# MODELO DE ATENCION INTEGRAL PARA LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ADAPTADO PARA LA FUNDACION APRENDER A VIVIR

## Tabla de Contenido


1. OBJETIVO…….. 4

2. ALCANCE……..4

3. RESPONSABILIDAD.....4

4. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS) (RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MARCO DE LAS MÍAS).....4
4.1 Quienes usarán esta ruta de atención.....4
4.2 A quién va dirigida la ruta de atención. .....5

5. GUÍA….....12

5.1. ORIGEN DE LAS ADICCIONES…….....12
5.1.1Factores de riesgo…….....12
5.1.1.1 Factores de riesgo individuales…….....12
5.1.1.2 Factores de riesgo familiares…….....13
5.1.1.3 Factores sociales de riesgo…….....13
5.1.1.4 Factores políticos de riesgo…….....14
5.1.2. El gen DRD2…….....…14
5.1.3 Definición de la enfermedad…….....14

5.2. MODELO DE ATENCIÓN…….....…16
5.2.1 Modelo Minnesota para el tratamiento de las adicciones..... 17
5.2.1.1. Origen…….....17
5.2.1.2. Estrategias de tratamiento…….....21
5.2.1.2.1 Grupo basado en tareas…….....21
5.2.1.2.2 Grupo de compañeros…….....…21
5.2.1.2.3 Conferencias didácticas…….....….22


FAVNO COPIAR

5.2.1.3 Metodología de los doce pasos……22
5.2.2 Enfoque psicológico cognitivo conductual……40

5.3 INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA……45
5.3.1 ¿Quién debe realizar la intervención? ……45
5.3.2 ¿Cuánto debe durar una intervención terapéutica?……45
5.3.3 Desarrollo de las sesiones……46

5.4 ENTREVISTA MOTIVACIONAL……50
5.4.1 Premisas de la entrevista motivacional……52
5.4.2 Etapas del proceso de cambio……53
5.4.3 Responsabilidades el terapeuta……55
5.4.3.1 Estrategias para el terapeuta……56
5.4.4 Fomentar la autoeficacia……62
5.4.5 Paso a Paso de cómo realizar la entrevista motivacional……63
5.4.5.1 Formular preguntas abiertas……64
5.4.5.2 Escucha reflexiva……65
5.4.5.3 Afirmar……66
5.4.5.4 Resumir……66
5.4.5.5 Provocar afirmaciones auto motivadoras……67
5.4.5.6 Preguntas evocadoras……68
5.4.5.7 Restructuración positiva……69
5.4.5.8 El balance decisional……69
5.4.5.9 Elaboración……70
5.4.5.10 Utilizar los extremos……71
5.4.5.11 Ver en retrospectiva……71
5.4.5.12 Ver en prospectiva……72
5.4.5.13 Analizar los objetivos……72
5.4.5.14 Paradoja……72

5.5 TAMIZAJE……74
5.5.1 Objetivo……74
5.5.2 Características……74
5.5.2.1 Características de quien realiza el tamizaje……75
5.5.3 ¿Cómo escoger la herramienta apropiada para realizar el tamizaje?……76
5.5.4 Instrumentos para el tamizaje de consumo de SPA……77
5.5.5 Tipos de tamizaje……77
5.5.6 Recomendaciones……78

FAVNO COPIAR

5.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN…….....79
5.6.1 Test de tamizaje basado en una sola pregunta para el uso de Drogas y alcohol…….....79
5.6.2 ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, Manual para uso en la atención primaria).....80
5.6.3 AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol) … .....84
5.6.4 Ecomapa…….....88
5.6.5 APGAR familiar…….....90
5.6.6 Genograma…….....93
5.6.7 IPP- R (Inventario de Intereses Profesionales) ……..93
5.6.7 Cuestionario de síntomas (SRQ).....94

5.7 INTERVENCIONES POR PSICOLOGÍA INDIVIDUAL Y GRUPAL…….....95
5.7.1 Intervención usuario…….....96
5.7.1.1 Consulta de primera vez…….....95
5.7.1.2 DSM-V Trastornos relacionados con sustancias: criterios para la dependencia de sustancias…….....96
5.7.1.3 Consulta de control de usuario…….....112
5.7.2 Intervención grupal…….....113
5.7.2.1 Temáticas de intervención otorgadas por las RIAS…….....114

5.8. FAMILIAS…….....116
5.8.1 Intervención familiar…….....116

5.9 COMORBILIDAD O PATOLOGÍA DUAL…….....117
5.9.1 Evaluación de la patología dual (comorbilidad)…….....118

5.10 ÉXITO Y FRACASO DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN…….....122

6. CONTROL DE REGISTRO…….....123

7. GLOSARIO…….....126

8 REFERENCIAS…….....129

FAVNO COPIAR

## 1. OBJETIVO

Establecer los parámetros para la atención de los pacientes y sus familias con enfermedad de adicción y conductas negativas

## 2. ALCANCE

Aplica a todas las atenciones, desde el inicio hasta el final del proceso y por el personal clínico asistencial, realizadas en las sesiones pertinentes es en la fundación.

## 3. RESPONSABLE

Profesionales asistenciales de la Fundación

## 4. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (RIAS)
## (RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MARCO DE LAS MÍAS)




**"***Figura 1.* Rutas integrales de atención (RIA 1)"

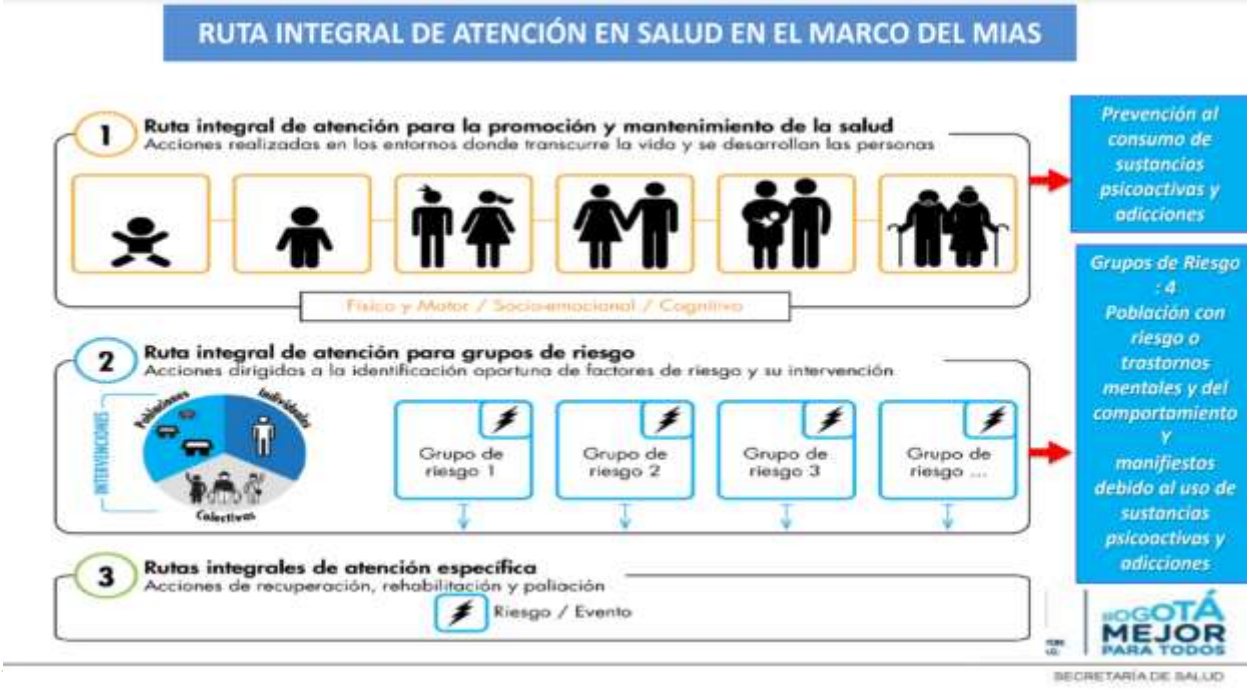
### 4.1 Quienes usarán esta ruta de atención

EL prestador primario y el personal clínico asistencial (promotores de salud, trabajadores sociales médicos generales, médicos familiares, psiquiatras, toxicólogos, enfermeros y

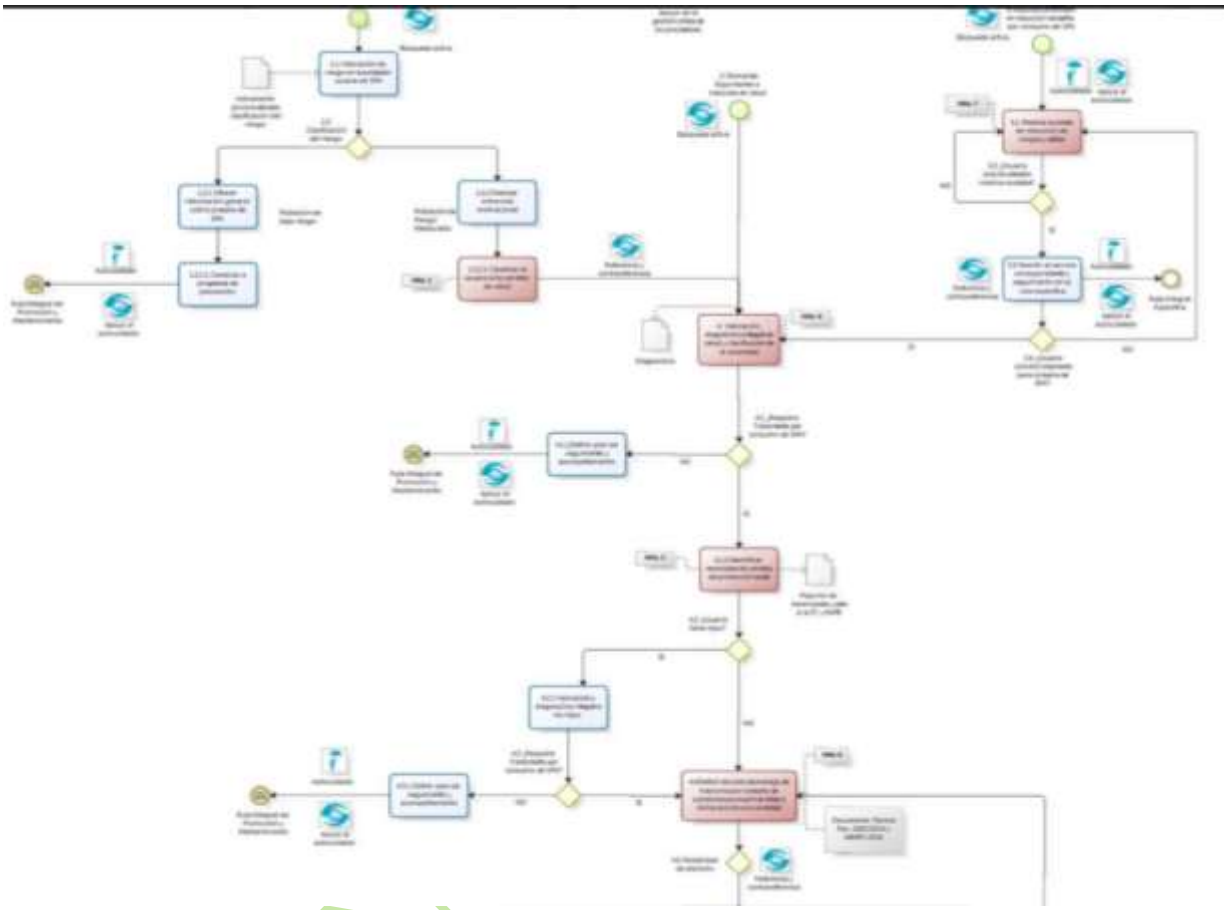
psicólogos) que realiza tamización a personas con uso de sustancias psicoactivas y que brindan tratamiento a pacientes con trastorno por consumo de SPA en los diferentes niveles de atención.

### 4.2 A quién va dirigida la ruta de atención

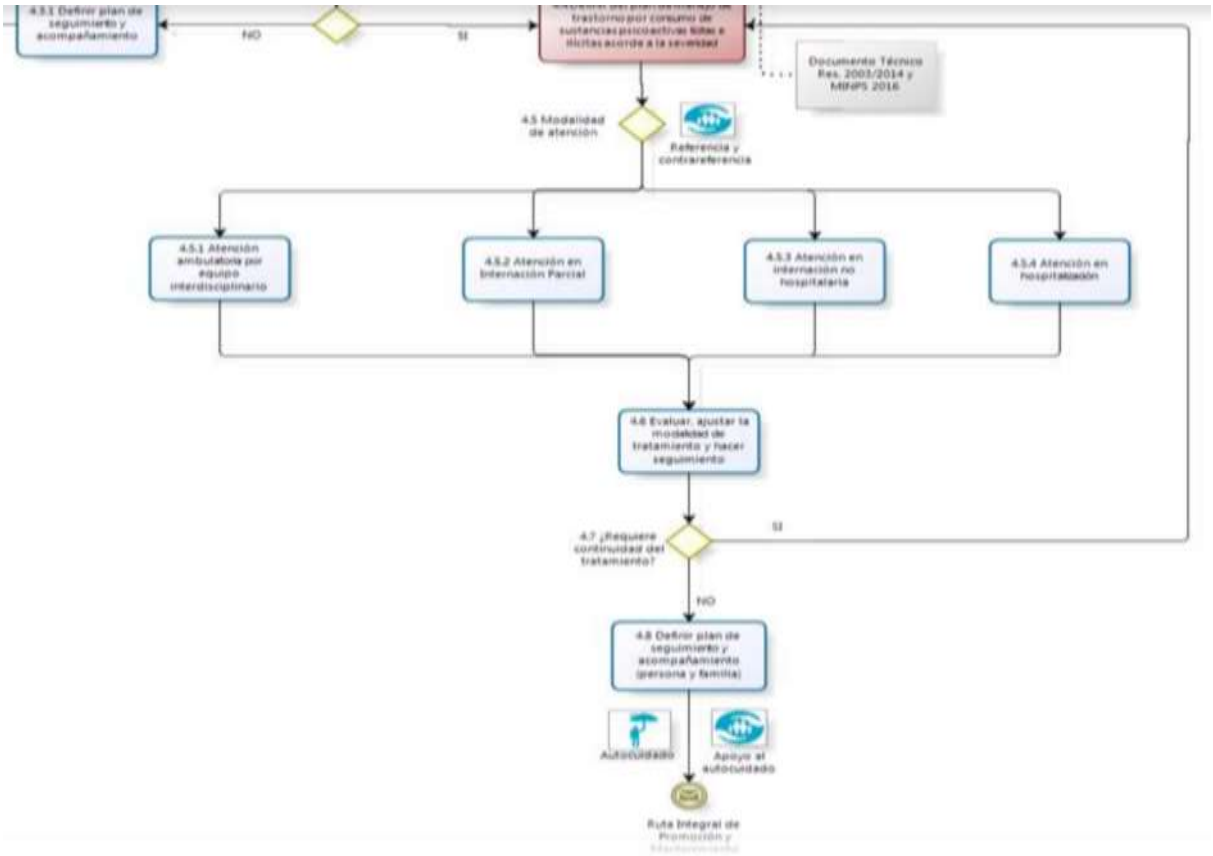
Las recomendaciones van dirigidas a la población con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y población carcelaria, pacientes con trastornos concurrentes mayores (esquizofrenias y trastorno bipolar), pacientes en fases agudas del trastorno (intoxicación y abstinencia) y consumidores de nuevas sustancias psicoactivas.




"*Figura 2*. Ruta integral de atención en salud en el marco del MÍAS"



FAVN




"*Figura 3*. Ruta integral de atención en salud en consumo de SPA en el marco del MÍAS"

La siguiente ruta, es suministrada por el ministerio de salud como el ***"Modelo Integral de Atención en Salud" y debe ser adoptada,*** a continuación podrá identificar entonces, la "RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LOS USUARIOS DE LA FUNDACIÓN APRENDER A VIVIR" la cual sigue los lineamientos suministrados por el ministerio de salud, haciendo énfasis en los pasos que aplican para la fundación (los identificara resaltados) así como la forma de llevarlos a cabo (recuerde remitirse al "modelo de atención" donde se especifican cada una de las acciones a realizar).

➔ **El usuario ingresa a la fundación por cuatro vías posibles (Remitido por EPS, voluntad propia, sus acudientes lo llevan y/o por orden judicial)**

**1.** Acciones comunitarias

- **Búsqueda activa**

**1.1 Valoración de riesgo en la población usuaria de SPA**

➔ Instrumento psicosocial (Ecomapa, Genograma, APGAR FAMILIAR, ASSIST, AUDIT)

**1.2 Clasificación de riesgo (Especificar el diagnóstico del usuario)**

**1.2.1 Ofrecer información general sobre consumo de SPA (Población de riesgo)**

**1.2.1.1 Canalizar a programas de prevención**

- Autocuidado
- Apoyo al autocuidado

➔ Ruta integral de promoción y mantenimiento

**1.2.2 Realizar entrevista motivacional (Población de riesgo medio/ Alto)**.2.2.1 Canalizar al usuario a los servicios de salud (Servicios para el cuidado básico de consumo de sustancias psicoactivas).

- Referencia y contrareferencia

**2.** Demanda espontánea o inducida de salud

- Búsqueda activa

**3. Inducción de atención en reducción de daños por consumo de SPA**

- Búsqueda activa
- Autocuidado
- Apoyo al autocuidado

**3.1 Realizar acciones de reducción de riesgo**

FAV NO COPIAR

➔ (Inicio de terapia psicoterapéutica, administración de medicamento cuando el psiquiatra lo formula).

3.2 ¿Usuario solicita atención médica resolutiva?

➔ NO: Dirigirse al 3.1

SI: Dirigirse al 3.3

3.3 Remitir al servicio correspondiente y seguimiento en la ruta específica

- Referencia y contrareferencia
- Autocuidado
- Apoyo al autocuidado

➔ Ruta integral especifica

**3.4 ¿Usuario solicita tratamiento para consumo de SPA?**

➔ NO: Dirigirse al 3.1

➔ **SI: Dirigirse al 4**

**4. Valoración, diagnóstico integral en salud y clasificación de la severidad**

- **Diagnóstico**

**4.1 ¿Requiere tratamiento por consumo de SPA?**

➔ NO: Dirigirse al 4.1.1

➔ **SI: Dirigirse al 4.1.2**

4.1.1 Definir plan de seguimiento y acompañamiento

- Autocuidado
- Apoyo al autocuidado

➔ Ruta integral de promoción y mantenimiento

**4.1.2 Identificar necesidad de servicios de protección social**

- **Reporte de necesidades y plan a la ET Y EAPB**

FAVNO COPIAR

**4.2 ¿Usuario tiene hijos?**

➔ **SI: Dirigirse al 4.2.1**

➔ **NO: Dirigirse al 4.4**

**4.2.1 Valoración y diagnóstico integral a los hijos**

**4.3 ¿Requiere tratamiento por consumo de SPA?**

➔ NO: Dirigirse al 4.3.1

➔ **SI: Dirigirse al 4.4**

4.3.1 Definir plan de seguimiento y acompañamiento

- Autocuidado
- Apoyo al autocuidado

➔ Ruta integral de promoción y mantenimiento

**4.4 Definir del plan de manejo de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas acorde a la severidad**

**4.5 Modalidad de atención**

➔ De acuerdo al diagnóstico otorgado por el psicólogo y el psiquiatra se define cuál será la modalidad de atención para el usuario

- **Referencia y contrareferencia**

**4.5.1 Atención ambulatoria por equipo interdisciplinario**

➔ El usuario es atendido, dos veces por semana en sesión psicológica por el equipo Psicosocial

FAV NO COPIAR

**4.5.2 Atención e internación parcial**

➔ El usuario ingresa a la fundación en la modalidad de servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas (Resolución 3100 de 2019) y se procede con la aplicación del modelo Minnesota para el tratamiento de las adicciones.

4.5.3 Atención en internación no hospitalaria

4.5.4 Atención en hospitalización

**4.6 Evaluar, ajustar la modalidad de tratamiento y hacer seguimiento**

➔ Semanalmente se reúnen los profesionales de la fundación para evaluar el proceso y avance de cada usuario, así como se presenta un informa mes a mes detallado de los avances del mismo, con el fin de identificar la fase en que se encuentra respecto al modelo Minnesota y la recuperación en sus diferentes áreas de ajuste.

**4.7 ¿Requiere continuidad del tratamiento?**

➔ **NO: Diríjase al 4.8**

➔ **SI: Diríjase al 4.4**

**4.8 Definir plan de seguimiento y acompañamiento (persona y familia)**

➔ Una vez finalizada la modalidad de servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas, se da paso a la de atención ambulatoria (anteriormente explicada), dando paso así al seguimiento y acompañamiento del usuario una vez salga de fundación Aprender a vivir.

- **Autocuidado**
- **Apoyo al autocuidado**

➔ **Ruta integral de promoción y mantenimiento**

FAV NO COPIAR

## 5. GUÍA

En la siguiente guía se describen las definiciones pertinentes para el manejo de los usuarios con consumo de sustancias psicoactivas y conductas negativas asociadas al mismo, así como las leyes, resoluciones, guías necesarias para la comprensión, aplicación de la ruta de atención y el paso a paso a seguir con los usuarios.

### 5.1. ORIGEN DE LAS ADICCIONES

El origen de las adicciones es muy complejo ya que son muchos los factores de riesgo que conllevan a desarrollarla. El problema de consumo de drogas no es fácil de analizar, ya que puede originarse por diferentes factores psicosociales, que pueden ser: Individuales, familiares, sociales, culturales, publicitarios y hasta políticos o religiosos.

Los problemas de origen individual están determinados por aspectos emocionales, por la personalidad y hasta por la cultura y educación, porque el modo de actuar de cada persona depende de no solamente de cómo nos sentimos, sino también de los valores que tenemos.

#### 5.1.1 **Factores de riesgo**

##### **5.1.1.1 Factores de riesgo individuales:**

- Baja autoestima
- El sentimiento de invulnerabilidad
- El retraimiento
- La inseguridad
- La curiosidad
- El miedo
- La no auto aceptación
- La aceptación de los demás

FAV NO COPIAR

- La Forma de enfrentar los problemas personales y de manejar la tristeza, la desesperanza, la frustración, la desesperación, la sociedad, las críticas, los errores, las enfermedades, los duelos y los retos.
- La forma de manejar el sentimiento de aventura, la popularidad, la rebeldía y las normas sociales establecidas.
- La asertividad, es decir, la capacidad de respuesta y la toma de decisiones propias sin hacer caso a presiones, retos o amenazas
- El valor que se le otorgue a la salud y a la vida propia y de los demás.
- La capacidad de reconocer , elegir aceptar o de rechaza " amigos"
- El no tener un sentimiento de pertenencia, es decir, sentir que somos parte importante de una familia, grupo de amigos escuela o comunidad.

**5.1.1.2 Factores de riesgo familiares**

- El riesgo, si algunos de los progenitores o familiares son consumidores de alguna droga
- La desintegración familiar
- El manejo inadecuado de los problemas cotidianos
- La falta de reconocimiento, aceptación , identificación, comprensión y orientación familiar
- La falta o injusta asignación de responsabilidades domésticas
- La carencia de normas flexibles pero con límites
- El respeto y acato a las normas establecidas
- La presencia de violencia
- La presión por el dinero
- La inadecuada comunicación
- La excesiva presión entre los miembros de la familia

**5.1.1.3 Factores sociales de riesgo:** El tipo de drogas que son aceptadas socialmente como el café, el tabaco o el alcohol y la disponibilidad para adquirir drogas ilícitas

FAVNO COPIAR

- El tipo de amigos y la relación que lleven con ellos
- El impacto de los medio de comunicación

**5.1.1.4 Factores políticos de riesgo:**

- Las políticas establecidas con relación a la permisibilidad y control en el usos de consumo de drogas, ya que cada país tiene las propias , por ejemplo hay países donde el consumo de drogas está legalizados y algunos lugares donde ciertas drogas se utilizan con propósitos curativos o religiosos
- Las leyes establecidas con relación a la producción, venta, trágico y distribución de drogas.
- La injusticia, impunidad y corrupción con relación a la producción, venta, tráfico y distribución de drogas.

**5.1.2 El Gen DRD2**

Los científicos no saben con precisión qué variantes genéticas particulares pueden tener influencias sobre el comportamiento, pero ha obtenido algunas pistas

Encontraron que una variante genética particular, una versión del gen receptor de Dopamina (DRD2), aparece fuertemente asociada con el consumo alcohólico.

El gen DRD2 parece influir en el placer experimentado con drogas como el alcohol. Las personas sin esta variante podrían obtener menos placer del alcohol y por consiguiente beber menos.

**5.1.3 Definición de la enfermedad**

Según la (OMS) Organización Mundial de la Salud Institución de la Organización de las Naciones Unidas

FAV NO COPIAR

Adicción: Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por: Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio. Una tendencia al aumento de la dosis. Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos. Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. Serie de Informes Técnicos, ONU, números 116 y 117, 1957.)

Según la American Psychiatric Asociativo asociación de psiquiatras estadounidenses. Dependencia a una sustancia. Patrón mal adaptado de abuso de una sustancia que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiesten tres (o más) de los factores abajo expuestos en cualquier momento, dentro de un periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

a) Necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) Efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia.

c) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

2. Abstinencia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.

b) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase), a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante periodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente.

FAV NO COPIAR

4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la substancia.

5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, por ejemplo, acudir a muchos médicos o conducir largas distancias, su consumo tal como fumar encadenadamente o la recuperación de sus efectos.

6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativo derivadas del uso de la sustancia.

7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia, por ejemplo, el consumo habitual de cocaína, independientemente de saber que produce depresiones, o el consumo continuado de bebidas alcohólicas a pesar de saber que ello empeora una úlcera).

Se diagnosticara abuso de una sustancia con dependencia fisiológica si hay pruebas que demuestran la existencia de tolerancia o abstinencia.

Se diagnosticara abuso de una sustancia sin dependencia fisiológica si no hay pruebas de la existencia de tolerancia o de abstinencia.

## 5.2 MODELO DE ATENCIÓN

La fundación aprender a vivir rige bajo los servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas: es el servicio de internación e infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctar (vivir en la fundación).

FAV NO COPIAR

Es importante antes de dar el contexto teórico, mencionar que el modelo de atención bajo el cual trabaja la fundación se basa en el modelo de Minnesota, siendo este uno de los avalados en el Modelo de Atención Integral para los Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia, definido por el Ministerio de Protección Social y el UNODC.

| POBLACION | RECOMENDACIONES PARA TODAS LAS S.P.A |
|---|---|
| Adultos | El personal que tiene contacto con personas que abusan de drogas debe rutinariamente proporcionar información acerca de los grupos de autoayuda. Estos grupos normalmente deben basarse en principios de 12 pasos. |
| Adultos | Las intervenciones breves enfocadas en la motivación deben ser ofrecidas a las personas que tiene un contacto ocasional con los servicios de salud sólo si el usuario expresa preocupaciones acerca del uso indebido de drogas o un miembro del personal las identifica |
| Adolescentes 12 a 17 años. | Cuando un adolescente es detectado con consumo de alcohol o de otras drogas psicoactivas, es ideal ofrecerle alguna alternativa de tratamiento acorde al contexto. Aun cuando cierta gama de opciones de tratamiento que pueden ser eficaces para reducir el consumo de sustancias en los adolescentes, el personal de salud adicionalmente debe considerar en la elección de la intervención, la accesibilidad del servicio para los usuarios y sus características socioeconómicas. |
| Embarazadas | Los proveedores de salud deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que usan alcohol o drogas. |

*Figura 4*. "Recomendaciones de tratamientos para todas las sustancias psicoactivas"

### 5.2.1 MODELO MINNESOTA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

#### 5.2.1.1. Origen

Antes de la década de los cincuenta sólo existía un periodo breve de desintoxicación médica y/o el ingreso a un hospital psiquiátrico, como atención para el alcohólico. Además, se carecía de recursos materiales, había pocos profesionales que querían trabajar y menos estaban entrenados para ayudar a los alcohólicos. El modelo de tratamiento surgió de la llamada experiencia Minnesota. Entre 1948 y 1950 se fundaron tres centros pioneros de tratamiento de alcohólicos en el estado de Minnesota, USA (Pioneer HouseHazendel y Willmar State Hospital)

que desde entonces han continuado con un trabajo clínico sistemático para desarrollar y revisar este modelo integral de atención al adicto y a su familia. Desde un inicio, la fundación Hazelden se ha distinguido por la divulgación de investigaciones y observaciones del trabajo clínico, así como por la enseñanza y la publicación de literatura relevante en el campo de las adicciones en el mundo de la habla inglesa e hispana la "Experiencia Minnesota" partió de conceptos nuevos y cruciales, creando una verdadera filosofía de intervención radical controvertida en aquella época y cuestionada como viable y practicable. Los nuevos supuestos básicos fueron los siguientes:

a. **Signos y síntomas del alcoholismo**

Un problema fue y también lo sigue siendo hoy que la mayoría de la gente niega la existencia del alcoholismo. Desde luego lo hace el alcohólico y entre otros, los médicos, los amigos y los familiares, por lo menos durante un periodo prolongado, para identificar el problema existen signos y síntomas casi idénticos, independientemente de características demográficas, de personalidad y heterogeneidad socio cultural de las personas. Se unificaron los criterios diagnósticos y se puntualizó que todos los alcohólicos beben con exceso y no importando su estilo de beber, sus personalidades y la clase social a la que pertenece. Además, todas las personas suelen tener consecuencias dañinas por su manera y la mayoría continúa haciéndolo por años a pesar de que su vida se complique y empobrezca en calidad.

b. **El alcoholismo como enfermedad**

En 1978 se envió desde Minnesota un documento de apoyo técnico al congreso de los Estados Unidos (Reunión sobre alcohol y salud) en el cual se planteó la hipótesis de que el alcoholismo es, en alguna manera, una enfermedad. Desde entonces y hasta ahora, la falta de control sobre la conducta del bebé y la dependencia patológica a pesar de sus efectos negativos, ha fundamentado la hipótesis de que el alcoholismo es una enfermedad.

FAVNO COPIAR

El enfermo no es culpable en aquel tiempo, a pesar de no poder establecer una relación entre el alcoholismo y alguna condición física o psiquiátrica se planteó que debería haber congruencia entre considerar el alcoholismo una enfermedad y no responsabilizar a la persona de esta. La implicación terapéutica de este planteamiento ha sido fundamental para el modelo Minnesota.

c. **La adicción como enfermedad multifacética**

Muy pronto se vio, a través de la experiencia mediante ensayo y error, que para establecer estrategias efectivas de tratamiento, no se puede ignorar la complejidad de los efectos patológicos que acompañan al alcoholismo. Pero es fundamental trabajar primero con la adicción. Si no, se pierde la recuperación de trastornos psiquiátricos o la modificación lograda de problemas sociales y/o físicos. Y a la inversa, ayudar a alguien a aceptar y afrontar realista y honestamente el alcoholismo y no ayudarle a manejar otros problemas vitales agobiantes, resultaría en un fracaso. Las consecuencias asociadas con el alcoholismo se agruparon como multifacéticas, de índole física, psicológica, social y espiritual.

d. **El alcoholismo como una enfermedad crónica y primaria**

Aunque se ve que el alcohólico en tratamiento requiere de ayuda para resolver problemas que se relacionan con su alcoholismo, lo esencial es el alcoholismo como enfermedad primaria. La hipótesis de que el alcoholismo es una condición independiente, primaria y crónica ha sido muy importante. Así el tratamiento es la intervención directa sobre el proceso primario. Esta fue la idea radicalmente nueva, sobre todo para los profesionales que aprendieron que el alcoholismo siempre era un síntoma de alguna situación subyacente.

e. **El Concepto Químico de Dependencia**

FAVNO COPIAR

El nombre de químico-dependencia se hizo popular en muchos estados de la Unión Americana. Dependencia de sustancias es el término equivalente, según el DSM-IV (1995). El concepto es el mismo y fue crucial en el desarrollo del Modelo Minnesota. Desde un inicio, en el Wilmar State Hospital se dio tratamiento a alcohólicos y a adictos a narcóticos. Al final de los cincuenta, los centros pioneros de tratamiento recibían cada vez más pacientes con adicciones "duales". Sobre todo acudían mujeres con dependencia de alcohol y de medicamentos de prescripción. Las personas con adicción múltiple usan las drogas simultánea o sucesivamente. Según los creadores del Modelo Minnesota, el tratamiento sirve para ambas clases de adictos, ya que comparten la dependencia química.

### f. La estructura de un programa de tratamiento

Con la aceptación provisional de las hipótesis anteriores, tanto del alcoholismo, como de otras formas de dependencia química se pensó en la parte práctica de un programa de tratamiento. Hasta este tiempo, nunca se había pensado en un programa estructurado, sólo existía un procedimiento breve de desintoxicación médica. Se desarrolló la idea de que el tratamiento podría pensarse como un programa progresivo, igual que se consideraba al alcoholismo una enfermedad progresiva y crónica con fases diversas. Los siguientes fueron los primeros conceptos en relación a la estructura del tratamiento:

**Cuidado versus curación:** Se decidió que el foco del modelo de tratamiento sería el cuidado y no la curación. La meta: Ayudar al alcohólico a aprender a vivir y manejar (hacer frente a) su condición crónica.

**Filosofía de AA:** La filosofía básica del programa se empareja con los conceptos contenidos en el programa de los Doce Pasos de AA. La confianza en el valor de AA vino principalmente de una serie de visitas informales a miembros de la comunidad y a destacados líderes de AA en el estado de Minnesota. El grupo de profesionales no adicto quería aprender de los miembros

FAV NO COPIAR

de AA su peculiar manera de acceder, comprender el pensamiento y la personalidad de adictos al alcohol y las drogas.

**5.2.1.2. Estrategias de tratamiento**

Existen diversas estrategias de tratamiento, las cuales se explican a continuación:

**5.2.1.2.1 Grupo basado en tareas:** La influencia de las estrategias de comunicación en los grupos y las juntas de AA fue clave en el desarrollo del programa. Los consejeros alcohólicos en recuperación sirvieron para llevar los grupos basados en tareas. Identificándose con los usuarios lograron obtener su confianza para que pudieran dar respuestas abiertas y honestas. La meta de los encuentros grupales era ayudar a resolver problemas personales y apoyar la toma de decisiones relacionadas directamente con el alcoholismo. Se vio que en un ambiente grupal, altamente estructurado y orientado hacia una tarea, pocos usuarios pueden evadir su problema primario por mucho tiempo. Como ejemplo, un grupo rápidamente se enfoca a los tópicos críticos relacionados con el alcoholismo, como resentimientos, negación, culpa, grandiosidad y egocentrismo.

**5.2.1.2.2 Grupo de compañeros** Pronto apareció que algunos pacientes lograron ayudarse mutuamente. Informalmente, se forman subgrupos pequeños no estructurados, sin líder. El descubrimiento que personas enfermas puede ayudarse mutuamente en algunos aspectos, sin la ayuda profesional, sorprendió mucho. Así, el usuario se emancipó de una relación tradicional pasiva-dependiente con el profesional. Tomó un rol más activo y comprometido al ayudar a otros. Sin la influencia de los consejeros de AA, posiblemente, no se hubiera hecho el descubrimiento de que cuando un grupo de compañeros en sufrimiento se junta en un ambiente estructurado para compartir sus problemas crónicos comunes, se dan cambios positivos. Personas que no pueden ayudarse a sí mismas, a veces, si pueden ayudarse mutuamente.

**5.2.1.2.3 Conferencias didácticas** Otra de las influencias valiosas fue aprender del procedimiento de las reuniones de AA en cuanto a sus aspectos didácticos. En los grupos de

FAV NO COPIAR

autoayuda los miembros viejos les enseñan a los nuevos. Se atienden y escuchan conferencias cortas y explicaciones sobre la comprensión y experiencia muy personal de los Doce Pasos y la enseñanza de AA. Como resultado de este descubrimiento se desarrolló una serie formal de conferencias para los usuarios. De hecho, las conferencias se convirtieron en la columna vertebral del programa. Una de las razones de la efectividad de este enfoque didáctico podría tener que ver con el anonimato protector del aula de conferencias. En este ambiente, los usuarios pueden re conceptualizar su propia situación sin miedo a exponerse ante los usuarios o el equipo profesional y, especialmente, sin miedo a tener que hacer revelaciones personales o vergonzosas[1].

### 5.2.1.3. Metodología de los Doce Pasos

El programa de los doce pasos como se conoce hoy en día, se introdujo por primera vez por alcohólicos anónimos en 1939. Este programa fue presentado como una guía para ayudar a los alcohólicos anónimos cuando decidía trabajar en la mejora de día a día de su enfermedad. El programa de los 12 pasos se convirtió en algo muy popular y ahora es adoptado por muchas clínicas de rehabilitación en EEUU/ Reino Unido, centros de rehabilitación o centros de tratamiento residencial en todo el mundo que manejan s alcohólicos y drogadictos usuarios. La máxima del programa sigue siendo la aceptación del problema y hacer de las personas conscientes de la necesidad de hacer algo al respecto no solo con la intervención divina, sino también con sus grupos de trabajo del programa. Con estas premisas, la Fundación Aprender A Vivir, se basa para adelantar su programa de recuperación, incluyendo la asesoría necesaria para tal fin y haciendo el respectivo seguimiento del desarrollo de los programas.

Luego de hacer la respectiva valoración, aceptación y recepción del paciente, este ingresa al programa de recuperación que se desarrolla en las siguientes fases, así:

[1] Elke Kort Un modelo de tratamiento para la dependencia de Alcohol y drogas. Pág. 6-12. 2009. México

FAV NO COPIAR

## A. GENERACIÓN DE CONCIENCIA DE SU ENFERMEDAD

**Duración de la Fase:** Siete meses, los cuales se determinan y trabajan de acuerdo con la evolución de cada usuario, esta fase se desarrolla de la siguiente manera:

El usuario inicia práctica de adaptación a su entorno, se regula la alimentación balanceada y creación de hábitos en actividades cotidianas, (orden, aseo, seguimiento de normas, hábitos de ejercicios para desintoxicar el cuerpo, entre otros). Paralelamente, se trabajan en los siguientes formatos:

- AUTO-EVALUACIÓN **(DIR- PSI-FT-004)**
- FORMATO DE INFANCIA Y NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y MADUREZ **(DIR- PSI-FT-005)**

En estos formatos se emplean dos meses dependiendo la evolución de cada usuario, como se denomina la fase, el objetivo general es: Generar conciencia de enfermedad y dar inicio al autoconocimiento y de allí se desprenden los siguientes objetivos:

- Identificar y evaluar la dependencia, a través de entrevistas con el usuario y las personas más cercanas a él, para elaborar un plan de tratamiento adecuado a cada persona.
- Controlar y realizar seguimiento de la abstinencia del usuario, en esta primera fase en la que los recursos no están desarrollados, junto con una progresiva toma de conciencia de su enfermedad, las consecuencias de la misma y su deseo de cambio.
- Promover la inmersión y familiarización del tratamiento, así como la generación de empatía con el equipo terapéutico y sus compañeros, al tiempo que comienza a identificar y sustituir los hábitos adquiridos durante el consumo.

FAV NO COPIAR

A continuación, se prosigue con el trabajo para entender muchos conceptos cotidianos que se manejan mal y que se entienden en la mayoría de los casos, de forma errónea y hasta contraria al mismo significado. En esta parte se trabajan un cuestionario denominado vocabularios de 50 palabras en las cuales debe definir:

a) Que significa para él este concepto
b) Como lo manejaba
c) Cómo lo va a manejar

Una vez terminado el usuario estará en la capacidad de haber aprendido, comprendido, interiorizado y aplicado cado uno de estos conceptos. Luego de terminar el trabajo de interiorización y aplicación, el terapeuta respectivo evalúa dichos conceptos de memoria y de ser el resultado positivo, el usuario comienza el trabajo de los pasos y estaría preparado para continuar con la siguiente fase.

## B. ESTABILIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

**Duración de la fase:** Esta se encuentra determinada por el trabajo de los pasos 1 al siete los cuales se describirán a continuación. Tiene una duración aproximada de 7 meses las cuales se evalúan de acuerdo con los objetivos aquí establecidos.

- Desarrollar estrategias terapéuticas eficientes para que el paciente comprenda su enfermedad y aprenda a vivir sin consumir drogas adictivas.
- Iniciar cambios significativos, el usuario trabaja para conocer sus obstáculos y recursos personales y así asume progresivamente la responsabilidad y compromiso de su tratamiento.
- Progresar en el autoconocimiento del usuario y en la normalización de sus relaciones familiares sociales y de pareja
- Consolidar la abstinencia disminuyendo gradualmente la supervisión del equipo terapéutico.

FAV NO COPIAR

La adicción es una enfermedad que, sin la recuperación, termina en cárceles, hospitales, manicomios o con la muerte. Muchos usuarios llegan a la Fundación Aprender a Vivir porque las drogas ya no les daban lo que les hacía falta. La adicción quita la dignidad, el amor propio, la familia, los seres queridos y hasta el mismo deseo de vivir. Saben que su infierno estaba dentro de ellos mismos. Los usuarios se dan cuenta que, si anteponen la recuperación a todo lo demás, el programa funciona, la herramienta fundamental para la recuperación es el adicto en recuperación. Tendrán que enfrentarse con estos tres puntos conflictivos:

1. Somos impotentes ante la adicción y nuestra vida es ingobernable.
2. Aunque no somos responsables de nuestra enfermedad, somos responsables de nuestra recuperación.
3. Ya no podemos seguir echando la culpa de nuestra adicción a los demás, a los lugares ni a las cosas. Tenemos que afrontar nuestros propios problemas y nuestros sentimientos.

Los pasos se desarrollan de la siguiente manera:

**Primer paso: "Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción (enfermedad), que nuestra vida se había vuelto ingobernable".**

En este punto del proceso el usuario se da cuenta de que su vida no ha tenido sentido, que vivía atrapado en rutinas obsesivas, compulsivas egocéntricas y círculos interminables que solo lo llevan a la decadencia en todas las áreas de su vida, que vivía en negación, que ha tocado fondos de maneras impensables, que era completamente impotente ante sus impulsos de desenfreno y de consumo, que ha sido preso de la ingobernabilidad interna, (sus pensamientos y emociones) y que esto lo ha llevado a comportarse irresponsable, cínica, sin sentido de nada, por lo mismo ha tenido inconvenientes en el colegio y/o institución educativa en la que se encuentre, ha tenido inconvenientes con la policía, con entes de control judicial, en el trabajo, con la familia, riñas callejeras, etc.

FAV NO COPIAR

Se ubica frente a la tendencia a guardar reservas que solo se convierten en elementos para recaer. Entiende que debe rendirse. Y que el rendirse implica aceptar que tiene un problema pero que él mismo es parte de la solución y recuperarse es el siguiente camino. En este paso, se muestran y trabajan los principios espirituales de: honestidad, receptividad, buena voluntad, la humildad y la aceptación. Con estos principios espirituales se motiva al paciente a seguir adelante con su proyecto de recuperación, cuando el usuario admite su impotencia e incapacidad para gobernar su vida, abre las puertas a la recuperación.

La mayoría intentaron dejar de consumir por su propia cuenta, pero fueron incapaces de vivir ni con drogas ni sin ellas. Con el tiempo se dieron cuenta de que eran impotentes ante su adicción. Muchos intentaron dejar de consumir únicamente con fuerza de voluntad. Resultó una solución temporal, pero se dieron cuenta que su fuerza de voluntad sola no iba a funcionar durante mucho tiempo.

Nadie pudo convencerlos de que eran adictos, tuvieron que admitirlo ellos mismos. La adicción es una enfermedad física, mental y espiritual; El aspecto físico de la enfermedad es el consumo compulsivo de drogas: la incapacidad de parar de consumir una vez que se empieza. El aspecto mental es la obsesión o el deseo abrumador de consumir aunque estén destrozando su vida y la parte espiritual es su egocentrismo total. Creían que podrían parar cuando quisieran, a pesar de que los hechos demostraban lo contrario.

En referencia a la codependencia, en el primer paso, el usuario se abre a una nueva manera de pensar y vivir, una manera que le ofrece poner fin a su manera compulsiva de arreglar lo arreglable. Hasta el momento la persona había aplicado el autocontrol, la obsesividad y su pensamiento confundido a los problemas de su vida. Cuando sus relaciones se rompían muchas veces trataban con mayor tenacidad, aplicaban su arsenal de información con una venganza, su fuerza de voluntad tomaba muchas formas, eran excesivamente pacientes, complacedores,

FAVNO COPIAR

conformistas, culpaban, se lastimaban y lastimaban a otros y todo el tiempo estuvieron convencidos de que hacían lo correcto.

A su vez, en el primer paso, los usuarios trabajarán en distintas partes de la enfermedad: Negación, tocar fondo (desesperación y aislamiento), impotencia, ingobernabilidad, reservas, rendición, principios espirituales y seguir adelante.

Ningún paso funciona por arte de magia, los usuarios no sólo recitan las palabras de este paso, sino que aprenden a vivirlas. Ven con sus propios ojos que el programa tiene algo que ofrecerles. Hallan la esperanza, aprenden a funcionar en el mundo en que viven. También encuentran un sentido a la vida y ser rescatados de la locura, la depravación y la muerte. Cuando admite su impotencia e incapacidad para gobernar su vida, abren las puertas a que un Poder superior a los ayude. *"Lo importante no es dónde estuvimos, sino hacia dónde vamos."* **(DIR-PSI-FT-007)**

**Segundo paso: "Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos puede devolvernos el sano juicio"**

De acuerdo a la misma literatura de N.A., en el primer paso, se observa las fantasías sobre la adicción, el segundo brinda la esperanza de la recuperación. Aquí no se exige ser religiosos, este es un programa espiritual, y por ende se hace referencia a creer en un poder superior al mismo, tal como cada paciente lo conciba. Se trabaja en el concepto de esperanza en todas las dimensiones de la palabra y como medio de alcanzar algo que quizás no sea posible. Se observa la locura en que se ha vivido. Se fortalece la idea de llegar a creer que es posible hacer algo por solucionar su problemática y vivir de manera digna. Se explora la creencia que cada quien tenga un poder superior, tal como lo conciba.

Se trabaja en la restitución del sano juicio, teniendo en cuenta que el mismo paciente, por mal que haya estado, ha contado con momentos de paz, de armonía familiar, de buenos

FAVNO COPIAR

resultados y en general muchas cosas positivas que se han gozado, que no todo ha sido malo. Que volver a tener este tipo de cosas es posible, que debe trabajar por ello y para ello.

Se trabajan los siguientes principios espirituales: la receptividad, la buena voluntad, la fe, la confianza y la humildad, aquellos principios que se repiten se muestran luego de la aceptación de su problemática y de ver que se puede hacer algo por su recuperación, divididos en dos partes: "Esperanza, locura, llegar a creer, un poder superior a nosotros mismos, restitución del sano juicio, principios espirituales y seguir adelante", con estos principios se invita al paciente a no desistir y a seguir en su proceso.

Locura es repetir los mismos errores esperando resultados diferentes, la obsesión de consumir, es lo más evidente de la locura de la enfermedad de la adicción, lo primero que ha hecho el usuario dentro de la fundación es dejar de consumir, a esta altura empezará a sentir el dolor de vivir sin drogas y sin nada que las reemplace, este dolor los obliga a buscar un poder más grande que ellos mismos, que les alivie la obsesión de consumir.

A medida que ven las coincidencias y los milagros que suceden en su vida, la aceptación se convierte en confianza, comenzarán a sentirse a gusto con su Poder Superior como fuente de fortaleza. Conforme van aprendiendo a confiar en este Poder, empiezan a superar su miedo a vivir, el proceso de llegar a creer les devuelve el sano juicio, la fortaleza que los impulsa a la acción proviene de esta creencia. Es necesario que acepten este paso para emprender el camino de la recuperación. Cuando la fe haya crecido, estarán preparados para el Tercer Paso. (**DIR-PSI-FT-007)**

**Tercer paso: "Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios tal como lo concebimos"**

En este paso ya se ha generado la idea de probar algo nuevo, se debe tomar una decisión, más que con la mente, se debe hacer el trabajo necesario para ir más allá de tomar una decisión

FAVNO COPIAR

intelectual interiorizar esta opción con acciones constructivas. Se identifica la diferencia entre la propia voluntad y la voluntad de poder superior. En la voluntad del poder superior se enmarcan dos cosas: 1) su recuperación y 2) que haga todo lo necesario para recuperarse. Lo demás es voluntad del paciente. Se identifica que el poder superior, antes que tener una idea fija de lo que es, es más importante mantener un contacto consciente con él, en el cual se deben buscar tres cosas: 1) comunicarse con él. 2) estar dispuesto a hacerlo. 3) permitirse expresar sentimientos hacia él.

Se enfatiza en la importancia de soltar riendas. Se recuerda que ya en su adicción activa, quiso hacer su santa voluntad. Luego se examina cómo se transforma la esperanza en fe y confianza. Este es un paso enorme, no hace falta que sea religioso; cualquier persona puede dar este paso, lo único que se necesita es buena voluntad. El derecho a un Dios tal como cada uno lo conciba es total y sin condiciones, como se tiene este derecho, si se quiere crecer espiritualmente es necesario que esta creencia sea honesta.

A medida que se comprende el significado verdadero de la entrega, los temores disminuyen y la fe empieza a crecer. Ya no luchan contra el miedo, la ira, la culpa, la autocompasión ni la depresión, se dan cuenta de que el Poder que los trajo al programa sigue estando con ellos y continuará guiándonos si se lo permiten. Poco a poco empiezan a perder el miedo paralizador de la desesperación.

En este paso se trabajan 6 partes: “Tomar una decisión, la propia voluntad, Dios, tal como lo concebimos, soltar las riendas, principios espirituales y seguir adelante”, el usuario ha examinado sus viejas ideas tal como son, y están dispuestos a renunciar a ellas y dejar que tenga lugar un cambio en su vida. Hasta es posible que estén dispuestos a correr algunos riesgos que nunca habían tenido el valor de correr, porque saben bien que su poder superior los cuida. Por último, se observa de qué forma, el principio de compromiso está ligado a este paso y con ello

FAVNO COPIAR

se invita a seguir adelante. Ahora están listos para su primera autoevaluación sincera y empezamos con el Cuarto Paso (**DIR- PSI-FT-007)**

**Cuarto paso: "Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos"**

Se trabaja la motivación para adelantar este ejercicio, se determina que significa detallado y sin miedo. Se asume el concepto de un inventario moral y se aclara que no tiene que ver con un código de conductas rígido a nivel social, se aclara que para nada implica poner al paciente en rebeldía contra las normas sociales, al contrario, se motiva a hacer las cosas bien. En este paso, se retoman los principios espirituales vistos en los pasos anteriores para realizar este trabajo de inventario personal. Se revisa minuciosamente los resentimientos, los sentimientos, sentimiento de culpa y vergüenza, miedo, relaciones, sexo, abuso, virtudes y secretos. En cada uno de los aspectos, se enfatiza y realiza el inventario moral para luego seguir adelante con su proceso de recuperación.

El propósito de hacer un detallado inventario moral sin ningún temor es ordenar las confusiones y contradicciones de la vida para que puedan averiguar quiénes son en realidad. Empiezan una nueva forma de vida y es necesario liberarse de las cargas y trampas que los controlan e impiden que crecieran. Han sido expertos en autoengaños y excusas, por medio de la escritura del inventario podrán superar estos obstáculos, se realiza el cuarto paso para poder obtener fortaleza y lucidez, más que para abordar este paso como si fuera una confesión de lo malas personas que han sido.

En el cuarto paso, se encuentran con 14 etapas a resolver: Motivación, detallado y sin miedo, un inventario moral, inventario moral de nosotros mismos, principios espirituales, el inventario, resentimientos, sentimientos, culpa y vergüenza, miedo, relaciones, abuso, virtudes, secretos y seguir adelante. El inventario puede ser tan corto o tan largo como la persona lo considere y necesite, empiezan este paso cuando se dan cuenta de lo poco que tienen que aprender y lo

FAVNO COPIAR

mucho que podrán ganar, no se trata de lograr ser perfectos pues entonces no serían humanos, sino más bien de hacer las cosas lo mejor posible. (**DIR- PSI-FT-007)**

**Quinto paso: "Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas"**

En este paso, nos centramos en la admisión que se hace la naturaleza exacta de nuestras faltas. Aquí se enfrenta una vez más los miedos que puedan existir, se admite ante Dios, ante el mismo usuario y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de las faltas. Esto hace referencia a lo que hay detrás de los patrones de conducta de un adicto y las razones por las que se actuaba de la manera en que se hacía para cada caso. Se trabajan los principios espirituales de: la confianza, el valor, la honestidad con el mismo paciente y el compromiso.

El quinto paso se basará entonces en más admitir ante su poder superior la naturaleza exacta de sus faltas, antes les parecía innecesario pues él ya las sabias, pero la admisión debe salir de ellos mismos para que sea eficaz, esos defectos de los cuales hablaron en cuarto paso crecen en la oscuridad, pero mueren a la luz del día. Las partes que se trabajarán en el quinto paso son: "Enfrentarnos a los miedos, admitir ante Dios, ante nosotros mismos, ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras faltas, principios espirituales y seguir adelante, Antes de seguir adelante se evalúan los progresos en varios aspectos de la vida con el trabajo ya realizado. **(DIR- PSI-FT-007)**

**Sexto paso: "Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter".**

Se inicia revisando a que se está dispuesto a dejar que se elimine…Se retoman los intentos que se han realizado por controlar sus defectos y los resultados de los mismos. Se realiza una lista de todos y cada uno de los defectos del usuario, y se determina con cada uno de ellos,

FAVNO COPIAR

varios aspectos que son fundamentales en el momento de observar de manera objetiva el papel que cumple en sus vidas. Así mismo, se determina el principio espiritual que se aplicará en vez del defecto cuando este se manifieste. En este paso se trabajan los siguientes principios espirituales: el compromiso, la perseverancia, la buena voluntad, la fe, la confianza y la auto aceptación. Se examina la coherencia de los trabajos con los defectos y la importancia de no dar por terminado este ejercicio, pues desde aquí arranca la eliminación de los mismos. Se realiza proyección en la vida como una persona renovada.

Este paso se trabajará a partir de: "¿Enteramente dispuestos a qué?, a dejar que Dios eliminase, nuestros defectos de carácter, principios espirituales y seguir adelante. Éste es un paso de buena voluntad, la buena voluntad es el principio espiritual del Sexto Paso que les ayudará a tomar una dirección espiritual, renuevan su disposición para verse libres se los defectos, aprenderán a conocerse La fe, la humildad y la aceptación reemplazan con el tiempo al orgullo y la rebeldía, con esta perspectiva ponen su buena voluntad en acción y prosiguen al Séptimo Paso. (**DIR- PSI-FT-007)**

**Séptimo paso: "Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos de carácter"**.

Este paso es mucho más que pedir que el poder superior, elimine los defectos de carácter y sentarse a esperar una respuesta, es necesario seguir la senda del camino espiritual y sentarse a esperar una respuesta. Es necesario seguir la senda del camino espiritual y estar dispuesto a realizar la práctica constante de practicar los principios espirituales en vez de los defectos de carácter. Aquí se hace una reflexión respecto de los cambios obtenidos hasta el momento, se verifica que tan humilde ha sido en verdad… se motiva dejar que Dios nos ayude pero al mismo tiempo a quitarse del medio para no entorpecer su voluntad. El séptimo paso, es un paso de acción, ya que es el momento de que el de pida a Dios ayuda y alivio, el usuario debe entender que su manera de pensar no es la única; otras personas pueden orientarlo, entiende que Dios le

FAV NO COPIAR

ayudará a tomar conciencia de sus defectos. Practicara el valor no solo de aceptar, sino cumplir la voluntad del poder superior.

Este paso trabaja a partir de estas 5 partes : "Prepararse para trabajar el Séptimo Paso, pedir que nos quitase nuestros defectos, quitarse del medio, en los principios espirituales como la rendición, la confianza, la fe, la paciencia y la humildad y por último en seguir adelante.

En este paso el elemento principal es la humildad debido a que es el resultado de ser honestos con ellos mismos, la humildad juega un papel fundamental en este programa y en su nueva forma de vida. (**DIR- PSI-FT-007)**

En adelante se mantendrá la vigilancia constante frente a las manifestaciones de los defectos de carácter y las acciones encaminadas a neutralizarlos. De esta manera, este será el camino para su crecimiento espiritual. Para este tiempo, y dependiendo de la evolución de cada usuario, iniciarán estudios de acuerdo a los niveles en los que se encuentre Colegio, Universidad, Trabajo o como en cada caso se presente. Aspectos que se estudian en comité de salud, evaluando los pros y los contras de dicha acción.

Como se menciona en la primera fase: El paso a la siguiente fase está determinado por la evolución de paciente y esta es registrada en la historia clínica, si los objetivos propuestos son resueltos continua a la fase final del proceso de lo contrario se debe realizar un refuerzo.

FAVNO COPIAR

## C. SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN

**Duración:** En esta fase se da continuidad al trabajo de los cinco pasos restantes, el tiempo aproximado es de 7 meses y se determina por los siguientes objetivos:

- Consolidar la abstinencia y los cambios realizados por el paciente

- Prevenir las situaciones que pueden representar un riesgo de recaídas y dotar al usuario de mejores recursos y herramientas para afrontarlas.
- Promover mayor autonomía e independencia mediante una gradual reducción de su estancia en la institución. Lo anterior bajo supervisión del equipo terapéutico.
- Conseguir la reinserción personal, familiar, social y profesional del usuario para alcanzar una vida plena y satisfactoria en todos los ámbitos.

- Lograr que los familiares y parejas puedan entender la enfermedad, participando activamente en la recuperación del paciente al punto de normalizar su vida familiar.

La fase se desarrolla así.

**Octavo paso: "Hicimos una lista de todas aquellas personas a quien habíamos hecho daño y estuvimos enteramente dispuestos a enmendarlo"**.

En el camino de reparar, llegan al momento de reparar el daño a los demás. Se realiza la preparación para hacer la lista de manera objetiva y despojándose de los miedos e inseguridades al respecto, así como de los posibles resentimientos y sentimientos negativos hacia las personas a las que se les ha hecho daño.

Se prepara al usuario para entender la palabra daño una definición seria lesión física o mental; otra, provocar dolor, sufrimiento o alguna pérdida., con el fin de realizar una lista exhaustiva al respecto, se inicia desde la infancia, en el colegio con los compañeros, profesores, vecinos etc... Se revisa las instituciones con las cuales tenga pendientes y por último, el daño ocasionado hacia el mismo. Se inicia la realización de la lista por escrito de las personas a las que se les ha hecho daño y la manera específica de cómo ocurrió. Se enfatiza en la importancia de dejar abierta la lista, en este paso

FAV NO COPIAR

se trabaja a partir de las siguientes partes: "Las personas a las que hicimos daño y como se lo hicimos, hacer una lista, estar dispuestos, en los principios de la honestidad, el valor, la buena voluntad, la compasión y en seguir adelante".

Este paso exige un nuevo tipo de honestidad en las relaciones con los demás, se inicia el proceso de perdón, hacia a los demás y con la esperanza de ser perdonados; "por fin nos perdonamos a nosotros y aprendemos a vivir en este mundo". Como resultado de esto el usuario logrará una libertad nueva que le permitirá poner fin su aislamiento. A medida que va comprendiendo su necesidad de ser perdonados, aprenden también a perdonar. Éste es un paso de acción y, al igual que todos los demás, proporciona beneficios inmediatos. Debido a que ahora se sienten libres para empezar a enmendar el daño en el Noveno Paso. (**DIR- PSI-FT-007)**

**Noveno paso: "enmendamos directamente el daño causado aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudica a ellos a otros"**.

Se inicia este paso, haciendo los preparativos finales para hacer la enmiendas como debe hacerse. Se toma en cuenta la manera de asumir enmiendas por otros compañeros de recuperación y se hace énfasis en las diferentes maneras de hacerlas… directas o indirectas para realizar las enmiendas de forma adecuada y no ir a cometer errores u ocasionar más daño, al hacer la enmienda ya sea a la otra persona o a sí mismo. Se trabaja en sus miedos y expectativas… se agrupan y clasifican las enmiendas por la forma en que se harán y sus grados de dificultad. Se trabaja en el perdón pues de alguna manera es parte de lo que se pretende en este paso, por lo cual se debe empezar por el mismo. Una vez organizada la lista de enmiendas, se procede a hacerlas de acuerdo a la organización previa.

Las parte a trabajar en este paso son: Enmiendas, miedos y expectativas, enmiendas directas e indirectas, en el perdón, hacer enmiendas, en los principios espirituales como: la humildad, el amor y el perdón y por último en seguir adelante.

FAVNO COPIAR

Se continúa el trabajo de enmiendas y se motiva a seguir en proceso de recuperación. El noveno paso ayudará al usuario a superar la culpabilidad y ayudará a los demás a superar su ira. A veces la única enmienda que pueden hacer los usuarios es estar limpios. Ya que se lo deben a ellos mismos y sus seres queridos. La paciencia es un elemento importante de su recuperación. El amor incondicional es un sentimiento de renovar su deseo de vivir, el valor y fe enmendara el daño que causaron y el resultado final será el crecimiento espiritual. Proseguiremos al Décimo paso. (**DIR- PSI-FT-007)**

**Décimo paso: "continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos, lo admitimos rápidamente".**

En esta parte del proceso se vive el programa y el inventario se determina el mantenimiento de lo ya realizado. Se evalúa la importancia del sentir frente al hacer, pues ya no se debe reaccionar con base en los instintos de saciedad y complacencia del placer sino por él debe ser. Se supone que existe conciencia de vida sana y se identifica clara y rápidamente lo correcto de lo incorrecto de la vida y sus acciones. Se trabaja en la importancia de hacer el inventario y la frecuencia del mismo, determinado a hacer este ejercicio todos los días. Dentro del inventario se debe revisar una lista de 40 preguntas de mantenimiento que deben realizarse de una manera honesta y decidida para corregir de inmediato las acciones incorrectas y mejorar la ocurrencia de las positivas.

Este Décimo paso trabaja a partir de las siguientes partes: "Sentir" contra "hacer", lo correcto y lo incorrecto, ¿con qué frecuencia debemos hacer un inventario personal?, un inventario personal, en los principios espirituales como la auto disciplina, la honestidad, la integridad y por último en seguir adelante. El Décimo Paso puede ayudar a los usuarios a corregir sus problemas para vivir y evitar que éstos se repitan, de esta forma este Paso puede servir como una de válvula de escape para cada una de ellos. El usuario debe reconocer que comete errores

FAVNO COPIAR

como todos y que nunca serán perfectos. Sin embargo, el Décimo Paso ayuda a aceptarse como son.

Gracias a esto se concientiza al usuario de dar continuidad a la elaboración y práctica de este inventario. Progresamos al Undécimo paso. (**DIR- PSI-FT-007)**

**Undécimo paso: "Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar el contacto consciente con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla"**.

En esta parte del programa se revisa y profundiza en la importancia de mantener la espiritualidad del usuario siempre presente y basada en los principios de vida espiritual. La oración y la meditación se entienden como la manera de dejar fluir sus pensamientos de manera positiva encaminado al diálogo con su Poder Superior tal como lo conciba. Esta parte tiene que ver con los principios y valores vistos en el programa, a la asistencia a las reuniones y la aplicación de los mismos en ellas. Se retoma la voluntad de Dios, respecto de la propia y la fortaleza para cumplirla. Se trabajan los principios de: compromiso, la humildad, el valor y la fe.

El propósito del undécimo paso, es tomar mayor conciencia de este poder y mejorar la capacidad de usarlo como fuente de fortaleza en su nueva vida. Cuando llegan a este paso los defectos de carácter que les causaron tantos problemas en su pasado ya han sido abordados con el trabajo realizado en los pasos anteriores, en el momento que se eliminan los motivos egoístas y rezan para dejarse guiar, descubrirán el sentimiento de paz y serenidad, empiezan a tomar conciencia de los otros y a identificarse con los demás como no les había sido posible antes.

Se está cada vez más dispuesto a dejar que los otros sean como son, sin tener que juzgarlos. La necesidad imperiosa de resolverlo todo ha desaparecido, ahora por fin comprenden la aceptación. En este paso se trabajara: "Nuestro camino espiritual, oración y meditación,

FAV NO COPIAR

contacto consciente, la voluntad de Dios, la fortaleza para cumplirla, principios espirituales y seguir adelante. (**DIR- PSI-FT-007)**

**Duodécimo paso: "Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida"**.

Cuando se logra una disminución significativa de las características de la enfermedad de la adicción, tales como: reducción de mentiras, mejoramiento sustancial en las relaciones familiares, buen nivel de compromiso con el proceso de recuperación y por ende consigo mismo, una conciencia de enfermedad importante y sobretodo las evaluaciones positivas de su desempeño en el colegio y/o universidad.

Al tiempo que se logra más del 60% de los objetivos propuestos en el plan de intervención, se evalúa en el comité de salud la posibilidad de ingresar al usuario a modalidad día. En esta modalidad el usuario dura aproximadamente dos meses tiempo en el cual se fortalecen las conductas adquiridas y se trabaja en la adaptación y reinserción a la vida cotidiana. Finalmente y terminando dicho periodo el usuario ingresa al servicio ambulatorio en la cual se da cumplimiento a todos los objetivos planteados en el plan de intervención, se da continuidad a los cambios establecidos y se termina el programa de la fundación[2].

Este paso se trabaja a partir de las siguientes etapas: "Habiendo obtenido un despertar espiritual, tratamos de llevar este mensaje, a los adictos, practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida y seguir adelante" El Duodécimo Paso practica el principio espiritual de compartir el mensaje de recuperación de NA para poder conservarlo, por ende, los usuarios que se mantenga limpio un día en la Confraternidad de NA puede llevar el mensaje de que este programa si funciona.

[2] Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos. Guía para trabajar los doce pasos de Narcóticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos. World Service Oficce.

FAVNO COPIAR

Gracias a que el usuario se mantenga limpio, se empieza a practicar los principios espirituales tales como la esperanza, la entrega, la aceptación, la honestidad, la receptividad, la buena voluntad, la fe, la tolerancia, la paciencia, la humildad, el amor incondicional, el compartir y el interés en los demás..

*"La alegría que sentimos de vivir limpios atrae al adicto que todavía sufre. Nos recuperamos para vivir limpios y felices. Bienvenido a NA. Los pasos no terminan aquí. ¡Son un nuevo comienzo!"* (**DIR- PSI-FT-007)**

La forma de evaluar el comportamiento de los usuarios es su asistencia posterior a las reuniones, llamadas que realizan y reporte de sus logros y acciones.

Para adelantar el trabajo de los pasos, se tiene en cuenta las características de personalidad de cada uno de los usuarios y los grados de aceptación, comprensión de los formatos y la resistencia al cambio, entre otras características y circunstancias intervinientes en el proceso. Las recaídas y en muchas ocasiones, la decisión del mismo usuario cuando descubre que ha estado siendo deshonesto con el mismo, también influyen en la duración de los mismos

### 5.2.2. Enfoque psicológico cognitivo conductual

Actualmente es de reconocimiento la actividad profesional de la psicología y de su función como mediadora para generar bienestar en el ser humano. De igual forma, y para generar este bienestar los procedimientos terapéuticos más utilizados son aquellos que están estructurados, generan resultados a corto plazo, son estandarizados, directivos, ordenados y científicamente comprobados: La terapia cognitivo conductual es uno de estos modelos.

La terapia cognitivo conductual ha durado de manera considerable, ya que virtualmente abarca la mayoría de las áreas de intervención en el comportamiento humano. Muestra de ello es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos

FAV NO COPIAR

empíricos, así como ser legítimamente una modalidad terapéutica usada por psicólogos y psiquiatras. De hecho, la explosión de la información ha sido tan extensa en este campo, que la proliferación de artículos libros y otros trabajos escritos ha permitido que sea imposible mantenerse alejado de estos cambios. Parte de este auge de información en terapia cognitivo-conductual puede ser explicado por la aplicabilidad tan amplia y generalizada que se ha hecho de su tecnología en diferentes áreas, contexto y problemas.

Para demostrar la aceptación de esta terapia, solamente basta revisar brevemente el número de revistas y libros que sobre la terapia cognitivo conductual han surgido los últimos cinco años, ha si como también, el surgimiento de instituciones dedicadas al estudio, enseñanza y entrenamiento de esta terapia en todo el mundo.

"Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales han sido las más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos. También las que más apoyo empírico han recibido. En la Tabla 8.6 indicamos los niveles de evidencia y niveles de recomendación. A continuación indicamos las terapias conductuales y cognitivo-conductuales que han recibido mayor apoyo empírico en el campo de las drogodependencias"[3].

En los últimos años, y por razones de las diferencias culturales y socioeconómicas de cada país los terapeutas cognitivo conductuales latinoamericanos han tenido que adaptar la información teórica y clínica de otras latitudes (Anglosajonas y Europeas) con características culturales diferentes. Debido a estas circunstancias, muchos autores se han formado y han adaptado sus propios modelos, llevándolos a ser punta de lanza, en el manejo clínico e investigativo en Latinoamérica , también se ha escrito sobre la teoría cognitivo conductual a escala mundial, sin embargo, solo una pequeña parte de la literatura es escrita por psicólogos latinoamericanos de habla hispana hoy en día la terapia cognitivo conductual se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con más fundamento empírico y que han demostrado su

[3] Becoña I, Cortés M. Manual de adicciones para especialista en Psicología Clínica. Socidrogalcohol- Pag 155-156.2011



FAV NO COPIAR

eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan al ser humano, a la sociedad y al mundo en general.

Para corroborar la efectividad de la terapia cognitivo- conductual, en un estudio del área de medicina conductual de la facultad de psicología de la UNAM (Rodríguez y haem 2004), un grupo de psicólogos encuestaron a 50 científicos destacados en el área de la salud, de diversas instituciones educativas e institutos nacionales, sobre las técnicas de intervención más frecuentemente aplicadas. El estudio comprobó que lo procedimientos de intervención cognitivo conductual son en un 61% los más usados, por ser técnica s confiables y válidas de manera empírica.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento psicoeducativo a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptuar la psicoterapia, de cómo los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre interactúa para dar paso a un estilo de vida. Todos los seres humanos hacen tres cosas constantemente: piensan, sienten y se comportan. De manera que el principal objetivo de este sistema terapéutico es que el individuo aprenda a dirigir y controlar sus respuestas mentales, emocionales y conductuales, estimulando el ejercicio de un esfuerzo sistemático y una práctica diligente, aplicando para ello una metodología estructurada.

Para corregir las conductas des adaptativas las distorsiones cognoscitivas y los errores habituales y específicos, la terapia cognitivo conductual utiliza una serie de técnicas de modificación de conductas y procedimientos verbales. Estas técnicas están diseñadas para ayudar al usuario (Cliente) en la identificación y corrección, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con énfasis en el "aquí y el ahora" de los problemas, tanto situaciones como psicológicos, se espera que el usuario experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta.

FAV NO COPIAR

La terapia Cognitivo Conductual tiene tres principios importantes, enfocados cada uno de ellos en el paciente. Dichos principios son:

a. Un paciente bajo esta terapia, debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.

b. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos proceso de aprendizaje que son en sí mismos frutos del error.

c. Lo anterior supone conseguir que el usuario asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, modificación y negación.

El paradigma de la psicología cognitivas (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la meditación cognitiva. Sintéticamente: la reacción ( O respuesta emotiva o conductual ) ante una situación ( o estímulo ) está mediada por el proceso de significación ( o evaluación ) con relación a los objetivos ( metas , deseos ) de cada persona .

Las estructuras cognitivas, generalmente denominada esquemas, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado por medio de las experiencias vividas propia de cada persona.

Por lo tanto, toda terapia implica una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones, que lograra una modificación de las respuestas (Emotivas y / o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornó sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de re- aprendizaje.

El enfoque cognitivo conductuales cada vez más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos tales como depresiones, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia,

FAVNO COPIAR

agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, etc., así como en muchos problemas tales como : la violencia, la ira, las inhibiciones los conflictos de parejas y otros.

Algunas de las características más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

- Se destaca de otras terapias por su brevedad.
- Está centrado en el presente (En el aquí ahora), en el problema y su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastorno
- Va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los caso no es necesario investigar el pasado ni los orígenes para lograr resultados por eso pueden omitirse tales incursiones.
- Usuario y terapeuta hablan se comunican y colaboran activamente ( estilo de cooperación ) y por igual en el proceso

- El proceso incluye tareas de autoayuda que se realizan entre sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordada entre las sesiones el proceso es notoriamente más breve que en lo habitual que en otras corrientes.
- Pese a lo breve y sencillo del método resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico por lo cual el usuario queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente al terapeuta.
- Contrariamente a lo supuesto por algunos, este enfoque apunta al acceso a estructuras muy profundas y a su modificación con resultados comprobados y perdurables.

Tabla 8.7. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

FAV NO COPIAR

Nivel de evidencia 1: - Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas. - Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes. - Respecto al formato de tratamiento, la terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto en formato grupal como individual. - Respecto a la duración, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo conductual mejores resultados a largo plazo. - Respecto a la duración de los efectos, con la terapia cognitivo conductual los efectos se extienden más allá del tratamiento pero con el tiempo decaen. - La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades psicológicas o farmacológicas es más eficaz que cada uno de los componentes de forma aislada. Nivel de evidencia 2: - Es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con psicopatología asociada. - En solitario o con terapia farmacológica produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero estos cambios decaen tras el tratamiento. Grado de recomendación A: - En los tratamientos cognitivo-conductuales es importante diseñar programas de seguimiento para procurar la consolidación de los cambios obtenidos durante el tratamiento. - En el tratamiento con sustitutivos opiáceos (ej., metadona) se obtienen mejores resultados cuando se acompañan de intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales. Grado de recomendación B: - Es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias pero es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de la terapia cognitivo conductual para mantener en el tiempo los cambios alcanzados. - Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones para evitar un sobre aprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas. - La combinación de la terapia farmacológica con interdictores del alcohol junto con terapia cognitivo conductual (fundamentalmente) mejora los resultados del tratamiento de dependencia de alcohol y cocaína. - Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del usuario.

FAVNO COPIAR

## 5.3. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

### 5.3.1 ¿Quién debe realizar la intervención?

Psicólogo (a) con formación y/o experiencia en el área de la psicología clínica, con conocimientos y experiencia en el manejo de personas con la enfermedad de la adicción y conductas des adaptativas, para la intervención familiar: La realiza un Psicólogo (a) con formación y/o experiencia en el área de la psicología clínica, con conocimientos y experiencia en el manejo de la codependencia.

### 5.3.2 ¿Cuánto debe durar una intervención terapéutica?

Para los usuarios de la Fundación Aprender a vivir, el proceso de intervención terapéutica esta dado para terminarlo en 21 meses, sin embargo, cabe resaltar que el avance del mismo, así como sus tiempos, dependen de las particularidades de cada usuario.

Durante este proceso, semanalmente el usuario contará con: Dos intervenciones terapéuticas por Psicología, de una duración aproximada de 45 minutos, una intervención por terapia ocupacional, de una duración de 2 horas aproximadamente, 5 intervenciones grupales con base en las temáticas y lineamientos de las RÍAS, de una hora cada una realizadas por el área de Psicología y trabajo social, y dos reuniones de grupo (AA y NA) diariamente. Así como seguimiento desde medicina General , Psiquiatría y Nutrición quienes realizan la valoración de ingreso y de requerirse un seguimiento mensual , el profesional del área es quien lo determina.

### 5.3.3 Desarrollo de las sesiones

**Sesión 1.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo:**

- Obtener información relevante que permita conocer la problemática de la persona las causas del mismo y poder planificar un adecuado plan de tratamiento.

**Paso 1**: Firma de consentimiento informado

FAVNO COPIAR

**Paso 2**: Entrevista inicial

**Paso 3:** Aplicación del ¨*Test de tamizaje basa en una sola pregunta para el uso de drogas y alcohol* ¨ **(DIR-PSI-FT-013),** (remitirse al 5.6.1)

**Paso 4:** Realizar valoración inicial de la Fundación, al usuario (**DIR-PSI-FT-012)**

**Paso 5:** Inicio del paso a paso de la entrevista motivacional: Formular preguntas abiertas (Remitirse al 5.4.5.1) y escucha reflexiva (remitirse al 5.4.5.2).

**Paso 6:** Continuar con la EM: Afirmar (remitirse al 5.4.5.3) y resumir (remitirse al 5.4.5.4).

**Paso 7:** Realizar la invitación y explicación del inicio de un tratamiento (basado en el Modelo Minnesota - Doce pasos) en la Fundación Aprender a Vivir.

**Sesión 2.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivos:**

- Identificar situaciones de riesgo, así como la detección rápida y eficaz de las personas con consumo de sustancias psicoactivas.
- Conocer de forma más sistemática, qué procedimientos se pueden aplicar y/o enseñar para que la persona desarrolle los procesos de cambio, con el fin de progresar hacia el próximo estadio.

**Paso 1:** Ante la respuesta positiva en el ¨*Test de tamizaje basa en una sola pregunta para el uso de drogas y alcohol* ¨se realiza la aplicación de la prueba ASSSIT (DIR-PSI-FT-014), teniendo en cuenta las normas de aplica y corrección (remitirse al 5.6.2)

-Tiempo de aplicación: 10 - 15 Minutos

**Paso 2:** Aplicación de la prueba AUDIT (DIR-PSI-FT-015), teniendo en cuenta las normas de aplica y corrección (remitirse al 5.6.3)

-Tiempo de aplicación: 10 - 15 Minutos

FAV NO COPIAR

**Paso 3:** Evaluar el nivel de motivación o predisposición al cambio que muestra el usuario, identificando el estadio en el que se encuentra del modelo de etapas de cambio de la entrevista motivacional (remitirse a la *figura* 6).

**Sesión 3.**

**Duración de la sesión 40 minutos*

¨Se recomienda el desarrollo de esta sesión por trabajo social¨

**Objetivos:**

- Reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares que el usuario y\o familias.
- Identifica como el usuario percibe a los miembros de la familia, así como el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

**Paso 1:** Aplicación del instrumento Ecomapa (DIR-PSI-FT-016), teniendo en cuenta las normas de aplica y corrección (remitirse al 5.6.4)

-Tiempo de aplicación: 15 - 20 minutos

**Paso 2:** Aplicación del instrumento APGAR Familiar (DIR-PSI-FT-017), teniendo en cuenta las normas de aplica y corrección (remitirse al 5.6.5)

-Tiempo de aplicación: 5 a 10 minutos

**Sesión 4.**

**Duración de la sesión 35 minutos*

"Continuación de la indagación del núcleo familiar, por trabajo social"

**Objetivo:**

- Realizar un registro de los miembros de la familia en pro de conocer las relaciones entre los mismos (núcleo familiar)

**Paso 1:** Aplicación del instrumento Genograma (DIR-PSI-FT-018) teniendo en cuenta las normas de aplicación y corrección (remitirse al 5.6.6)

-Tiempo de aplicación: 20 a 30 minutos

FAV NO COPIAR

**Sesión 5.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo:**

-Dar continuidad al modelo de entrevista motivacional con los siguientes pasos para el desarrollo del mismo.

**Paso 1:** Realizar preguntas evocadoras (remitirse al 5.4.5.6)

**Paso 2:** Provocar afirmaciones auto motivadoras por parte del usuario, que den cuenta de las dimensiones cognitivas, afectivas, emocionales y conductuales de compromiso para cambiar. (remitirse al 5.4.5.5)

**Paso 3:** Generar reestructuración positiva, apoyando al usuario, destacando sus aspectos positivos y apoyando lo dicho por él, mediante comentarios y frases de comprensión (remitirse al 5.4.5.7)

**SESIÓN 6.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo:**

-Dar inicio al registro de Infancia, Adolescencia, Madurez (DIR-PSI-FT-005)

Este registro da cuenta de historia de vida y permite una línea de base para el modelo de tratamiento de doce pasos

**Sesión 7.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo:**

-Dar continuidad al modelo de entrevista motivacional con los siguientes pasos para el desarrollo del mismo.

- Provocar afirmaciones auto motivadoras.

**Paso 1:** Generar una conversación semi- estructurada con base a los aspectos positivos y negativos de la conducta actual del usuario (Remitirse al 5.4.5.8).

FAV NO COPIAR

**Paso 2:** Una vez que el tema motivacional ha surgido, solicitando al usuario que comenten ejemplos específicos y aclara porque cada uno de estos representa un problema (Remitirse al 5.4.5.9).

**Paso 3:** Por medio del manejo de los extremos el terapeuta solicita la descripción de las preocupaciones del usuario, así como la imaginación de las consecuencias más negativas de las mismas, que estén presente en el usuario (remitirse al 5.4.5.10).

**Paso 4:** El terapeuta invita al usuario a recordar cómo era su vida antes de que el problema apareciera y la compare con su vida actual

**Paso 5:** Posteriormente al paso de "ver en retrospectiva", se finaliza la sesión con la solicitud de que el usuario imagine un cambio futuro (ver en prospectiva).

**Sesión 8.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo:**

-Dar continuidad al registro de Infancia, Adolescencia, Madurez (DIR-PSI-FT-005)

Este registro da cuenta de historia de vida y permite una línea de base para el modelo de tratamiento de doce pasos

**Sesión 9.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo:**

-Finalizar el modelo de entrevista motivacional con los últimos pasos.

-Permitir que el usuario mire en prospectiva y se motive para emprender el cambio

**Paso 1:** El terapeuta solicita al usuario que indique cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida y por las cuales desea hacer un cambio (remitirse al 5.4.5.13).

*En caso de no evidenciar ningún avance en la motivación del usuario, ponerlo en práctica el último paso de la EM: paradoja**

**Paso 2:** El terapeuta asume de forma sutil el rol de "no problema" del conflicto del usuario, en busca de intentar provocar la parte opuesta. (remitirse al 5.4.5.14).

FAV NO COPIAR

**Sesión 10.**

**Duración de la sesión 45 minutos*

**Objetivo**

-Finalizado el proceso de motivación

por medio de la EM, los instrumentos de tamizaje y con un enganche terapéutico instaurado, se dará la continuidad de las sesiones acorde al inicio de la intervención bajo el Modelo Minnesota - Doce Pasos**.**

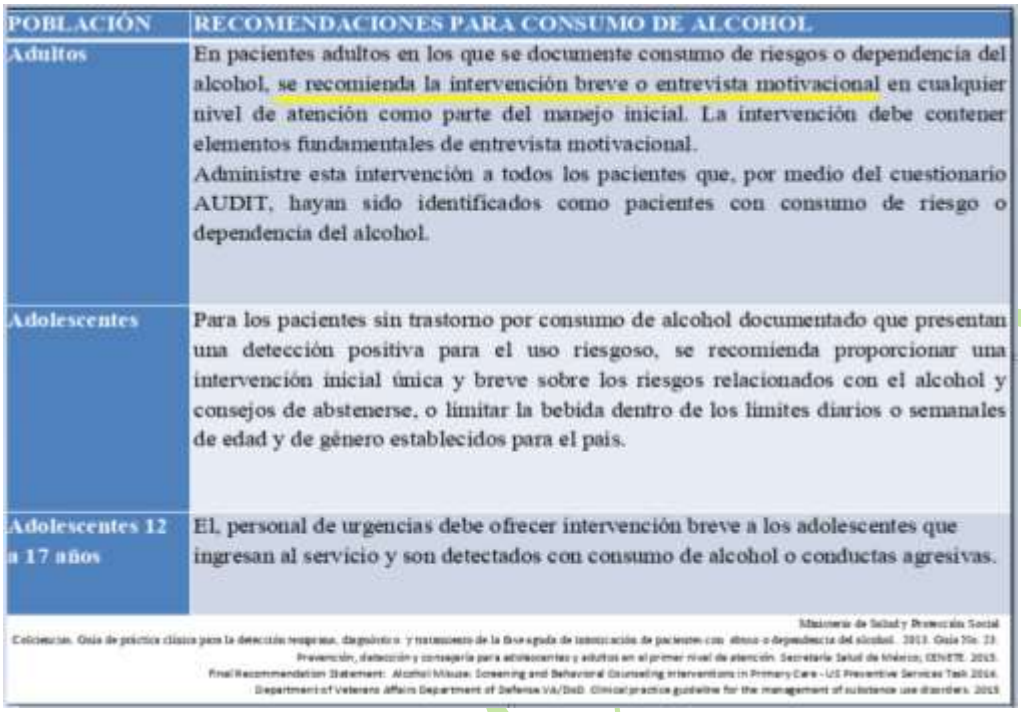
## 5.4 ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

La entrevista motivacional actualmente representa una forma específica de ayuda hacia las personas en pro de que puedan reconocer y ocuparse de sus principales problemas, tales como fumar, beber, comer en exceso, falta de adherencia a tratamientos, entro otros. Este tipo de entrevistas funcionaran especialmente con las personas quienes presentan resistencia al cambio y/o son ambivalentes ante el mismo. (Prochaska y DiClemente, 1997)

Según la "Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol" (MINSALUD, 2015)

Las recomendaciones de intervención para consumo de alcohol, se utiliza la intervención breve o la entrevista motivacional, en cualquier nivel de atención como parte del manejo inicial. La cual debe ser administrada a todos los pacientes que hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo dependencia del alcohol por medio del instrumento AUDIT.

FAV NO COPIAR



| POBLACIÓN | RECOMENDACIONES PARA CONSUMO DE ALCOHOL |
|---|---|
| Adultos | En pacientes adultos en los que se documente consumo de riesgos o dependencia del alcohol, se recomienda la intervención breve o entrevista motivacional en cualquier nivel de atención como parte del manejo inicial. La intervención debe contener elementos fundamentales de entrevista motivacional.<br>Administre esta intervención a todos los pacientes que, por medio del cuestionario AUDIT, hayan sido identificados como pacientes con consumo de riesgo o dependencia del alcohol. |
| Adolescentes | Para los pacientes sin trastorno por consumo de alcohol documentado que presentan una detección positiva para el uso riesgoso, se recomienda proporcionar una intervención inicial única y breve sobre los riesgos relacionados con el alcohol y consejos de abstenerse, o limitar la bebida dentro de los límites diarios o semanales de edad y de género establecidos para el país. |
| Adolescentes 12 a 17 años | El personal de urgencias debe ofrecer intervención breve a los adolescentes que ingresan al servicio y son detectados con consumo de alcohol o conductas agresivas. |

Ministerio de Salud y Protección Social.
Colciencias. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. 2013. Guía No. 23.
Prevención, detección y consejería para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención. Secretaría Salud de México, CENETE. 2015.
Final Recommendation Statement: Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care - US Preventive Services Task 2016.
Department of Veterans Affairs Department of Defense VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015.

*"Figura 5*. Recomendaciones para el uso de alcohol"

La entrevista será centrada en el paciente quien será el encargado de dar las razones para el cambio, las cuales surgirán de los motivos intrínsecos de la persona, así como las metas del propio usuario. La EM se enfatiza en la libertad de elección del paciente y en la colaboración en el cambio por parte del terapeuta, centrada en un carácter de asociación.

Por medio de la EM el profesional podrá ampliar sus posibilidades de intervención enfocadas en las necesidades y posibilidades puntuales del mismo, así como eliminar las barreras y fortalecer las posibilidades del paciente para cambiar (Eguiarte, Aragón, Rivera, 2007)

La EM se encuentra fundamentada en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso, las personas tienen diversos niveles de motivación y de intención para cambiar. Lo cual permite proponer intervenciones y programas que respondan a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional. Según Prochaska y Velicer (1997), el modelo se sustenta por una serie de

presupuestos, sobre la naturaleza del cambio del comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio.

### 5.4.1 Premisas de la EM

1. El cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas.

2. Las etapas son estables pero abiertas al cambio, tal como ocurre con los factores de riesgo comportamental.

3. La mayoría de las poblaciones en riesgo no están preparadas para actuar, y por eso, no se benefician totalmente de los tradicionales programas informativos, educativos o preventivos, orientados a la modificación de los riesgos comportamentales.

4. Sin intervenciones planeadas según las etapas de cambio, las poblaciones en general y los grupos de individuos en particular, permanecerán detenidos en las etapas iniciales de cambio, sin motivación, ni intención de cambiar o de participar en las intervenciones y programas que se ofrecen.

5. La prevención en salud, la educación y la promoción de la salud, pueden experimentar resultados no observados hasta entonces, si incorporan un paradigma de etapas distinto al ya clásico y superado el paradigma de acción.

6. Es necesario aplicar procesos y principios específicos de cambio a etapas específicas de cambio; las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo.

7. Los comportamientos están influenciados por factores biológicos, sociales y psicológicos.

8. El reto es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas, así como de estrategias que den soporte ambiental a los cambios esperados.

FAVNO COPIAR

### 5.4.2 Etapas del proceso de cambio

De acuerdo a Prochaska y DiClemente (1982), las personas que logran mejorar ciertos comportamientos de su estilo de vida atraviesan una serie de etapas, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. A partir de esto se diseña el "Modelo de Etapas de Cambio" o "Rueda del Cambio" que representan los aspectos temporales, motivacionales y de desarrollo de los procesos de cambio, estas son:

1. Precontemplación
2. Contemplación
3. Preparación para la acción o determinación
4. Acción
5. Mantenimiento y recaída.

"*Estas etapas se sitúan circularmente y no funcionan en un solo sentido o dirección como se observa en la figura que refleja la realidad, de que en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.*" De acuerdo con la permanencia de cada una de estas etapas, se conoce la intención del cambio del usuario para una conducta en particular.

FAVNO COPIAR




"*Figura 6.* Modelo de etapas de cambio de la entrevista motivacional"

FAV NO

### 5.4.3 Responsabilidades del terapeuta

Además de realizar un proceso de orientación, los terapeutas de la Fundación Aprender a Vivir deberán Motivar y aumentar la probabilidad de que el usuario siga comprometido con acciones concretas en busca del cambio, teniendo en cuenta que la motivación puede verse influida por diversos factores (Miller, 1985), se explicarán los principales a trabajar como terapeutas:

a. **Motivación intrínseca:** Hacerle entender al usuario que la capacidad de cambio se encuentra en sí mismo, y está pocas veces podrá ser influida o incrementada por factores externos o por la petición de terceros.

b. **Autoconvencimiento auditivo:** Según Miller (1985) existe una tendencia a creer con más fuerza lo que una persona se oye decir a sí misma, en voz alta. El terapeuta deberá entonces explicarle la importancia al usuario de que diga sus propios argumentos para posteriormente parafrasearlos y volverlos a repetir. Ejemplo: "Dices que si dejas de fumar tu relación con tu mamá mejoraría"

c. **Elección y control propio:** El terapeuta le explicara que una persona está más motivada para hacer cambios, cuando se basa más en sus propias decisiones que en las de alguien que le represente autoridad, y le diga lo que tenga que hacer.

**d. Autoeficacia:** "*Si una persona cree que puede cambiar, será más fácil que lo consiga. Lo cual tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito*"

**e. Traje a la medida:** Entender que cada persona necesita un tipo de ayuda distinto y acorde a la etapa en que se encuentre del proceso de cambio, no se debe caer en el error de la comparación.

**f. Relación interpersonal:** Si bien las estrategias guiadas por la confrontación de la negativa del paciente, pueden parecerle a los profesionales "más rápidas" y efectivas en términos de tiempo. Para el caso de la EM, el estilo del terapeuta debe ser completamente distinto (tranquilo y evocador), ya que se ha demostrado que las estrategias comunes pueden forzar al usuario a realizar cambios para los cuales aún no se encuentran preparados, con llevándolos a una recaída pronta y disminuyendo posteriormente su deseo de cambio.

**g. Ambivalencia: Es** importante que el terapeuta entender y aceptar la ambivalencia del paciente, porque con frecuencia es el problema central; y la falta de motivación puede ser una manifestación de esa ambivalencia.

FAV NO COPIAR

### 5.4.3.1 Estrategias para el terapeuta

Según Miller y Rollnick (1999) La EM se compone de una serie de elementos tanto teóricos como prácticos, que buscarán mejorar las habilidades de comunicación entre Terapeuta y Usuario, basados en cinco principios:

- **Expresar empatía**

  "*La respuesta empática es una habilidad bien definida que se puede adquirir con entrenamiento, permite comprender y aceptar lo que el otro expresa" (Fuentes y Alonso, 2000).*

  Expresar empatía, significa entonces respetar y aceptar al paciente, sin incurrir en brindarle aprobación, sino más bien comprendiendo sus pensamientos y emociones. Por medio del desarrollo de empatía en la entrevista por parte el terapeuta, se lograra que el usuario baje sus barreras, facilite el cambio y mejore la relación terapéutica.

La empatía es eje central de la EM porque, ante el dolor que prevé el paciente por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil durante el proceso (Miller y Rollnick, 1999).

Ahora bien, el terapeuta lograra esto por una serie de pasos sencillos (Fuentes y Alonso, 2000):

Para lograr solidaridad emocional y comprensión de pensamientos y emociones se realizará a sí mismo las siguientes preguntas:

- ¿Cómo me sentiría yo en esa situación?
- ¿Coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?
- ¿Cómo le hago saber que le comprendo?

FAV NO COPIAR

De acuerdo con Miller y Rollnick (1999) el estilo empático que deberá demostrar el terapeuta será:

- Comunicará respeto y aceptación al paciente y sus sentimientos.
- Estimulará una relación sin juicios, colaborativa.
- Felicita sinceramente en lugar de denigrar y culpabilizar.
- Escuchara en lugar de hablar.
- Persuade amablemente, con el entendido de que la decisión de cambiar le pertenece al paciente.
- Proporciona apoyo a lo largo del proceso de recuperación.

Cabe resaltar que al momento de expresar la empatía se debe tener en cuenta las diferencias culturales y étnicas del paciente, así como sus valores y posturas, ya que estas pueden influir positiva o negativamente hacia el cambio.

- **Desarrollar la discrepancia**

La discrepancia propone un nivel de conciencia del individuo acerca de los costos de su comportamiento, y de las consecuencias del mismo en su área personal, familiar, social, área de la salud, la educación y el trabajo, (Fuentes y Alonso, 2000).

Por tanto, resulta fundamental que el individuo pueda discrepar entre su situación actual (estar aquí y ahora) y donde quiere estar (lo que quiere a futuro). Tratando así de favorecer la inclinación de la balanza hacia una postura de disposición al cambio.

Ya que de esta manera, resulta útil aclarar e identificar los objetivos importantes que tiene el usuario y analizar las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual, que entran en conflicto con dichos objetivos. Por ende, el terapeuta tiene como tarea, ayudar a concentrar la atención del usuario en ¿cómo los comportamientos actuales (no tomar el medicamento), difieren de su comportamiento ideal o deseado (tomar el medicamento)? Por último, es importante lograr que el paciente verbalice sus discrepancias a través del diálogo con el

FAV NO COPIAR

terapeuta, el cual podrá apoyarse con videos, imágenes, e información que le sea significativa al paciente.

- **Evitar la discusión**

En este principio de la EM, es importante argumentar y discutir con el usuario sobre la conveniencia o utilidad de un cambio, dado que esto puede crear resistencia al mismo. Los argumentos directos y los intentos de convencer al usuario de cambiar, tienden a provocar oposición y resistencia ante las indicaciones del terapeuta. De esta misma forma, se presenta la "resistencia psicológica", esta situación se evidencia de manera que en cuanto más se empeña el terapeuta o profesional en ordenar, imponer un cambio, mayor es la resistencia del paciente para llevarlo a cabo. *"Con frecuencia surge cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada por el terapeuta, y en general cuando la sensación de libertad se coarta", (Bosch y Ceibrá, 1999).*

Es importante tener en cuenta, que antes de informar, se recomienda preguntar al usuario si tiene o quiere información sobre un tema de interés o preocupación con frases como:

-"Me podría decir ¿qué tanto sabe acerca de…?"

-" ¿Qué tanto más le gustaría e interesaría saber acerca de …?"

Por ende, es importante no precipitarse con gran cantidad de información, ya que resulta más útil informar poco a poco e ir preguntando: "¿Qué te parece esto que te he dicho…?", con el fin de siempre centrarse en los conflictos del usuario.

- **Darle un giro a la resistencia:**

La resistencia es una señal para que el profesional cambie la dirección o escuche con más atención, está realmente ofrece una oportunidad para responder en una forma nueva, y tomar

FAV NO COPIAR

ventaja, de la situación sin confrontar. Según Miller y Rollnick (1999) existen 7 tipos de resistencia al cambio así como en las manifestaciones del usuario:

- Argumentar: Aquí el usuario tenderá a cuestionar la precisión, la experiencia o la integridad del terapeuta, por medio del reto y el menosprecio.

Retar: El usuario cuestiona la precisión, experiencia, o integridad del terapeuta o profesional.

- ¿Menosprecio? El usuario cuestiona la autoridad personal y la experiencia del profesional.
- Interrumpir: El usuario interrumpe al profesional de una manera defensiva (hablando al mismo tiempo con la intención de lograr callar al profesional). Ejemplo, "Espere un momento... ya he oído eso, ¿me lo va a repetir otra vez?"
- Negar: El usuario utilizara distintos métodos para manifestar renuencia a reconocer sus problemas, utilizara la culpabilización hacia otros de sus problemas, minimizará los mismos, se excusará constantemente por su comportamiento, se expresará constantemente en un tono pesimista y derrotista evocando pensamientos catastróficos y/o negativos, además de presentar una constante falta de deseo al cambio.

- Ignorar: El usuario demostrara evidencia de estar ignorando al profesional por medio de la desatención (no mantendrá contacto visual, mirara a otro lado, etc.), la desviación, en la cual cambiará la dirección de la conversación que el profesional lleva a cabo, por último, ante las preguntas del profesional puede reaccionar de dos formas, bien sea respondiendo cosas completamente distintas a las preguntadas o sin sentido, o por el contrario sin evocar ningún tipo de respuesta.

**¿Cómo los terapeutas de la Fundación Aprender a Vivir deben manejar este tipo de resistencias?,** Miller y Rollnick (1999) describen siete formas diferentes con las cuales el

FAV NO COPIAR

terapeuta puede responder adecuadamente a la resistencia de los usuarios, mismos que se describen a continuación:

-Devolución o reflejo simple: Consiste en un simple reconocimiento del desacuerdo del paciente, puede permitir un análisis posterior más que una defensividad, y así se evitará la confrontación y la negación del usuario (Responder a la resistencia con la no resistencia).

-Devolución o reflejo amplificado. El terapeuta refleja o devuelve el planteamiento del usuario de forma exagerada, incluso más extremista de lo que el usuario lo ha hecho, pero sin sarcasmo. Esto estimulará al usuario a retroceder un poco, y fomentará la otra parte de su ambivalencia.

Ejemplo:

- Usuario: No planeo dejar de consumir por ahora
- Terapeuta: ¿No cree que la abstinencia funcione para usted en este momento?
-

-Devolución de los dos aspectos de la ambivalencia: Implica reconocer lo que el cliente ha dicho y añadirle la otra parte de su ambivalencia. Esto requiere el uso de información que el paciente ha comentado anteriormente

Ejemplo:

- Usuario: “La verdad no sé porque mi mamá se preocupa por esto, igual yo no tomo más que el resto de mis amigos”.
- Terapeuta: “Así que su mamá se está preocupando innecesariamente”.

- Cambio de tema o enfoque: Esta estrategia será una buena manera de salir de la resistencia cuando se ha encontrado un tema particularmente difícil, consiste en desviar la atención del paciente de lo que parece un gran obstáculo o barrera en medio del camino hacia el cambio (Más que intentar saltar el obstáculo, este se rodeará para poder abordarlo después)

FAV NO COPIAR

Ejemplo:

- Usuario: "Yo sé que usted quiere que hacer completamente lo que me gusta, pero ¡Yo no haré eso!"
- Terapeuta: "Usted se ha dado cuenta de los problemas que le ha traído seguir en consumo, pero no está dispuesto a pensar en dejar de hacerlo, aunque esto lo ponga en riesgo".

-Acuerdo con un giro: Consiste en estar de acuerdo con el usuario, pero con un ligero giro o cambio de dirección que impulsa la discusión futura.

Ejemplo:

- Usuario: "No puedo dejar de fumar cuando todos mis amigos lo están haciendo."
- Terapeuta: "Se está adelantando a la situación. En este momento, todavía estamos explorando sus preocupaciones en cuanto a si puede o no entrar a la universidad. Aún no estamos listos para decidir cuándo y cómo usted podría dejar de fumar."

-Reformular: Se realiza una interpretación nueva y positiva de la información negativa que ha proporcionado el usuario (reconociendo la validez de las observaciones crudas del usuario, pero ofreciéndole a su vez un nuevo significado a las mismas).

Ejemplo:

- Usuario: "¿Por qué usted y mi mamá están tan obsesionados con lo que tomó?, ¿qué pasa con todos los problemas de ella? Usted bebería también si su familia estuviera fastidiando y jodiéndolo todo el tiempo.
- Terapeuta: "Tiene un buen punto, y es importante. Hay algo más grande que poner en perspectiva, y quizás no le haya estado dando suficiente atención. No es tan fácil como el consumo de bebida de alguien. Estoy de acuerdo con que no deberíamos estar buscando a quién culpar. Los problemas de bebida como éstos involucran a toda la familia.".

FAVNO COPIAR

-Paradoja terapéutica: Generalmente tomar el bando de lo negativo, es señalar lo que el usuario ya ha dicho mientras argumentaba en contra del cambio. Si su usuario es ambivalente, al tomar usted el bando negativo del argumento, evoca un "sí, pero..." por parte del usuario (sin embargo, se recomienda ser cauteloso, al usar esto demasiado pronto en el tratamiento con usuarios deprimidos.

Ejemplo:

- Usuario: "Bueno, yo sé que alguna gente piensa que bebo demasiado, y que puedo estar haciéndole daño a mi hígado, pero aun así no creo que sea alcohólico o que necesite tratamiento."
- Terapeuta: Hemos pasado bastante tiempo repasando sus sentimientos positivos y sus preocupaciones sobre el consumo de bebida, pero aun así usted no cree que esté listo o que quiera cambiar sus patrones de consumo. Quizás cambiar sería muy difícil para usted, especialmente si se quiere quedar igual, de todas maneras, no estoy seguro de que crea que podría cambiar aun si usted lo quisiera."

### 5.4.4 Fomentar la autoeficacia

La mayoría de los usuarios no presentan un sentido de autoeficacia desarrollado adecuadamente, por lo cual se les dificultara creer en que ellos podrán comenzar un cambio y a su vez mantenerlo. Es por este motivo que se hace necesaria la creencia en la posibilidad de cambiar, ya que ésta es un factor motivacional importante, puesto que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla, esto conlleva a la persona a que concluya que el cambio es su responsabilidad y entenderá que el dar el primer paso ya es el inicio.

De este mismo modo, la creencia de la posibilidad del cambio es un motivador importante para obtener el éxito, ya que con esto se pretende que la persona vea la posibilidad de cambiar

FAVNO COPIAR

así como la oportunidad de escoger cómo hacerlo, teniendo en cuenta sus propias capacidades y recursos.

Por ende, el terapeuta o profesional puede indagar sobre otros cambios saludables que el usuario a realizado en su vida, resaltando las habilidades y cualidades que la persona tiene, brindando de esta manera información verídica, comprensible y precisa, con el fin de ayudar a ¨las personas a entender cómo su comportamiento lleva a consecuencias negativas y las ayuda a observar que ellos también pueden hacerlo si hay información con estrategias precisas¨, (Miller y Rollnick, 1999).

Por último, los cinco principios generales de la EM, permiten que el usuario sea tratado con respeto y como un aliado, dado que la EM se centra en cómo ayudar a librar a las personas de la ambivalencia que les atrapa, y los lleva a repetir etapas de conductas autodestructivas.

### 5.4.5 Paso a paso de cómo realizar la EM

Para la conducción de las primeras sesiones de la EM Miller y Rollnick (1999) sugieren el uso de un conjunto de estrategias básica que facilitan la interacción con el paciente, éstas son:

1. Formular preguntas abiertas
2. Escucha reflexiva
3. Afirmar
4. Resumir
5. Provocar afirmaciones auto motivadoras
6. Preguntas evocadoras
7. Reestructuración positiva
8. El balance decisional y elaboración por parte del usuario
9. Utilizar los extremos
10. Ver en retrospectiva
11. Ver en prospectiva

FAV NO COPIAR

12. Analizar los objetivos
13. Paradoja

**5.4.5.1 Formular preguntas abiertas:**

Se deben realizar preguntas abiertas, que le permitan al terapeuta o profesional entender los diferentes puntos de vista del usuario y conocer sus sentimientos entorno a un tema o situación específica.

Este tipo de preguntas facilitan el diálogo; son una forma de solicitar información adicional de una forma natural. De este mismo modo, estimulan al usuario a hablar prácticamente todo el tiempo de la sesión. Le ayuda al terapeuta a evitar emitir juicios prematuros y mantienen la comunicación, fluyendo.

De esta forma se explica la manera de formular preguntas abiertas. Al mismo tiempo que las compara con las preguntas cerradas.

Ejemplo a-

Pregunta Cerrada: ¿Estás disgustado porque tu mamá te ha traído aquí?

Pregunta Abierta: ¿Qué piensas acerca de que tu mamá te haya traído aquí?

Ejemplo b.

Pregunta Cerrada: ¿Estás de acuerdo que es conveniente bajar de peso?

Pregunta Abierta: ¿Por qué crees que es conveniente bajar de peso?

Ejemplo c.

FAV NO COPIAR

Pregunta Cerrada: ¿Cuántas veces en los últimos seis meses, ha ido al laboratorio para medir sus niveles de glucosa?

Pregunta Abierta: ¿Qué opina del resultado de sus últimos estudios de laboratorio?

**5.4.5.2 Escucha reflexiva**

Por medio de la escucha reflexiva el terapeuta demostrara haber escuchado con precisión y entendido lo que el paciente le ha comunicado, según Miller y Rollnick (1991), escuchar atentamente es una forma de revisar en lugar de asumir lo que el terapeuta sabe que quiere decir.

El terapeuta trata de averiguar lo que intenta decir el usuario y devolvérselo por medio de afirmaciones

Ejemplo

Terapeuta (T): ¿Qué más le preocupa sobre su diabetes?

Usuario (U): Se me nota que estoy preocupado ¿verdad?, pues que ya no seré el mismo de antes, ahora me tratarán como un enfermo...

T: ¿Cómo cree usted que tratan a un enfermo?

U: Con lástima, como si fuera una carga...

T: ¿Qué tendría que hacer usted para que no lo traten con lástima, o sentirse una carga?

U: Responsabilizarme de mi enfermedad, tomando mis medicamentos, cuidar mi dieta, caminar y no deprimirme tanto, y de esa manera verán que sigo siendo independiente.

T: Me parece que usted sabe muy bien lo que tiene que hacer para no sentirse una carga e inspirar lástima a los demás.

FAV NO COPIAR

U: Tiene razón, aun con mi diabetes, yo no soy un inválido y puedo hacer todavía muchas cosas por mí y mi familia, verlo así me hace sentir mejor…

Esta paso, se encarga de averiguar lo que intenta decir el usuario y de devolvérselo por medio de afirmaciones, que son frases sin interrogación final. Estas afirmaciones pueden ser de cinco tipos:

Repetición de alguna palabra dicha por el usuario y que parece importante.

Refraseo: Es parecido al punto anterior pero cambiando alguna palabra por sinónimos o alterando ligeramente lo dicho para clarificar.

Parafraseo: Se refleja lo dicho con nuevas palabras porque el profesional intuye el significado de lo hablado por el usuario.

Señalamiento emocional: Es la forma más profunda de reflexión y consiste en decir frases que muestran sentimientos o emociones: "te veo un poco triste", "parece que esto que comentamos te emociona..."

Silencios: Se utiliza de forma adecuada teniendo un efecto reflexivo en el usuario de forma no verbal indicando que se le entiende y acepta. Permitiéndole un tiempo imprescindible de autoobservación acerca de lo que acaba de decir y sentir

**5.4.5.3. Afirmar**

Es importante afirmar y apoyar al usuario durante el proceso terapéutico. Esto puede hacerse en forma de comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión. Esto ayuda al usuario apoyar y a promover su autoeficacia

Ejemplos:

"Esa es una buena sugerencia de su parte".

FAVOR NO COPIAR

"Eso debe haber sido muy difícil para Usted".

"En ese sentido, es difícil pensar en dejar a su pareja".

**5.4.5.4 Resumir**

En este paso según Miller y Rollnick, 1999, se intenta destacar de lo dicho por el usuario, aquello que parece más importante y relevante de su situación y repetírselo. Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho, demostrando que el terapeuta ha estado escuchando atentamente, y preparan al usuario para seguir adelante.

El resumen tiene como fin vincular los sentimientos positivos y negativos del usuario acerca de su situación particular, puede facilitar la comprensión de la ambivalencia inicial y promover la aceptación de la discrepancia. el resumir también es una forma adecuada de empezar y terminar una sesión, y proporcionar un puente natural cuando el usuario está en transición entre las etapas de cambio.

Por otro lado, el terapeuta debe invitar a la corrección de un resumen por parte del usuario, y esto lleva con frecuencia a más comentarios y discusión sobre los puntos. De esta manera este paso da la oportunidad que tanto como el usuario como el terapeuta, señalen que pudo haberse pasado por alto, así como qué fue señalado incorrectamente.

**5.4.5.5 Provocar afirmaciones auto motivadoras**

Las afirmaciones auto motivadoras se desglosan en cuatro categorías generales:

Reconocimiento del problema: ¡Esto es algo serio!, "entiendo que a la larga mi forma de jugar me traerá problemas", "Creo que debo hacer algo o las cosas empeorarán".

Expresión de preocupación: "Estoy realmente preocupado por esto", "me siento desesperado...".

FAV NO COPIAR

Intención de cambio: "Creo que debo hacer algo al respecto", "buscaré ayuda para que me orienten que hacer".

Optimismo por el cambio: "Voy a superar este problema", "Creo que lo podré hacer".

Estas cuatro formas de afirmaciones reflejan dimensiones cognitivas ¨reconocimiento, optimismo¨, afectivas, emocionales ¨preocupación¨ y conductuales ¨intención de actuar¨ de compromiso para cambiar, (Miller y Rollnick, 1999). No obstante, ¿cómo puede provocar un terapeuta tales afirmaciones en los usuarios ambivalentes? a través de una serie de preguntas evocadoras que le permitirán contemplar afirmaciones auto motivadoras en cada una de las cuatro afirmaciones anteriores.

**5.4.5.6. Preguntas evocadoras**

Ejemplos:

Reconocimiento del problema: ¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema?, ¿de qué maneras esto ha sido un problema para usted?...

Preocupación: ¿Qué es lo que le preocupa de su forma de enojarse?, ¿hasta qué punto le preocupa?, ¿qué cree que le ocurrirá si no cambia su forma de fumar?...

Intención de cambiar: ¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?, ¿cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?...

Optimismo: ¿Qué cree que mejoraría si decide cambiar?, ¿quién o quiénes le ayudarían a cambiar?...

El uso de estas estrategias acostumbra a ser importantes no sólo en las primeras sesiones, sino también a lo largo del proceso de cambio. La ambivalencia no desaparece habitualmente, sino que tan sólo disminuye.

FAV NO COPIAR

### 5.4.5.7. Reestructuración positiva

En este paso es importante apoyar y afirmar al usuario, destacar sus aspectos positivos y apoyar lo dicho por él mediante comentarios y frases de comprensión. Por ende, la reestructuración positiva ayuda para rehabilitación del autoestima del usuario y la autoconfianza.

Ejemplo:

"Debe ser difícil para ti tomar la decisión de divorciarte..."

"Pareces una persona optimista que trata de ver hacia delante".

Es fundamental que el usuario se siente escuchado y aceptado por el terapeuta, con el fin de que él se vuelve capaz de escucharse y aceptarse, teniendo como fin aumentar la comprensión y el control sobre sí mismo y su percepción de control y poder.

### 5.4.5.8 El Balance Decisional

Como se mencionó anteriormente, resulta de utilidad hacer que los usuarios comenten los aspectos positivos y negativos de su conducta actual.

Ejemplo:

¨Se les pide a los usuarios que listen cuáles son las ventajas de no tomar el medicamento tal y como se lo indicó el médico, como un inicio previo a pedirles que comenten los aspectos negativos.

Esto tiene la ventaja de hacer que los usuarios comenten y se sientan cómodos.

### 5.4.5.9 Elaboración

FAV NO COPIAR

Para Miller y Rollnick, (1999), una vez que el tema motivacional ha surgido, es útil pedir al usuario que lo elabore. Esto ayuda a potenciar el tema y a que surjan afirmaciones auto motivadoras, la forma de cumplir esto es pedir al usuario comente ejemplos específicos, y que aclare por qué cada uno de estos ejemplos le representan un problema.

Ejemplo:

Terapeuta (T)

Usuario (U)

U: Una de las situaciones que considero es un problema para mí es usar mis horarios de comida para continuar trabajando.

T: ¿De qué manera esto es un problema para usted?

U: Porque todos los días en lugar de comer y descansar un poco del trabajo en este horario, siempre me quedo adelantando pendientes, no como y al final del día termino con dolor de cabeza.

T: Por lo que me dice, esto sucede frecuentemente. ¿De qué otra manera le está afectando esta situación?

U: Pues, porque cada vez me siento más cansado, no me alimento bien y resulta que ahora tengo gastritis.

T: ¿Cuánto le preocupa esta situación?

U: Me preocupa mucho porque si falto a mi trabajo por enfermedad me descontarán los días que falte.

T: ¿Qué tan dispuesto estaría usted para cambiar esta rutina que está afectando su salud?

FAV NO COPIAR

U: Muy dispuesto, pues antes Yo no me quejaba de nada y ahora, me he vuelto muy desorganizado en mis horarios y actividades...

**5.4.5.10 Utilizar los extremos**

Se le pide a los usuarios que describan los, puntos extremos de sus preocupaciones, que imaginen las consecuencias más negativas.

Algunas preguntas útiles en este sentido son:

-¿Qué es lo que más le preocupa?

-¿Qué es lo peor que podría suceder si no cambiara?

-¿Cuál cree serían las peores cosas que le podrían pasar si continúa comportándose de la misma manera en que lo ha venido haciendo hasta ahora?

**5.4.5.11 Ver en retrospectiva**

En este paso resulta útil que las personas recuerden cómo era su vida antes de que el problema apareciera, y que comparen ese tiempo con su situación actual.

Algunos ejemplos de estas preguntas son:

-Recordando el tiempo en que las cosas iban bien, ¿Qué es lo que ha cambiado?

-¿Cómo eran las cosas antes de que usted enfermará de diabetes? y, ¿ahora cómo son?

-¿Cuáles son las diferencias entre la persona que es usted hoy y la que era antes?

**5.4.5.12 Ver en prospectiva**

FAVNO COPIAR

Se requiere alentar a que el usuario imagine un cambio futuro es otra forma de provocar afirmaciones auto motivadoras. Aquí se pregunta al usuario cómo se imagina a sí mismo después de un cambio:

-Si usted decide cambiar, ¿Qué espera del futuro?

-¿Cómo le gustaría que fueran las cosas si usted cambiara?

-¿Cuáles serían los mejores resultados que usted podría imaginar si llevará a cabo un cambio?

-Una vez que usted cambie, ¿Qué espera de usted mismo y de los demás?

**5.4.5.13 Analizando los objetivos**

Consiste en pedir al usuario que diga cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida y por las cuales desea hacer un cambio, con el objetivo de permitirle al usuario mirar en prospectivamente y motivarse para emprender el cambio.

**5.4.5.14 Paradojas**

En la EM la "paradoja" hace referencia a que el terapeuta asume de forma sutil el rol de "no problema" del conflicto del usuario. Por ende, el terapeuta intenta provocar la parte opuesta, es decir, los

Comentarios del reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar, y optimismo.

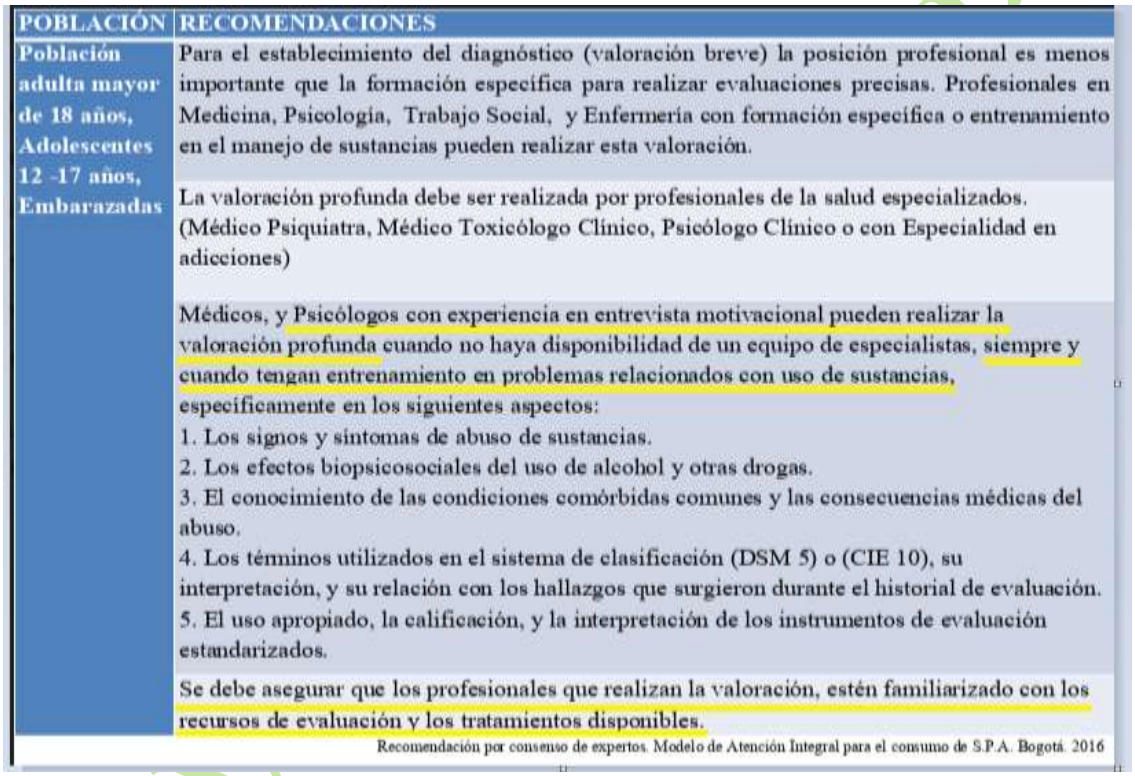
A continuación un ejemplo sobre cómo el terapeuta puede asumir este rol:

T: Permítame decirle algo que realmente me preocupa. Un programa como este requiere mucha motivación y esfuerzo. No empezaremos realmente a trabajar con alguien hasta que esté seguro de que necesita y quiere cambiar, y francamente, pienso que este no es su caso. Pues a

FAV NO COPIAR

medida que lo escucho, no me siento seguro de que usted esté lo suficientemente motivado para hacer un cambio...

U: Permítame, deme una oportunidad más. Sé que el cambio es difícil y esto me hace sentir un miedo que no puedo explicar...



| POBLACIÓN | RECOMENDACIONES |
|---|---|
| Población adulta mayor de 18 años, Adolescentes 12 -17 años, Embarazadas | Para el establecimiento del diagnóstico (valoración breve) la posición profesional es menos importante que la formación específica para realizar evaluaciones precisas. Profesionales en Medicina, Psicología, Trabajo Social, y Enfermería con formación específica o entrenamiento en el manejo de sustancias pueden realizar esta valoración. |
| | La valoración profunda debe ser realizada por profesionales de la salud especializados. (Médico Psiquiatra, Médico Toxicólogo Clínico, Psicólogo Clínico o con Especialidad en adicciones) |
| | Médicos, y Psicólogos con experiencia en entrevista motivacional pueden realizar la valoración profunda cuando no haya disponibilidad de un equipo de especialistas, siempre y cuando tengan entrenamiento en problemas relacionados con uso de sustancias, específicamente en los siguientes aspectos:<br>1. Los signos y síntomas de abuso de sustancias.<br>2. Los efectos biopsicosociales del uso de alcohol y otras drogas.<br>3. El conocimiento de las condiciones comórbidas comunes y las consecuencias médicas del abuso.<br>4. Los términos utilizados en el sistema de clasificación (DSM 5) o (CIE 10), su interpretación, y su relación con los hallazgos que surgieron durante el historial de evaluación.<br>5. El uso apropiado, la calificación, y la interpretación de los instrumentos de evaluación estandarizados. |
| | Se debe asegurar que los profesionales que realizan la valoración, estén familiarizado con los recursos de evaluación y los tratamientos disponibles. |

Recomendación por consenso de expertos. Modelo de Atención Integral para el consumo de S.P.A. Bogotá. 2016

"*Figura 7*. Recomendaciones para el establecimiento del diagnóstico"

## 5.5 TAMIZAJE

De acuerdo a las Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito Programa de fortalecimiento nacional y local para la reducción del consumo de drogas, "*el tamizaje del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), es un proceso que permite detectar problemas de salud y factores de riesgo en las etapas iniciales. Permite orientar a la persona antes de que se empiecen a presentar problemas de dependencia, de que se presenten daños irreversibles o de que se presente una progresión hacia consumos más problemáticos"*, esta definición es aceptada por el Modelo Integrador de Herramientas de Detección Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria en Salud Colombia (2012). Por medio del tamizaje se podrá identificar situaciones de riesgo, así como la detección rápida y eficaz de las personas con consumo de sustancias psicoactivas.

Según el Ministerio de la Protección Social, "el tamizaje es un examen preliminar que arroja indicios sobre la condición para la cual se utiliza, permitiendo la identificación de casos y tipos de riesgo. Aunque no constituye un proceso de diagnóstico, puede guiar y optimizar los procesos de atención y canalización" (2011).

### 5.5.1 Objetivos

1. Detectar un problema actual o latente relacionado con el uso de sustancias psicoactivas, el cual no ha sido detectado en otras circunstancias.
2. Concientizar al paciente sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y promover el cese del consumo.
3. Cuando sea pertinente, remitir al paciente a un profesional entrenado para una adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento.

### 5.5.2 Características

1. Debe ser breve, no más de 10 preguntas
2. Debe ser flexible. Debe ser factible su aplicación en diferentes poblaciones y contextos.

FAV NO COPIAR

3. Debe ser de fácil administración.

4. Debe ser fácil de responder para el entrevistado.

5. Debe dar indicios sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

6. Debe permitir determinar la necesidad de llevar a cabo una evaluación, más preguntas o una intervención posterior.

7. Debe contar con una buena sensibilidad, la cual hace referencia a la capacidad de identificación de personas que tienen problemas con el consumo.

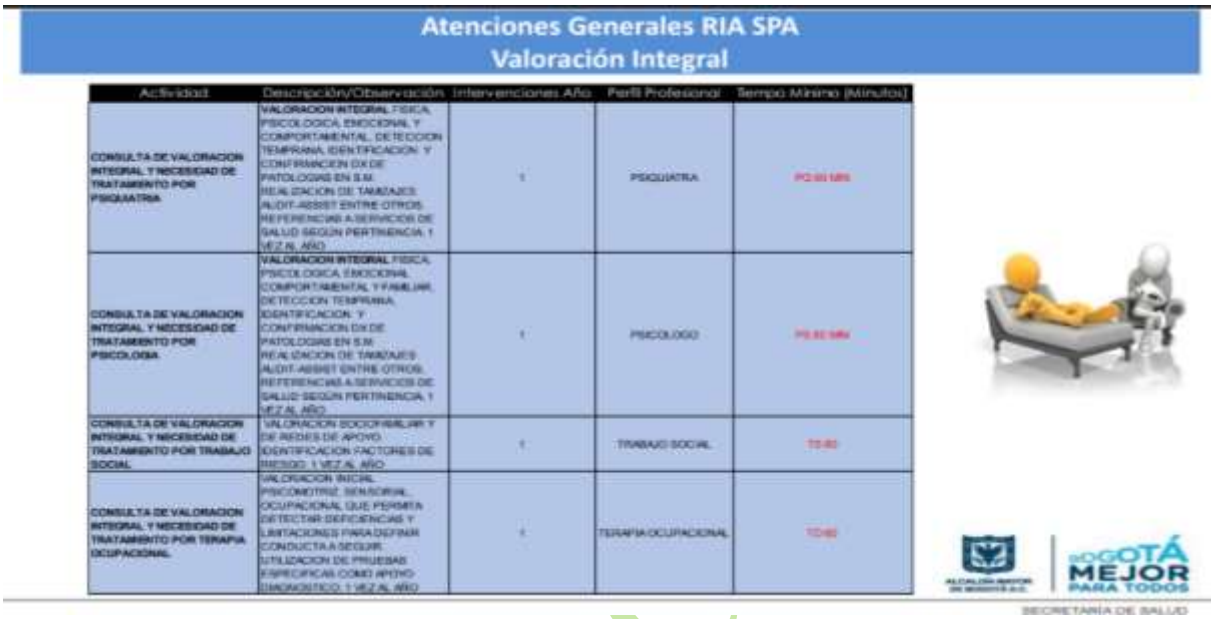
8. Debe contar con una buena especificidad, la cual hace referencia a la capacidad de identificación de personas que NO tienen problemas con sustancias psicoactivas.

9. Debe permitir establecer espacios de diálogo y de transmitir confianza.

10. El tamizaje debe ser destinado e implementado en establecimientos de salud u otros servicios comunitarios que sean frecuentados por la población general, con el fin de detectar personas que estén experimentando con sustancias psicoactivas o que ya estén presentando daños secundarios al consumo así su intención inicial no sea consultar por este motivo, si el individuo está en riesgo, se debe direccionar para inicio del tratamiento y seguimiento del consumo

FAV NO COPIAR

### 5.5.2.1 Características de quien realiza el tamizaje




*"Figura 8.* Atenciones Generales RIA en SPA para la valoración integral por Psiquiatría, Psicología, Trabajo social y terapeuta"

Según la Ley 1438 de 2011, deben existir equipos especiales de profesionales de la salud que se dedican a labores de prevención y promoción, se recomienda que dichos equipos cumplan con los siguientes perfiles: médico, trabajadora social, psicólogo, enfermera, higienista oral, auxiliar de enfermería, auxiliar de salud pública y técnico de saneamiento ambiental como mínimo.

La persona indicada a realizar el tamizaje deberá tener la habilidad de interpretar los resultados de los instrumentos, así como conocer las propiedades estadísticas de las pruebas, para poder hacer la elección apropiada del mismo.

### 5.5.3 ¿Cómo escoger la herramienta apropiada para realizar el tamizaje?

Para poder realizar una selección adecuada del instrumento a utilizar, se de conocer:

FAVNO

La sensibilidad**, (**a la capacidad de detectar la menor cantidad de falsos negativos); la especificidad (a la capacidad de detectar la menor cantidad de falsos positivos); la confidencialidad (estabilidad del instrumento) y validez **(se** refiere a que si el instrumento ha sido empleado en la población a la que se realizará el tamizaje) Miller (2015). Se recomienda remitir a un nivel de mayor complejidad cuando se identifiquen caso de riesgo moderado y alto, para su adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

### 5.5.4 Instrumentos para el tamizaje de consumo de sustancias psicoactivas

Para la apertura de la historia clínica por primera vez, es necesario indagar respecto al consumo de sustancias psicoactivas, para lo cual se recomienda formular preguntas para investigar el consumo de las mismas; para esto, se sugiere utilizar el Te*st de tamizaje basado en una sola pregunta para el uso de drogas y alcohol* (remitirse al 5.4.1). Si hay una respuesta positiva, el tamizaje con otros instrumentos debe ampliarse. Este test ha sido utilizado en población norteamericana, está validado en atención primaria de salud y en los servicios de urgencias. Los test AUDIT, ASSIST y DAST-10 fueron utilizados como apoyo para realizar esta validación.

### 5.5.5 Tipos de tamizaje

Miller en su libro *Addiction counseling* (2015) cita que exigen dos tipos de tamizaje: Instrumentos de tamizaje amplios, los cuales pueden ser utilizados en ancianos adolescentes y adultos y los instrumentos de tamizaje específicos, los cuales van dirigidos para adolescentes y adultos. Se recomiendan 6 instrumentos para el tamizaje general: ASSIT, AUDIT, CAGE,T-ACE, TWEAK, MAST; respecto a los instrumentos de tamizaje específicos en adultos se describen los siguientes: ASÍ, AUI, DRI, GAIN y SALCE.

FAV NO COPIAR

Respecto al contexto colombiano y para la Fundación aprender a vivir, en base a la recomendación otorgada en la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, realizada por el MINSALUD (2013), se demuestra que la prueba apropiada para la detección inicial de pacientes en nuestro contexto es el AUDIT, la cual a su vez funcionará como mecanismo idóneo para indicar si es necesario o no el inicio de un tratamiento y el ASSIT. (Remitirse al 5.6.3 – 5.6.2)

### 5.5.6 Recomendaciones para la aplicación del tamizaje

- El proceso de tamizaje tiene una duración de 30 minutos.
- La duración ideal para aplicar el instrumento debería ser de 10 a 15 minutos.
- El instrumento debe ser lo suficientemente simple para varios profesionales de salud.
- Debe centrarse en la gravedad del consumo de sustancias psicoactivas y en los factores de riesgo asociados como por ejemplo (índole mental o de problemas penales).
- Todos los profesionales que trabajen con adolescentes en la Fundación Aprender a Vivir, deben utilizar los mismos instrumentos de tamizaje.
- Las entrevistas de tamizaje deben realizarse con el adolescente sin presencia de los padres.
- El tamizaje debe adaptarse a una variedad de edades y de antecedentes personales o culturales, según lo requiera.
- Los adolescentes con alto riesgo de consumo de sustancias que muestren un resultado negativo durante el proceso de tamización deben ser revalorados en un periodo de 6 meses.
- Si un instrumento de tamizaje amplio es positivo para una sustancia, se debe aplicar el test específico del mismo.

FAV NO COPIAR

## 5.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

### 5.6.1 Test de tamizaje basado en una sola pregunta para el uso de Drogas y alcohol

Este test de tamizaje basado en una sola pregunta para el uso de sustancias psicoactivas y alcohol se compone de dos preguntas:

1. ¿Cuántas veces utilizó una droga ilegal, o una medicación que necesita prescripción por razones no médicas, durante el año pasado?: Esta pregunta tiene una sensibilidad del 100% con un intervalo de confianza del 95% y una especificidad del 73,5%, con un intervalo de confianza igual al 95%. Una respuesta de uno o más se considera positiva. La aplicación de esta pregunta es recomendada por el National Instituye on Drugs Abuse (NIDA, 2014).

2. ¿Cuántas veces ingirió X (5 para hombre y 4 para mujeres), o más tragos en un día, durante el año pasado? Esta pregunta tiene una sensibilidad del 81,8% y especificidad del 79,3%, con un intervalo de confianza del 95%. Para esta pregunta 5 o más tragos (en el caso de hombres), o bien, 4 o más tragos en un día (en caso de mujeres) se debe considerar positivo. La aplicación de esta pregunta es recomendada por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2007) y por el Task Force (2013).

De acuerdo con lo reportado por Klein, para el tamizaje de tabaco es recomendable realizar la siguiente pregunta:

1. ¿Usted ha usado algún producto que contenga tabaco durante el último año? Esta pregunta tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 97%. Una respuesta afirmativa se considera positiva. En caso de que el test sea negativo, se sugiere elogiar y reforzar el mantenimiento de esta conducta.

FAV NO COPIAR

En caso de que el test sea positivo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Mundial de la Salud recomiendan aplicar alguno de los instrumentos de tamizaje que se presentan a continuación.

Estos instrumentos detectan con más detalle la presencia de consumo problemático o el riesgo de consumir sustancias **(DIR-PSI-FT-0-13)**

**5.6.2 ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, Manual para uso en la atención primaria)**

**Descripción:**

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.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias, 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

FAVNO COPIAR

- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

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).

**Validación del ASSIST:**

Esta prueba fue realizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1997, con el fin de poder hacer pruebas de detección de todas las sustancias psicoactivas y no solo del alcohol y/o el tabaco, utilizarlo en la atención primaria de salud y vincularlo fácilmente a una intervención breve.

El ASSIT pasó por tres etapas de pruebas para confirmar su validez y confiabilidad, una primera etapa entre los años 1997 y 1998 donde se creó la primera versión de la prueba y se realizó un estudio de (test - retest) en 11 países, donde se evaluó la confiabilidad y factibilidad de las preguntas en un estudio de confiabilidad, los resultados demostraron que la prueba era confiable y factible.

FAV NO COPIAR

En la segunda etapa, entre los años 2000 y 2002, 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. El estudio demostró la validez de la prueba de manera concurrente, predictiva y discriminante

La tercera etapa, entre los años 2003 y 2007, 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. 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.

**Normas de aplicación:**

El cuestionario ASSIST contiene instrucciones para guiar a los entrevistadores durante la entrevista. Algunas de estas instrucciones permiten al entrevistador omitir unas preguntas y acortar la entrevista. Otras le recuerdan que debe indagar más para obtener respuestas exactas. (REMITIRSE AL MANUAL BÁSICO DE LA PRUEBA PARA LA EXPLICACIÓN PUNTUAL DE CADA PREGUNTA Y SU CONSECUCIÓN)

**Los parámetros a tener en cuenta para la aplicación de la prueba son:**

1. 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.

FAV NO COPIAR

2. 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.

3. Es posible parafrasear algunas preguntas a los usuarios, así como guiar ciertas preguntas

4. 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.

**Normas de Corrección:**

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) (REMITIRSE AL MANUAL BÁSICO DE LA PRUEBA PARA LA EXPLICACIÓN PUNTUAL DE LA MANERA DE PUNTUAR Y CALIFICAR LA PRUEBA)

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.

FAVNO COPIAR

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. **(DIR-PSI-FT-0-14)**

### 5.6.3 AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

**Descripción:**

Este cuestionario es utilizado para poder identificar a las personas con patrones de consumo de alcohol (que se evidencie como perjudicial), el test fue desarrollado por la OMS para apoyar de manera rápida al profesional en el proceso de evaluación del consumo del mismo, ayuda a evaluar la dependencia del consumo y específica consecuencias.

Adicionalmente 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 (Se centra en el consumo reciente de alcohol).

FAV NO COPIAR

Este test fue diseñado particularmente para los clínicos y para diferentes recursos terapéuticos, sin embargo y si se siguen las instrucciones de manera correcta puede ser un instrumento auto - aplicable

**Validación del AUDIT:**

Este test se desarrolló y evaluó durante veinte años, demostrando que proporciona una medida correcta del riesgo según la edad, el género y las distintas culturas, proporcionando actualmente una estandarización transnacional, ha sido validado en 6 países en pacientes de atención primaria y actualmente es el único test de screening diseñado para uso internacional.

Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de "dependencia" y de "consumo perjudicial de alcohol"; 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 autopercepción del problema con la bebida). Babor, Higgins, Saunders y Monteiro (2001). (Ver anexo 3).

El AUDIT ha demostrado ser preciso en la detección de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios, así como ser apropiado para hombres y mujeres, Desde que el manual del usuario del AUDIT fue publicado por primera vez en 1989, 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.

**Normas de aplicación**

Este test puede ser llevado a cabo en "tipo entrevista" o de forma "auto - aplicable", es importante cumplir con las siguientes condiciones antes de iniciar con la aplicación:

FAV NO COPIAR

1. El entrevistador debe ser amable y no verse como "amenazador".

2. Confirmar que el usuario no se encuentre intoxicado o necesite algún tratamiento de urgencia en el momento de la entrevista.

3. El objetivo del screening debe ser explicado claramente al usuario, en términos de la importancia para la salud del mismo.

4. Informar al usuario que sus respuestas serán confidenciales.

5. Brindar la información necesaria para comprender las preguntas y obtener las respuestas apropiadas.

En cualquiera de los dos casos que se elija para la aplicación del test se debe seguir el siguiente proceso de aplicación:

1. Dar una información oral breve del mismo, por ejemplo: "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".

2. Realizar una explicación puntual de los tipos de bebidas alcohólicas que son típicas del país o sitio donde se encuentra el usuario. Por ejemplo en Colombia: Cerveza, aguardiente, ron, whisky, tequila, etc.

FAV NO COPIAR

3. Para las preguntas 2 y 3 se deberá explicar el significado de la palabra "consumición" (bebida estándar), es importante por ello citar las bebidas alcohólicas más habituales que pueden ser consumidas y cuánto 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) representa una consumición de unos 13 g de alcohol.

4. Si el AUDIT se administra como entrevista, es importante leer las preguntas tal como están escritas y en el orden indicado.

**Normas de corrección:**

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4, 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.

**Puntuaciones**

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: Requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol **(DIR-PSI-FT-0-15)**

FAV NO COPIAR

### 5.6.4 Ecomapa

**Descripción**

"Es una herramienta sencilla, que facilita al médico familiar y al equipo de salud reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia" permite identificar las interrelaciones de la persona y familia, con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, Suárez Cuba & Miguel Ángel, (2015).

A través de este instrumento se logra identificar las carencias por las cuales la familia está atravesando, en beneficio de poder fortalecerlas, además de generar hipótesis respecto a los problemas intrafamiliares y extrafamiliares que luego se corroboraron con la aplicación del instrumento, identificar y poder priorizar las necesidades y/o los problemas en el usuario y su familia.

Esta prueba puede ser utilizada por cualquier profesional de la salud y además de servir como apoyo para su trabajo en la resolución de las necesidades y/o problemas de los usuarios y su familia también favorecerá la relación del terapeuta - paciente/ familia.

**Normas de aplicación:**

El tiempo necesario para realizar la aplicación de la prueba es entre 15 y 20 minutos, este se puede realizar en una o varias consultas al paciente y la familia y se deberá adjuntar a la historia clínica junto con el APGAR familiar y el Genograma. Este se debe actualizar cuando el profesional lo considere necesario.

**Para el diseño:**

1. Se parte de la estructura de la familia, se traza un círculo alrededor de la misma, que permite diferenciar el medio intrafamiliar del extrafamiliar.

FAV NO COPIAR

2. Alrededor de este gran círculo, y como elementos del contexto se dibujan círculos más pequeños, cada uno de ellos representará un recurso (la familia extensa, instituciones educativas, religiosas, de salud, etc.).

3. Para representar las relaciones se trazan líneas que unen cada círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular, o con todo el círculo, cuando se quiere resaltar que el recurso es importante para todo el grupo familiar.

**Áreas que se deben incluir en el Ecomapa:** Son múltiples, la trabajadora social determinará cuáles deben incluirse, como por ejemplo: Relaciones personales significativas, los servicios comunitarios, los grupos sociales, educación, trabajo, instituciones de salud, la familia extensa, etc.

**Áreas de evaluación del Ecomapa:**

1. ¿Está la familia abierta a nuevas experiencias?

2. ¿Son los límites permeables?

3. ¿Son los límites flexibles?

4. ¿Está restringida la familia?

5. Satisfacción de las necesidades de la familia:

a. Estabilidad.

b. Crecimiento

FAV NO COPIAR

c. Enriquecimiento
d. Competencia.
e. Contextualizar a la familia dentro de su cultura

6. Necesidades de la familia como:
a. Protección
b. Salud
c. Sentido de pertenencia intimidad, relaciones interpersonales
d. Educación
e. Fuentes de crecimiento espiritual.

**Nota: Se recomienda que esta prueba sea aplicada por el área de trabajo social (DIR-PSI-FT-0-16).**

### 5.6.5 APGAR Familiar

**Descripción:**

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión

FAV NO COPIAR

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos su pacientes

**Validación del APGAR**

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor:

**A**daptación,
**P**articipación,
**G**radiente de recurso personal,
**A**fecto,
**R**ecursos

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades. La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad.

FAV NO COPIAR

**Normas de aplicación**

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente).

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

•0: Nunca
•1: Casi nunca
•2: Algunas veces
•3. Casi siempre
•4: Siempre.

**Normas de corrección**

- **Normal:** 17 - 20 puntos
- **Disfunción leve:** 16 - 13 puntos
- **Disfunción moderada:** 12-10 puntos
- **Disfunción severa:** Menor o igual a 9

**Nota:** Se recomienda que esta prueba sea aplicada por el área de trabajo social **(DIR-PSI-FT-0-17)**

FAV NO COPIAR

### 5.6.6 Genograma

**Descripción:**

Esta prueba permite realizar un registro de los miembros de la familia en pro de conocer las relaciones entre los mismos. La misma se representa por medio de símbolos de acuerdo a la condición de la familia, ej.: si la relación entre el padre y la hija es "muy unida", se representará por medio de 3 líneas paralelas.

Esta prueba permitirá una interpretación general por parte de cualquier profesional que requiera información respecto al núcleo familiar del usuario.

### 5.6.7 IPP- R (Inventario de Intereses Profesionales)

**Descripción**

El IPP se diseñó con el propósito de ayudar a los estudiantes a elegir, entre las diversas profesiones y actividades, las que le puedan proporcionar mayor satisfacción en el trabajo. En ningún caso pretende aparecer como una de las aptitudes o de la inteligencia, estos aspectos deben ser determinados por otros medios y considerados conjuntamente con los intereses y las experiencias personales para planear la futura carrera o profesión.

**Normas de aplicación**

Se tendrán en cuenta las normas de todo examen psicológico. La aplicación se realizará cuando los

Sujetos no estén muy cansados, procurando que durante el tiempo que dure el examen no vayan a ser requeridos por ninguna otra actividad que puede interrumpir la tarea.

El tiempo de la aplicación debe ser programado con amplitud suficiente, teniendo en cuenta el plazo necesario para dar las instrucciones, resolver las dudas que se puedan plantear antes de comenzar

FAV NO COPIAR

El trabajo efectivo y completar la prueba que, en este caso, no tiene tiempo prefijado 7.

**Normas de corrección**

Al usuario (a) se le hace entrega del cuadernillo con la hoja de respuestas y estas a su vez se lleva a la plataforma online de TEA EDICIONES, donde se introduce una serie de datos y las respuestas del Test, el sistema arroja un gráfico el cual debe ser interpretado por el profesional tratante. **(DIR-PSI-FT-0-18)**

### 5.6.7 CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS (SRQ) – Self report questionnaire

Indica probables problemas o trastornos de salud mental, el SRQ está diseñado para población adulta (

**Normas de Aplicación**

El SRQ es hetero administrado, no requiere ningún entrenamiento especial para diligenciarse, las preguntas son sencillas, fáciles de contestar y se refieren a las conductas observables. Sí bien en principio es autoadministrado, puede ser también hetero administrado por el personal de salud en pacientes que no pueden leer, por ejemplo, conservando las propiedades de medición.

**Normas de corrección**

- Se debe hacer evaluación si la suma de la pregunta 1 a la 20 es 11 o más.
- O si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente.
- O si se observa comportamiento extraño, no importa cuál haya sido el puntaje de la prueba.

FAVNO COPIAR

Si cumple con alguno de los ítems anteriores, indica que el evaluado amerita una consulta en la Ruta de Problemas y Trastornos mentales.

## 5.7 INTERVENCIONES POR PSICOLOGÍA INDIVIDUAL Y GRUPAL

### 5.7.1 Intervención Usuarios

Como se mencionó anteriormente el modelo de intervención para pacientes y familias es el mismo, pero se trabaja desde dos focos: Adicción y Coadicción, por lo tanto aquí es el punto donde se dividen:

#### 5.7.1.1 Consulta de primera vez

Tiene como objetivos:

Determinar si el usuario o consultante está en capacidad de recibir orientación e información, o se encuentra en situación de crisis. La identificación temprana del problema facilitará el abordaje terapéutico.

Realizar la valoración diagnóstica a través de la entrevista terapéutica, siguiendo el formato de la historia clínica. Basado en el Modelo de atención integral en salud por uso de Sustancias Psicoactivas, se incluye la aplicación de las siguientes pruebas (Ecomapa, ASSIST, AUDIT, APGAR FAMILIAR, Genograma y Ecomapa), dentro de la evaluación y como primera instancia en la intervención para los usuarios al momento de su ingreso a la institución. **(DIR-PSI- FT- 001)**

Definir un plan de intervención y abordaje terapéutico, a partir de la valoración anterior, el cual estará orientado a facilitar la adherencia al tratamiento y el éxito que se requiere tener para

FAV NO COPIAR

que el paciente logre la rehabilitación. Todo lo anterior se complementará con la valoración realizada por el Psiquiatra en el formato respectivo

Es importante mencionar que el diagnóstico que se realice debe estar basado en el manual psicodiagnóstico del DSM V, con los criterios que se definen a continuación:

"DSM-V propone aplicar estos criterios a cada una de las sustancias sospechosas, de modo que cada dependencia específica se codifica con un número distinto;

- Dependencia de alcohol
- Dependencia de alucinógenos
- Dependencia de estimulantes (anfetamina y cocaína)
- Dependencia de cannabis
- Dependencia de inhalantes
- Dependencia de tabaco
- Dependencia de opiáceos
- Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Dependencia de otras sustancias o desconocidas

**5.7.1.2 DSM-V Trastornos relacionados con sustancias: criterios para la dependencia de sustancias**

Globalmente, el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. En cuanto a la organización diagnóstica, el criterio A es aplicable a todos los grupos de criterios que se refieren al control deficitario, al deterioro social, al consumo de riesgo y a los farmacológicos.

FAV NO COPIAR

El control deficitario sobre el consumo de la sustancia componen el primer grupo de criterios (criterios 1 - 4). La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.

Criterio 1. La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminución o abandonar este.

Criterio 2. La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando consumir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.

Criterio 3. En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo.

Criterio 4. Manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido o consumido la sustancia anterior.

El deterioro social contribuye al segundo grupo de criterios (criterios 5 - 7). El consumo recurrente de sustancias puede conllevar al incumplimiento de los deberes fundamentalmente en los ámbitos académicos, laboral o doméstico.

Criterio 5. La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causado o exacerbados por los efectos del consumo

Criterio 6. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

FAVNO COPIAR

Criterio 7. La persona puede descuidar o abandonar las actividades familiares y aficiones a causa del consumo.

El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (Criterio 8 y 9). Puede producir un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que esta provoca un riesgo físico.

Criterio 8. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.

Criterio 9. El punto clave a la hora de valorar este criterio no es tanto la existencia del problema como el fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca.

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (Criterio 10 y 11).

Criterio 10. La tolerancia se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume en la dosis habitual (incluye una diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central).

Criterio 11. La abstinencia es un síndrome que ocurre cuando disminuye las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada.

Cabe resaltar que no es necesario que exista tolerancia o abstinencia para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Sin embargo en la mayor parte de las

FAV NO COPIAR

sustancias, los antecedentes previos de abstinencia se asocian con un curso clínico más grave (es decir, el inicio precoz del trastorno, unas cantidades elevadas de consumo e la sustancia y un mayor número de problemas relacionados con la sustancia).

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALCOHOL

### Intoxicación por alcohol (303.00)

**Criterios diagnósticos**

A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clínicamente significativos (p.ej., comportamientos sexuales inapropiados o agresivos, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol

C. Uno o más de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

1. Habla disártrica
2. Descoordinación
3. Marcha insegura
4. Nistagmo
5. Alteración de la atención o de la memoria
6. Estupor o coma

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia

FAV NO COPIAR

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC es 303.00. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alcohol. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es F10.129; Si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es F10.229. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alcohol, entonces el código CIE-10-MC es F10.929

## TRASTORNO RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS

### Intoxicación por alucinógenos (292.89)

**Criterios para el diagnóstico**

A. Consumo reciente de un alucinógeno (distinto de la fenciclidina).

Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a "perder la cabeza", ideas paranoides, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de alucinógenos.

C. Cambios en la percepción que suceden estando plenamente despierto y alerta por ejemplo,, intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que aparecen durante o poco después del consumo alucinógenos.

D. Dos (o más) de los signos siguientes que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:

1. Dilatación pupilar
2. Taquicardia
3. Sudoración
4. Palpitaciones
5. Visión borrosa
6. Temblores
7. Incoordinación

FAV NO COPIAR

E. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC es **292.89.** El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alucinógenos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.129** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.229.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F.16.929.**

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON ESTIMULANTES

### Intoxicación por estimulantes (292.89)

**Criterios diagnósticos**

A. Consumo reciente de una sustancias anfetamina, cocaína u otros estimulantes.

Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p.ej., euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia, comportamientos estereotipados, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.

C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.

(1) taquicardia o bradicardia

(2) dilatación pupilar

(3) tensión arterial o reducida

(4) sudoración o escalofríos

(5) náuseas o vómitos

(6) pérdida de peso

(7) agitación o retraso psicomotores

FAVNO COPIAR

(8) debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas

(9) confusión, convulsiones, discinesias, disfonías o coma

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

*Especificar* **la sustancia específica** (es decir, sustancias anfetamina, cocaína, u otro estimulante).

*Especificar si:*

**Con alteraciones de la percepción:** Este especificador se puede usar cuando hay alucinaciones con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

**Nota de codificación:** el código CIE-9-MC es **292.89.** El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, cocaína u otro estimulante, de si existe o no un trastorno concomitante por su consumo de anfetamina, cocaína u otro estimulante y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

**Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción:** Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina u otro estimulante, el código CIE-10-MC- es **F15.129,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.229.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.929.** Igualmente, si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cocaína, el código CIE-10- es **F14.129,** y si existe un trastorno concomitante de consumo moderado o grave de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.929.**

**Para la intoxicación por anfetaminas, cocaína u otro estimulante, con alteraciones de la percepción:** Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado

FAVNO COPIAR

o grave por consumo de anfetaminas u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.922**. Igualmente, si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cocaína, el código CIE-10- es **F14.122**, y si existe un trastorno concomitante de consumo moderado o grave de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.222.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.922**.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CANNABIS

### Intoxicación por Cannabis (292.89)

**Criterios diagnósticos**

A. Consumo reciente de Cannabis.

B. Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.

C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:

1. Inyección conjuntival
2. Aumento del apetito.
3. Boca seca.
4. Taquicardia.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

*Especificar* si:

FAV NO COPIAR

**Con alteración de la percepción:** Alucinaciones con un juicio de realidad inalterado, o aparición de alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

**Nota de codificación**: El código CIE-9-MC es **292.89.** El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de cannabis y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

**Para la intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción**: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.129,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.929.**

**Para la intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción:** Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.122,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.222.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.922.**

## TRASTORNO RELACIONADOS CON INHALANTES

### Intoxicación por inhalantes (292.89)

**Criterios Diagnósticos**

A. Exposición reciente y breve, intencionada o no, a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.

B. Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clínicamente significativos (p, ej., belicosidad, agresividad, apatía, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de inhalantes.

C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo o exposición a inhalantes:

1. mareo

FAV NO COPIAR

2. nistagmo
3. incoordinación
4. habla disártrica
5. marcha inestable
6. aletargamiento
7. reducción de reflejos
8. retraso psicomotor
9. temblores
10. debilidad muscular generalizada
11. visión borrosa o diplopía
12. estupor o coma
13. euforia

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

**Nota de codificación: el código CIE-9-** MC es **292.89.** El código CIE-10- MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de inhalantes. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18. 129,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.229.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.929.**

**Otros trastornos inducidos por inhalantes:**

Intoxicación por inhalantes

Delirium por intoxicación por inhalante

Demencia persistente inducida por inhalantes

Trastorno psicótico inducido por inhalantes

Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes

Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes

FAV NO COPIAR

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON TABACO

### Abstinencia de Tabaco 292.0 (F17.203)

**Criterios diagnósticos**

A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas

B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:

1. Irritabilidad, frustración o rabia
2. Ansiedad
3. Dificultad para concentrarse
4. Aumento del apetito
5. Intranquilidad
6. Estado de ánimo deprimido
7. Insomnio

C. Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

**Nota de codificación:** El código CIE -9 - MC para la abstinencia de tabaco es F17.203 Obsérvese que el código CIE - 10 indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de tabaco solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de este. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco con una abstinencia de este.

FAV NO COPIAR

**Otros trastornos inducidos por el tabaco**

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado 292.9 (F17.209)

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS

### Intoxicación por opiáceos (292.89)

**Criterios Diagnósticos**

A. Consumo reciente de un opiáceo.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida apatía, disforia, agitación o retrasos psicomotores, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos:

1. Somnolencia o coma
2. Habla disartria
3. Deterioro de la atención o de la memoria

C. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otras sustancias.

***Especificar si:***

**Con alteraciones de la percepción: este** especificador se puede utilizar en las raras ocasiones en las que aparecen alucinaciones con un juicio de la realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium

.

**Nota de codificación:** el código CIE-9- es **292.89.** El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de opiáceos y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

FAVNO COPIAR

**Para la intoxicación por opiáceos sin alteraciones de la percepción:** si existe un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11, 129,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.229.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.929.**

**Para la intoxicación por opiáceos con alteraciones de la percepción:** Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.122,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.222.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.922**

**Abstinencia de Opiáceos 292.0 (F11.23) Criterios para el diagnóstico**

**A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:**

1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más)2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.

**B**. Tres (o más) de los siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:

1. humor disforcé
2. náuseas o vómitos
3. dolores musculares
4. lagrimeo o rinorrea
5. dilatación pupilar, piloerección o sudoración
6. diarrea
7. bostezos

FAVNO COPIAR

8. fiebre

9. insomnio

**C.** Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

**Nota de codificación:** el código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10.MC de abstinencia de opiáceos es F11.23. Observe que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de una trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de opiáceos solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos cuando existe una abstinencia de estos.

**Otros trastornos inducidos por opiáceos**

Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas

Abstinencia de opiáceos

Delirium por intoxicación por opiáceos

Trastorno psicótico inducido por opiáceos

Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos

Trastorno del sueño inducido por opiáceos

Trastorno sexual inducido por opiáceos

Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

Trastorno depresivo inducido por opiáceos.

Trastorno de ansiedad inducido por opiáceos

FAVOR NO COPIAR

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNOTICOS O ANSIOLITICOS

### Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (292.89)

**Criterios diagnósticos**

A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento inapropiado sexual o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes hipnóticos o ansiolíticos:

1. Habla disártrica
2. Descoordinación
3. Marcha insegura
4. Nistagmo
5. Trastorno cognitivo (p. ej., atención, memoria)
6. Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia

**Nota de codificación:** El código CIE - 9 - MC es **292.89** El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.129** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.229,** Si no existe

FAV NO COPIAR

ningún trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE - 10-MC es **F13.929.**

**Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O SUSTANCIAS DESCONOCIDAS)

### Intoxicación por otras sustancias (292.89)

**Criterios diagnósticos**

**A.** La aparición de un síndrome reversible específico de una sustancia, que se puede atribuir a la ingesta reciente (o al contacto) de una sustancia que no aparece listada en ningún otro sitio o es desconocida.

**B.** Un comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que se pueden atribuir al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., trastorno de la coordinación motora, agitación o retraso psicomotor, euforia, ansiedad, belicosidad, humor variable, deterioro cognitivo, juicio alterado, aislamiento social) y aparecen durante o poco después del consumo de la sustancia.

**C.** Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otros trastornos mentales, incluida una intoxicación con otra sustancia.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC es **292.89.** El código CIE-10-MC depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida)

FAV NO COPIAR

relacionado con la misma sustancia, Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de otro sustancia (o sustancia desconocida) el código CIE-10- es **F19.129,** y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de otra sustancia(o sustancia desconocida), el código CIE-10-MC es **F19.229.** Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) relacionado con la misma sustancia, el código CIE-10-MC es **F19.929.**

### 5.7.1.3 CONSULTA DE CONTROL DE USUARIOS

Tiene como objetivos:

Atender a los usuarios dos veces a la semana reportando horario mensual para cada usuario a la Dirección, cada intervención individual tiene una duración de una hora máximo. Mínimo 45 minutos. Esta intervención se realiza con base en el modelo de Minnesota y deben ser registrada el en el formato de evolución (**DIR- PSI- F 010)**

Promover hábitos de vida saludables, brindando educación permanente, como soporte al programa, a través de la ejecución de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto a nivel individual como a nivel grupal.

Brindar orientación vocacional, la cual consiste en identificar en qué etapa escolar se encuentra el usuario y de acuerdo con esto, si no ha terminado su bachillerato, solicitar a su familia los certificados de los años cursados, con el fin de poder dar continuidad al proceso educativo. Por otra parte si ya culminó la fase escolar, se realiza proceso de direccionamiento profesional el cual consiste en la aplicación de la prueba IPP- R (VER ANEXOS) y la realización de una entrevista para aclarar dudas y orientar proceso.

Es importante mencionar que para el desarrollo de las sesiones se hace uso de los formatos mencionados en las fases del tratamiento. Si el proceso se interrumpe por decisión de la familia

FAV NO COPIAR

o por evasión del paciente el psicólogo encargado deberá hacer envío de la Epicrisis (**DIR-PSI-FT-011).**

Por otra parte la familia debe estar informada del proceso del paciente, para lo cual cada 6 meses el equipo terapéutico realiza un informe de proceso lo registra en el respectivo formato **(DIR-PSI- FT- 0113)**

### 5.7.2 Intervención grupal




*"Figura 10.* Intervenciones poblacionales a nivel grupal, temáticas a trabajar (1) según las RÍAS en SPA"

Conforme a lo establecido en la Resolución 518 de 2015, las intervenciones colectivas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se comprenden como "el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida; definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio".

En base a esto, las acciones preventivas colectivas que hacen parte de la RIAS a personas con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancia psicoactivas y adicciones, se basan en las intervenciones de la Resolución 518 y las orientaciones técnicas y de gestión para las intervenciones colectivas del lineamiento nacional de prevención basada en la evidencia, conforme a las características del grupo poblacional.

Desde el marco del trabajo psicoterapéutico, la Fundación Aprender a Vivir, busca realizar prevención y promoción, así como trabajar temas que dentro de la intervención individual son comunes a todos los pacientes, es así como los profesionales realizan talleres grupales e individuales a los pacientes y sus familias.

Los temas a trabajar con los pacientes durante la semana los psicólogos deberán ser informados en los comités de salud que se llevan a cabo una vez a la semana, y estos quedan registrados en el formato de acta de comité.

### 5.7.2.1 Temáticas de intervención otorgadas por las RÍAS

El Ministerio de Salud y Protección Social, estableció el Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, a partir del cual se brindan orientaciones para la gestión de procesos preventivos con la participación de la comunidad, basados en evidencia. Como se mencionó anteriormente, estos programas y /o acciones deben ser acordes con las características poblacionales, las necesidades y las capacidades que se buscan desarrollar y/ o fomentar en los usuarios y sus familias, tomando como punto de referencia para dichas temáticas a trabajar, las características por entorno hogar, entorno escolar y entorno institucional, de la siguiente manera:

- Aumentar o potenciar estilos de vida saludables.

FAV NO COPIAR

- Aumentar, generar o mejorar la comprensión sobre los efectos a nivel individual y colectivo del consumo de sustancias psicoactivas.
- Eliminar imaginarios y creencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
- Transformar conductas que promueven o favorecen el consumo de sustancias entre sus familias.
- Psicoeducación en habilidades socio emocionales para:

- El reconocimiento y manejo de las emociones.
- El manejo de estrés
- La tolerancia a la frustración
- Comunicación asertiva
- Estrategias de afrontamiento
- Transformación de conflictos
- Toma de decisiones
- Educar en pautas de cuidado y crianza positivas
- Adopción de prácticas de cuidado para la salud
- Promover la alimentación saludable
-Educar en derechos sexuales

Promover la sana convivencia

- Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro
-Habilidades para la vida
-Pautas de crianza positiva

Según las RÍAS, entre los principales objetivos de las intervenciones grupales, se encuentran el orientar sobre los derechos y deberes de las familias en el cuidado de la salud de sus miembros; Persuadir para la participación en las políticas, planes, programas, proyectos o estrategias, de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactiva; Orientar estrategias, de fortalecimiento de vínculos familiares y sociales, desarrollados por otros

FAVNO COPIAR

sectores, presentes en el territorio; Reforzar comportamientos favorables a la salud física y mental**.**




*Figura 12. I*ntervenciones poblacionales a nivel grupal, temáticas a trabajar (1) según las RÍAS en SPA

Las sesiones grupales de los pacientes son realizadas de lunes a viernes al medio día y son dirigidas por los psicólogos, para el caso de las familias, esta se realiza una vez a la semana, los psicólogos deben enviar a la dirección el tema a trabajar en el formato denominado Sesión familias (**DIR- PSI.- FT- 003)**

## 5.8 FAMILIAS

### 5.8.1 Intervención Familiar

La IPS Fundación aprender a vivir, desde el marco del trabajo social, busca promover activamente el cambio y desarrollo social de las familias. Es decir, se encarga de la difícil tarea

de promover el bienestar de los individuos, atendiendo en todo momento sus carencias sociales, ya sean en el entorno familiar, grupal, comunitario o el medio social en el que viven cada uno de los pacientes.

La persona encargada de realizar dicha intervención, deberá seguir los lineamientos establecidos por la guía de atención para trabajo social de la Fundación Aprender a Vivir. (Remitirse a la guía).

### 5.9 COMORBILIDAD o PATOLOGÍA DUAL

La OMS define la comorbilidad como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

El abuso de drogas puede provocar los síntomas de otra enfermedad mental. El hecho de que algunos usuarios de marihuana con vulnerabilidades preexistentes exhiben un mayor riesgo de desarrollar psicosis sugiere esta posibilidad. Los trastornos mentales pueden conducir al abuso de drogas, posiblemente como una forma de "automedicación". Por ejemplo, los pacientes que sufren de ansiedad o depresión pueden depender del alcohol, el tabaco u otras drogas para aliviar temporalmente sus síntomas.

Estos trastornos también pueden ser causados por factores de riesgo compartidos, tales como: La superposición de vulnerabilidades genéticas. Hay factores genéticos que pueden predisponer a una persona a que sea susceptible tanto a la adicción como a otros trastornos mentales o que tenga mayor riesgo para un segundo trastorno una vez que aparezca el primero; La superposición de factores desencadenantes en el entorno. El estrés, el trauma (tal como el abuso físico o sexual) y la exposición temprana a las drogas son factores comunes en el entorno que pueden conducir a la adicción y a otras enfermedades mentales. La participación de regiones similares del cerebro. Por ejemplo, los sistemas del cerebro que responden a la gratificación y al estrés se ven afectados por las drogas y pueden mostrar anomalías en los

FAV NO COPIAR

pacientes con ciertos trastornos mentales. Los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales son trastornos del desarrollo. Esto significa que a menudo comienzan en la adolescencia o incluso a una edad más temprana, que son los periodos cuando el cerebro experimenta cambios radicales en su desarrollo; La exposición temprana a las drogas también puede cambiar el cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos mentales sea más alto. Además, cuando existen síntomas tempranos de un trastorno mental puede ser una indicación de que exista un mayor riesgo de toxicomanías más adelante.

El término de patología dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas. La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los usuarios drogodependientes, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez Aunque se acepta ampliamente el término de patología dual para referirnos a la coexistencia de la drogadicción y otra u otras psicopatologías, el término en sentido estricto hace referencia sólo a la concomitancia de dos trastornos, cuando la realidad muestra que pueden darse a la vez una adicción a más de una droga, como también pueden presentarse más de una psicopatología tanto del Eje I, del Eje II o de ambos. Por este motivo cabe pensar que sería más apropiado utilizar para referirnos a esta concomitancia de trastornos el término de "comorbilidad" (Becoña y López, en prensa; Kavanagh y Connolly, 2009; Beis, Mirin y Francés, 1992).

Un usuario drogodependiente que no presenta patología dual probablemente pueda seguir las instrucciones del terapeuta y beneficiarse de una intervención motivacional en el contexto de un programa de prevención de recaídas más o menos estandarizado. Esto no es generalizable para los casos con patología dual porque, por ejemplo, los acontecimientos estresantes que en otros casos no alteran el funcionamiento de la persona, en casos de patología dual pueden impactar considerablemente, lo que convierte a estos pacientes en personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades que pueden influir negativamente en la atención a la patología dual (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003).

FAV NO COPIAR

Atender esta comorbilidad es importante por varias razones: 1) es una clínica frecuente en la población de drogodependientes; 2) tiene un impacto significativo en el pronóstico del tratamiento siendo claramente necesario un programa de tratamiento individualizado; y, 3) realizar un buen diagnóstico dual es un paso imprescindible para implantar intervenciones eficaces (Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación)

Según (Santis y Casas, 1999) la importancia de esta dualidad psicopatológica es capital tanto en el tratamiento de pacientes de las Unidades de Salud Mental como en los atendidos en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Da como postulados:

1) La presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar;

2) Los drogodependientes que acuden a los dispositivos de tratamiento presentan en su mayoría patología dual;

3) Un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción;

4) La drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental;

5) Los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas – si no se aborda esta cuestión debidamente presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos;

6) Estos pacientes hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes -salud mental y drogodependencias.

7) En algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio

FAV NO COPIAR

### 5.9.1 Evaluación de la patología dual (comorbilidad)

La Patología Dual, como se explicó anteriormente, se puede definir como una enfermedad que designa "la existencia simultánea de un trastorno mental y de un trastorno por consumo de sustancias en una misma persona. Se puede considerar como la intersección entre los trastornos adictivos y los trastornos mentales" según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2014).

En los usuarios con patología dual a menudo es difícil obtener información fiable y válida respecto al consumo de sustancias y los problemas asociados, especialmente si los pacientes son adolescentes. La preocupación respecto a la confidencialidad de los datos, el sentimiento de culpabilidad de los padres, el temor al rechazo por parte del terapeuta o la distorsión debida a la presencia de otros trastornos psiquiátricos en el paciente o en sus familiares, pueden hacer que se minimicen el consumo y los problemas relacionados o, por el contrario, que se exageren.

Según Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2019), el alto índice de comorbilidad entre el trastorno por consumo de drogas y otras enfermedades mentales requiere una estrategia integral que identifique y evalúe ambos problemas. Por lo tanto, a las personas que buscan ayuda para el consumo o el uso indebido de drogas y la drogadicción o para una enfermedad mental se les deben evaluar ambos problemas y ofrecer el tratamiento apropiado. Varias terapias de comportamiento han dado resultados prometedores para tratar estados comórbidos.

Estas estrategias pueden personalizarse para los usuarios según la edad, la droga específica que hayan consumido y otros factores. Pueden usarse en forma independiente o se pueden combinar con medicamentos. Algunas de las terapias de comportamiento que se utilizan para tratar estos estados comórbidos incluyen:

FAVNO COPIAR

La terapia cognitivo conductual, que ayuda a cambiar las creencias y comportamientos dañinos.

• La terapia dialéctico conductual, diseñada específicamente para reducir los comportamientos autolesivos, entre ellos, cortarse, consumir drogas o tener intentos, pensamientos o impulsos suicidas.

• El tratamiento asertivo comunitario, que enfatiza el acercamiento a la comunidad y las estrategias individualizadas de tratamiento.

• Las comunidades terapéuticas, que son modalidades comunes de tratamiento residencial de largo plazo que se enfoca en la "resocialización" de la persona.

• El control de contingencias, que proporciona cupones u otros premios a las personas que practican comportamientos saludables. Existen medicamentos eficaces para tratar la adicción a los opioides, al alcohol y a la nicotina y para aliviar los síntomas de muchas otras enfermedades mentales; sin embargo la mayoría de ellos no se han estudiado lo suficiente en poblaciones comórbidas. Algunos medicamentos pueden servir para varios problemas. Por ejemplo, el bupropión está aprobado para el tratamiento de la depresión y la dependencia de la nicotina. Pero se necesitan más estudios para entender mejor cómo actúan estos medicamentos, especialmente cuando se combinan en pacientes con problemas comórbidos (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2019).

Si el usuario presenta comorbilidad el psiquiatra deberá dar el direccionamiento y orientar al equipo terapéutico sobre el manejo (farmacológico y Psicoterapéutico), el usuario deberá estar en seguimiento permanente por el psicólogo y por lo menos una vez al mes el psiquiatra realizará el seguimiento respectivo.

FAVNO COPIAR

Por otra parte la IPS, realiza valoraciones a posibles usuarios y en esta valoración se deja escrito si posiblemente existe comorbilidad identificado durante la entrevista y por lo antecedentes personales que refiere el usuario o la familia esta información queda registrada en el formato de Valoración Inicial posibles usuarios. (**DIR- PSI- FT- 012).**

## 5.10 ÉXITO Y FRACASO DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Desde que nació la IPS, el objetivo primordial ha sido lograr que, mediante un proceso de recuperación basado en los doce pasos y el modelo de Minnesota ya descrito en esta guía, se logre concientizar a los pacientes y familiares que padecen la enfermedad de la adicción, de la imperiosa necesidad de cambiar radicalmente su modo de vida y enmarcarla dentro de los principios fundamentales de: Conciencia, cambio, honestidad consigo mismo y proyecto de vida.

Es así, como teniendo en cuenta el tiempo de duración del proceso que está dado para 20 meses, aquellos pacientes que dan inicio al proceso y superan las etapas en los tiempos estipulados, pueden dar inicio a la resocialización y vinculación de una vida familiar, social, laboral y profesional estable y tranquila, teniendo herramientas para sobrellevar las dificultades y problemas que se le presenten en su proceso de socialización.

Aquellos pacientes que no superan las etapas, o que desertan del proceso ya sea por evasión del proceso, o por decisión de la familia no tienen un índice dado en porcentajes de recuperación para la IPS, dado que son pacientes de los que no se vuelve a tener información o que regresan a la IPS, por una recaída.

FAV NO COPIAR

## 6. CONTROL DE REGISTROS

| Código | Nombre | Almacenamiento | | Protección | Recuperación | Tiempo de Retención | Disposición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Responsable | Lugar y Forma de Archivo | | | | |
| **DIR-PSI-FT-001** | Valoración consulta primera vez paciente | Psicólogo | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-003** | Sesión Familias | Psicólogo | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-004** | Autoevaluación Paciente | Psicólogo | Evolución del Paciente | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-005** | Infancia, Adolescencia, Madurez | Psicólogo | Evolución del Paciente | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-006** | Vocabularios | Psicólogo | Evolución del Paciente | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |

FAV NO COPIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIR-PSI-FT-007** | Doce pasos Adictos | Psicólogo | Evolución del Paciente | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-010** | Evolución | Psicólogo | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-011** | Epicrisis | Psicólogo | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-012** | Valoración Inicial Posibles Usuarios. | Psicólogo | Carpeta | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-012** | Informe Proceso | Psicólogo | Historia Clínica | Carpeta historia clínica / acceso | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-013** | Test de tamizaje basado en una sola pregunta | Psicólogo | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-014** | ASSIT (Prueba de detección de consumo de alcohol, | Psicólogo | Carpeta | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |

FAVNO COPIAR

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | tabaco y sustancias, Manual para uso en la atención primaria) | | | | | | |
| **DIR-PSI-FT-015** | AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol) | Psicólogo | Historia Clínica | Carpeta historia clínica / acceso | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanentemente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-016** | ECOMAPA | Trabajadora social | Carpeta | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanente mente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-017** | APGAR FAMILIAR | Trabajadora social | Historia Clínica | Carpeta historia clínica / acceso | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanente mente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-018** | GENOGRAMA | Trabajadora social | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanente mente | No aplica |
| **DIR-PSI-FT-019** | SRQ | Psicólogo | Historia clínica/ físico | Carpeta historia clínica / acceso restringido | Archivo de historia clínica/ historia clínica | Permanente mente | No aplica |

FAV NO COPIAR

## 7. GLOSARIO

**Atención médica resolutiva:** Resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud.

**Autocuidado:** Actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. Constituye el primer escalón en el mantenimiento de la calidad de vida de cada persona.

**Autoeficacia:** La autoeficacia es la creencia en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones., la autoeficacia puede desempeñar un papel importante no sólo en cómo te sientes contigo mismo, sino en tu actitud y posibilidades para alcanzar con éxito tus objetivos y metas en la vida.

**ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias, Manual para uso en la atención primaria):** 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.

**AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)**: Este cuestionario es utilizado para poder identificar a las personas con patrones de consumo de alcohol (que se evidencie como perjudicial), el test fue desarrollado por la OMS

FAVNC COPIAR

para apoyar de manera rápida al profesional en el proceso de evaluación del consumo del mismo, ayuda a evaluar la dependencia del consumo y específica consecuencias.

Adicionalmente 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 (Se centra en el consumo reciente de alcohol).

**Apgar Familiar:** El apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

**Búsqueda Activa:** Búsqueda de la población en consumo

**Demanda espontánea o inducida de salud:** Toda solicitud de prestación de asistencia sanitaria para este mismo día de forma no programada.

**EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficio):** Obedece a una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervención individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las EAPB. Es responsabilidad de las EPS y demás EAPB efectuar la caracterización poblacional por cada departamento, distrito y municipio donde tenga afiliados.

**Ecomapa:** "Es una herramienta sencilla, que facilita al médico familiar y al equipo de salud reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia" permite identificar las interrelaciones de la persona y familia, con el ambiente y el

FAVNO COPIAR

contexto sociocultural en el que se desenvuelve, Suárez Cuba & amp; Miguel Ángel, (2015).

**Genograma:** Esta prueba permite realizar un registro de los miembros de la familia en pro de conocer las relaciones entre los mismos. La misma se representa por medio de símbolos de acuerdo a la condición de la familia, ej.: si la relación entre el padre y la hija es "muy unida", se representará por medio de 3 líneas paralelas. Esta prueba permitirá una interpretación general por parte de cualquier profesional que requiera información respecto al núcleo familiar del usuario.

**Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS):** Es un modelo de gestión sanitaria basado en el aseguramiento y prestación de servicios de salud con enfoque en la diversidad étnica y cultural, la Atención Primaria en Salud (APS), la familia, la comunidad, etc. que hace énfasis en los procesos que garanticen el acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

**Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** Son una herramienta obligatoria, mediante las cuales se definen las condiciones necesarias para garantizar la integralidad de la atención en salud. Así mismo, gestiona la organización sectorial e intersectorial para incentivar en todos los actores del sistema de salud, el bienestar individual y colectivo.

FAVOR NO COPIAR

**8.REFERENCIAS**:


Algo más que usted debe saber sobre sustancias psicoactivas. (2018). *Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Promoción y Prevención*, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/saber-sobre-sustancias-psicoactivas.pdf.

Abuso de drogas: Tratamiento y rehabilitación, guía práctica de planificación y aplicación. (2003). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. New York .

Alfonso, L. (2012). Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). *Organización panamericana.* https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Prueba_ASSIST_Alfonzo_OPS.pdf?ua=1.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(DSM-5), 5 Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.

Babor, T., Higgins - Biddle, J., Saunders, J y Monteiro, M. (2001). AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud (OMS).https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Becoña, E. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Barcelona: Socidrogalcohol.

Consumo de sustancias con énfasis en sustancias inyectables. (2017). *Protocolo de vigilancia en salud pública*, https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_consumo_psicoactivas_2018.pdf.


FAVOR NO COPIAR

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (1ª ed. 2014). Aproximación a la patología dual. Propuestas de intervención en la red FEAFES. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia. (2016). *Gobierno de Colombia. Observatorio de drogas de Colombia (ODC*).

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2019). Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales. DrugFacts. Instituto Nacional de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. p. (1 - 4)

Ley 1566 de 2012. (2012). *Super salud* https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1566012.pdf.

López, C. (2011). Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en BOGOTÁ D.C. *Alcaldía mayor de Bogotá D.C*, http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/4_POLITICA_PREVENCION_CONSUMO_SPA.PDF.

Medina, O. A., & Rubio, L. A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. *Scielo*, http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a07.pdf.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2013). Guía Clínica AUGE sobre consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en menores de 20 años.

Miller, G. (2015) Assessment and diagnosis of addiction. En: Learning the Language of Addiction Counseling. Fourth Edito.

FAV NO COPIAR

Moyer VA, Preventive Services Task Force. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventivo serviles task force recommendation statement. Ann Intern Med; 159(3):210-8.Naciones Unidas Oficina Contra la Droga y el Delito Programa de fortalecimiento nacional y local para la reducción del consumo de drogas. (2012). Modelo Integrador de Herramientas de Detección Temprana del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Atención Primaria en Salud Colombia.

Plan Nacional de Salud Mental 2014 - 2021. (2014). *Así vamos en Salud*, https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/propuesta_plan_nacional_de_salud_mental.pdf.

Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. (2007). *Ministerio de la Protección Social*, http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf.

Política de salud mental. (2018). *Ministerio de salud y protección social*, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf.

Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. (2019). *Dadis*, https://www.dadiscartagena.gov.co/index.php/vigilancia-y-control/pamec.

Resolución Número 00002003 de 2014. (2014). *Ministerio de salud y protección social*, http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Resolucion_2003_de_2014.pdf.

Resolución número 00000089 de 2019. (2019). *Ministerio de salud y protección social*, https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf.

FAV NO COPIAR

Reporte de Drogas en Colombia. (2017). *Observatorio de Drogas en Colombia*, http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf.Saitz, R. (2015). Screening and Crie Intervention. En: Textbook of Substance Abuse Treatment. Fifth Edition. The American Psychiatric Publishing; p. 99-104.

Seguridad del paciente. (2019). Seguridad del paciente. *Minsalud*, https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx.

Situación del consumo de drogas en Colombia. (2019). *Observatorio de drogas en Colombia* ,http://www.odc.gov.co/problematica-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo.

Suárez Cuba & Miguel Ángel. (2015). *Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares*. *Revista Médica La Paz*, *21*(1), 72-74. Recuperado en 12 de noviembre de 2019, de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100010&lng=es&tlng=es.

Vila del Castillo, J. (2019). *Presentan Informe Mundial de Drogas 2019. UNODC*, https://www.unodc.org/ropan/es/presentan-informe-mundial-sobre-las-drogas-2019.html.


FAV NO COPIAR