la adopción de estilos de vida saludables.	HABLANDO JOVEN	<i>Participantes</i> : Mínimo 10, máximo 35 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.	Jóvenes (15 - 18 años).	Entorno Educativo, comunitario, Familiar, Salud pública.	Parte de la posibilidad de que los jóvenes puedan ser parte del diseño de mensajes. Esta herramienta debe ser desarrollada como parte de un proceso de fortalecimiento de capacidades. Las personas involucradas en este proceso podrán replicar esta información con la población seleccionada.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
ADULTO JOVEN: En el entorno educativo, particularmente en las Universidades del país o en espacios comunitarios, se requiere avanzar en acciones de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol, de tal forma que esta población tenga la información adecuada y las habilidades psicosociales necesarias para el cuidado y autocuidado en relación a las ECNT.	Fomentar en los jóvenes entre 18 y 24 años actitudes favorables con respecto a la moderación en el consumo de alcohol y la práctica de estilos de vida saludables en general.	HACIENDO CAMINO	<i>Participantes</i> : Mínimo 10, máximo 35 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.	Adultez temprana.	Entorno Educativo y comunitario.	Esta herramienta puede ser desarrollada como un proceso de fortalecimiento de capacidades a cargo de profesionales de bienestar universitario y o servicios de salud.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE				CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN		
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
MUJERES: Las tasas de morbimortalidad en relación a las ECNT en mujeres requieren que este grupo sea priorizado frente a las acciones de promoción y prevención, por lo que el consumo nocivo de alcohol debe ser visibilizado en esta población como un factor de riesgo a tener en cuenta para este tipo de enfermedades.	Fomentar en las mujeres la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el autocuidado femenino	MUJERES DE COLORES	<i>Participantes</i> : Mínimo 1, máximo 35 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión	Mujeres	Servicios de salud. Entorno Educativo, Comunitario, Familiar, Laboral	Esta herramienta puede ser desarrollada como un proceso de fortalecimiento de capacidades a los profesionales de los entornos educativo y laboral, servicios de salud.
	Fomentar en los asistentes la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el desarrollo de embarazos saludables.	QUERIENDO SER	<i>Participantes</i> : Mínimo 2, máximo 20 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 60 minutos por sesión	Mujeres	Servicios de salud.	

3.1. Cultivando mi Ser

Esta herramienta de intervención busca acompañar a las personas en un proceso autónomo de modificación de sus estilos de vida, por lo que el requisito para su uso es partir de etapas en las que las personas sean conscientes sobre la necesidad de un cambio o ajuste frente a sus estilos de vida. De esta forma la Intervención puede usarse como una estrategia complementaria a las otras intervenciones, facilitando que una vez las personas visibilicen y asuman una posición frente a sus comportamientos esta intervención pueda ayudar a plantear un camino para cumplir con metas relacionadas.

Objetivo general: Fortalecer en las personas la capacidad para modificar sus estilos de vida orientados al cuidado de su salud (Alimentación, Actividad Física, Consumo de tabaco y alcohol).

Objetivos específicos:

- Propiciar procesos de reflexión en cada uno de los participantes, acerca de la posibilidad de modificar sus estilos de vida.
- Favorecer la formulación de cambios autodeterminados en los estilos de vida de los participantes.

Dirigido a: Población en General, con competencias de lectoescritura y sensibilizadas sobre el tema de estilos de vida saludable.

Participantes: Mínimo 1, máximo 40 personas

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia (Opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), hojas de colores, lápices y esferos, fichas bibliográficas o tiras de cartulina, marcadores, Árbol de propósitos (Virtual o impreso) (Ver [Apéndice 2.2](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en salud, suficiente para atender a las inquietudes o comentarios de los participantes; así como conocimientos básicos acerca de IMB y el modelo PRISA-NO. Además es preciso revisar en

detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades de la misma.

Guía de la Intervención: Cultivando mi Ser

Sesión 1: Cultivando mi Ser

Objetivo Específico de la Sesión: Promover la reflexión de los asistentes en torno a sus estilos de vida.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una expectativa favorable con respecto a los beneficios que pueden obtenerse al reflexionar sobre sus estilos de vida (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Sesión 1: Cultivando mi Ser

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “fortalecer la capacidad de los asistentes para plantear, planear y ejecutar cambios en los estilos de vida, en pro del cuidado de la salud”. Acto seguido, el facilitador debe indicar a los asistentes con que periodicidad se verán y animarlos a participar activamente.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes los acuerdos de trabajo que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera	10 minutos

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
¿Cómo estoy?	<p>Para iniciar la reflexión el facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4. Una vez finalizado el video el facilitador le pedirá a cada asistente pensar en un comportamiento que quiera cambiar o adquirir para mejorar su salud. Si existe un problema de salud, es recomendable orientar la reflexión a partir de esta problemática. En el caso que esta intervención se esté usando como complemento a alguna de las otras intervenciones mencionadas en el proyecto, se propone que la reflexión inicial gire sobre los resultados obtenidos en esos ejercicios anteriores.</p> <p>A cada persona se le entregará una hoja. Esta hoja se doblará en 4 al gusto de cada participante. En el centro, cada participante escribirá el comportamiento que quiere cambiar o adquirir.</p> <p>En los dobleces del papel consignará la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo que piensa y lo que siente con respecto a este comportamiento. 2. Las circunstancias en las que se presenta o necesita realizar el comportamiento. 3. Las consecuencias de hacer o no hacer el comportamiento. 4. Lo que le impulsa a cambiar o adquirir el comportamiento. 	<p>Hojas de colores, lápices o esferos, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional)</p> <p>Video Estrategia 4x4 (Opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	<p>25 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	Es importante que los asistentes cuenten con el apoyo constante del facilitador durante este ejercicio, para orientar la elaboración de respuestas muy concretas y la construcción de un análisis detallado de su comportamiento.		
Una meta	De acuerdo con el trabajo de cada participante, se le pide que al respaldo de la hoja formule una meta de cambio (por ejemplo: moderar el consumo de alcohol, practicar actividad física entre otros).	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera	15 minutos

Sesión 2: Cultivando mi Ser

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar en los participantes la reflexión para reconocer los recursos y barreras en el proceso de modificación de los estilos de vida.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas buscan que los asistentes construyan una expectativa de autoeficacia en relación con su capacidad para reconocer los recursos y barreras individuales, sociales y del entorno, relacionadas con sus estilos de vida (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Sesión 2: Cultivando mi Ser

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por rescatar la reflexión	Materiales elaborados en la sesión 1	5 minutos

realizada en la actividad
"¿Cómo estoy?"

El clan del cambio

Retomando el trabajo de la sesión anterior, se pide a los participantes que socialicen sus metas de cambio.

Los participantes se agrupan de acuerdo a la similitud de sus metas (por ejemplo: un grupo de personas con metas de moderación del consumo de alcohol, un grupo con metas de practicar actividad física, entre otros).

Cada grupo discutirá sobre tres aspectos:

1. Los beneficios del cambio.
2. Los recursos personales y materiales con lo que cuentan para hacer el cambio.
3. Lo que piensan las personas acerca del cambio propuesto y quienes son las personas importantes para cada uno.

Fichas bibliográficas o
tiras de cartulina
Marcadores.

25
minutos.

Hoy por mí y por ti

Esta información se consignará de forma resumida en pequeñas fichas o tiras de cartulina y cada grupo las pegará en un tablero o en una pared, proponiendo a sus compañeros opciones para manejar las dificultades para el cambio o potenciar los recursos con los que se cuenta.

El facilitador realizará en la plenaria, énfasis la autoeficacia

Tablero y marcadores,
papelógrafo o cartelera.

20
minutos.

de las personas para realizar el cambio y las normas subjetivas asociadas.

Sesión 3: Cultivando mi Ser

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los participantes la toma de decisiones y la formulación de planes de acción orientados a mejorar sus estilos de vida, con base en las reflexiones de las anteriores sesiones.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes tomen una *decisión* autónoma, a partir del análisis de los resultados de la anterior sesión, así como también la generación de un plan de acción que permita llevar a cabo la práctica seleccionada (Ver

Tabla 7).

Tabla 7. Sesión 3: Cultivando mi Ser

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las sesiones anteriores y enfatizará en la importancia de tener muy presentes las barreras y dificultades que cada uno puede tener para modificar sus estilos de vida.	Materiales elaborados anteriormente	5 minutos.
Del dicho al hecho	Se ofrece a los asistentes la plantilla del Árbol de Propósitos para que lo dibujen o lo recorten y decoren a su gusto. El facilitador entregará o proyectará y explicará las instrucciones del Árbol de los Propósitos.	Árbol de propósitos (Ver Apéndice 2.2).	10 minutos.
¡Va por mi!	Una vez cada asistente tenga su Árbol construido, retomando los resultados	Hojas de colores lápices y	35 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>de las discusiones previas se propone que cada uno construya su plan de cambio.</p> <p>El primer paso será incluir en el Árbol la meta de cambio propuesta en la sesión 1, en el lado A; bien pueden escribirlo en el Árbol o en un papel de colores que se peguen a este.</p> <p>En un segundo momento, en la segunda cara del árbol (lado B) los asistentes deberán proponer opciones viables para el logro de ese propósito (por ejemplo: dejar de consumir alcohol los fines de semana, trotar 180 minutos a la semana).</p> <p>Es importante recalcar que estas opciones viables deben ser lo más puntuales posibles y deben considerar los recursos personales y materiales de cada persona.</p> <p>En el lado C del árbol, recordando la discusión de la sesión anterior (sesión 2), cada participante debe proponer su plan de cambio especificándolo con el mayor detalle posible cómo logrará el cambio, para eso deberá responder a tantas preguntas de la cara C del árbol como le sea posible.</p> <p>Finalmente, se le pide a los participantes que se propongan un plazo razonable para llevar a cabo su plan (mínimo 3 meses) y que programen un espacio (individual o grupal), para diligenciar la cara D del árbol y evaluar la medida en que logran su meta, una vez cumplido ese plazo.</p> <p>Se termina el encuentro recordándoles</p>	esferos	

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>a los asistentes que el ejercicio de cambio es constante, y que cada día puede incorporar elementos nuevos a su árbol para fortalecer el cambio que desarrollan y mejorar su salud.</p> <p><i>Nota: Si se quiere, el facilitador puede programar un encuentro posterior con los asistentes para revisar conjuntamente el desarrollo de su plan una vez cumplido el plazo establecido.</i></p> <p><i>Es importante tener en cuenta que el papel del facilitador es fundamental en la Intervención. Particularmente la definición de las metas de cambio debe ser realista y factible, por lo que el facilitador debe acompañar desde su experiencia estas definiciones, desde su formulación hasta, en lo posible, su evaluación.</i></p>		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que los participantes que asistieron al taller puedan recibir acompañamiento para fortalecer sus planes de acción y/o evaluar los resultados de estos. Esta sesión (o sesiones) pueden realizarse con una frecuencia máxima de una sesión por mes, sin que la misma supere los 60 minutos de duración.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las asistentes las habilidades para construir y ejecutar planes de acción conducentes al fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.

- Flórez-Alarcón, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5(3), 313-344.
- Flórez-Alarcón, L. (2011). *Prisa-No: El proceso del auto-control conductual*. Material de Apoyo – Sesión 20, Diplomado Virtual Programa Pactos por la Vida.
- Flórez-Alarcón, L. (2016). *Sin prisa pero sin pausa: el acrónimo de autorregulación prisa-no*. Disponible en: <http://www.elartedesabervivir.com/programas-especiales/angeles-caidos-o-antropoides-erguidos/sin-prisa-pero-sin-pausa-el-acronimo-de-autorregulacion-prisa-no>
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In: E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds.) *European Review of Social Psychology*, Vol. 4. England: Wiley, pgs. 141-185.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493-503.
- Mahoney, M.J. & Mahoney, K. (1981). *Control Permanente de Peso: Una Solución Total al Problema de las Dietas*. México: Trillas.

3.2. Profesionales para el Cambio

Con esta herramienta de intervención se busca propiciar la construcción de estrategias de comunicación y mecanismos diversos, con los que los profesionales vinculados al sector salud puedan informar y sensibilizar a la comunidad en la que trabajar, acerca de los factores de riesgo comportamental de las ECNT, particularmente en lo que se refiere al alcohol. A partir de este ejercicio, es posible también promover labores de territorialización de programas, estrategias y herramientas de diversa índole; fomentar el trabajo inter y transdisciplinario en el sector salud; así como la construcción de espacios de formación continua de los profesionales de este ámbito particular.

Objetivo general: Fortalecer la capacidad de profesionales de la salud y las ciencias humanas para prevenir el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Objetivos específicos:

- Generar procesos de reflexión, discusión y construcción conjunta con los y las profesionales en torno al papel del consumo de alcohol como factor de riesgo para las ECNT.
- Identificar junto con los profesionales la importancia de fomentar en la población el reconocimiento del consumo de alcohol como factor de riesgo para las ECNT.

Dirigido a: Profesionales de la salud y las ciencias humanas vinculados al sector salud, bien sea desde la empresa privada o desde el ámbito gubernamental.

Participantes: 20 personas máximo.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 60 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (Opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Guía de Trabajo (Virtual o impresa) (Ver [Apéndice 2.3](#)), pliegos de cartulina o papel periódico, marcadores, hojas, esferos y/o lápices.

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con una amplia formación en salud, particularmente en cuanto a

ECNT; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades de la misma.

Guía de la Intervención: Profesionales para el Cambio

Sesión 1: Profesionales para el Cambio

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes la reflexión acerca de la importancia de prevenir las ECNT desde el abordaje de los factores de riesgo asociados a estas enfermedades.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa* favorable con respecto a los beneficios que pueden obtenerse al abordar los factores de riesgo de las ECNT para prevenir su aparición y controlar su evolución, específicamente el consumo de alcohol (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Sesión 1: Profesionales para el Cambio

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “fortalecer en los asistentes la capacidad para prevenir el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)”; considerando que el consumo de alcohol es muy común en la población colombiana y el consumo nocivo se presenta tanto en personas “sanas” como en personas con algún padecimiento.</p> <p>Acto seguido, el facilitador cede la palabra a los asistentes para que se presenten ante el grupo indicando su nombre, profesión u ocupación y la labor que</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>desempeñan en el territorio.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes los acuerdos de trabajo que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, compromiso de escucha activa, evitar interrupciones o el sonido de celulares, entre otras.</p>		
	<p>Para iniciar la reflexión el facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4.</p>		
Pensando en Borrador	<p>Una vez finalizado el video, el facilitador pide a los asistentes que se dividan en 4 grupos. Estos grupos pueden formarse libremente, pueden obedecer a áreas de trabajo particular (por ejemplo: Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, entre otras) o pueden organizarse en función de especialidades particulares (por ejemplo: Cardiología, Oncología, Gastroenterología, entre otros); lo esencial en la formación de estos grupos es que exista alguna afinidad entre los participantes y se adecue a la heterogeneidad u homogeneidad del grupo (según la información dada en la presentación de asistentes) para garantizar la comprensión entre los miembros de cada grupo y la posibilidad de compartir conocimiento entre ellos.</p>	<p>Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (Opcional) Video Estrategia 4x4 (Ver Apéndice 2.1) (Opcional) Sección 1 -Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3).</p>	20 minutos.
	A cada grupo se la entrega la		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>“Sección 1” de la Guía de Trabajo, orientando a los asistentes para que hagan una lectura rápida del contenido y respondan al interrogante planteado en el texto “¿Cómo es mi territorio?”.</p> <p>El facilitador debe aclarar que el objetivo de esta pregunta es esclarecer con qué tipo de población se trabaja en el territorio (por ejemplo: rural, urbana, indígena, campesina, entre otros) y sus principales características, así como los factores de riesgo asociados al desarrollo de ECNT en esta población.</p>		
Y... ¿cómo hacemos?	<p>Para finalizar el encuentro, el facilitador indica que “cada grupo tendrá 3 minutos para socializar sus respuestas”.</p> <p>A medida que los grupos presenten sus respuestas, el facilitador irá apuntando palabras claves de estas respuestas en un tablero, papelógrafo o cartelera.</p> <p>Si lo considera pertinente, el facilitador también puede entregar un marcador a cada grupo y solicitar que –voluntariamente– alguno de sus miembros haga esta tarea.</p> <p>Al finalizar la socialización, el facilitador resumirá las respuestas de los grupos para dar una caracterización general de la población con la que se trabaja en el territorio y de acuerdo a la identificación de factores de riesgo</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.</p>	25 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>señalados por los asistentes debe destacar el consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.</p> <p>En este particular es importante que el facilitador señale que “el consumo de alcohol generalmente se ha abordado desde la salud mental o por el impacto social que genera, dejando un poco de lado el efecto que a largo plazo tiene el alcohol pudiendo incidir en la aparición de enfermedades crónicas”.</p> <p>A continuación el facilitador debe plantear los interrogantes “¿Es útil para la salud de la población abordar el consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT? ¿Qué podemos hacer para que la población reconozca este efecto del alcohol?”.</p> <p>Tras una breve participación, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión e invita a los asistentes para elaborar estos interrogantes con mayor profundidad en la siguiente sesión y proponer acciones al respecto.</p>		

Sesión 2: Profesionales para el Cambio

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar en los asistentes el reconocimiento de sus capacidades y condiciones contextuales para informar a la población acerca del papel del consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para informar y sensibilizar a la población sobre el papel que desempeña el alcohol en el desarrollo de ECNT (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Sesión 2: Profesionales para el Cambio

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por rescatar la reflexión realizada en la actividad "Y... ¿cómo hacemos?", destacando los intereses y propuestas planteados por los asistentes.	Materiales elaborados en la sesión 1.	5 minutos.
¿Cómo le digo?	<p>A continuación, el facilitador pide a los asistentes que se dividan en 4 grupos, cada uno de los cuales abordará una de las ECNT más prevalentes (Cáncer, Diabetes, Cardiovasculares, EPOC).</p> <p>Estos grupos pueden ser los mismos de la sesión anterior o pueden variar si así lo desean los asistentes, resaltando que lo esencial en la formación de estos grupos es que exista alguna afinidad entre los participantes y se adecue a la heterogeneidad u homogeneidad del grupo (según la información dada en la presentación de asistentes) para garantizar la comprensión entre los miembros de cada grupo y la posibilidad de compartir conocimiento entre ellos.</p>	<p>Sección 2 a 5 - Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3)</p> <p>Pliegos de cartulina o papel periódico marcadores hojas esferos y/o lápices.</p>	30 minutos.
A cada grupo se la entrega una			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>sección de la Guía de Trabajo, orientando a los asistentes para que hagan una lectura cuidadosa del contenido y respondan al interrogante planteado en el texto "¿Cómo informar y/o sensibilizar a la población con respecto al papel del alcohol como factor de riesgo de esta ECNT?".</p> <p>Cada grupo tendrá el reto de construir una estrategia creativa según su preferencia (por ejemplo: imagen, fanpage, infografía, copla, verso, comercial de radio, caricatura, entre otros) para explicarle a la población de su territorio, aquella con la que trabaja (tal como se caracterizó en la sesión anterior); porqué el alcohol representa un factor de riesgo para la ECNT correspondiente e identificar los recursos o barreras (estos pueden ser personales, institucionales, contextuales, humanos o materiales) para informar y sensibilizar a la población con respecto a esta relación.</p>		
Construyendo juntos	<p>Pasados 30 minutos, el facilitador invitará a los grupos a compartir su estrategia.</p> <p>Cada grupo presentará su propuesta en no más de 3 minutos, indicando claramente los recursos y barreras identificados para ponerla en práctica. Finalizada cada presentación todos los asistentes tendrán 2 minutos para fortalecer la propuesta presentada, tanto en</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.</p>	25 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>cuanto a la forma y contenido de la estrategia, así como en cuanto a las opciones de aprovechamiento de los recursos disponibles o el afrontamiento de las barreras existentes en torno a esta labor, de acuerdo con lo señalado por el grupo que presenta la estrategia.</p> <p>A continuación el facilitador debe plantear los interrogantes ¿Podemos informar y/o sensibilizar a las personas para que reconozcan en el consumo de alcohol un factor de riesgo para las ECNT?”</p> <p>Tras una breve participación, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión e invita a los asistentes para elaborar este interrogante con mayor profundidad en la siguiente sesión y proponer acciones al respecto.</p>		

Sesión 3: Profesionales para el Cambio

Objetivo Específico de la Sesión: Orientar a los asistentes para que formulen planes de acción dirigidos a informar y sensibilizar a la población con respecto al consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen sobre las *normas subjetivas* de su contexto particular y tomen una *decisión* autónoma de informar y sensibilizar a la población sobre el papel que desempeña el alcohol en el desarrollo de ECNT; generando un plan de acción para llevar a la práctica esta elección (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Sesión 3: Profesionales para el Cambio

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las sesiones anteriores y enfatizará en la importancia y la posibilidad real de sensibilizar y/o informar a la población con respecto al papel del consumo de alcohol como factor de riesgo para el desarrollo de ECNT.</p>	Materiales elaborados anteriormente.	5 minutos.
¿Cómo lo hago?	<p>Retomando los resultados de las discusiones previas, específicamente en torno a los recursos y barreras para llevar a cabo las estrategias propuestas, así como la importancia de abordar el consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT; el facilitador pide a los asistentes formar una mesa redonda en la cual puedan discutir, desde su experiencia laboral particular, acerca de la factibilidad de hacer parte de su trabajo diario el abordaje del consumo de alcohol un factor de riesgo para las ECNT. Para este ejercicio se tendrán dos preguntas guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué piensa la institución en la que trabajo acerca de esta labor? • ¿Qué gestión debería adelantar en la institución para que esta labor sea de interés? <p>En un tablero, papelógrafo o una cartelera se disponen dos</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>columnas, una para cada pregunta.</p> <p>A continuación el facilitador dirige el proceso de reflexión grupal en torno a los interrogantes planteados y va consignando las ideas principales de las intervenciones de los asistentes.</p> <p>Para terminar el ejercicio, el facilitador hace una síntesis de las participaciones destacando las posibilidades y alternativas de acción señaladas por los asistentes.</p>		
Articulando el cambio	<p>El facilitador pide a los asistentes reunirse en 4 subgrupos, resaltando que “dado que el consumo de alcohol generalmente se ha abordado desde la salud mental o por el impacto social que genera, dejando un poco de lado el efecto que a largo plazo tiene el alcohol en la aparición de enfermedades crónicas”, es importante conocer este trabajo y aunar esfuerzos en la prevención del consumo de alcohol.</p> <p>A cada grupo se le pide revisar la “Sección 6” de la Guía de Trabajo y responder los interrogantes allí planteados, con miras a proponer alianzas estratégicas con áreas, dependencias, instituciones o sectores que tradicionalmente trabajan el consumo de alcohol.</p> <p>Para finalizar se pide a los grupos socializar sus respuestas en no más de 2 minutos.</p>	<p>Sección 6 -Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3)</p> <p>Hojas, esferos y/o lápices.</p>	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
El cartel del cambio	A cada participante se le entrega un formato de “plan de acción” y un esfero para que relacione los pros y contras, su elección y un plan de acción en para informar y/o sensibilizar a las personas e instituciones para que reconozcan en el consumo de alcohol un factor de riesgo para las ECNT.		
	El facilitador puede dar la opción de realizar este ejercicio en subgrupos en caso de que algunos de los participantes trabajen juntos (en la misma área, institución o sector), si así lo desean.		
	El facilitador debe indicar a los asistentes que “de acuerdo a la identificación de pros y contras, es importante hacer una elección de si se va o no a desarrollar esta labor y; en consecuencia, definir acciones desde el quehacer profesional y/o institucional a corto, mediano y largo plazo para cumplir este compromiso”.	Formato de “plan de acción”-Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3) lápices o esferos.	20 minutos.
	Se invita a los participantes a socializar sus compromisos, si lo desean, y proponer estrategias conjuntas de acompañamiento o seguimiento.		
	El facilitador debe propiciar que estas estrategias se orienten hacia el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los profesionales, así como al establecimiento de momentos de encuentro en el mediano o largo		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	plazo para revisar los avances en los planes de acción formulados por los participantes.		
	Agradeciendo la participación de los asistentes, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión e invita a los asistentes a desarrollar y robustecer sus planes de acción.		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que los participantes que asistieron al taller puedan hacer seguimiento y evaluación de los planes de acción formulados o recibir capacitación complementaria para fortalecer sus habilidades de trabajo con la población. Esta sesión (o sesiones) deben propender por mantener afinidad con el enfoque de IMB.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las asistentes las habilidades de los profesionales del sector salud para prevenir y controlar las ECNT, así como para fomentar la práctica de estilos de vida saludables en la población con la que trabajan.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Livingston, M.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R. & Rossow, I. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Bolet Astoviza, M. & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cubana Invest Biomed*; 22(1):25-31.
- Castiglione, M. S. (2014). Enfermedades crónicas no transmisibles. *R. Dir. sanit.*, 15(82), 66-72
- Castro, G. D. Maciel, M. E., Quintans, L. N., & Castro, J. A. (2015). Mecanismos involucrados en el cáncer de mama por consumo de alcohol y alternativas para su prevención. *Acta Bioquím Clín Latinoam*; 49 (1): 19-37.
- Castro, J. A., Díaz Gómez, M. I. & Castro, G. D. (2006). El alcohol como toxico a largo plazo. *ATA informa*, 20 (73), pp. 16-24.

- Chacón Roger, M.; Grau Abalo, J. & Reyes Méndez, M. C. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Durán Agüero, S.; Carrasco Piña, E. & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutr Hosp*; 27(4):1031-1036.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*; 14 (1), pp. 43-61.
- Guardia Serecigni, J.; Jiménez-Arriero, M. A.; Pascual, P.; Flórez, G. & Contel, M. (2007). Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica. Disponible en: http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf
- Guerra de Andrade, A. & García de Oliveira, L. Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. En: Guerra de Andrade, A. & Anthony, J. C. (2011). *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual*. Brasil: Manole; pp. 37-66.
- Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2013). *Alcohol y el riesgo de cáncer*. Disponible: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/alcohol/hoja-informativa-alcohol#q3>
- Lumbreras García, G.; Méndez-Cabeza Velázquez, J. & Núñez Palomo, S. (2004). Factores de riesgo en la EPOC. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*; 5. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m10n5/rceap_a2004m10n5a9.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013*. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2014). *Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015). Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Alcohol. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Cáncer. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Diabetes. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación*. Disponible:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OMS.
- Plaza, V. (2011). *Neumología práctica para atención primaria*. Barcelona: Marge Medica Books.
- Solís Torres, A.; Alonso Castillo, M. M. & López García, K. S. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*; 5 (2), pp. 1-13.
- Téllez y Cote (2006). Alcohol Etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*; 54 (1); pp. 32-47.

3.3. Coloreando mi vida

Esta intervención busca que niños y niñas identifiquen beneficios en los estilos de vida saludables, por lo cual es de suma importancia atender a las particularidades de esta población y propiciar un ambiente agradable, a través de un estilo de comunicación sencillo, claro y amistoso. La articulación con trabajo en casa, es una oportunidad de integrar a las familias de niños y niñas en la adquisición y el fortalecimiento de la práctica de estilos de vida saludables.

Objetivo general: Fomentar en los niños y niñas la identificación de los estilos de vida saludables y la toma de decisiones en favor de la práctica de los mismos.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables.
- Favorecer la formulación de compromisos para practicar los estilos de vida saludables en familia.

Dirigido a: Niños y niñas entre 6 y 9 años.

Participantes: Mínimo 8, máximo 48 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Lotería Saludable (Ver [Apéndice 2.4](#)), colores, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), cinta, temperas, marcadores, pliegos de cartulina o papel periódico.

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía, suficiente para atender a las particularidades de niños y niñas; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Coloreando mi Vida

Sesión 1: Coloreando mi Vida

Objetivo Específico de la Sesión: Promover en los asistentes el reconocimiento de los estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes conozcan los estilos de vida saludables y construyan una *expectativa* favorable con respecto a los beneficios de tener estilos de vida saludables (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Sesión 1: Coloreando mi vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “aprender sobre estilos de vida saludable para cuidar la salud de los que estamos aquí y de nuestras familias.		
	Por eso vamos a colorear, jugar y divertirnos”. Acto seguido, el facilitador debe indicar a los asistentes (niños y niñas) con que periodicidad se verán y animarlos a participar activamente.	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	10 minutos.
	Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes las “reglas del juego” que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.		
	Para iniciar el facilitador pide y	Tarjetas de Lotería (Ver	25 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Ser saludable	<p>orienta a los asistentes que se dividan en mínimo 4 y máximo 8 grupos, a cada uno de los cuales entregará un tablero y de la lotería y las tarjetas correspondientes.</p> <p>El facilitador debe indicar a los asistentes que “cada grupo coloreará las tarjetas y tableros recibidos, pero puede ser que algunas tarjetas y cuadros de los tableros no tengan un dibujo, así que su misión será crear los dibujos que hacen falta, para que todos podamos jugar a la lotería. Y cuando terminemos, cada grupo contará de que tratan sus tarjetas”.</p> <p>El facilitador acompañará y asesorará permanentemente a los niños mientras realizan la tarea encomendada, prestando especial atención para que aquellas tarjetas o cuadros de los tableros sin imagen, sean completados atendiendo al tema del que tratan las fichas (Alimentación, actividad física, familia, amor propio y por los otros).</p> <p>A medida que los grupos coloreen las tarjetas y tableros se les pedirá que, por grupos, entreguen al facilitador los tableros y depositen las fichas en una bolsa y le cuenten a sus compañeros con una frase corta, de qué tema trataba su(s) tarjeta (s).</p>	<p>Apéndice 2.4) Colores.</p>	
Construyendo juntos	Para finalizar, el facilitador hará	Proyector y computador (con	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>una reflexión acerca de la importancia de tener estilos de vida saludable, haciendo énfasis en cómo la alimentación, la actividad física, la familia y el amor propio y por los otros; hacen parte de los estilos de vida y lo importantes que son para ser saludables.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 y apoyado en este material fortalecer la reflexión con respecto a la importancia de practicar hábitos saludables desde casa y con la familia, invitando a los asistentes a compartir con sus familias los aprendizajes del taller.</p>	<p>la parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	

Sesión 2: Coloreando mi Vida

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar en los asistentes la percepción de autoeficacia para practicar estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para tener estilos de vida saludables (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Sesión 2: Coloreando mi vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar la importancia de la alimentación, la	Materiales elaborados en la sesión 1.	5 minutos.

actividad física, la familia y el amor propio y por los otros, como estilos de vida que permiten ser saludables.

Durante esta sesión los participantes jugarán lotería con las tarjetas previamente coloreadas y/o completadas.

Para este juego será necesario dividir a los niños en mínimo 4 y máximo 8 grupos. Si son 4 grupos, a cada uno se le entregarán dos tableros, que correspondan al mismo color, y por lo tanto al mismo tema.

El facilitador tiene el total de las tarjetas del juego (48) y debe barajarlas muy bien que queden muy bien mezcladas.

Jugando y aprendiendo

El juego entre los equipos consiste en que el grupo o niño que termine de completar sus cartones ganará. Y para completarlos es necesario que el facilitador seleccione y muestre una a una las 48 tarjetas con las que viene la lotería.

Lotería Saludable (Ver [Apéndice 2.4](#)). 30 minutos.

Es importante que el facilitador anime a los asistentes para desarrollar el juego y se prepare previamente para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir en los niños al desarrollar el juego y en torno a los contenidos del juego mismo con respecto a cada uno de los estilos de vida allí abordados.

¡Si se puede!

Para finalizar el encuentro, el facilitador preguntará a los asistentes ¿Cómo podemos ser saludables? el Tablero y los marcadores, ser papelógrafo o cartelera. 10 minutos.

A partir de las respuestas de los asistentes, el facilitador orientará la reflexión sobre cómo todos pueden ser saludables haciendo alusión a los contenidos y prácticas abordados por la lotería en torno a cada tema tratado (alimentación, actividad física, familia y el amor propio y por los otros).

Sesión 3: Coloreando mi Vida

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes el establecimiento de compromisos para tener estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen sobre las *normas subjetivas* familiares y propongan *decisiones* autónomas para adquirir y/o fortalecer sus estilos de vida, específicamente en lo que se refiere a la alimentación, la actividad física, la familia y el amor propio y por los otros (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Sesión 3: Coloreando mi Vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por destacar la importancia de cuidar de los estilos de vida (alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros) para ser saludables.</p> <p>Es de utilidad que el facilitador cuente con los tableros resueltos por los asistentes en la sesión anterior, para hacer especial énfasis en los temas abordados mediante el juego.</p>	<p>Materiales elaborados en las sesiones anteriores.</p>	5 minutos.
Mural saludable	<p>El facilitador dispondrá en las paredes, a manera de exposición cada uno de los tableros de la lotería organizados por temas (alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros), tal como fueron resueltos en la sesión anterior.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y cinta adhesiva.</p>	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>Junto a cada juego de tableros, el facilitador pegará un cartel (en total 4), de acuerdo con el tema de los tableros los cuales deben tener los siguientes títulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mi casa la alimentación es... • En mi casa el juego es... • En mi casa cuidar el cuerpo es... • En mi casa la familia es... <p>El facilitador pide y asiste a los niños para que, por grupos, pasen a revisar cada tablero y completen la frase de los carteles contando cómo se vive cada uno de los temas en su casa.</p> <p>Es importante que el facilitador indique que "cada niño o niña puede completar la frase en cada cartel, para esto pueden usar marcadores y o temperas, y pueden dibujar o escribir; lo importante es plasmar su experiencia en casa con respecto a cada tema (alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros, para ser saludables)".</p> <p>Así mismo, es relevante que el facilitador anime a los asistentes para participar y esté atento a las respuestas de los niños y niñas, para al finalizar hacer una breve reflexión en torno a estas respuestas; haciendo énfasis en el potencial que cada familia tiene para ser saludable.</p>	<p>pliegos de cartulina o papel periódico.</p>	
Mi deseo es...	<p>A partir del ejercicio anterior y retomando las reflexiones realizadas en las sesiones anteriores, el facilitador entrega a cada uno de los asistentes un formato para formular un deseo, el cual se plantea durante la sesión, y un compromiso, para construir en casa con la familia.</p>	<p>Lotería- Formato "Trabajando con mi familia" (Ver Apéndice 2.4) Esferos y/o</p>	<p>20 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
La misión posible	<p>Para este ejercicio el facilitador indicará lápices, "Como hemos visto, hay varias cosas que podemos hacer para ser saludables; ahora vamos a proponernos como ser más saludables y para eso vamos a escribir en el formato nuestro deseo, qué queremos lograr en alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros, para ser saludables. Pero solo vamos a trabajar ahora el deseo, lo cada uno quiere".</p> <p>Es importante que el facilitador esté atento a cualquier comentario de los niños y niñas, así como para que solo diligencien el espacio para formular el "deseo" y dejen libre el espacio del "compromiso".</p> <p>Paralelamente, el facilitador invitará a los niños y niñas para que al respaldo de la hoja dibujen algo de su gusto, de preferencia, un dibujo que represente los deseos que formularon, cómo quieren ser.</p>		
	<p>Para finalizar, el facilitador indicará a los asistentes "¡Tenemos una misión! Cada uno se llevará esta hoja para su casa para completar el espacio que hace falta.</p> <p>La misión es compartir con cada una de nuestras familias lo que hemos trabajado durante el taller y con su ayuda, formular un compromiso para lograr los deseos que cada uno formulo; es decir, con la familia cada uno revisará cómo puede lograr los deseos que se propuso, qué debe hacer, cómo ayudará la familia".</p> <p>Para esto, es deseable que el facilitador promueva que los niños y niñas guarden bien el formato y animarlos para compartirlo con su familia; así como para conservarlo en un lugar visible de la casa después de diligenciar los compromisos, de tal forma que se constituya en un recordatorio y una</p>		10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	motivación para toda la familia.		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Objetivo Específico de la Sesión: Realizar un seguimiento a desarrollo de los compromisos formulados por los niños y niñas.

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que participen tanto niños y niñas, como sus familiares, para revisar los avances en los deseos y compromisos formulados por los niños. Esta sesión puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que las familias y los niños estén enterados y puedan procurar reservar el tiempo requerido, así como salvaguardar el formato “trabajando con mi familia” para usarlo durante esta sesión (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Sesión 4 (Opcional): Coloreando mi Vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador hará un breve resumen del trabajo realizado con los niños y niñas en el taller y, en lo posible, propiciará la interlocución de los niños para fortalecer este ejercicio.</p> <p>Es de utilidad que el facilitador cuente con los materiales elaborados (lotería, carteles) por los asistentes, para hacer especial énfasis en los temas abordados.</p>	Juego de Lotería resuelto Carteles diligenciados.	10 minutos.
¿Cómo nos fue?	<p>El facilitador pedirá a los asistentes que se organicen por familias.</p> <p>Cada familia tendrá un reto, con base</p>	<p>Lotería-Formato “Trabajando con mi familia” (Ver Apéndice 2.4)</p> <p>Hojas blancas</p>	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>en el formato “Trabajando con mi familia”, deberá planear una forma creativa (copla, mímica, comedia, teatro, poema, canción, entre otros) de contarle a los demás asistentes, en no más de 2 minutos, lo que ha sucedido con los deseos formulados y los compromisos pactados.</p>		
Así fue	<p>A continuación, el facilitador invitará a los asistentes a compartir su experiencia a través de la representación creada.</p> <p>Al finalizar las representaciones, el facilitador propiciará una reflexión en torno a la importancia de comprometerse en familia para fomentar hábitos saludables, así como de mantener, retomar o iniciar esos deseos y compromisos formulados por los niños y niñas y sus familias.</p>		15 minutos

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Promover hábitos y estilos de vida saludables es una de las prioridades del Ministerio de Salud*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Promover-habitos-y-estilos-de-vida.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Familia-y-comunidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/a-bc-alimentacion-saludable.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Política pública de familia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Familia.aspx>
- OPS-OMS (s.f). *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela*. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>

3.4. Descifrando lo Saludable

Esta intervención busca que la población adolescente reconozca en los estilos de vida saludables beneficios a corto, mediano y largo plazo; generando opciones viables para el cuidado de su salud a partir de la implementación de estos estilos de vida. Dadas las características particulares de la población a la que se orienta la intervención, es de suma importancia propiciar un ambiente agradable y centrado en la eficacia de practicar estilos de vida saludables en lugar del riesgo de no practicarlos; así como usar un estilo de comunicación empático y fomentar la participación activa.

Objetivo general: Fomentar en los adolescentes la autodeterminación para adquirir y/o fortalecer comportamientos saludables con base en el reconocimiento de los beneficios y consecuencias de los estilos de vida.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables.
- Favorecer la formulación de cambios autodeterminados en los estilos de vida de los participantes.

Dirigido a: Niños y niñas entre 10 y 14 años.

Participantes: Mínimo 8, máximo 32 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Juego EmparejaDos (Ver [Apéndice 2.5](#)), hojas blancas, cinta, colbón o pegastic, lápices o esferos, hojas blancas, pliegos de cartulina o papel periódico,

marcadores y/o temperas, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía, suficiente para atender a las particularidades de niños y niñas; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Descifrando lo Saludable

Sesión 1: Descifrando lo Saludable

Objetivo Específico de la Sesión: Promover en los asistentes la formación de expectativas con respecto a los estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reconozcan los estilos de vida saludables y construyan *expectativas* con respecto a los beneficios de tener estilos de vida saludables y las consecuencias de no tenerlos (Ver 15).

Tabla 15. Sesión 1: Descifrando lo Saludable

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre y explicando que el objetivo del taller es “propiciar el reconocimiento y evaluación de los estilos de vida saludable y como a través de ellos es posible disfrutar y cuidar de la vida”.</p> <p>Acto seguido, el facilitador debe indicar a los asistentes (niños y niñas) con qué periodicidad se verán y animarlos a participar activamente.</p> <p>Si se quiere, el facilitador puede</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>aprovechar este momento para usar una dinámica o juego de activación y/o presentación que motive a los asistentes para participar en la sesión.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes las "reglas del juego" que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>		
EmparejaDos	<p>Para iniciar el facilitador pide y orienta a los asistentes que se dividan en mínimo 4 y máximo 8 grupos.</p> <p>A cada grupo se le entregará un juego de 8 a 16 tarjetas (4-8 imágenes y 4-8 frases). Cada juego de tarjetas corresponde a un estilo de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco).</p> <p>El facilitador indicará a los jóvenes que "el juego entre los equipos consiste en unir o juntar la ficha de una imagen con la frase que le corresponde y cada grupo tiene máximo 15 minutos para hacerlo, cuando terminen deben gritar a coro 'emparejados', en ese momento me acercare para verificar que las parejas sean correctas".</p> <p>Es importante que el facilitador apoye y oriente constantemente a</p>	<p>EmparejaDos (Ver Apéndice 2.5) Hojas blancas cinta, colbón o pegastic, lápices o esferos.</p>	<p>35 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>los grupos para verificar que el emparejamiento sea correcto y se aclaren las dudas a las que haya lugar en el proceso.</p> <p>Cuando un grupo termine al verificar las parejas, en caso de existir errores, el facilitador debe señalar específicamente la o las parejas que no coinciden; más no debe indicar la respuesta correcta y debe orientar la revisión para que los asistentes reflexionen sobre el ejercicio y hagan los ajustes del caso.</p> <p>A medida que cada grupo termine el emparejamiento y se verifique que sea correcto, el facilitador registrará el orden en que terminan para sortear los retos la siguiente sesión y pedirá que peguen las tarjetas organizadas en una hoja blanca, marcada con sus nombres al respaldo.</p> <p>Para finalizar la sesión, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión, marcando las hojas con el orden en que cada grupo resolvió el emparejamiento. Acto seguido plantea una reflexión en torno a los estilos de vida que se abordaron en el juego (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco), definiéndolos con precisión y de forma breve.</p>		

Sesión 2: Descifrando lo Saludable

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes el reconocimiento de capacidades propias y las condiciones del contexto para practicar estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para tener estilos de vida saludables y reflexionen sobre las *normas subjetivas* que facilitan o dificultan la práctica de estos estilos (Ver Tabla 12).

Tabla 16. Sesión 2: Descifrando lo Saludable

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar los beneficios identificados de los estilos de vida abordados en el juego EmparejaDos.</p> <p>Es importante que el facilitador anime a los asistentes para participen activamente en este resumen y se prepare previamente para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir por parte de los asistentes en torno a los contenidos del juego con respecto a cada uno de los estilos de vida abordados en el juego.</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	10 minutos.
La verdad... y ise atreve!	<p>El facilitador solicitará y orientará a los asistentes para organizarse en los mismos grupos de trabajo de la sesión anterior. Acto seguido, a cada grupo se le entregan las tarjetas con EmparejaDos las que jugaron en la sesión anterior. (Ver Apéndice 2.5). Con los grupos conformados, de acuerdo al orden en que se entregaron las tarjetas emparejadas Lápidas o correctamente, el facilitador les da la opción de elegir una tarjeta nueva (Tarjeta de reto).</p>		20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>Después de entregar las tarjetas de reto, el facilitador debe indicar a los asistentes que “Vamos jugar ‘la verdad y se atreve’ con la información obtenida al aparear las tarjetas en la sesión anterior, cada grupo debe preparar el reto de la tarjeta nueva y compartirlo con el grupo, ahí está el reto”.</p> <p>El facilitador entregará hojas blancas y lápices o esferos a cada grupo para que preparen su reto e indicará el lapso de tiempo con que cuentan para prepararse (10 a 15 minutos).</p>		
El reto del estilo	<p>El facilitador animará a los asistentes para que presenten su reto y dará lugar a que se planteen comentarios para aclarar las dudas que puedan presentar los participantes.</p> <p>Para finalizar, el facilitador preguntará a los asistentes “con base en las representaciones que se presentaron ¿Cuáles son los recursos y barreras (capacidades, condiciones, apoyo social, entre otros) para tener estilos de vida saludables?; es decir para tener una alimentación saludable, practicar actividad física y evitar el consumo de alcohol y tabaco”.</p> <p>El facilitador divide el tablero o una cartelera en dos columnas, una para los recursos otra para las barreras.</p> <p>A continuación el facilitador dirige el proceso de reflexión grupal en torno al interrogante planteado y va consignando las ideas principales de los asistentes.</p> <p>Para cerrar el ejercicio, el facilitador</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.</p>	<p>15 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>hace una síntesis de las participaciones destacando los recursos y barreras señaladas por los asistentes, propiciando la formulación de alternativas para superar las barreras y el aprovechamiento de los recursos.</p> <p>A partir de las respuestas de los asistentes, el facilitador orientará una síntesis reflexiva sobre cómo los asistentes cuentan con recursos y alternativas para desarrollar hábitos saludables.</p>		

Sesión 3: Descifrando lo Saludable

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes la toma de decisiones en torno al establecimiento fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes formulen *decisiones* autónomas y *planes* para adquirir y/o fortalecer sus estilos de vida, específicamente en lo que se refiere a la alimentación, la actividad física, consumo de alcohol y tabaco (Ver Tabla 13).

Tabla 17. Sesión 3: Descifrando lo Saludable

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por destacar la importancia de cuidar de los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) para ser saludables.</p>	Materiales de las sesiones anteriores.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Hagamos un plan	El facilitador propondrá a los asistentes hacer un propósito para cada uno de los estilos de vida trabajados. El facilitador indicará que estos “propósitos deben representar sus decisiones; es decir, lo que quieren logran en cuanto a alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco para ser saludables”.		
	Los jóvenes se organizarán en subgrupos, pudiendo ser los mismos equipos del juego. Cada grupo creará un cartel, el cual debe contener un propósito o meta a lograr en torno a un estilo de vida particular (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) y proponiendo una forma de ser saludables en relación con el estilo de vida trabajado en el juego.	Pliegos de cartulina o papel periódico, marcadores o temperas, cinta.	20 minutos.
	Estos carteles deben usar frases e imágenes creativas y agradables, orientadas a fortalecer la confianza de las personas para cuidar del estilo de vida particular, mostrando los beneficios de este cuidado y dando pautas particulares para lograr mantenerse en un estilo de vida saludable.		
En sintonía	Al final se exhiben las carteleras, una en cada pared del salón o espacio de trabajo, y se pide a los estudiantes que pasen a verlas y pinten uno de sus dedos o su mano con tempera en aquellas	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera Proyector y computador (con parlantes) o TV y	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>carteleras que representen el estilo de vida que quieren llevar y el plan que tomarán como referencia para lograrlo.</p> <p>Para finalizar, el facilitador revisará los carteles y propiciará una reflexión en torno al interés manifestado por los participantes para tener estilos de vida saludables animando a los asistentes para que desarrollen los planes propuestos y entre ellos hagan seguimiento a estos planes.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 para dar cierre al taller y fortalecer la temática trabajada.</p>	<p>DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que participen los jóvenes que asistieron al taller, puedan revisar y compartir el desarrollo de sus planes de acción y/o construir redes entre pares para el mantenimiento de los estilos de vida saludables. Esta sesión (o sesiones) puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que los jóvenes estén al tanto y motivados para participar; e incluso, sea factible que el espacio para este encuentro sea formal.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/a-bc-alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Sé activo físicamente y siéntete bien*. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20\(cartillas\)/libro_fisica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20(cartillas)/libro_fisica.pdf)
- OPS-OMS (s.f). *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela*. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>

3.5. Hablando Joven

Esta intervención busca que la población joven reconozca en los estilos de vida saludables beneficios a corto, mediano y largo plazo; generando opciones viables para el cuidado de su salud a partir de la implementación de estos estilos de vida. De forma paralela, con esta intervención se pretende empoderar a la población joven para construir estrategias de comunicación en salud, de jóvenes para jóvenes, con las cuales sea factible informar y sensibilizar a otros jóvenes con respecto a las bondades de los estilos de vida saludables y motivar su práctica.

Objetivo general: Fomentar en los y las jóvenes actitudes favorables con respecto a la adopción de estilos de vida saludables.

Objetivos específicos:

- Identificar junto con los jóvenes los beneficios de los estilos de vida saludables y las posibilidades para desarrollarlos.
- Generar con la comunidad propuestas que permitan el fomento de estilos de vida saludables a partir de estrategias comunicativas.

Dirigido a: Jóvenes entre 15 y 28 años.

Participantes: Mínimo 10, máximo 35 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, bolsa, papeles de colores, tarjetas con temas, hojas blancas, esferos, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (ver [Apéndice 2.1](#)), fichas bibliográficas, lápices o esferos, cinta, hojas blancas, esferos o lápices, Diseños digitales (Virtual o impreso) (Ver [Apéndice 2.6](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía y tecnologías de la información, suficiente para atender a las particularidades de los y las jóvenes; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Hablando Joven

Sesión 1: Hablando Joven

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los jóvenes la identificación de los beneficios de los estilos de vida saludables, así como su capacidad para cambiar hábitos.

Las actividades planteadas para el logro del objetivo propuesto, propenden por que los asistentes reconozcan los principales estilos de vida saludables y construyan *expectativas* con respecto a los beneficios y consecuencias de practicarlos o no, respectivamente; así como en torno a las capacidades de las personas para tener estilos de vida saludables (*autoeficacia*), (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Sesión 1: Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre y explicando que el objetivo del taller es “propiciar el reconocimiento de los estilos de vida saludable y cómo a través de ellos es posible disfrutar y cuidar de la vida propia y la de otros, para lo cual vamos a crear una campaña comunicativa”.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 para fortalecer el tema de los hábitos saludables y motivar a los jóvenes para el desarrollo de una campaña comunicativa.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe plantear a los asistentes las “reglas del juego” que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional), (Ver Apéndice 2.1).</p>	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Hablemos...	<p>atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p> <p>El facilitador pedirá a los jóvenes que roten una bolsa y saquen de ella un papel.</p> <p>Entre tanto el facilitador indicará que “van a participar en un concurso y que deben reunirse por grupos del mismo color de acuerdo con el papel que sacaron”.</p> <p>Una vez organizados los grupos (mínimo 3, máximo 6 de acuerdo a la cantidad de asistentes), a cada uno se le entregará una tarjeta con un tema a desarrollar (consumo de alcohol, alimentación saludable, actividad física).</p> <p>Cada grupo deberá crear un eslogan (o lema) para promover un comportamiento saludable en cada tema, evidenciando los beneficios del estilo de vida saludable y la capacidad de los jóvenes para tener estilos de vida saludables.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, bolsa, papeles de colores, tarjetas con temas, hojas blancas, esferos.</p>	<p>20 minutos.</p>
La clave	<p>Cada grupo presentará su eslogan y el facilitador fomentará en el grupo que hagan comentarios para mejorar el eslogan teniendo como meta que sea muy claro en términos de los beneficios del estilo de vida saludable,</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.</p>	<p>15 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>que fomente la confianza de las personas para desarrollar tal estilo de vida y que sea agradable para otros jóvenes.</p> <p>Al finalizar el facilitador debe recoger el material elaborado pidiendo a los grupos que consignen sus nombres al respaldo de las hojas en las que elaboraron sus eslóganes.</p>		

Sesión 2: Hablando Joven

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar la reflexión en torno a la influencia de diversos medios de comunicación y fuentes de información en torno a la práctica de estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen sobre las *normas subjetivas* que facilitan o dificultan la práctica de estilos de vida saludables (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Sesión 2: Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar los beneficios identificados de los estilos de vida saludables, así como la capacidad de las personas para tener estilos de vida saludables.</p> <p>Es importante que el facilitador anime a los asistentes para participen activamente en este resumen y se prepare previamente para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir por parte de los</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	asistentes en torno a cada uno de los estilos de vida abordados previamente.		
	El facilitador solicitará y orientará a los asistentes para organizarse en los mismos grupos de trabajo de la sesión anterior.		
	A cada grupo se le entregan seis (6) fichas bibliográficas y el slogan previamente realizado.		
	El facilitador planteará dos preguntas "¿cuáles son los medios de comunicación que más utilizan los jóvenes? Y ¿en qué entornos los utilizan?".		
Aquí entre nos...	En las fichas bibliográficas los grupos consignarán sus respuestas (una respuesta por ficha).	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera,	15 minutos.
	Los asistentes deberán indicar 3 medios de comunicación específicos (por ejemplo: Facebook, whatsapp, carteleras, grafitis, entre otros), y 3 entornos particulares (Por ejemplo: Escuela/colegio, barrio, trabajo, entre otros), y las pegarán en una pared o en un tablero; a la izquierda los medios y la derecha los entornos.	3 lápices o esferos, cinta, fichas bibliográficas.	
	El facilitador fomentará la reflexión entre los jóvenes para que, con base en la información de las fichas, cada escojan los medios y entornos más importantes para los jóvenes.		
	Es importante que el facilitador oriente la reflexión y la selección de medios y entornos teniendo en cuenta los que más se repitan en las respuestas de		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>los grupos y cuestionando la accesibilidad de los jóvenes a esos medios y su vinculación a los entornos señalados.</p> <p>Al finalizar, el facilitador dejará en el tablero o en la pared, solo las fichas de los tres medios y entornos seleccionados como los más importantes.</p>		
Vamos a hablar	<p>Con base en la selección de medios y entornos, el facilitador indicará "cada grupo de trabajo va a proponer una campaña comunicativa para fomentar el estilo de vida para el que formulo el slogan.</p> <p>Este slogan será el emblema de su campaña y está se orientará a jóvenes en los medios y entornos que se seleccionaron como los más importantes".</p> <p>Los jóvenes pueden proponer todo tipo de piezas de acuerdo al medio y al entorno en el que se usarán. En este sentido, el facilitador debe recalcar que "lo importante de la campaña que propongan es que sea para jóvenes como ustedes, y que en esa medida, sea amigable, agradable y atractiva".</p> <p>Si cuenta con los recursos, el facilitador puede presentar e incluso entregar los jóvenes el paquete de Diseños Digitales, bien sea para dar una idea de lo que pueden crear, para que a partir de estas hagan ajustes o modificaciones, o bien para que las adopten e integren a la campaña que propondrán.</p> <p>En este punto es de suma relevancia</p>	<p>Hojas blancas esferos o lápices, Diseños digitales (Ver Apéndice 2.6).</p>	<p>20 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>que el facilitador indique que “se les facilitará el paquete de diseños digitales y a partir de ellas podrán trabajar para desarrollar su campaña, pueden modificarlas o crear otras nuevas, siempre y cuando esto sea adecuado para los medios y entornos que seleccionaron, y pueda hacerse con los recursos disponibles”.</p> <p>De acuerdo al avance de cada grupo, el facilitador deberá propiciar que continúen el planteamiento y diseño de su campaña en el lapso de tiempo que transcurrirá hasta la siguiente sesión (mínimo una semana) o propiciar la creación formal de espacios adicionales (sesiones adicionales de trabajo) para que los jóvenes puedan completar el diseño de su campaña.</p> <p>Es recomendable programar una sesión de trabajo adicional completamente dedicada a esta labor.</p>		

Sesión 3: Hablando Joven

Objetivo Específico de la Sesión: Promover en los jóvenes la toma de decisiones en favor de la práctica de estilos saludables dentro de su cotidianidad.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes tomen *decisiones* autónomas en favor de la práctica y el fomento de estilos de vida saludables; formulando *planes* para llevar a cabo estas decisiones (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Sesión 3: Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura		Materiales de las	5 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por destacar la importancia de tomar decisiones saludables y practicar estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) que permitan cuidar de la salud propia y de los otros.	sesiones anteriores.	
Dicen por ahí	<p>El facilitador propiciara y asistirá a los jóvenes para que cada grupo presente su estrategia comunicativa indicando claramente los medios y entornos para los que fue diseñada. Cada presentación no deberá superar los 3 minutos.</p> <p>El Facilitador fomentará en el grupo la valoración de cada una de ellas por parte de los asistentes. Para esto, en una cartelera o tablero ira consignando el slogan de cada una de las campañas, y al finalizar la presentación de cada una pedirá a los demás grupos que den una calificación de 0 a 5 (siendo 5 la calificación más alta).</p> <p>Al finalizar las presentaciones el facilitador sumará rápidamente las puntuaciones obtenidas y comentará con los jóvenes cuales son las campañas con mayor puntuación y fomentará la búsqueda de alternativas de mejoramiento para aquellas que no obtuvieron puntuaciones tan altas.</p>	<p><i>Materiales acordes a las campañas formuladas</i></p> <p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.</p>	20 minutos.
Hablemos	El facilitador pedirá a los jóvenes que decidan cual o cuales de las	Tablero y marcadores, papelógrafo o	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>campañas se usarán y en función de ello pedirá a los jóvenes que, según su interés particular, se agrupen en torno a dichas campañas, para hacer un plan.</p> <p>Una vez organizados los subgrupos, el facilitador indicará que “este plan debe pensarse primero a nivel individual, por lo que cada uno debe establecer un compromiso o meta de cambio para fortalecer o desarrollar ellos mismos un estilo de vida saludable; proyectar un plan para lograr ese cambio”. Para esto, los jóvenes contarán con 10 minutos y pueden apoyarse en sus compañeros y formular metas y/o planes conjuntos.</p> <p>Una vez formulados los compromisos y planes individuales, en los grupos, los jóvenes formularán el plan para desarrollar la campaña en función de la cual se agruparon.</p> <p>Para formular este plan pueden partir de los compromisos que ellos mismos formularon, lo importante es que el plan de cada campaña indique claramente las acciones puntuales a realizar, los responsables de cada una y tiempos o lapsos estimados.</p> <p>Es de suma importancia que el facilitador esté atento a la propuesta que cada grupo desarrolle para se adecuen a la realidad del contexto de los jóvenes y sea factible su desarrollo.</p> <p>Para finalizar, el facilitador motivará a los jóvenes para desarrollar tanto los planes individuales como los de</p>		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	las campañas, y los invitará para que fortalezcan los grupos de trabajo creados de tal suerte que se creen espacios con proyección futura para dar continuidad al trabajo realizado.		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Objetivo Específico de la Sesión: Realizar un seguimiento al desarrollo de los compromisos y campañas formuladas por los jóvenes.

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que los jóvenes que asistieron al taller puedan comentar y evaluar el desarrollo de sus planes de acción. Esta sesión puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que pueda crearse un espacio formal para realizarla y los jóvenes estén enterados y motivados para participar (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Sesión 4 (Opcional): Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador hará un breve resumen del trabajo realizado durante la intervención y, propiciará la interlocución de los jóvenes para fortalecer este ejercicio.	Tablero y papelógrafo, cartelera y/o proyector y computador.	10 minutos.
Lo que dijimos	Es de utilidad que el facilitador cuente con muestras o evidencias de las campañas seleccionadas en la sesión 3, para mostrarlas a los asistentes.	Tablero y marcadores,	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	que se organicen en los grupos de trabajo de las campañas.	papelógrafo o cartelera.	
	Cada grupo tendrá 5 minutos para comentar su experiencia en el desarrollo de las campañas.		
	Es importante que mientras los grupos realizan sus interlocuciones, el facilitador tome atenta nota de los aciertos y dificultades que reportan los jóvenes.		
Seguimos en contacto	Al finalizar las intervenciones, el facilitador propiciará una reflexión en torno a los logros obtenidos por los jóvenes y favorecerá la formulación de alternativas frente a las dificultades planteadas y/o en relación al aprovechamiento de los recursos (humanos y materiales) disponibles para dar continuidad al trabajo formulado y generar nuevos procesos.		15 minutos.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Sé activo físicamente y siéntete bien*. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20\(cartillas\)/libro_fisica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20(cartillas)/libro_fisica.pdf)

- OPS-OMS (s.f). *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela*. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>
- RedPapaz (s.f). ¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol en menores de 18 años?. Disponible en: <http://redpapaz.org/alcohol/index.php/que-es/por-que-es-un-problema-que-los-menores-de-18-anos-tomen-alcohol/item/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos>

3.6. Haciendo Camino

Esta intervención busca que los adultos jóvenes propendan por practicar estilos de vida saludables en busca de los beneficios a corto, mediano y largo plazo que estos representan, así como para evitar la predisposición al padecimiento de ECNT. Dadas las características particulares de la población a la que se orienta la intervención, es de suma importancia propiciar un ambiente agradable y centrado en la eficacia de practicar estilos de vida saludables; así como usar un estilo de comunicación empático y fomentar la participación activa.

Objetivo general: Fomentar en los jóvenes entre 18 y 24 años actitudes favorables con respecto a la moderación en el consumo de alcohol y la práctica de estilos de vida saludables en general.

Objetivos específicos:

- Reconocer las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo que tienen incidencia en la población colombiana.
- Identificar junto con los jóvenes los efectos del consumo de alcohol y posibles factores protectores para los estilos de vida saludable.
- Propiciar en los jóvenes la toma de decisiones a favor de la práctica de estilos de vida saludables.

Dirigido a: Jóvenes entre 18 y 24 años vinculados a espacios de educación superior y/o laboral.

Participantes: Mínimo 10, máximo 35 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Fichas bibliográficas, Esferos o lápices, Materiales para ambientación, Cámaras de video o celulares que permitan registro audiovisual (Opcional), Material ElParcheSaludable (Virtual o Impreso) (Ver [Apéndice 2.7](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía, suficiente para atender a las

particularidades de los y las jóvenes; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Haciendo Camino

Sesión 1: Haciendo Camino

Objetivo Específico de la Sesión: Reconocer las principales enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y posibles estilos de vida saludable que tienen incidencia en la población colombiana.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una expectativa favorable con respecto a los beneficios que pueden obtenerse al reflexionar sobre sus estilos de vida en relación a las enfermedades crónicas (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Sesión 1: Haciendo Camino

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre y el objetivo del taller: "Fomentar en los jóvenes actitudes favorables con respecto a la moderación en el consumo de alcohol y la práctica de estilos de vida saludables en general".</p> <p>Es importante considerar que el consumo de alcohol es muy común en la población colombiana y particularmente la franja de edad de 18 a 24 es considerada como la que presenta la mayor tasa de uso actual de alcohol, así como también es el grupo de edad en</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo, cartelera y/o proyector y computador.	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>el que se presenta el consumo perjudicial más alto.²⁷</p> <p>Acto seguido, el facilitador cede la palabra a los asistentes para que se presenten ante el grupo indicando su nombre, y demás datos de presentación pertinentes.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes los acuerdos de trabajo que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, compromiso de escucha activa, evitar interrupciones o el sonido de celulares, entre otras.</p>		
¿Cómo está tu parche?	<p>Para iniciar la reflexión el facilitador puede (si cuenta con los recursos necesarios) usar el Video Estrategia 4x4 como material de discusión. Una vez finalizado el video el facilitador puede abrir un espacio de reflexión grupal sobre las percepciones que los asistentes tienen sobre las enfermedades crónicas y los factores de riesgo mencionados en el video.</p> <p>Se pedirá a los asistentes que opinen sobre interrogantes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué saben sobre las enfermedades crónicas no 	<p>Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	<p>30 minutos.</p>

²⁷ Se recomienda al facilitador revisar información existente sobre el uso de alcohol en este grupo de edad a nivel nacional, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>transmisibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y los factores protectores con las enfermedades crónicas no transmisibles? • ¿Cómo creen que son los estilos de vida de sus contextos más cercanos? • ¿Cuál debería ser el rol que los jóvenes deberían asumir frente a los estilos de vida? • <p>Al finalizar la socialización, el facilitador resumirá las respuestas de los asistentes con el fin de evidenciar los principales aspectos mencionados por los jóvenes.</p> <p>En este particular es importante que el facilitador señale que en cada etapa de la vida se dan diferentes comportamientos que afectan la salud, y particularmente en la juventud se sientan las bases para consolidar los hábitos que se asumirán para el resto de la vida, por lo que es una etapa propicia para tomar decisiones saludables, pertinentes para esta población y que puedan fortalecer la esencia creativa, curiosa, contestataria y divertida que caracteriza a los jóvenes.</p>		

Sesión 2: Haciendo Camino

Objetivo Especifico de la Sesión: Fomentar en los asistentes el reconocimiento de mitos, creencias y realidades en relación a los estilos de

vida saludable y en particular sobre consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una expectativa de autoeficacia en relación con su capacidad para reconocer comportamientos saludables y evidenciar dificultades y posibilidades para avanzar hacia estilos de vida saludables acordes a su edad (Ver Tabla 23).

Tabla 23. Sesión 2: Haciendo Camino

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por rescatar las reflexiones realizadas en esa actividad.	Materiales elaborados en la sesión 1.	5 minutos.
Andan diciendo por ahí...	<p>En un tablero o pliego de papel se hace una división en dos secciones, tituladas: “Andan diciendo...” y “La verdad es que...”.</p> <p>Se invita a los jóvenes que ubiquen en el tablero tarjetas indicando frases que suelen escucharse con respecto a los estilos de vida saludables en la columna Andan diciendo... (Por ejemplo: fumar, adelgaza, las matas son para las vacas, si no toma es nena, entre otras) y en la columna La verdad es que... se buscará aclarar la realidad sobre esas ideas mencionadas en la anterior columna, a partir de lo que los asistentes conocen y de la información que el facilitador pueda preparar al respecto de estos temas.</p> <p>Si es posible para esta actividad se buscará invitar a un profesional en salud que pueda ayudar a profundizar y aclarar algunas de las</p>	Tablero y papelógrafo y/o cartelera, fichas bibliográficas, esferos o lápices.	30 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	reflexiones que se realicen.		
	Es importante que el facilitador oriente las reflexiones para evidenciar con los asistentes cuales podrían ser los beneficios más importantes frente a los estilos de vida saludable, es decir pensar en aspectos como la posibilidad de evitar a futuro padecer algún tipo de enfermedad, poder tener un buen estado físico, compartir saludablemente la vida con la familia y los amigos, entre otros.		
Dicen y dicen	<p>Al finalizar el ejercicio, se propicia la discusión en el grupo en torno a la capacidad que tiene cada persona para tener estilos de vida saludables.</p> <p>Para esto se plantea al grupo el interrogante "¿De qué depende nuestro estilo de vida?".</p> <p>El facilitador explicará la actividad que se desarrollará en la siguiente sesión.</p> <p>Y se mencionará que para la siguiente sesión se les entregará a todos un material que se llama <i>El Parche Saludable</i> con el cual todos pensarán en un mensaje central de este material para representarlo a manera de comercial de televisión de 2 minutos.</p> <p>Se discutirá con el grupo si les parece conveniente que los resultados de esta actividad sean socializados en sus redes sociales, y a partir de esto se debe preparar los materiales necesarios para la</p>		10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	adecuada filmación de las representaciones. Todo desde las posibilidades y recursos a los cuales se tengan acceso.		

Sesión 3: Haciendo Camino

Objetivo Específico de la Sesión: Favorecer la toma de decisiones para el desarrollo o mantenimiento de estilos de vida saludable, enfatizando en la moderación del consumo de alcohol.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen y propongan posibles formas en las que sea posible avanzar en comportamientos saludables acordes a sus edades, específicamente en los relacionado con los estilos de vida saludable y el consumo de alcohol (Ver Tabla 24).

Tabla 24. Sesión 3: Haciendo Camino

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las sesiones anteriores y enfatizará en la importancia y de reconocer comportamientos saludables y evidenciar dificultades y posibilidades para avanzar hacia ellos, acordes a su edad.	Materiales elaborados anteriormente.	5 minutos.
2 minutos de fama	Se forman 4 grupos, cada uno de los cuales preparará en una cartelera de TV sobre el contenido de uno de los temas del material digital entregado a <i>EIParcheSaludable</i> , para luego presentarla al grupo en un máximo de 2 minutos.	Tablero y marcadores, papelógrafo y/o comercial de TV sobre el contenido de uno de los temas del material digital entregado a <i>EIParcheSaludable</i> , para luego presentarla al grupo en un máximo de 2 minutos.	40 minutos.
	El facilitador puede llevar	Materiales para ambientación Cámaras de video o celulares que permitan registro audiovisual (Opcional)	

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>diferentes materiales para que los asistentes puedan utilizarlos como recursos para representar su comercial; materiales como disfraces, máscaras, gafas, pelucas, entre otros.</p> <p>Cada grupo presentará su comercial y alguno de los asistentes o el facilitador filmarán la representación realizada por cada uno de los grupos, con celulares, cámaras o dispositivos a los cuales se tengan acceso.</p> <p>Una vez se realicen las cuatro representaciones el facilitador abrirá la discusión sobre los representaciones y los aspectos centrales evidenciados por cada grupo.</p> <p>De la misma forma el facilitador podrá utilizar el material <i>El Parche Saludable</i>, para resaltar aquellos aspectos que los asistentes han venido evidenciando desde la primera sesión.</p> <p>Nuevamente es importante buscar la posibilidad de contar con el apoyo de profesionales en estos temas de tal forma que se puedan tener discusiones con un mayor rigor científico.</p>	Material digital <i>El Parche Saludable</i> (Ver Apéndice 2.7).	
Hacia el estrellato	El grupo debe definir si quiere publicar este material en sus redes sociales, tales como Facebook, YouTube, Blogs personales, en sitios web o carteleros en los cuales la		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>institución o los grupos de trabajo tengan acceso.</p> <p>Se les propone q elaborar un texto sencillo de no más de media página, en el cual sea posible entender cuál es el mensaje central que se quiere dar con el video realizado.</p> <p>De la misma forma el grupo podrá definir si este material se puede articular con otros procesos o campañas que ya se estén o se proyecten realizar por parte de la institución universitaria u otros actores que estén trabajando estos temas en el territorio.</p>		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que participen los jóvenes que asistieron al taller, puedan revisar y compartir el desarrollo de sus planes de acción y/o construir redes entre pares para el mantenimiento de los estilos de vida saludables. Esta sesión (o sesiones) puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que los jóvenes estén al tanto y motivados para participar; e incluso, sea factible que el espacio para este encuentro sea formal.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/a-bc-alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Sé activo físicamente y siéntete bien*. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20\(cartillas\)/libro_fisica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20(cartillas)/libro_fisica.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección social. (2010). *Caja de herramientas de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/caja-herramientas-5-reduccion-psicoactivas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social. (s.f). *Aliméntate bien*. Disponible en: <http://www.generacionmas.gov.co/VidaSana/pages/Alimentate-bien.aspx>
- RedPapaz (s.f). ¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol en menores de 18 años?. Disponible en: <http://redpapaz.org/alcohol/index.php/ques/por-que-es-un-problema-que-los-menores-de-18-anos-tomen-alcohol/item/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos>

3.7. Mujeres de Colores

Esta intervención busca que las mujeres jóvenes asuman un papel activo en el cuidado de su salud a través de la práctica de ejercicios de auto-observación y/o auto-monitoreo, que propicien la formulación de metas para el autocuidado a través de la adopción de estilos de vida saludables.

Objetivo general: Fomentar en las mujeres la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el autocuidado femenino.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables y su impacto en la salud de la mujer.
- Favorecer la formulación de compromisos para practicar estilos de vida saludables y cuidar de la salud.

Dirigido a: Mujeres jóvenes entre 12 y 18 años.

Participantes: Mínimo 1, máximo 35 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Papeles de colores, Esferos o lápices, Cinta, Cartulina o papel periódico, Marcadores, Calendario del cuidado (Ver [Apéndice 2.8](#)), Hojas blancas, Materiales diversos (Papel de colores, Cinta, colbón o pegastic, Cosedora, Hilo o lana y Aguja, Colores, lápices y/o marcadores, Cartulina y/o cartón paja, Tijeras y/o bisturí, Escarcha, Temperas).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en salud, específicamente relacionada con la salud en la mujer y ciclo menstrual; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Mujeres de Colores

Sesión 1: Mujeres de Colores

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en las asistentes el reconocimiento de los estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que las asistentes construyan *expectativas* favorables con respecto a los beneficios de los estilos de vida saludables (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Sesión 1: Mujeres de Colores

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es "fomentar la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el cuidado de la salud, específicamente hablaremos de alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco".	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 para fortalecer el tema de los estilos de vida saludables.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe plantear a las asistentes las "reglas del juego" que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>		
Que si...que no.	<p>A cada asistente se le entregan trozos de papel de dos colores (rojo y verde).</p> <p>Cada una deberá analizar rápidamente los efectos de los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) en la salud de la mujer y en los papeles de colores consignar los beneficios (en los papeles verdes) y las consecuencias (en los papeles rojos) de dichos comportamientos.</p> <p>El facilitador pedirá a las asistentes que peguen en un tablero o en la pared sus respuestas, a la izquierda los papeles rojos y a la derecha los papeles verdes.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, papeles de colores, esferos o lápices, cinta.</p>	25 minutos.
iLo que es,		Tablero y	10

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
es!	A partir de la lectura de los marcadores, respuestas dadas por las asistentes, el facilitador o la cartelera. fomentará la reflexión en torno a lo que se supone que hace una mujer para cuidarse y lo que se supone que no debería hacer, propiciando entre las asistentes compartir experiencias y vivencias particulares.		minutos.

Sesión 2: Mujeres de Colores

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar expectativas favorables para el cuidado de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas buscan que las asistentes reconozcan sus capacidades para tener estilos de vida saludables y analicen los recursos y barreras para tener este tipo de hábitos (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Sesión 2: Mujeres de Colores

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a las asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar los beneficios identificados en los estilos de vida saludables y cómo las mujeres pueden ser más vulnerables al impacto de estilos de vida poco saludables, destacando la posibilidad del cuidado como un camino para procurar la salud.</p> <p>Es importante que el facilitador anime a los asistentes para participen activamente en este resumen y se prepare previamente</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir por parte de los asistentes en torno a cada uno de los estilos de vida abordados previamente.		
	El facilitador solicitará y orientará a las asistentes para organizarse en tres grupos de trabajo.		
	El primer grupo será el equipo <i>defensor</i> y elaborará un cartel con el ánimo de defender la practica estilos de vida saludables y convencer a otras mujeres para tenerlos, el segundo grupo será el equipo <i>acusador</i> y creará un cartel para evitar la práctica de estilos de vida saludable mostrando los beneficios de no hacerlo y las dificultades de hacerlo; el tercer grupo será el <i>jurado</i> , este grupo se preparará, con apoyo del facilitador, para calificar los alegatos de cada una de las partes y emitir un veredicto.	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, lápices o esferos, cartulina o papel periódico, marcadores y cinta.	35 minutos.
El juicio	El facilitador indicará que “el equipo defensor y el equipo acusador deben preparar muy bien sus intervenciones, señalando tanto las capacidades de las mujeres para tener o no estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco), así como los recursos o barreras que existen para esta práctica; mientras tanto el jurado debe prepararse para discutir y calificar los argumentos de ambas partes”.		
	Pasados 10 minutos, el facilitador pedirá que los grupos se organicen		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>para un juicio, así que la parte acusadora y la parte defensora se ubicaran a costados contrarios del salón y el jurado se ubicará en el centro.</p> <p>Acto seguido, lanzará una moneda para determinar si empieza la parte defensora o la acusadora, e inmediatamente les cede la palabra con un límite de 3 minutos para exhibir su cartel y hacer su intervención.</p> <p>Terminadas las intervenciones de las partes acusadora y defensora se pegan los carteles elaborados en una pared o tablero tras el jurado y se dé a este grupo 3 minutos para hacer comentarios o preguntas a las partes y luego tendrá 2 minutos para deliberar.</p> <p>Al finalizar, el facilitador pedirá al jurado que emita su veredicto y orientará una reflexión en torno a la importancia de tener estilos de vida saludables y al reconocimiento de que a pesar de las dificultades o barreras que estos puedan representar, existe en cada mujer la capacidad y los recursos para cuidar de su salud.</p>		

Sesión 3: Mujeres de Colores

Objetivo Específico de la Sesión: Favorecer la toma de decisiones para el desarrollo o mantenimiento de estilos de vida saludable.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que las asistentes tomen *decisiones* autónomas en favor de la práctica y el fomento de

estilos de vida saludables; formulando *planes* para llevar a cabo estas decisiones (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Sesión 3: Mujeres de Colores

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a las asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por el reconocimiento de las particularidades femeninas, destacando la importancia de tomar decisiones saludables y practicar estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) que permitan cuidar de la salud.	Materiales de las sesiones anteriores.	5 minutos.
	Destacando el ciclo menstrual como una característica propia de la mujer y una experiencia única de cada mujer, el facilitador invita a las asistentes a formularse un compromiso de cuidado de su salud.	Tablero marcadores, papelógrafo o cartelera, Calendario del cuidado (Ver Apéndice 2.8).	y 25 minutos.
Me pinto a mi misma	A cada asistente se le entrega una copia del calendario (también es posible entregar hojas blancas y orientar a las asistentes para que en ellas creen su propio calendario siguiendo el modelo ya establecido).	Materiales diversos.	
	Acto seguido el facilitador presentará de forma general el contenido del calendario y explicará a las asistentes cómo se utiliza.		
	Para esto leerá y aclarará cualquier duda con respecto a las instrucciones del calendario (Sección “crea tu calendario”).		
	Inmediatamente invita a las asistentes para que construyan su		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>calendario, y para esto indica: “Este calendario es de cada una de ustedes, así que cada una creará la caratula de su calendario y en esa caratula consignarán de forma gráfica o escrita –como más les guste– sus compromisos saludables, lo que quieren hacer para cuidarse a sí mismas. Adicionalmente, de acuerdo con sus compromisos, pueden crear convenciones adicionales a las que tiene el calendario para registrar sus estilos de vida mes a mes y así guardar un control de sus vivencias, sus logros y aprendizajes”.</p> <p>Es importante que mientras las jóvenes realizan esta labor, el facilitador las anime a continuar y refuerce sus avances.</p>		
	<p>Para finalizar, el facilitador motivará a las jóvenes a compartir las caratulas de sus calendarios y a conservar este material como recordatorio de sus compromisos y mecanismo para registrar sus progresos.</p>	<p>Tablero marcadores, papelógrafo o cartelera, hojas blancas, esferos o lápices.</p>	<p>y 15 minutos.</p>
Píntate	<p>Es importante que el facilitador invite a las asistentes para que mes a mes, con ocasión del control su ciclo menstrual, decoren cada hoja del calendario a su gusto y registren los avances en sus compromisos, así como nuevas metas o propósitos para cuidar de sí mismas.</p>		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que las jóvenes que asistieron al taller puedan comentar y evaluar el desarrollo de sus compromisos.

Esta sesión (o sesiones) puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención con una periodicidad máxima de una sesión por mes, sin que la misma supere los 60 minutos de duración.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las jóvenes las habilidades para adquirir o fortalecer la práctica de estilos de vida saludables y realizar un autoseguimiento de sus hábitos.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Allen, N.E., Beral, V., Casabonne, D., et al. (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*; 101(5):296-305.
- Anderson, P., Gual, A., & Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS.
- Gray, M. (2010). *Momentos óptimos de la mujer*. Madrid: Gaia Ediciones
- Ministerio de Salud y Protección social. (2010). *Caja de herramientas de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/caja-herramientas-5-reduccion-psicoactivas.pdf>
- Nissim, R. (1985). *Manual de ginecología natural para mujeres*. Barcelona: Ediciones Icaria.
- Northrup, C. (1994). *Cuerpo de mujer sabiduría de mujer*. Barcelona: Ediciones Urano.

3.8. Queriendo ser...

Esta intervención busca que las mujeres antes y durante el embarazo, así como sus parejas y/o familias, reconozcan en el consumo de alcohol un factor de riesgo para el embarazo y, consecuentemente, asuman un papel activo en la prevención del síndrome de alcoholismo fetal y el cuidado de la salud familiar a través de la práctica de ejercicios de seguimiento que propicien la adopción y el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Objetivo general: Fomentar en los asistentes la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el desarrollo de embarazos saludables.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables y su impacto en la salud durante el embarazo.
- Favorecer la formulación de compromisos para practicar estilos de vida saludables y cuidar de la salud propia y del bebé.

Dirigido a: Mujeres (y sus parejas y/o familias) en proceso de embarazo.

Participantes: Mínimo 2 (una mujer en embarazo y su pareja o un acompañante), máximo 20 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 60 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Hojas blancas, Esferos o lápices, Cartulina o papel periódico, Marcadores, Cinta, Guía de Álbum-Diario (impreso o virtual) (Ver [Apéndice 2.9](#)), materiales diversos (Papel de colores, cinta, colbón o pegastic, cosedora, hilo o lana y aguja, colores, lápices y/o marcadores, cartulina y/o cartón paja, tijeras y/o bisturí, escarcha, temperas).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con formación en salud, específicamente relacionada con la salud en la mujer y embarazo; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Queriendo ser...

Sesión 1: Queriendo ser...

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar el reconocimiento del impacto de los estilos de vida en el embarazo.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa* favorable con respecto al desarrollo de estilos de vida saludables antes, durante y después del embarazo (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Sesión 1: Queriendo ser...

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “fomentar la adquisición y práctica de estilos de vida saludables en pro del desarrollo de una sana gestación”.</p>		
	<p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Vídeo Estrategia 4x4 para fortalecer el tema de los estilos de vida saludables.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe plantear a las asistentes las “reglas del juego” que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Vídeo Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	10 minutos.
Adivina, adivinador	<p>Se entrega a cada asistente un trozo de papel y el facilitador indica que “en total secreto, cada uno debe escribir en el papel un estilo de vida y un beneficio o consecuencia de ese estilo de vida antes, durante o después el embarazo, evitando que sean muy conocidos para que no se repitan”.</p>	Hojas blancas, esferos o lápices	35 minutos.
	El facilitador recoge los papeles		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>en una bolsa. Acto seguido, los asistentes se dividirán en mínimo 2 y máximo 4 equipos.</p> <p>Cada equipo tendrá un turno, para que uno de sus miembros tome un papel y deberá pasar a representar o dibujar el estilo de vida y el beneficio o consecuencia que indica el papel, sin poder decir palabra alguna.</p> <p>Si se quiere, puede limitarse la realización de las representaciones a las parejas o acompañantes de las embarazadas, esto puede hacer más divertido el juego.</p> <p>El equipo al que pertenezca la persona que haga la representación será el que tenga la primera oportunidad de adivinarlo, y sumar así un punto para su equipo.</p> <p>Estos puntajes serán registrados por el facilitador durante el juego, para al final reportar al equipo ganador.</p> <p>Es de suma relevancia que el facilitador registre los estilos de vida que se mencionen durante el ejercicio y este preste a aclarar cualquier duda que se presente durante el juego con respecto a los estilos de vida que aparezca en el juego; así como para clarificar cualquier mito que se haga manifiesto durante el ejercicio; teniendo siempre en cuenta el contexto</p>		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	y las particularidades del grupo de asistentes.		
¿Cómo es?	Al finalizar el juego, el facilitador propiciará una reflexión en torno a la importancia de cuidar de los estilos de vida para el desarrollo de un embarazo saludable, tomando como base las menciones que se realizaron durante el ejercicio y llamando la atención hacia la alimentación, la actividad física, consumo de tabaco y de alcohol; haciendo especial énfasis en las consecuencias del consumo de alcohol y explicando lo que es el síndrome de alcoholismo fetal.	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	15 minutos.

Sesión 2: Queriendo ser...

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes el reconocimiento de capacidades propias y las condiciones del contexto para practicar estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para tener estilos de vida saludables y reflexionen sobre las *normas subjetivas* que facilitan o dificultan la práctica de estos estilos en pro del desarrollo de un embarazo saludable (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Sesión 2: Queriendo ser...

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura			10

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior e invitará a los asistentes a participar activamente en la sesión.		minutos.
	El facilitador solicita y asiste a los participantes para que se organicen en 7 grupos.		
	A cada grupo se le entrega una sección de contenido de la guía "Queriendo ser Mamá" (Preconcepción, embarazo, primer trimestre, segundo trimestre, preparando la llegada del bebé, tercer trimestre, parto, posparto).		
Pensando como madres y padres saludables	<p>Cada grupo revisará la sección correspondiente y construirá un cartel para darlo a conocer a los demás asistentes.</p> <p>Es esencial que el facilitador indique a los asistentes que "la idea del cartel es resumir para los demás participantes la información revisada y compartir con ellos las recomendaciones allí consignadas para el antes, el durante y el después del embarazo".</p> <p>Es importante que durante la revisión del material y la elaboración del cartel, el facilitador este presto a aclarar cualquier duda o atender cualquier comentario que planteen los asistentes.</p> <p>Una vez los grupos elaboren su cartel, el facilitador invitará a cada grupo a pegar su cartel en una</p>	<p>Tablero y marcadores, cartulina o papel periódico, marcadores, cinta, Guía de Álbum-Diario (impreso o virtual) (Ver Apéndice 2.9).</p>	30 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	pared del salón y comentar los demás asistentes su contenido en no más de 2 minutos.		
iSi se puede!	<p>Una vez cada grupo presente su cartel, el facilitador propiciará la discusión en torno a los estilos de vida saludables para el embarazo; e invitará a los asistentes a señalar -desde sus realidades- los recursos y/o barreras (individuales, sociales o ambientales) para desarrollar hábitos saludables antes, el durante y el después del embarazo.</p> <p>Con base en las participaciones de los asistentes, el facilitador propondrá una conclusión haciendo énfasis en las capacidades de los participantes para modificar sus estilos de vida y cuidar de su salud y la del bebé.</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	20 minutos.

Sesión 3: Queriendo ser...

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar la toma de decisiones para el autocuidado durante el embarazo, haciendo especial énfasis en la abstinencia del consumo de alcohol.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes tomen una *decisión* autónoma en torno al autocuidado y formulen *planes* para poner en marcha esta decisión (Ver Tabla 30).

Tabla 30. Sesión 3: Queriendo ser...

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las	Materiales elaborados anteriormente.	10 minutos

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>sesiones anteriores y enfatizará en la importancia y la posibilidad real de tener estilos de vida para un embarazo saludable.</p> <p>El facilitador invita a los asistentes para que por parejas (madre y pareja o acompañante) construyan un álbum-diario para el embarazo.</p> <p>A cada pareja se le entrega una copia de los formatos de registro de la Guía “Queriendo ser Mamá” (también es posible entregar hojas blancas y orientar a los asistentes para que en ellas creen su propio álbum-diario siguiendo el modelo establecido en la guía).</p> <p>El facilitador presentará de forma general el contenido de los formatos (básicamente debe indicar que los formatos están pensados para registrar de forma visual y escrita el antes, el durante y el después del embarazo) e invita a los asistentes para que, en parejas, construyan su álbum-diario, para esto indica: “Este álbum-diario es más que un medio para atesorar esta etapa, es un mecanismo para que se propongan cambios para mejorar sus estilos de vida y así cuidar de su salud y la de su bebé, por eso, cada pareja construirá la caratula de su álbum-diario y decorará las hojas a su gusto. Hoy nos concentraremos en la caratula y la primera hoja, más adelante ustedes podrán continuar este trabajo y seguir decorando las hojas a medida que vivencien cada etapa”.</p> <p>Acto seguido, insta a los asistentes a</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Guía de Álbum-Diario: Formatos de registro (Ver Apéndice 2.9).</p> <p>Materiales Diversos.</p>	30 minutos.

¡Siempre listos!

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>construir su álbum-diario y mientras ellos desarrollan esta labor, el facilitador debe estar atento y presto a colaborar, a reconocer sus avances y a animarlos para continuar.</p>		
El dueto maravilla	<p>Retomando los carteles elaborados en la sesión anterior (dispuestos en una pared para que los asistentes puedan consultarlos), el facilitador resume las principales recomendaciones para el embarazo con respecto a los estilos de vida e invita a los asistentes a seleccionar los hábitos o comportamientos que quieren cambiar y diligenciar el “plan para el embarazo saludable” (primera hoja del álbum-diario). Debe resaltarse que: “este compromiso, es tanto para la madre como para su pareja o acompañante y la familia en general; y sin importar en qué etapa del embarazo o de la vida se encuentren, practicar estilos de vida saludables será beneficioso”.</p> <p>Una vez los asistentes tengan su plan, se les pedirá que quienes lo deseen lo socialicen con el grupo, mostrando su álbum-diario, y se pedirá a los demás asistentes propongan estrategias para complementar o apoyar ese plan, a través de redes de apoyo, servicios de salud, entre otros.</p> <p>Para finalizar, el facilitador reflexiona sobre la importancia de llevar a cabo los compromisos propuestos por cada pareja (madre y pareja o acompañante) y se motivará a los asistentes para que continúen con la construcción el álbum-diario.</p>	<p>Materiales de la sesión anterior, cinta, esferos y/o lápices.</p>	<p>20 minutos.</p>

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que los participantes que asistieron al taller puedan complementar el análisis de cada una de las etapas del embarazo, así como comentar y evaluar el desarrollo de sus compromisos. Esta sesión (o sesiones) puede realizarse desde la preconcepción y a lo largo del periodo de embarazo (incluyendo el periodo de dieta si los participantes están en disposición de recibir este acompañamiento durante ese periodo); con una frecuencia máxima de una sesión por mes, sin que la misma supere los 60 minutos de duración.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las asistentes las habilidades para establecer o fortalecer la práctica de estilos de vida saludables y realizar el registro de sus hábitos antes, durante y después del embarazo.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Alonso Esteban, Y. (2011). *Síndrome Alcohólico Fetal y Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal: Nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales socio-sanitarios*. Disponible en: http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/21824/TRABAJO_INVESTIGACION.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Lactancia materna articulada a la estrategia "De Cero a Siempre" pide Minsalud*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Lactancia%20materna%20articulada%20a%20la%20estrategia%20de%20%E2%80%9CCero%20a%20siempre%E2%80%99D%20pide%20Minsalud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Ptes_Embarazo.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Protocolo de atención preconcepcional*. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolo-atenci%C3%B3n-preconcepcional.pdf>
- Pérez López, J. A. (2016). *Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria*. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=10022163&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=63&ty=24&accion=L&origen=zo

nadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=63v36n09a10022163pdf001.pdf

- Principado de Asturias (2013). *Prepararse para el embarazo. Guía de promoción del embarazo saludable*. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/PREPARARSE%20PARA%20EL%20EMBARAZO.pdf
- Secretaría de Salud (s.f). *Curso de preparación a la maternidad y paternidad*. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%203.%20%20CURSO%20PREPARACION%20A%20LA%20MATERNIDAD%20Y%20PATERNIDAD.pdf>

4. ORIENTACIONES PARA LA TERRITORIALIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS

Luego de reconocer el conjunto de herramientas propuestas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4, es importante tener en cuenta las características y contextos particulares de cada territorio en el cual se desarrollarán las mismas.

En este sentido, la participación social de las comunidades en los territorios es un elemento fundamental en la estructuración e implementación de las herramientas, puesto que involucrar a los diferentes actores de los territorios facilitará reconocer las dinámicas propias de la población, sus condiciones, potencialidades y limitaciones; de tal suerte que los procesos pedagógicos se puedan adecuar a las realidades del contexto.

Esta participación social deberá involucrar a las poblaciones que fueron priorizadas para el desarrollo de las herramientas: Niños y niñas, adolescentes y jóvenes, profesionales de la salud, mujeres y comunidad en general; pero cada territorio podrá evaluar la pertinencia de ampliar el alcance de dichas herramientas a otros grupos poblacionales.

El reconocer la capacidad de las comunidades para emprender acciones de autogestión y cogestión de los procesos de salud es fundamental para poder avanzar en acciones que afecten de forma positiva su calidad de vida; para ello, es importante que dichas comunidades tengan la información, formación y orientación, que les permitan participar de forma activa en la adecuación y uso de las herramientas, a partir de las particularidades de su contexto.

En concordancia con lo anterior, este apartado busca brindar unas orientaciones a los profesionales de la salud²⁸ de los territorios, para poder trabajar con representantes de sus comunidades, promoviendo espacios de participación social en salud para la adecuación de las herramientas de la Estrategia 4x4 a sus contextos particulares, cuyo contenido pueda adaptarse para generar una mayor apropiación y concientización sobre la importancia de mejorar los Estilos de Vida Saludable para la prevención de ECNT (Ver Figura 20).

²⁸ Si bien el actor inicial es el funcionario de salud, esto no implica que otros actores del territorio que tengan la experticia y motivación en los temas de trabajo de las intervenciones, y con acercamiento a las comunidades, puedan ser también los líderes para la adecuación de dichas intervenciones en los territorios. A esta persona se le llamará FACILITADOR y en el anexo 1 encontrará algunas consideraciones para el manejo asertivo con el grupo de trabajo.



Figura 20. Proceso de ajuste de las intervenciones

4.1. ¿Con quién puedo hacer grupo de trabajo?

Objetivo: Identificar y organizar las personas, líderes e instituciones claves, para conformar y/o fortalecer un equipo de trabajo en relación a la prevención del consumo de alcohol como factor de riesgo para las ECNT.

Cada territorio evaluará sus reales posibilidades y necesidades para conformar este equipo de trabajo, o fortalecerlo en aquellos territorios en los

cuales ya existe. En la medida que se conforme un grupo de actores que conozcan adecuadamente las poblaciones con las que se quiere trabajar las intervenciones, mayor será la posibilidad de acertar en sus objetivos.

De esta forma es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Análisis inicial de las herramientas y su pertinencia para el contexto del territorio. En esta acción se debe tener en cuenta que al seleccionar cualquiera de las herramientas se está priorizando también a las poblaciones correspondientes.
- Priorización y selección de actores que puedan aportar al ajuste de las herramientas. El criterio central para esta acción es elegir el equipo de trabajo a partir del conocimiento que estos tengan de la población, del tema, de su interés en estas problemáticas y sus posibilidades de contribuir en el desarrollo de las herramientas.

Para tener en cuenta: Esta acción se convierte en una selección inicial para definir las herramientas a implementar, puesto que el facilitador prioriza unas poblaciones a partir de dicha selección (Ver [Apéndice 3](#)). Sin embargo se recomienda, una vez el grupo de trabajo se consolide, revisar las decisiones iniciales y ver su pertinencia.

4.2. ¿Cómo puedo organizar el trabajo en equipo?

Objetivo: Organizar el proceso a desarrollar y convocar al equipo de trabajo definido, para el desarrollo y ajuste de las herramientas en cada territorio.

Cada territorio luego de identificar los principales actores que participan en el proceso, deberá tener en cuenta las condiciones mínimas para la organización del encuentro que permitan un trabajo efectivo en la adecuación e implementación de las herramientas. En la medida que las condiciones del espacio sean las adecuadas los participantes tendrán una mayor disposición y los resultados del trabajo serán los esperados.

De esta forma es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Fijar el tema y definir objetivos. Si bien el punto de partida es el consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT es conveniente reflexionar cuál sería la manera más sencilla, clara y atractiva de definir tanto el tema central como los objetivos a trabajar.

- Definir cuál es la motivación para que los actores identificados se vinculen a este proceso. Todos los actores involucrados deberán entender la relevancia del tema, lo que se traducirá en el compromiso con el que se abordarán las acciones.
- Preparar los aspectos logísticos y operativos para el adecuado desarrollo del encuentro. Como cualquier espacio de trabajo en grupo se requiere tener en cuenta algunos mínimos²⁹.
- Realizar la convocatoria. Las invitaciones deben aclarar el sentido de la convocatoria, y permitir conocer a los convocados las ideas generales de lo que se debatirá y trabajará en el encuentro (Ver [Apéndice 4](#)).

Para tener en cuenta: La toma de decisiones requiere tener cierta representatividad de cada uno de los grupos poblacionales priorizados.

Según las herramientas seleccionadas se debe atender a la logística del evento, los medios adecuados para su socialización: sonido, imagen, impresiones, espacios, entre otras.

4.3. ¿Qué ajustes necesitan las herramientas según el contexto del territorio?

Objetivo: Indagar y consolidar los ajustes de forma participativa de las herramientas, que permita posteriormente ser aplicadas de cara a la realidad de cada uno de sus contextos.

Cada territorio evaluará la pertinencia de adecuar las herramientas a partir del trabajo realizado participativamente (Ver Figura 21).

Es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Desarrollar participativamente el proceso de Adecuación de Herramientas, y en los casos en los cuales se realicen sistematizarlos en la Matriz Intervención (Ver [Apéndice 5](#)).
- Socializar y realizar los últimos ajustes que se consideren pertinentes de cada una de las herramientas frente a su contexto territorial.
- Consolidar en la Matriz Intervención los cambios (si es el caso en el territorio) propuestos con el grupo de trabajo.

²⁹ Revisar anexo 2 Gestión de encuentros en el Territorio.

- Se debe tener claridad que la adecuación de las herramientas tiene el fin de permitir el uso efectivo de las mismas, según las particularidades de cada territorio y contexto.

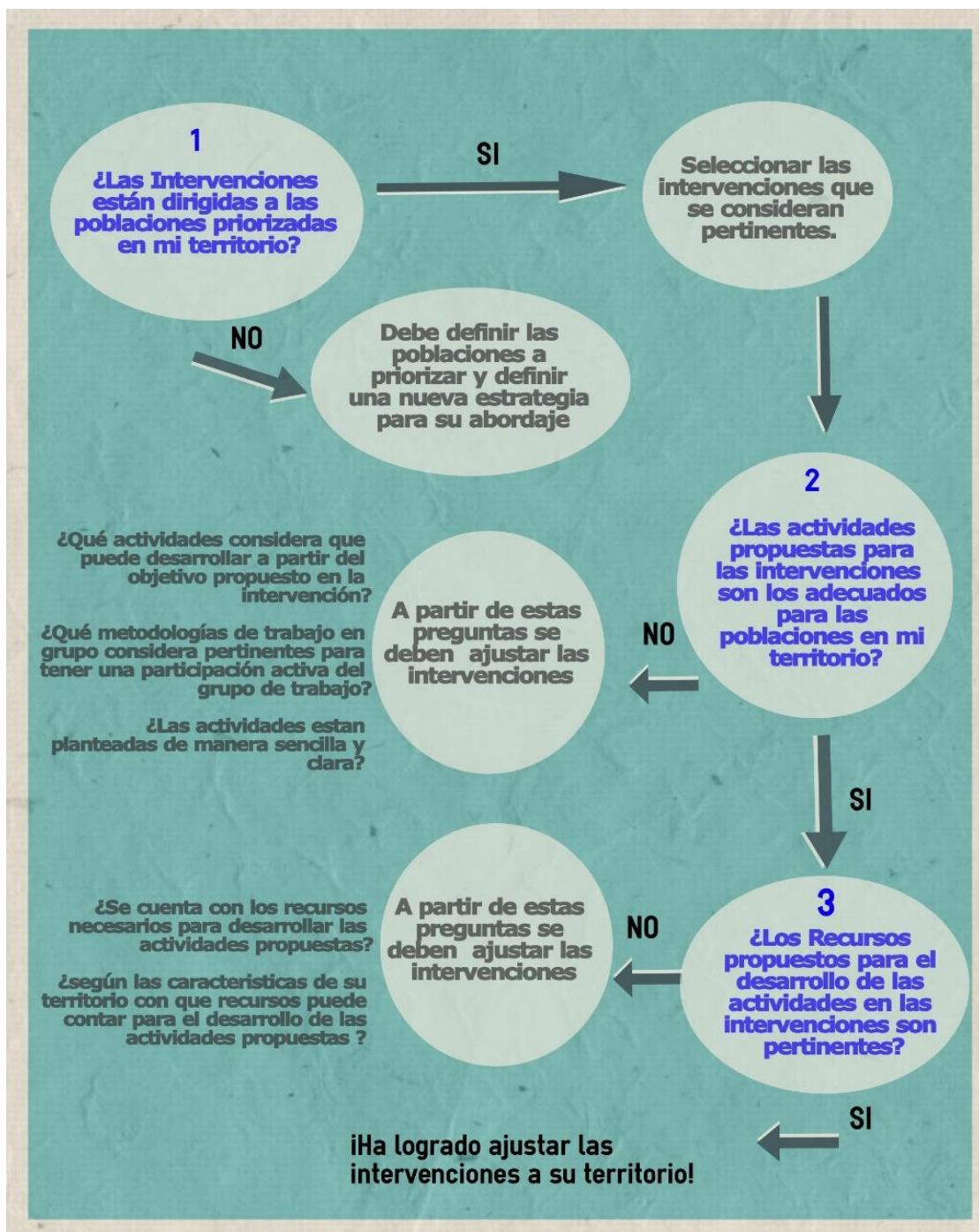


Figura 21. Continúo de adecuación de intervenciones

Para tener en cuenta: Si de los pasos anteriores se concluyó que las herramientas son acordes al contexto en su territorio, se podrán implementar en los espacios definidos por los participantes.

4.4. ¿Cómo socializar e implementar las herramientas en el territorio?

Objetivo: Identificar y organizar los actores y espacios que permitan generar estrategias de difusión, socialización e implementación de las herramientas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT.

Cada territorio, teniendo en cuenta las herramientas ajustadas, identificará y organizará los diferentes actores y espacios que permitan socializar, difundir y/o la reproducción en físico de las herramientas.

Es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Una vez se tienen consolidados los ajustes de las herramientas al contexto del territorio, se podrá realizar un proceso de identificación de actores que puedan ser aliados para el desarrollo y reproducción en físico de las mismas.
- Posteriormente a la identificación de actores que puedan aportar a la implementación de las herramientas (definidas por tipo de población), es importante entre el grupo de trabajo poder definir unas estrategias de acercamiento a dichos actores, para la socialización de las mismas.
- Es importante identificar en los presupuestos locales (Planes de desarrollo, recursos públicos y privados), aquellas líneas de inversión que pueden apoyar la implementación de las herramientas, y de esta forma poder ser multiplicadas en diferentes espacios.
- Por último es pertinente generar un plan de acción de espacios en los cuales se podrían socializar las herramientas, que permita abordar e impactar a la población del territorio priorizada, sobre la información referente al consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT.

Para tener en cuenta: En este paso es importante definir a partir de la experiencia y conocimientos de las personas que hacen parte del grupo de trabajo, los actores claves en el territorio donde se podrían presentar las

herramientas para que puedan ser desarrolladas y multiplicadas. La experiencia de cada persona que hace parte del proceso es fundamental para poder hacer un mapa de actores más amplio, del que puede tener una sola persona.

Referencias

- Aguirre, G. (2006). Comunicación y Aprendizajes: Notas para Promover Experiencias Educativas en la Ciudad. En M. A. Rebeil, *Anuario de Investigación de la Comunicación XIII* (págs. 365-378). Mexico: Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2012). *Risk factors contributing to chronic disease*. Canberra: AIHW.
- Blum, H. (1971). *Planning for health*. California: Berkeley University Press.
- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cubana Invest Biomed*, 22(1), 25-31.
- Breton, J. M. (2007). *Análisis de la publicidad preventiva de VIH/SIDA y su impacto en adolescentes en función de variables psicológicas*. Obtenido de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1657171x.pdf>
- Busdiecker, S., Castillo, C., & Salas, I. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr*, 71(1), 5-11.
- Calvelo, J. (1998). *Los modelos de la información y de comunicación*. . Obtenido de Departamento de desarrollo sostenible de las Organización de la Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. : <http://www.fao.org/sd/SPdirect/CDan0022.htm>
- Castiglione, M. S. (2014). Enfermedades crónicas no transmisibles. *R. Dir. sanit.*, 15(82), 66-72.
- Castro, G. D., Maciel, M. E., Quintans, L. N., & Castro, J. A. (2015). Mecanismos involucrados en el cáncer de mama por consumo de alcohol y alternativas para su prevención. *Acta Bioquím Clín Latinoam*, 49(1), 19-37.
- Castro, J. A., Díaz Gómez, M. I., & Castro, G. D. (2006). El alcohol como toxico a largo plazo. *ATA informa*, 20(73), 16-24.
- Cismaru, M., Nagpal, A., & Krishnamurthy, P. (2009). The Role of Cost and Response-efficacy in Persuasiveness of Health Recommendations. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 135-141.
- Claro-Galvez, A. M., & Rojas-Russell, M. (2015). La intervencion motivacional breve como metodologia de prevención. *Tipica-Boletin Electrónico de Salud Escolar*, 11(2), 154-162.
- Coe, G. A. (1998). *Comunicación en salud*. Obtenido de Revista latinoamericana de comunicación: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>

- Contandriopoulos, A. (2004). Integralidade da Atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 5331-36.
- De Hoog, N., Stroebe, W., & De Wit, J. (2007). The impact of vulnerability to and severity of a health risk on processing and acceptance of fear-arousing communications: a meta-analysis. ; 11 (3), . *Review of General Psychology*, 11(3), 258-285.
- Department of health and human services. (2005). *Strengthening the Prevention and Management of Chronic Conditions*. Tasmania: Department of health and human services.
- Department of Health, Western Australia. (2012). *WA Health Promotion Strategic Framework 2012-2016*. . Perth: Chronic Disease Prevention Directorate, Department of Health, Western Australia.
- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E., & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutr Hosp*, 27(4), 1031-1036.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14(1), 43-61.
- Flórez Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud*. Bogotá: Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 49-71.
- Floyd, D., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. (2000). A meta-analysis on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública*, 9(2), 103- 110.
- Galeano, E. (1997). *Modelos de comunicación: desde los esquemas de "estímulo respuesta" a la "comunicación contingente"*. Buenos Aires: Macchi.
- Gatti, C. R., Villalba, R. D., Molina, G., & Alegría, H. (2006). *Salud y participación comunitaria*. Argentina: Ministerio de Salud.
- Gómez Gutiérrez, L. F., Lucumí Cuesta, D. I., & Girón Vargas, S. L. (2004). Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. *Rev Esp Salud Pública*, 78(4), 493-504.
- Grau Abalo, J. (2003). *Calidad de Vida y Salud: Problemas en su Investigación*. Obtenido de Boletín Electrónico de la Asociación Latinoamericana de

- Psicología de la Salud, Sección Investigación en Detalle.: <http://www.alapsa.org/detalle/03/marco.htm>
- Grau Abalo, J. (2016a). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. *En prensa*.
- Grau-Abalo, J. (2016b). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: Un abordaje diferente. *En prensa*.
- Grau-Abalo, J. (2016c). La evaluación y la intervención en las enfermedades crónicas: Retos para la psicología. *En prensa*.
- Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEV y DH]. (2014). Estrategias de intervención motivacional breve en contextos de prevención de enfermedades no transmisibles y de promoción de la salud. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*. Típica, Editorial.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2012). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. . Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo.
- Guerra de Andrade, A., & García de Oliveira, L. (2011). Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. En A. Guerra de Andrade, & J. C. Anthony, *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual*. Brasil: Manole; p (págs. 37-66). Brasil: Manole.
- Gutiérrez, V. (1985). *Medicina tradicional de Colombia: Magia, religión y curanderismo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2008). Motivation and action: Introduction and overview. En J. Heckhausen, & H. Heckhausen, *Motivation and Action* (págs. 1-9). Cambridge: Cambridge University Press.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. . Seattle, WA: IHME.
- Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. (2013). *Alcohol y el riesgo de cáncer*. Obtenido de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/alcohol/hoja-informativa-alcohol#q3>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(89), 67-77.
- Jordan, C., Slater, M., & Kottke, T. (2008). Preventing chronic disease risk factors: rationale and feasibility. *Medicina (Kaunas)*, 44(10), 745-750.
- Kranz, K. M. (2003). Development of the alcohol and other drug self-efficacy scale. *Research on Social Work Practice*, 13(6), 724-741.

- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": Una perspectiva canadiense. En O. (Ed.), *Promoción de la Salud: Una Antología* (págs. Publicación Científica No. 557, 3-5). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Landrove Rodríguez, O., & Gámez Bernal, A. (2005). Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención dentro de la estrategia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud en Cuba. *Reporte Técnico de Vigilancia*, 10(6), 1-18.
- López, L. (2006). La Negociación: Proceso Clave para Comprender a la Recepción desde la Perspectiva Culturalista Anglosajona. En M. A. Rebeil, *Anuario de Investigación de la Comunicación XIII* (págs. 171-192). México: Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación.
- López, M., & Añez, C. (2005). Los Consejos Locales de Planificación Pública en Venezuela: Una Instancia de Participación y Capacitación Ciudadana. *Revista Venezolana de Economía Social*, 5(10).
- Lumbreras García, G., Méndez-Cabeza Velázquez, J., & Nuñez Palomo, S. (2004). Factores de riesgo en la EPOC. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 5.
- Maque, A. M. (2005). *Lengua aprendizaje y enseñanza, el enfoque comunicativo*. México: Limusa.
- Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Gobierno Nacional de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN]. (2013). *Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Colciencias. (2014). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Instituto Nacional de Cancerología. (2015). *Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2014). *Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014*. . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care.
- Mora Ripoll, R. (2012). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 48-52.
- Nottingham City Council. (15 de 12 de 2014). *Children and Young People's Oral Health (2014)*. Obtenido de Nottingham Shire Insight: [http://jsna.nottinghamcity.gov.uk/insight/Strategic-Framework/Nottinghamshire-JSNA/Children-and-young-people/Oral-health-in-children-and-young-people-\(2014\).aspx](http://jsna.nottinghamcity.gov.uk/insight/Strategic-Framework/Nottinghamshire-JSNA/Children-and-young-people/Oral-health-in-children-and-young-people-(2014).aspx)
- Oblitas, L. (2003). Psicología de la Salud. En L. (. Flórez-Alarcón, *El legado de Rubén Ardila. Psicología: De la biología a la cultura* (págs. 229-259). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015). *Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015). *Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. . Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Oklahoma Department of Health. (2013). *Evidence-Based Strategies and Preventive Services to Reduce the Burden of Chronic Disease*. Oklahoma: Oklahoma State.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Cáncer. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Diabetes. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Nota descriptiva*. . Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación*. Washington: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbaltstrategy.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de la Protección Social. (2006). *Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-nacionales-para-la-aplicacion-y-el-desarrollo-de-las-ees.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS]. (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025*. Washington.
- Ortiz, Z. (2005). Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En R. M. Borrell Bentz, *Municipios Saludables. Portafolio Educativo* (págs. 209-230). Buenos Aires: OPS-MSAN.
- Oswal, K. C. (2010). A common risk approach for oral health promotion and prevention. *Indian J Dent Re*, 21(2), 157.
- Peñaloza, R. E. (2014). *Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., & Ogawa, H. (2005). Oral health information systems - towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 686-693.
- Pineda Granados, F. Y. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Monitor Estratégico*(6), 10-20.
- Plaza, V. (2011). *Neumología práctica para atención primaria*. Barcelona: Marge Medica Books.
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ricci, B., & Bruna, Z. (1990). *La comunicación como proceso social*. México: Grijalbo.
- Robledo Posada, G., & Díaz Piñera, W. J. (2012). Enfermedades no transmisibles. Tendencias actuales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(2), 50-54.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Salazar, L. (2007). *Haciendo funcionar los sistemas de vigilancia en América Latina: Una mirada política y gerencial para incrementar viabilidad, sostenibilidad e impacto de la vigilancia de factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles, ECNT*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Sapag, J., Lange, I., Campos, S., & Piette, J. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.*, 27(1), 1-9.
- Solís Torres, A., Alonso Castillo, M. M., & López García, K. S. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 5(2), 1-13.
- Téllez, J., & Cote, M. (2006). Alcohol Etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 54(1), 32-47.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En OPS, *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate* (págs. 185-204). Washington: OPS.
- Tobon, O. (s.f.). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Obtenido de <http://www.alcoholinformate.org.mx/AUTICUIDADO.pdf>

- UNODC . (2011). *Manual de Viaje. Guía para diseñar y realizar campañas de prevención frente al consumo de drogas.*
- Vélez-Botero, H. (2010). *Efecto de sensibilización pretest del programa CEMA-PEMA de prevención selectiva del abuso alcohólico. Tesis de Maestría.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Velez-Botero, H., & Flórez-Alarcón, L. (2015). Aplicación del programa "Competencia Social y salud Escolar" (CSSE) en colegios públicos de bogotá por un grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia. *Tipica-Boletín Electronico de Salud Escolar*, 11(2), 130-153.
- Watt, R. G. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 711-718.

Apéndices

Apéndice 1. Síntesis PDSP, Dimensiones relacionadas con ECNT y consumo de alcohol

Dimensión		
Vida saludable y condiciones no transmisibles ³⁰		Convivencia social y salud mental ³¹
Objetivos de la dimensión	<p>a. Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las ECNT (...) comunicativa, a partir de programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo socioeconómico.</p> <p>b. Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.</p> <p>c. Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las ECNT (...) reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.</p> <p>d. Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ECNT (...) y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.</p> <p>e. Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ECNT (...) y sus Determinantes Sociales de la Salud.</p>	<p>a. Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.</p>
	<p>Componente (s) y Objetivos del Componente</p> <p>Modos, condiciones y estilos de vida saludables:</p> <p>a. Promover el desarrollo del marco político, normativo, estratégico transectorial y comunitario para el desarrollo e implementación de medidas y otras disposiciones que favorezcan positivamente las condiciones de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades.</p> <p>b. Desarrollar acciones transectoriales y comunitarias que garanticen infraestructuras, bienes y servicios saludables de manera diferencial e incluyente.</p> <p>c. Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permitan ejercer un mayor control sobre la propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que las personas opten por decisiones informadas que propicien su salud.</p> <p>d. Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social por una cultura</p>	<p>Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia:</p> <p>b. Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e</p>

³⁰ Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles (ver glosario) con enfoque diferencial (PDSP, 2014; 143-144).

³¹ Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos (PDSP, 2014; 143-154).

Dimensión		
	Vida saludable y condiciones no transmisibles ³⁰	Convivencia social y salud mental ³¹
	que promueva y proteja la salud.	individuos en riesgos específicos.
Metas	<p>Meta 17. A 2021, se mantienen por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en la población general³².</p> <p>Meta 18. A 2021, se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años³³.</p>	<p>10. A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general³⁴.</p>
Estrategias del componente	<p>a. Políticas públicas intersectoriales: comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable.</p> <p>b. Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable: implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a (...) la disminución en la exposición y el consumo nocivo de alcohol (...).</p> <p>d. Control sobre la disponibilidad, comercialización y acceso de bebidas alcohólicas: su densidad por unidad vendida y la vigilancia del consumo de los mismos, como factor de riesgo para diversos órganos, enfermedad cardiovascular y cáncer.</p> <p>e. Regulación de la publicidad, promoción, patrocinio y comercialización, que proteja, informe y eduque en hábitos y estilos de vida saludable (...).</p> <p>f. Fortalecimiento de las capacidades técnica, científica y operativa, para el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria en el orden nacional y territorial en el manejo de las ECNT (...) y sus factores de riesgo.</p> <p>g. Desarrollo de sistema de incentivos fiscales y no fiscales que promuevan y garanticen la oferta y demanda efectiva de bienes y servicios que cumplan con las recomendaciones de la OMS contenidas en la (...) "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol" y otros que se acuerden con la Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>i. (...) atención integral de las ENT; con especial interés en la primera infancia y la activa participación de los jóvenes.</p> <p>j. Participación social activa para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles (...).</p> <p>k. Desarrollo de plataformas y proyectos multipropósito transectoriales, incluidos los programas de atención social y de lucha contra la pobreza, que promuevan condiciones para la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable, (...) la reducción del consumo nocivo de alcohol (...).</p> <p>l. Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de</p>	<p>d. Estrategia nacional frente al consumo de alcohol: mediante acciones transectoriales y comunitarias que promuevan la reducción del consumo nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública.</p>

³² Indicador de Resultado 11. Prevalencia de consumo de alcohol

³³ Indicador de Gestión 12. Edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes colombianos

³⁴ Indicador de Resultado 3. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de alcohol

Dimensión	
<i>Vida saludable y condiciones no transmisibles³⁰</i>	<i>Convivencia social y salud mental³¹</i>
<p>la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.</p> <p>m. Desarrollo de entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud: incluye el desarrollo e implementación de procesos de certificación de entornos saludables; intervenciones poblacionales adaptadas a los entornos cotidianos de las personas y a las características socioculturales de la población; y el desarrollo de instrumentos urbano/rurales, entre otros, dentro del Plan de Ordenamiento Territorial POT.</p>	

Apéndice 2.1. Instrumento Pedagógico de apoyo: Video Estrategia 4x4.

Descripción: Video que expone la Estrategia 4x4, dando ideas generales para la prevención y control de las ECNT más prevalentes en Colombia; a partir del reconocimiento del consumo nocivo de alcohol, el consumo y exposición al humo de cigarrillo, la inactividad física y la alimentación no saludable, como los cuatro factores de riesgo comportamentales que más contribuyen a la aparición de estas enfermedades.

Contenido: Para dar a conocer la relación existente entre el consumo nocivo de alcohol y las enfermedades crónicas no transmisibles, así como el marco de actuación asociado a ellas se desarrollan los siguientes temas:

- Concepto de ECNT.
- ECNT de mayor prevalencia.
- Factores asociados al desarrollo de ECNT.
- Estrategia 4x4.
- Importancia del cuidado para la prevención de las ECNT.



Ver material en: <https://youtu.be/6I9R3ib9glw>

Fundamento conceptual: Estos contenidos se desarrollan a partir de la información de entidades internacionales (OPS, 2014; 2012) y nacionales (MSPS, 2013; 2016; Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013).

Apéndice 2.2. Instrumento Pedagógico de apoyo: Árbol de Propósitos

Descripción: Figura tridimensional armable, con cuatro caras en las cuales se pueden escribir o pegar elementos decisorios de los proceso de autorregulación como parte de la planeación y seguimiento al cambio de estilos de vida para la prevención de ECNT y/o el manejo de las mismas.

Contenido: Guía de preguntas fundamentadas en la metodología PRISA-NO para la gestión autorregulada y autodeterminada del proceso de cambio comportamental. Estas preguntas se orientan a la determinación de:

- Un propósito de cambio.
- Un balance decisonal.
- Un plan de cambio.
- Un proceso de evaluación de resultados.



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Arbol-de-propositos.zip>

Apéndice 2.3. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Trabajo para Profesionales.

Descripción: Documento guía de trabajo con información técnica especializada orientada a profesionales en salud, acerca de ECNT y el papel del consumo nocivo de alcohol.

Contenido: Se plantean 6 tópicos de análisis, cada uno de los cuales aborda uno de los siguientes temas:

- Concepto e impacto de ECNT en la salud pública colombiana
- Enfermedades Cardiovasculares: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- Cáncer: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- Diabetes: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- EPOC: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- Consumo de alcohol: Prevalencia de la problemática, efectos del consumo nocivo, recursos nacionales para el abordaje.



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Guia-trabajo-profesionales.zip>

Apéndice 2.4. Instrumento Pedagógico de apoyo: Lotería Saludable

Descripción: Material gráfico de pequeño formato con información respecto a la importancia de posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol, como parte de la estrategia para reducir las prevalencias de las ECNT. Esta información está dirigida a los adultos cuidadores de niños (familias, docentes) de tal forma que sean ellos quienes a partir de sus propias dinámicas, puedan socializar esta información incorporándola como parte del trabajo cotidiano a realizar con niñas y niños.

La lotería incluye tableros temáticos en donde por medio de la imagen se fortalecen actitudes favorables con respecto a los estilos de vida saludable en niños entre los 6 y los 9 años de edad.

Contenido: Se plantean 6 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud

- Nutrición
- Deporte/Actividad física
- Juego/Tiempo Libre
- Familia
- Autocuidado
- Factores de riesgo



Ver material en:

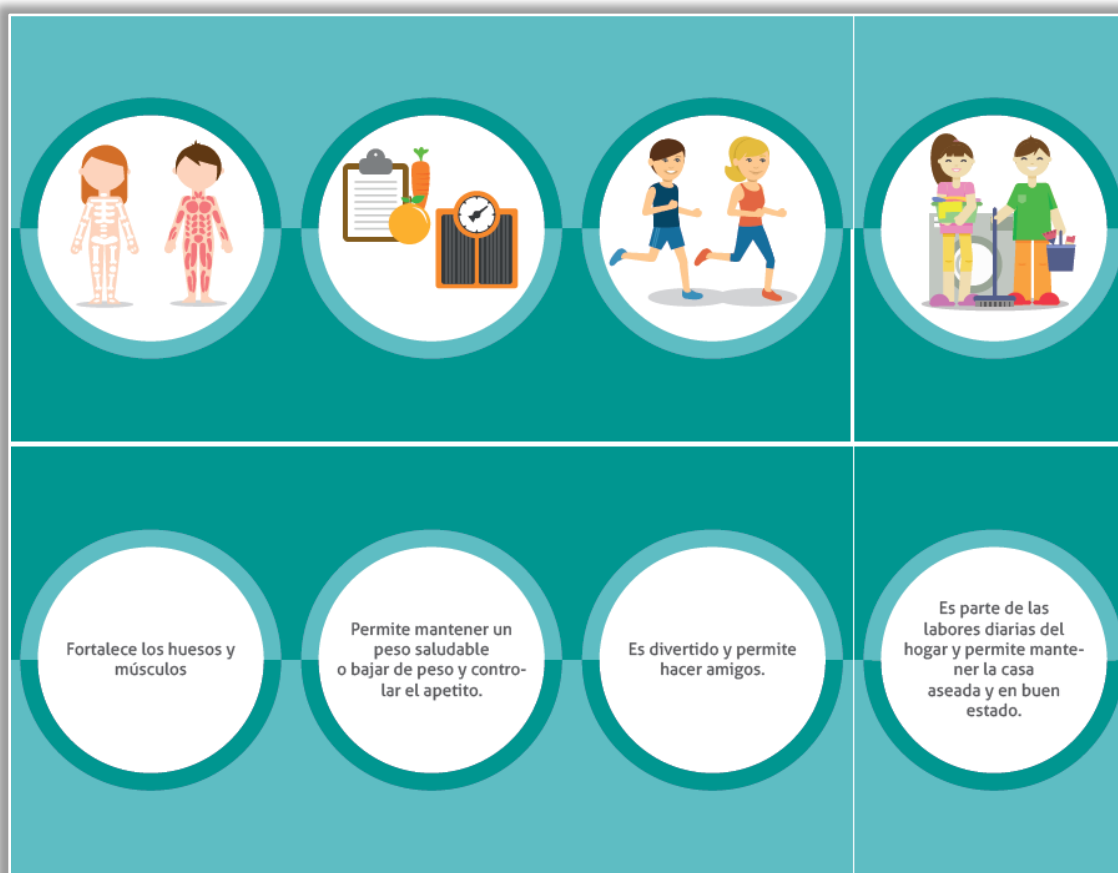
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Loteria-saludable.zip>

Apéndice 2.5. Instrumento Pedagógico de apoyo: EmparejaDos

Descripción: Material gráfico de pequeño formato, dirigido a jóvenes y adultos cuidadores, para que mediante un juego de competencia puedan socializar información con respecto a estilos de vida saludables en el contexto cotidiano.

Contenido: Se plantean 4 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud.

- Alimentación saludable
- Deporte/Actividad física
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/EmparejaDos.zip>

Apéndice 2.6. Instrumento Pedagógico de apoyo: Diseños Digitales

Descripción: Propuesta de elementos gráficos para ser utilizada a través de las redes sociales e internet, tales como: banner, ventanas, marcos, animaciones, entre otros, a partir de los cuales los territorios puedan fortalecer las estrategias de comunicación virtual alusivas a estilos de vida saludable y relación al consumo nocivo de alcohol.

La idea esencial de esta pieza es que los jóvenes sean parte del diseño de las mismas, dando un espacio para incorporar a las mismas imágenes y/o fotografías propias.

Contenido: Se plantean 4 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud

- Consumo de alcohol
- Relaciones familiares y pares
- Alimentación saludable
- Deporte/Actividad física



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Disenos-digitales.zip>

Apéndice 2.7. Instrumento Pedagógico de apoyo: ElParcheSaludable

Descripción: Material gráfico con información sencilla, creativa y pertinente para adultos jóvenes, en relación al consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT, así como los posibles factores protectores que pueden mejorar su calidad de vida.

Contenido: Se plantean 4 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud

- Consumo de alcohol.
- Relaciones familiares y pares.
- Alimentación saludable.
- Deporte/Actividad física.



Ver material en:

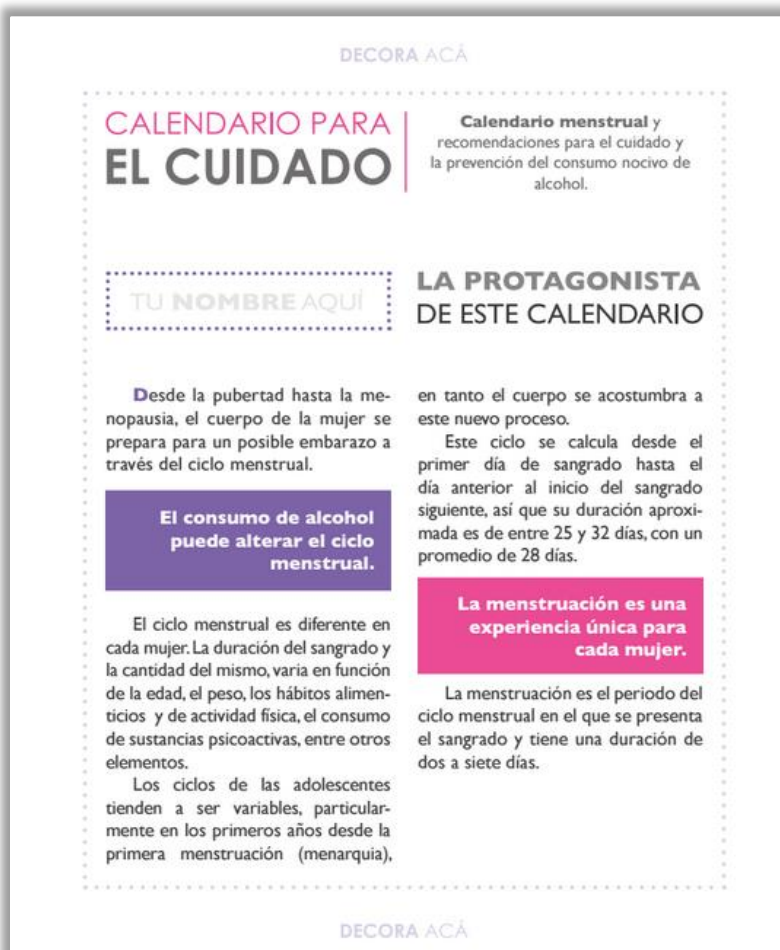
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/El-parche-saludable.zip>

Apéndice 2.8. Instrumento Pedagógico de apoyo: Calendario para el cuidado.

Descripción: Calendario menstrual que busca generar un espacio de cuidado y autocuidado de la mujer, a partir del manejo de su ciclo menstrual, abordando mensajes y recomendaciones clave sobre el cuidado y autocuidado de su cuerpo, así como factores de alcohol que perjudican su salud.

Contenido: Desde el cuidado y autocuidado de la mujer, a través del abordaje del ciclo menstrual, se proporcionan mensajes para el fomento de hábitos saludables haciendo énfasis en el consumo de alcohol es factor de riesgo para ciertas ECNT en la mujer. Para esto se abordan 3 temas:

- Consumo de alcohol y ECNT.
- Ciclo Menstrual.
- Efectos del alcohol en las mujeres.



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Calendario-para-el-Cuidado.zip>

Apéndice 2.9. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Álbum-Diario

Descripción: Material gráfico con mensajes cortos reflexivos, sobre los efectos del alcohol en relación a las ECNT para el embarazo y lactancia, para la prevención y promoción sobre los efectos del alcohol en relación a las ECNT para el embarazo y lactancia. El mensaje es alrededor de los buenos hábitos, el cuidado y el autocuidado.

Contenido: Se aborda el embarazo y la maternidad desde diferentes momentos:

- Preconcepción.
- El embarazo (por trimestres).
- Parto.
- Posparto y lactancia materna.
- Síndrome fetal alcohólico.

Queriendo ser mamá

EL Embarazo

El embarazo normalmente dura 40 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación.

En este periodo la madre vive muchos cambios físicos y emocionales, y aunque pueden generar molestias e incomodidad como náuseas, mareos y vómitos, dolores de cabeza, hormigueos y calambres, varices y hemorroides, molestias de espalda, gases y estreñimiento, aumento del tamaño de los senos, cambios de humor, incremento de la sudoración, cambios en el color de la piel, los lunares y el vello.

Para evitar y manejar estas molestias:

- Practique ejercicio diariamente, mínimo 30 minutos.
- Use zapatos bajos, evite estar sentada o de pie por mucho tiempo.
- Haga comidas pequeñas pero frecuentes y regulares.
- Coma despacio e hidrátase constantemente.
- Use crema hidratante y protéjase del sol.
- Prefiera ropa exterior e interior holgada.
- Exprese sus sentimientos y busque apoyo en su familia y el personal de salud.

Queriendo ser mamá

Durante el embarazo se realiza el Control Prenatal y se recomienda al menos una cita en cada trimestre. Este control incluye consultas con profesionales de la salud, pruebas de laboratorio, ecografías e intervenciones o procedimientos médicos, para vigilar que su embarazo marche normalmente y en lo posible culmine con éxito.

En estas citas, el profesional estará especialmente atento a sus hábitos, le indicará que vacunas recibir y que medicamentos consumir. Le darán recomendaciones de suspender el consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas para evitar riesgos para usted y su bebé.

Tenga presente...

El consumo de alcohol durante el embarazo produce una serie de problemas, denominados "Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal" (TEAF).

El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es el más conocido de estos efectos y se caracteriza porque los bebés cuyas madres han consumido alcohol durante el embarazo presentan malformaciones faciales, deficiencias de crecimiento y déficits del sistema nervioso central generalmente asociados con retraso mental.

Después del embarazo, consumir alcohol reduce la producción de la leche lo cual afecta directamente el desarrollo del bebé; ya que los pequeños duermen menos, ganan poco peso y pueden desarrollar posibles retrasos en el crecimiento.

Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Guia-album-diario.zip>

Apéndice 3. Consideraciones generales para tener en cuenta como facilitador del proceso

Evaluación del trabajo realizado. En cada uno de los pasos de adecuación y socialización de las herramientas, debe hacerse ciertas preguntas que le permitan ver si lo realizado hasta el momento va por buen camino. Por ejemplo:

- ¿Planteé mis intervenciones correctamente, lograron el objetivo propuesto?
- ¿La discusión fue espontánea?
- ¿Evité favorecer a individuos o grupos?
- ¿Conseguir actitudes positivas en los participantes?
- ¿Evité hacer el papel de experto?
- ¿Se mantuvo el interés por el encuentro?
- ¿Utilice adecuadamente los medios?
- ¿Se asignaron responsabilidades?

Ser Incluyente. Un buen proceso para el ajuste de las herramientas en el territorio es importante que sea abierto a todos los interesados en el mejoramiento de los estilos de vida saludable y calidad de vida.

Participación de personas que hacen parte del objetivo de las herramientas. Se debe involucrar en el proceso de validación a los actores clave, que puedan aportar en la definición de las principales características de las poblaciones, que son objeto de análisis para el uso de las herramientas.

Manejo de Conflicto. Si el grupo tiene diversos puntos de vista, los conflictos entre los participantes pueden aparecer. Los facilitadores pueden reconocer las diferencias, quizá tomando nota de las diversas experiencias que dan lugar a las diferencias. Para resolver los conflictos, pueden intentar elevar la discusión a un nivel superior en el que puede haber una base para acuerdo. Recordando al grupo que todos están trabajando sobre la base de mejorar las condiciones de salud de la comunidad a partir del abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT.

Apoye y anime. Es importante proporcionar apoyo y ánimo a lo largo del proceso de ajuste de herramientas 4x4. Una buena planificación requiere tiempo; por lo general requiere meses para producir un plan detallado de acción. Reconocer las contribuciones de todos los participantes, especialmente los líderes clave. La retroalimentación es positiva.

Apéndice 4. Gestión de Encuentros en el Territorio

Los encuentros con las comunidades constituyen una tarea fundamental para el trabajo en el territorio por parte de los profesionales de salud (Facilitadores). A lo largo de todas las fases del proceso de socialización y multiplicación de herramientas en el marco de las ECNT estarán presentes diversos tipos de encuentros: para informar, para recoger información, para intercambiar puntos de vista, para llegar a un acuerdo, para generar ideas, para tomar decisiones.

Pero es especialmente importante familiarizarse y profundizar en técnicas de gestión de reuniones de cara a la fase de implementación de herramientas, lo cual facilitará el ejercicio de conseguir resultados satisfactorios de las mismas. Se ofrecen algunos de los elementos a tener en cuenta en la gestión de los encuentros:

Preparación del encuentro. Para que el encuentro sea productivo tiene que estar bien preparado; para ello hay que tener en cuenta tanto los aspectos materiales y formales como los funcionales:

1. En primer lugar, hay que fijar el tema del encuentro: de qué se va a hablar y con quién. Definición de los objetivos (qué se quiere conseguir con el encuentro), clasificándolos por orden de prioridad (si son muchos se hacen varios encuentros).
2. Planificar el desarrollo del encuentro: elaboración de un orden del día en el que se incluyen los temas a tratar y los tiempos asignados a los mismos. Este plan debe ser abierto y flexible, teniendo en cuenta que nunca se debe sobrepasar el tiempo total previsto para la reunión.
3. Convocatoria al encuentro: se debe establecer un primer contacto personal, preferiblemente por teléfono, con todos los asistentes con el fin de motivarlos e indagar sobre los horarios y fechas más adecuadas. Una vez fijada la fecha y hora más conveniente, se hará una convocatoria escrita en la que se incluirán: los propósitos de la reunión, el orden del día, los asistentes, lugar, fecha, horario y duración, los intervalos previstos (tentativos) y el detalle de documentación informativa previa que se adjunta.
4. Organización del encuentro: aspectos logísticos y operativos son importantes para el ejercicio, hacer un recordatorio de la convocatoria y asegurarse de la asistencia de los participantes.
 - Lugar del encuentro: un espacio confiable, cómodo y luminoso, con el mayor nivel de privacidad posible. Dado que las personas que asistirán a la reunión procederán de distintos lugares, evaluar el lugar más adecuado (céntrico, de fácil acceso) y aceptado por los participantes.
 - Medios técnicos. Si se va a utilizar Computador y Video beam, grabadora, entre otros, verificar su estado y su posibilidad de utilización.

Desarrollo del encuentro. Es conveniente estar presente al menos con media hora de antelación en el lugar del encuentro con el doble fin de verificar si la sala está perfectamente acondicionada y de recibir personalmente a todos los asistentes. Una vez tomado asiento, el facilitador dará inicio a la reunión siguiendo los siguientes pasos:

1. Presentación de la persona que dirigirá del encuentro: profesional de salud.
2. Bienvenida y agradecimiento a los asistentes.
3. Presentación de los asistentes.
4. Presentación del tema y de los objetivos del encuentro.
5. Revisión del orden del día y asignación de tiempos para cada punto.
6. Elegir, si no se había hecho previamente, a una persona que tomará notas para elaborar un acta del encuentro (el acta con los acuerdos alcanzados se enviará a todos los asistentes con posterioridad).

Evaluación del encuentro. Al terminar el encuentro es importante hacer una evaluación del encuentro realizado, para saber si se cumplió con los objetivos propuestos, para lo cual se propone responder algunas preguntas, que servirán de guía para dicho proceso.

- ¿Realicé toda la preparación previa al encuentro?
- ¿Empecé a la hora prevista?
- ¿Planteé mis intervenciones correctamente, lograron el objetivo propuesto?
- ¿Intervinieron todos los asistentes?
- ¿La discusión fue espontánea?
- ¿Evité favorecer a individuos o grupos?
- ¿Conseguí actitudes positivas en los participantes?
- ¿Devolví las preguntas al grupo?
- ¿Evité hacer el papel de experto?
- ¿Se mantuvo el interés por el encuentro?
- ¿Utilicé adecuadamente los medios?
- ¿Se asignaron responsabilidades?
- ¿Terminamos a la hora prevista?

Apéndice 5. Matriz de Intervención

Población priorizada	Objetivo de la intervención	Herramienta (s)	Uso		
			Medio	Dónde (Entorno)	Como