



NACIONAL



RESOLUCION CONJUNTA 362/1997Y154/1997
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL (MSYAS)-SECRETARIA DE
PROGRAMACION PARA LA PREVENCION DE LA DROGADICCION Y LUCHA
CONTRA EL NARCOTRAFICO (SEDRONAR)

Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción - Aprobación.

Fecha de Emisión: 11/06/1997; Publicado en: Boletín Oficial 23/07/1997

Artículo 1° - Apruébase el Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción previsto en la ley 24.455 y su decreto reglamentario 580 del 12 de octubre de 1995 que, como anexo I, acompaña a la presente.

Art. 2° - El programa a que se refiere el artículo precedente deberá ser cumplimentado por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional del seguro de salud incluidas en la ley 23.660, recipendarias del Fondo de Redistribución de la ley 23.661 y de las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga.

Art. 3° - Comuníquese, etc.

Mazza. - Aráoz.

Anexo I

PROGRAMA TERAPEUTICO BASICO A CUMPLIMENTAR
EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Se considera necesaria la existencia de:

1. Tratamiento ambulatorio.
2. Tratamientos en centro de día.
3. Tratamiento residencial o en internación.
4. Centros de admisión y diagnóstico.
5. Centros de desintoxicación.
6. Centro de noche.

A) Proceso de admisión y diagnóstico

A) 1. Objetivo:

* Efectuar el diagnóstico y el grado de enfermedad que presenta el paciente.

* Determinar la admisión del paciente en la institución y la conformidad del mismo a la modalidad terapéutica y/o educativa que le ofrece la institución.

A) 2. Estrategia: Se basará como mínimo en tres entrevistas:

* Entrevista individual con el paciente.

* Entrevista sociofamiliar

* Entrevista médico-clínica.

La realización de estas entrevistas permitirá obtener el diagnóstico presuntivo o provisional del paciente y su posterior orientación terapéutica.

A) 3. Establecimiento de criterios diagnósticos:

El diagnóstico personal, familiar y social de la persona afectada por el consumo de sustancias psicoactivas, se hará según los criterios del D.S.M. IV. (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1995), estos criterios permiten el diagnóstico diferencial presuntivo o provisional. En la evaluación a través del sistema multiaxial, se

considera como esenciales para las adicciones el eje I y II, a fin de describir los trastornos clínicos y los trastornos de la personalidad. Los criterios evaluativos serán actualizados según los avances científicos y técnicos.

B) Tratamiento propiamente dicho

B) 1. Tratamiento ambulatorio:

Esta prestación está dirigida a pacientes con contención familiar y/o social en su presentación espontánea o por derivación judicial, con capacidad de responsabilidad para el sostenimiento de un tratamiento (concepto de red) o bien a personas con conciencia de enfermedad, cuyos síntomas sean considerados por los mismos pacientes como egodistónicos, razón por la cual puede pedir expresamente y sin intermediarios la atención especializada. Cubre los incs. b) y c) de la ley 24.455.

Deberá formar parte de la red asistencial, como eslabón de inicio de tratamiento o complementario en caso de pacientes que hayan ingresado en hospital de día o en internación, en cuyo caso será el dispositivo esencial para cubrir las etapas finales del tratamiento.

Deberá constar de:

- * Tratamiento psicoterapéutico individual.
- * Tratamiento familiar y/o vincular, que incluye la facilitación del involucramiento familiar en el plan terapéutico si fuera imprescindible para la evolución favorable del paciente.
- * Tratamiento grupal, o intervención grupal, si fuera necesario para la evolución favorable del paciente.
- * Evaluación y seguimiento médico-clínico.
- * Evaluación y seguimiento psiquiátrico y psicofarmacológico si fuera necesario para la evolución favorable del paciente, y según el diagnóstico presuntivo o provisional realizado.

Recursos humanos básicos:

- * Médico.
- * Psicólogo.
- * Administrativo.
- * Es recomendable asistencia social y asistencia legal.
- * Consultor: Médico-psiquiatra.

B) 2. Tratamiento en centro de día:

La prestación en modalidad ambulatoria intensiva es un espacio dedicado a sostener a los pacientes que de acuerdo al diagnóstico del DSM IV en los ejes I, II y IV (este último registra los problemas psicosociales y ambientales) requieran contención diurna.

Semejante al tratamiento ambulatorio típico llamado tradicionalmente consultorios externos (ítem B.1) es necesario contar con red familiar y social. La diferencia entre ítem B.1 y B.2, radica en que el paciente concurre sistemáticamente todos los días, de lunes a viernes durante 4 horas, si es de medio día, o bien es sostenido en una jornada de 6 a 8 horas incluyendo una comida principal (almuerzo).

El centro de medio día o el de día es entendido como un proyecto o programa terapéutico en sí mismo o como lugar de pasaje.

Desde los consultorios externos podrá el paciente hacer una estadía en un espacio de mayor contención en un momento de agudización de sus síntomas, o de inestabilidad familiar.

Así como es habitual que luego de una etapa en centro de día se acuerde un seguimiento por consultorios externos.

La red terapéutica incluye la internación como un eslabón de una cadena que permite manejar las situaciones de crisis de acuerdo a la evolución singular de cada paciente.

Se instala la figura hospital de noche como alternativa para aquellos pacientes que ya han logrado un trabajo rentado o no, y/o un ingreso a algún sistema de educación, capacitación, formación, pero aún no alcanzaron una plena reinserción familiar-social. El proceso de inserción, re-inserción, socialización y/o resocialización familiar-social es un programa esencial para sostener la eficacia de un tratamiento, sea ambulatorio, de hospital de día o internación.

El centro de día deberá constar de:

- * Psicoterapia grupal.

- * Psicoterapia familiar y/o vincular.
- * Psicoterapia individual.
- * Control y seguimiento médico clínico.
- * Evaluación y seguimiento psiquiátrico y psicofarmacológico si fuera necesario.
- * Plan de actividades sistemáticas, recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas y/o educativas.

Recursos humanos básicos:

- * Médico.
- * Psicólogo.
- * Técnico (docente, profesores especiales, terapeuta ocupacional, operador socioterapéutico).
- * Administrativo.
- * Es recomendable asistencia social y asistencia legal.
- * Consultores:

Médico-Psiquiatra.

Nutricionista.

B) 3. Programa residencial o en internación:

Prestación destinada a quienes en situación de crisis socioambiental o personal-familiar no puedan acceder a las modalidades B.1. y B.2. Así como a aquellas personas cuyo deterioro por su consumo de sustancias psicoactivas esté complicado con comportamientos que pongan en peligro al propio sujeto como a su grupo conviviente. Así como también a aquellos pacientes cuyo patrón de uso compulsivo le impida sostenerse en las modalidades prestacionales B.1. y B.2, y/o que le ocasionara fracasos en sus anteriores intentos de tratamiento.

Una indicación específica de internación en comunidad terapéutica es en el caso de personalidades llamadas antisociales estabilizadas en el desarrollo de una conducta toxicómana (trastorno antisocial de la personalidad. Trastornos de la personalidad del grupo B. eje II-F60.2, DSM IV). O bien en el caso de menores de 18 años, niños o adolescentes con trastorno disocial, (conduct disorder; F91.8, DSM IV) que tienen un alto riesgo de complicarse con trastornos por consumo de sustancias.

El programa residencial abarcará las 24 horas del día, con un plan diario de actividades sistemáticas, psicoterapéuticas, socioterapéuticas y médicas.

Las prestaciones básicas son:

a) Proceso de admisión y diagnóstico personal, familiar y social.

- * Médico.
- * Psicológico.
- * Asistente social.

b) Tratamiento propiamente dicho:

- * Asistencia médica.
- Clínica.
- Especializada (según los criterios de admisión de la institución).
- * Asistencia psicológica y/o consejería.
- Individual.
- Familiar y/o vincular
- * Desarrollo de técnicas grupales.
- Grupos de pares.
- Grupos de familias.
- Grupos educativos, recreativos, lúdicos, deportivos, artísticos y/o de trabajo corporal.
- * Programa de reinserción social-laboral.
- * Programa de evaluación y seguimiento de HIV.

Recursos humano básicos:

- * Médico.
- * Psicólogo.
- * Técnico y operador socioterapéutico.
- * Auxiliar administrativo.
- * Guardias las 24 horas.

* En caso de admitir pacientes con complicaciones psiquiátricas es esencial la guardia profesional de 24 hs. así como el médico psiquiatra responsable del control y seguimiento psicofarmacológico.

* Es recomendable asistencia social y asistencia legal.

* Consultores:

Médico-psiquiatra.

Médico infectólogo.

Nutricionista.

B) 4. Centro de admisión y diagnóstico

Como cuarta figura incluida en un programa terapéutico de las adicciones: Es el centro de admisión y diagnóstico. Como "proceso" está incluido en las 3 prestaciones anteriores. Puede funcionar como eslabón de la red o cadena terapéutica siendo un ámbito orientador y/o derivador una vez establecido el plan terapéutico más conveniente de acuerdo al diagnóstico. En nuestro medio existen centros preventivo-asistenciales, en los que uno de los objetivos es el antes descrito que podrá o no desarrollar un programa terapéutico ambulatorio con modalidad consultorios externos.

Este módulo "C.P.A." o "C.A.D." es un espacio que facilita la detección precoz, reduciendo los riesgos que facilitan o inducen al uso de sustancias psicoactivas. Art. 1º, inc. c), ley 24.455.

B) 4.1. Deberá constar de:

* Entrevistas de orientación, asesoramiento e información al público en general que lo solicite en forma espontánea, como así también a derivaciones judiciales.

* Entrevistas motivacionales.

* Proceso de admisión y diagnóstico (según ítem A.).

B) 4.2. Recursos humanos básicos:

* Médico.

* Psicólogo.

* Asistente social.

* Técnico (operador socioterapéutico).

B) 5. Centros de desintoxicación

En quinto lugar se deberá tener en cuenta el servicio de los "centros de desintoxicación" que siendo especializados en la emergencia de las drogadependencias se diferencian de los servicios de toxicología existentes que atienden las urgencias toxicológicas en general. Como servicio de emergencia deberá contar con:

* Atención médica especializada en la intoxicación aguda. (Toxicología, psicofarmacología-psiquiatría-clínica médica-cardiología-nefrología).

* Atención médica especializada en los cuadros de dependencia fisiológica, abstinencia, cronicidad en el consumo complicada con deterioro orgánico severo.

* Laboratorio de análisis clínicos de alta complejidad.

* Equipo multidisciplinario para el abordaje integral de la persona luego de la intervención en el episodio agudo.

Es necesario que su instalación sea dentro de una institución sanitaria de alta calidad prestacional que favorecerá

las interconsultas dentro de la inmediatez que marque la urgencia en cada caso. Atenderán los casos de sobredosis o intoxicaciones agudas.

Una vez equilibrado el plano orgánico de la desintoxicación se intenta comenzar la desafectación a fin de evitar la reincidencia de los episodios agudos y la recuperación integral del paciente, aprovechando la situación en crisis como momento de acogida, entrevista de evaluación diagnóstica provisional y entrevista motivacional y pasaje a uno de los tres primeros programas B.1; B.2; ó B.3.

B) 6. Centro de noche/hospital de noche

Se deberá tener en cuenta el servicio de centro u hospital de noche a fin de brindar un espacio terapéutico a aquellos pacientes que habiendo logrado una recuperación satisfactoria alcanzaron el objetivo de conseguir una salida laboral y/o educacional, pero aún no lograron la plena reinserción social familiar. Existe una población de pacientes cuya

problemática se desplaza hacia lo social una vez lograda la desafectación adictiva, y requieren una contención parcial a fin de lograr su autonomía fundada en la reinserción plena que implica el trabajo sobre las recaídas.

Estos servicios no funcionan aislados, forman parte de los programas con internación.

Deberán constar de:

Psicoterapia individual.

Psicoterapia familiar/social y/o vincular.

Desarrollo de técnicas grupales.

Generalmente los pacientes bajo este régimen prestacional salen de la institución luego del desayuno y regresan en horarios de la tarde a fin de cumplir con su programa terapéutico, tienen su comida principal/cena, y duermen en la institución. Debido a seguridad terapéutica deben funcionar en espacios separados del destinado a los pacientes bajo el régimen de internación plena.

Mecanismos de evaluación y control

Seguimiento evolutivo del paciente registrado en historia clínica personal social.

Control clínico del paciente y como mínimo examen mensual de salud. El profesional responsable indicará una frecuencia menor del examen de salud según lo requiera el estado psicofísico del paciente.

Control de laboratorio al ingreso y cada seis meses conforme dure el tratamiento, de E.T.S., HIV, HBV, HCV, CMV, T. cruzii (chagas), T. gondii (toxoplasmosis), rutina mínima de laboratorio y otros estudios complementarios de acuerdo al estado de salud psicofísica del paciente.

Consideraciones generales

Para todas las modalidades expuestas se deberá exigir un diagnóstico médico psicológico a partir de la cuarta semana de tratamiento a fin de determinar si los síntomas deben considerarse manifestaciones de un trastorno mental independiente no inducido por sustancias, o de un trastorno persistente inducido por sustancias, siempre y cuando se haya logrado mantener al paciente abstinentes durante ese período.

En todos los casos, los profesionales deberán poseer experiencia acreditada en el tratamiento de las adicciones.

La presente propuesta de programa terapéutico tuvo en cuenta las recomendaciones del D.S.M. IV, y el C.I.E.10; el Programa de Abuso de Drogas de la OMS (1994), del Comité Central de Calidad Asistencial del Estado de Nueva York (1994), se contempló además las recomendaciones del NIDA (National Institute on Drug Abuse).

En relación a los pacientes derivados por orden judicial en aplicación de la ley 23.737 se tomó en cuenta el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (1996).

Este programa terapéutico será revisado una vez al año y actualizado conforme a los avances científicos por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, a través del órgano de trabajo, instituido por la res. conj. 359 M.S. y A.S. y 151 SE.DRO.NAR.

Tiempos mínimos de prestación a fin de garantizar una cobertura mínima a los beneficiarios:

1. Tratamiento ambulatorio: 6 meses con opción a renovar por otros 6 meses, estableciéndose un mínimo de dos (2) prestaciones semanales.
 2. Tratamiento en hospital de día (módulo de 4 horas): 6 meses.
 3. Tratamiento en hospital de día (módulo de 8 horas): 6 meses.
- Ambas prestaciones (2.-, 3.-) con opción a renovar por otros 6 meses de acuerdo a la gravedad, según diagnóstico, siempre que se defina como tratamiento principal.
4. Internación para desintoxicación: De una semana a un mes, considerando la gravedad del compromiso orgánico con la sustancia.
 5. Internación en comunidad terapéutica: De 3 meses a 6 meses, considerando que se trate de una internación en crisis o de un compromiso drogadependiente grave, renovable por otros 6 meses.

6. Hospital de noche: 2 meses, con opción a renovar por 2 meses más.
7. Proceso de admisión y diagnóstico: Como mínimo 3 consultas con la opción a renovar por 8 en total.
8. Internación para la comorbilidad psiquiátrica: 6 meses, renovable por otros 6 meses, hasta cumplimentar 24 meses.

Para 2.-, 3.-, 5.-, 6.-, y 8.- no serán acumulables los períodos menores a 30 días en los que el paciente tuvo un

egreso calificado como egreso por fuga, por autoexternación o por expulsión.

Se define al tratamiento principal, aquel que haya sido elegido como el adecuado según el proceso de admisión y diagnóstico para iniciar el proceso terapéutico propiamente dicho.

Control del programa terapéutico

La aplicación de este programa terapéutico será materia de control por parte del Ministerio de Salud y Acción Social y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha Contra el Narcotráfico, a través del órgano de trabajo, instituido por la resolución conjunta N° 361 y 153.

