UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO

CARRERA:

PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación, previo a la obtención del título de:

PSICÓLOGA

TEMA: GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA CONTRIBUIR AL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ADICCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD TIPO C DE CONOCOTO

AUTORA:

EVELYN MARIELA URREA MUÑOZ

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

JOHANNA CRISTINA LUZURIAGA MERA

Quito, enero del 2022

Cesión de derechos de autor

Yo **Evelyn Mariela Urrea Muñoz,** con documento de identificación N° **1725530511**, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora del trabajo de titulación intitulado: "**Guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto**", mismo que ha sido desarrollado para optar por el título de: **Psicóloga**, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

.....

Evelyn Mariela Urrea Muñoz

1725530511

Quito, enero del 2022.

Declaratoria de coautoría de la docente tutora

Yo, Johanna Cristina Luzuriaga Mera, declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el trabajo de sistematización del proyecto de intervención, "**Guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto**" realizado por la estudiante Evelyn Mariela Urrea Muñoz, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, enero 2022

Johanna Cristina Luzuriaga Mera
171764090-6

Quito, 26 de Marzo del 2021.

Carta de Autorización

El centro de salud tipo C de Conocoto que pertenece al distrito D06 del Ministerio de Salud Pública, autoriza a la estudiante, Evelyn Mariela Urrea Muñoz con C.I 1725530511, perteneciente a la carrera de psicología mención clínica de la Universidad Politécnica Salesiana, el uso, publicación y desarrollo del trabajo de titulación, que lleva por nombre *"Guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto"*.

Ministerio de Salud Pública
DISTRITO DE SALUD 17D08
CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO TIPO "C"
ADMINISTRACIÓN TÉCNICA

Dr. Marcelo Álvarez

Administrador Técnico del Centro de Salud tipo C de Conocoto.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Ps.Cl. Ana Asipuela
Psicóloga Clínica

Ps. Cl. Ana Asipuela

Profesional encargada del servicio de Psicología del Centro de Salud tipo C de Conocoto.

Declaratoria

El presente proyecto de intervención se lo dedico a Dios y a la vida porque en medio de una emergencia sanitaria a nivel mundial me han permitido cumplir el sueño anhelado de concluir mis estudios y mi trabajo de titulación.

A mis padres Luis Urrea Rojas y Patricia Muñoz Paredes, por su amor, su esfuerzo, dedicación y apoyo desde el principio hasta el final de mi carrera, gracias a ellos he llegado hasta este punto para convertirme en profesional. Me siento agradecida de ser su hija.

A mi hermano Luis Urrea Muñoz, por su calidez, espontaneidad, y por su apoyo durante esta etapa en mi vida.

A mi enamorado Juan Diego Sotomayor, por haber llegado en el momento indicado a mi vida, por apoyarme con amor, valoración, escucha, comprensión, estima, tiempo de calidad, reciprocidad, por compartir metas de vida como pareja, como profesionales, como un equipo, por ser mi complemento y por acompañarme durante la recta final de mi carrera.

A mi familia, por el apoyo incondicional y el acompañamiento en los momentos más difíciles en este ciclo.

Evelyn Mariela Urrea Muñoz

Agradecimiento

Mi inmenso agradecimiento con la vida por la bendición de tener a mi familia y mi enamorado apoyándome en este periodo.

Agradezco a todos los profesionales del servicio de psicología del centro de salud tipo C de Conocoto, en especial a la Dra. Alexandra Uvidia, líder del servicio por confiar en mí y permitirme aprender de cada uno de los espacios del centro y por aprobar la implementación de mi guía en el servicio ambulatorio intensivo.

Asimismo, agradezco a la Universidad Politécnica Salesiana, a la carrera de Psicología, a mis docentes enfatizando mi agradecimiento a la docente Johanna Cristina Luzuriaga Mera por aceptar ser la tutora de este proyecto y brindarme su dirección, su guía profesional y visión integral de observar a los seres humanos, por su conocimiento y colaboración en la realización del presente trabajo.

Evelyn Mariela Urrea Muñoz

Índice

Resumen 10

Abstract 11

1. Introducción 1

Primera parte 3

1. Datos informativos del proyecto 3

1.1 Nombre del proyecto 3

1.2 Nombre de la institución 3

1.3 Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial) 3

1.4 Localización 3

2. Objetivo de la sistematización 4

2.2 Objetivo General 4

2.3 Objetivos Específicos 4

3.1 Análisis funcional de la conducta de Consumo 6

3.2.1 Diagrama de cadena habitual y diagrama de cadena de cambio 6

3.2.2 Identificación de situación de riesgo y plan de cambio 6

3.3 Identificar estrategias de autoayuda 7

3.4 Visibilizar redes de apoyo 8

3.4.1 El apoyo de la familia en el paciente adicto 8

3.4.2 Identificar redes de apoyo 9

3.5 Proyecto de vida 9

6.1 Preguntas de inicio 12

6.2 Preguntas interpretativas: 12

6.3 Preguntas de cierre: 12

7. Organización y procesamiento de la información 13

8. Análisis de la información 16

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) 16

Cuestionario Duke UNC (Reflejo de apoyo percibido) 16

Segunda parte 17

1. Justificación 17

2. Caracterización de los beneficiarios 18

3. Interpretación 18
4. Principales logros del aprendizaje 20
Conclusiones y recomendaciones 22
Conclusiones 22
Recomendaciones 23
Bibliografía 25
Anexos 27

Índice de tablas

Tabla 1. *Implementación de los temas de la guía de intervención en modalidad de taller* 13

Índice de anexos

Anexo 1. Registro de Asistencia 27
Anexo 2. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) 28
Anexo 3. Cuestionario Duke UNC (apoyo percibido) 30
Anexo 4. Guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto 31

Resumen

El presente trabajo de intervención para la obtención del título de psicóloga está diseñado como una guía de intervención en el contexto de prácticas pre-profesionales durante el periodo 58 en el servicio ambulatorio intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto.

Parte de las responsabilidades durante las prácticas pre-profesionales fue trabajar con el servicio ambulatorio intensivo que brinda la atención a personas con trastornos mentales graves y consumo problemático de alcohol y otras drogas, en donde se evidenció que no existe una secuencia en cuanto a las temáticas tratadas en cada sesión grupal.

Por lo anterior, nació la propuesta de la guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto, basada desde el enfoque cognitivo-conductual en donde se desarrollan tres temas: Análisis funcional de la conducta de Consumo y No Consumo, Identificación de estrategias de autoayuda, Visibilizar redes de apoyo.

La guía fue elaborada al mismo tiempo en el que se implementó en seis sesiones con las temáticas propuestas, durante esta etapa se consideró en añadir el tema de proyecto de vida. Al finalizar la práctica pre-profesional se entregó a la responsable del servicio de psicología el producto terminado.

Palabras clave: Guía de intervención psicológica, Análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo, adicción, redes de apoyo, estrategias de autoayuda, pacientes en consumo de sustancias.

Abstract

This intervention work for obtaining the degree of psychologist is designed as an intervention guide in the context of pre-professional practices during the period 58 in the intensive outpatient service of the Health center type C of Conocoto.

Part of the responsibilities during the pre-professional practices was to work with the intensive outpatient service that provides care to people with severe mental disorders and problematic consumption of alcohol and other drugs, where it was evidenced that there is no sequence in terms of the topics covered in each group session.

Therefore, the proposal of the psychological intervention guide was born to contribute to the comprehensive approach to addiction of patients of the Intensive Outpatient Service of the Health Center type C of Conocoto, based on the cognitive-behavioral approach where three topics are developed: Functional analysis of the consumption and non-consumption behavior, identification of self-help strategies, and visibility of support networks.

The guide was elaborated at the same time that it was implemented in six sessions with the proposed topics, during this stage the topic of life project was considered to be added. At the end of the pre-professional internship, the finished product was delivered to the person in charge of the psychology service.

Key words: Psychological intervention guide, Functional analysis of consumption and non-consumption behavior, addiction, support networks, self-help strategies, substance use patients.

1. Introducción

El profesional psicólogo clínico se desempeña en distintas áreas de intervención siendo una de ellas el campo de las adicciones, por lo cual dentro de la práctica pre-profesional se ha observado que en el servicio ambulatorio intensivo se necesita de una gama de aportes profesionales para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes con consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

Es valioso que en los centros de salud que se desempeñan las prácticas pre-profesionales refuercen el aprendizaje adquirido durante la formación como psicólogos clínicos, permitiendo el desempeño del estudiante en los espacios como en el caso de esta experiencia en el servicio ambulatorio intensivo con el proyecto de intervención.

En Ecuador varias organizaciones han estudiado sobre las estadísticas del consumo de diferentes sustancias. CONSEP et al. (2007) afirman:

> La evaluación del nivel del consumo presente en el Ecuador a nivel nacional se estima en 4.9% en prevalencia de vida, cualquiera sea el producto usado, sin considerar los estimulantes (0.2%), tranquilizantes (2.0%) y la categoría Otras drogas (0.1%). Dicha medición demuestra que se mantienen los niveles de consumo en el país. La droga más consumida es la marihuana (4.3%), seguida por la cocaína (1.3%) y la base (0.8%). Entre las drogas de bajo uso, el hachís (0.3%) y el éxtasis (0.2%) representan los productos de mayor prevalencia de consumo. El 14.7% de la población a nivel nacional indica que durante los últimos 30 días se emborrachó una o más veces, lo cual designa una población de 574.358 personas (p. 37).

El presente proyecto se ha encauzado como una propuesta de guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los usuarios del SAI en el centro hospitalario de Conocoto tipo C, está dividido en dos partes que serán detalladas brevemente, sin embargo; se empezará con un acercamiento al concepto de adicción que es la necesidad que el paciente siente por consumir determinada sustancia para sentir placer y que trae consigo consecuencias negativas en el ámbito laboral, familiar, escolar, de pareja, etc.

En la primera parte se detallan los datos del centro en donde se desarrolló el proyecto, objetivos de la sistematización, un recorrido teórico que es el eje que sustenta esta experiencia, además de evidenciar la metodología de la intervención así como las preguntas clave que surgen de este trabajo y la organización junto al procesamiento de la información recolectada en las seis sesiones.

En la segunda parte se siente aún más cercana la experiencia desde la interpretación del proyecto de intervención, los aprendizajes positivos y negativos que son el punto de partida para mejorar, las conclusiones junto con las recomendaciones y en anexos se encuentra la guía propiamente elaborada.

Primera parte

1. Datos informativos del proyecto

1.1 Nombre del proyecto

Guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto

1.2 Nombre de la institución

Centro de Salud tipo C Conocoto.

1.3 Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial)

Propuesta de una guía de intervención para contribuir al abordaje integral de los pacientes con adicción del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto.

1.4 Localización

Ubicado en la ciudad de Quito- Ecuador, en el centro de la parroquia de Conocoto, en la avenida Eloy Alfaro y Matilde Albán.

2. Objetivo de la sistematización

2.2 Objetivo General

- Describir la experiencia de elaboración de la guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto

2.3 Objetivos Específicos

- Plasmar las estrategias de análisis funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo que se han desarrollado en la guía de intervención desde el enfoque cognitivo - conductual.
- Describir los resultados de los instrumentos utilizados en las actividades de la guía de intervención.
- Explicar las actividades y aprendizajes de cada tema implementado con los pacientes del servicio ambulatorio intensivo.

3. Eje de la sistematización

La presente guía se ha desarrollado desde el enfoque cognitivo cognitivo-conductual donde se asienta la propuesta de las siguientes temáticas: Análisis Funcional del Consumo y No Consumo, identificar estrategias de autoayuda, visibilizar redes de apoyo de los usuarios del SAI del centro hospitalario tipo C en Conocoto.

Además, dentro de la primera temática se encuentran dos subtemas referentes al diagrama de cadena habitual y diagrama de cadena de cambio, y la identificación de situación de riesgo y plan de cambio.

El enfoque cognitivo-conductual es el más utilizado en el tratamiento de adicciones por ello se ha tomado como referencia para el desarrollo del presente proyecto.

> Los modelos conductuales-cognitivos combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas durante la infancia y la adolescencia. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva; integra los factores internos y externos del sujeto. (Tomas et al., 2008, p. 2)

Además algunos autores enfatizan la relevancia de este enfoque en el abordaje de adicciones. Barragán et al. (2005) afirman:

> Las teorías del enfoque cognitivo-conductual cuyas aportaciones han contribuido al tratamiento de las adicciones son: la del condicionamiento clásico, la operante, la del aprendizaje social, y la de la economía conductual. El condicionamiento clásico sustenta que al repetirse la conducta de consumo ante ciertos estímulos ambientales se establece un aprendizaje estímulo- respuesta; constituyéndose en estímulos condicionados o precipitadores de la conducta de consumo.
>
> El condicionamiento operante explica el mantenimiento de la conducta de autoadministración de sustancias adictivas debido al efecto reforzante de dicha sustancia. En tanto que la teoría del aprendizaje social incluye al condicionamiento clásico, al operante y al condicionamiento vicario para analizar, explicar y predecir la conducta de consumo; postula al modelamiento como como factor crítico y determinante del próximo consumo; éste varía en función de la historia previa del consumo, de los factores situacionales, y del tipo de interacción con los compañeros del consumo.
>
> Esta teoría propone como factores asociados con recaídas en los consumidores crónicos, el grado de control y capacidad de que se percibe tener frente a otros (autoeficacia); las situaciones o sucesos cotidianos asociados con el consumo (precipitadores); la accesibilidad a la sustancia y las restricciones situacionales específicas; y los déficits en la capacidad de rehusarse al consumo ante la presión social, en las actitudes de solución de problemas, las sociales y recreativas; y en la de modificación de expectativas frente a los efectos de la sustancia de consumo.
>
> Otra aportación de la ciencia psicológica al estudio y tratamiento de las adicciones proviene de la teoría de la economía conductual, que señala “al precio” y al “costo de oportunidad” como factores influyentes en el consumo excesivo. Desde esta perspectiva es importante restringir el acceso a la sustancia y ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo. Los individuos con consumo excesivo son quienes mayormente descuentan el valor reforzante retardado de otros incentivos. (p. 63)

Se define al análisis funcional de la conducta desde el "problema como la identificación de la respuesta en su tridimensionalidad (cognitiva, motora, fisiológica), las variables antecedentes que la elicitan, los consecuentes que la controlan y las relaciones funcionales demostrables que podamos establecer" (Pastor & Sevilla, 1990, p. 33).

3.1 Análisis funcional de la conducta de Consumo

El análisis funcional de la conducta se puede entender desde las opiniones de profesionales en el enfoque. Gaona et al. (2011) refieren:

> Desde el punto de vista de las personas que consumen, la conducta de consumo puede ser considerada como una conducta adaptativa, es decir, puede estar funcionando como una respuesta de afrontamiento ante una serie de dificultades paralelas. Entrenar a los consumidores para que sean capaces de enfrentar estímulos y eventos, externos o internos. (p. 18)

3.2 Análisis funcional de la conducta de No Consumo

El presente análisis busca evidenciar nuevas alternativas para el beneficio de los pacientes. Gaona et al. (2011) afirman:

> El AF de una Conducta de No Consumo tiene como propósito demostrar a las personas que tienen o tuvieron actividades o conductas gratas que disfrutan o disfrutaron y que no involucran a las drogas, así como la existencia de diversos beneficios que se asocian a dichas actividades o conductas. (p. 25)

3.2.1 Diagrama de cadena habitual y diagrama de cadena de cambio

El diagrama de cadena habitual le permite al paciente reconocer paso a paso la secuencia que lleva para llegar a un consumo. Gaona et al. (2011) afirman: "Una serie de decisiones tomadas sin pensar lo van colocando en un callejón sin salida donde difícilmente logrará rehusarse" (p. 22).

3.2.2 Identificación de situación de riesgo y plan de cambio

Mediante esta estrategia el paciente deberá recordar cómo pudo enfrentarse en el pasado ante un deseo por consumir (alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, etc.). Por ello,

debe identificar la situación de riesgo de consumo y el plan de cambio frente a esta situación.

> En el campo de las adicciones un factor de riesgo es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).(González & Naranjo, 2013, p. 15)

En cuanto al plan de cambio está orientado en las alternativas favorables para disminuir o eliminar la conducta de consumo en los pacientes, por lo cual, se detalla sobre el modelo transteórico de cambio de conducta de Prochaska que ha basado sus estudios en conductas adictivas.

> Con base en la teoría y relacionado al tema del cambio en el proceso de dejar de consumir una sustancia, el cambio es todo un proceso que genera lecciones en el individuo dentro de sí mismo y en su entorno, por lo cual el modelo transteorético del cambio de conducta considera al cambio como parte del proceso y no como algo ajeno. El modelo está compuesto por etapas y procesos de cambios, en tanto que las etapas se encuentran relacionadas con la temporalidad, la motivación y constancia con el proceso, pero el proceso de cambio es lo que se encuentra en cada acciones entre cada etapa, por lo cual, las personas se pueden ir encasillando en uno de los estadios de cambio (Álvarez, 2008).

3.3 Identificar estrategias de autoayuda

Las estrategias de autoayuda permiten incorporar nuevos aprendizajes en los pacientes. Tintaya (2010) afirma:

> Son estructuras asimiladoras que el sujeto construye a lo largo de su vida. Los desafíos que asume, la necesidad de actuar de manera eficiente y eficaz, de aprender significativamente, de formarse y generar nuevas realidades en su comunidad hacen que se empeñe cooperativamente en cristalizar modelos de acción e integrarlos como un sistema de operaciones e intensidades subjetivas llamadas estrategias de aprendizaje. En estos emprendimientos, los procesos de autorregulación organizan y regulan las funciones de las estrategias de aprendizaje. (p. 79)

Por otro lado, es relevante que los pacientes puedan reconocer el concepto de autoayuda y desde ese conocer puedan gestionar las estrategias de forma práctica en sus vidas, “Suelen ser entidades psicológicas que remiten únicamente al individuo. Se pretenden cuestiones como gobernar nuestra propia dependencia emocional, alimentar nuestro niño interior o aumentar la autoestima” (Manjón, 2014, p. 293).

3.4 Visibilizar redes de apoyo

El soporte que brindan las redes de apoyo en los pacientes que se encuentran inmersos en una adicción cumple un papel importante ya sea para su rehabilitación cumpliendo un factor protector de cambio o a su vez como un factor de riesgo que incremente la conducta adictiva por ello es fundamental que el paciente reconozca este tipo de comportamientos en cuanto a los factores externos que los rodean. Aranda & Pando (2014) afirman:

> El apoyo social es el conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc., y que es, al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos estresantes como las pérdidas, las enfermedades, los problemas económicos, etc. (p. 238)

3.4.1 El apoyo de la familia en el paciente adicto

En el abordaje de las adicciones la terapia familia es relevante para resolver los conflictos que giran en torno a la adiccion y que en algunas ocasiones pudo haber sido el desencadente para el consumo. Calvo (2007) afirma:

> Del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; se ha señalado, en este sentido, que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo. (p. 49)

3.4.2 Identificar redes de apoyo

En los pacientes que están pasando por un consumo de sustancias, el apoyo familiar cumple un papel importante ya que este apoyo va a permitir la identificación de las situaciones familiares problemáticas, que muchas veces son el disparador de la conducta de consumo, por lo cual la familia podrá ayudar al paciente a salir del consumo, Zapata (2009) afirma:

> La familia requiere un proceso educativo para manejar conceptos de recuperación y recaída en el consumo de drogas. Este proceso le permitirá al núcleo familiar identificar las señales de peligro para prevenirlas y, además, facilitará una actuación adecuada y consciente, en caso que llegaren a presentarse nuevos episodios de consumo. (p. 91)

Otras de la redes de apoyo con las que cuentan los pacientes es con las redes sociales de apoyo como amistades, conocidos, compañeros, colegas, etc., así también están las redes de apoyo institucionales como el sistema de salud, grupos de ayuda, grupo de AA o NA, comunidades religiosas, etc.

Finalmente, se añadió el tema de proyecto de vida durante la implementación de las temáticas principales, por tanto, no se encuentra fundamentado desde el enfoque cognitivo-conductual, pero se consideró como una temática importante en el abordaje integral de las adicciones en los pacientes del servicio ambulatorio intensivo.

3.5 Proyecto de vida

El proyecto de vida fue el tema que se introdujo durante la implementación de la guía ya que es considerable que los pacientes puedan plantearse metas en distintos ámbitos de sus vidas que les permitan ir mejorando y dejando atrás el historial de consumo.

> Es importante destacar que el proyecto de vida es la base que permite a la persona tomar las decisiones sobre su futuro, en cuanto a lo que proyecta como metas principales y decisivas en su vida. Por lo tanto la dirección del proyecto de vida de una persona se encuentra en estrecha relación con su situación social, determinada por la situación actual en la que se encuentra y como con

anterioridad planifica sus objetivos y los define, en cuanto al lugar y la sociedad especifica en la que quiere lograrlo (D´angelo, 2002).

4. Objeto de la sistematización

El objeto de la sistematización del presente proyecto es evidenciar la implementación de la guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del SAI en el centro hospitalario tipo C Conocoto, se desarrolló en el período 58, desde el mes marzo a julio del 2021.

5. Metodología de la sistematización

La metodología que se utilizó en el presente proyecto de sistematización, se encuentra en enfocada en la metodología mixta. Hernández, Fernández & Baptista (2014) afirman:

> Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (p. 580)

Así pues, esta metodología ha permitido hacer uso de instrumentos de evaluación como inventarios para evaluar las situaciones que desencadenan el consumo en los pacientes, cuestionarios para determinar el apoyo que perciben los pacientes de sus redes de apoyo, así como de actividades prácticas relacionadas a cada tema que fueron aplicadas durante cada sesión.

El uso del instrumento permitió reconocer factores de riesgo de consumo para los pacientes del servicio ambulatorio intensivo. Se aplicó el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Barragán et al. (2005) afirman: “está elaborado por Annis, Graham y Martin en 1991. Consta de 60 reactivos, evalúa la cantidad de situaciones que precipitan el consumo, mediante porcentajes (0-100%) en 8 situaciones precipitadoras”(p. 64).

Asimismo, con el objetivo de identificar cual es el reflejo de apoyo percibido que los pacientes del servicio ambulatorio notan de sus redes de apoyo, se aplicó el Cuestionario Duke UNC, “Evalúa el apoyo social funcional o cualitativo percibido, y

tiene la ventaja de ser multidimensional y destacar por su sencillez y brevedad”(Cuéllar-Flores & Dresch, 2012, p. 90).

6. Preguntas clave

6.1 Preguntas de inicio

- ¿Cómo apareció este proyecto?
- ¿Cuáles fue la motivación para desarrollar este proyecto?
- ¿Quiénes fueron los beneficiarios del trabajo?

6.2 Preguntas interpretativas:

- ¿Cómo se desarrolló la guía?
- ¿Cómo se estructura el vínculo en la relación entre los pacientes y los profesionales?
- ¿En qué ha aportado la guía de intervención para el abordaje integral de la adicción de los pacientes del SAI?

6.3 Preguntas de cierre:

- ¿Qué utilidad tendrá la guía de intervención para los beneficiarios del proyecto?
- ¿Qué aporte ha dejado el desarrollo de este proyecto a nivel profesional?
- ¿Cuál sería el impacto del proyecto en el Servicio Ambulatorio Intensivo?
- ¿Qué impactos se observan con el desarrollo e implementación de este proyecto?

7. Organización y procesamiento de la información

Tabla 1

Implementación de los temas de la guía de intervención en modalidad de taller

Nº Sesión y Tema	Beneficiarios Nº	Responsables	Actividad
S1: (AFCC) y (AFCNC)	25 Pacientes y familiares del servicio ambulatorio intensivo.	Pasante del servicio de psicología y psicólogo clínico del servicio ambulatorio intensivo.	1. Inicio: Mi propósito de color. 2. Desarrollo: Se explicó desde la teoría el tema de la sesión, además se aplicó el inventario descrito en anteriores apartados y las actividades prácticas: Autorregistro de mi conducta de consumo, se envía como tarea para casa el Autorregistro de mi conducta de no consumo. 3**.** Cierre: Círculo de apoyo mutuo y del aprendizaje.
S2: Diagrama de cadena habitual y diagrama de cadena de cambio	20 Pacientes y familiares del servicio ambulatorio intensivo.	Pasante del servicio de psicología y psicólogo clínico del servicio ambulatorio intensivo.	1. Inicio: La palabra clave. 2. Desarrollo: Se explicó desde la teoría el tema de la sesión, se aplicaron las actividades: "Ejemplo de diagrama de cadena habitual y cadena de cambio y "Mi diagrama de cadena habitual y mi diagrama de cadena de

Continúa en la página siguiente

			cambio”. 3. Cierre: Simbolismo del círculo.
S3: Situaciones de riesgo y plan de acción	12 Pacientes y familiares del servicio ambulatorio intensivo.	Pasante del servicio de psicología y psicólogo clínico del servicio ambulatorio intensivo.	1. Inicio: Mis inquietudes, temores y esperanzas en este día. 2. Desarrollo: Se explicó desde la teoría el tema de la sesión, se desarrolló la actividad: Situaciones de riesgo y plan de acción. 3. Cierre: Completando la frase.
S4: Situaciones de riesgo y plan de acción	21 Pacientes y familiares del servicio ambulatorio intensivo.	Pasante del servicio de psicología y psicólogo clínico del servicio ambulatorio intensivo.	1. Inicio: La noticia. 2. Desarrollo: Se explicó desde la teoría el tema de la sesión, se realizó la actividad: Autorregistro de situaciones problema con su respectivo plan de acción. 3. Cierre: El espacio de cierre en mi día.
S5:Identificación de estrategias de autoayuda	22 Pacientes y familiares del servicio ambulatorio intensivo.	Pasante del servicio de psicología y psicólogo clínico del servicio ambulatorio intensivo.	1. Inicio: La casa de presentación. 2. Desarrollo: Se explicó desde la teoría el tema de la sesión, se desarrollaron las actividades: Estrategia para identificar los factores en torno al consumo; Estrategia para identificar situaciones

Continúa en la página siguiente

			de riesgo y Estrategias para construir mis propósitos y frenar las situaciones de riesgo**.** 3. Cierre: La semilla que aporta a la planta del aprendizaje.
S6: Visibilizar redes de apoyo y proyecto de vida	15 Pacientes y familiares del servicio ambulatorio intensivo.	Pasante del servicio de psicología y psicólogo clínico del servicio ambulatorio intensivo.	1. Inicio: Mi motivación propositiva del día. 2. Desarrollo: Se explicó desde la teoría el tema de la sesión, se aplicó el CUESTIONARIO DUKE UNC (Reflejo de apoyo percibido), además se realizaron las actividades: Herramienta para visibilizar las redes de apoyo con las que cuento y Proyecto de vida. 3. Cierre: El regalo simbólico.

Elaborado por: Urrea-Muñoz, E (2021).

8. Análisis de la información

El análisis de la información obtenida en este proyecto se ha apoyado a través las indicaciones de interpretación de los instrumentos que fueron utilizados.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

En el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD). Barragán et al. (2014) afirman:

> En este inventario, el individuo tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas se clasifican en dos áreas: Cada reactivo se contesta en una escala de 4 puntos: Nunca = 0, Rara Vez = 1, Frecuentemente = 2 y Casi Siempre = 3. Se obtiene el puntaje de cada sub-escala al sumar los puntajes de cada reactivo. Un puntaje de 0% a 100% indica el índice de problema de consumo de la droga en cada situación. Por ejemplo, un índice de 0% señala que el usuario no utilizó la sustancia y hay poca probabilidad de riesgo al consumo en esa situación. Una puntuación entre 70% y 100% señala un consumo muy elevado ante esa situación siendo un riesgo mayor de consumo ante la misma. Se pueden jerarquizar las tres situaciones de riesgo más altas, como las de mayores riesgos de consumo en el usuario (p. 224).

Cuestionario Duke UNC (Reflejo de apoyo percibido)

En cuanto a la interpretación del CUESTIONARIO DUKE UNC (Reflejo de apoyo percibido), al obtener una puntación igual o mayor a 32 indica que existe un apoyo normal y una puntuación bajo el 32 demuestra que hay una percepción de apoyo social bajo.

> Evalúa desde dos dimensiones el apoyo social referente a la entrega de una guía por parte de un familiar, amigo, etc., .Por otro lado también se evalúa el apoyo social afectivo refiriéndose a un sentido de pertenencia hacia un grupo. Consta de 11 ítems en escala Likert, en donde 1 es menos de lo que desea y 5 es más de lo que desea (Caycho et al., 2014).

Segunda parte

1. Justificación

El presente proyecto fue pensado para la implementación de una guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del servicio ambulatorio, desarrollado por sesiones en modalidad taller, los días jueves de 08h00am a 10h00am en el horario que funciona el servicio ambulatorio intensivo en el auditorio del primer piso, en este lugar desde el año 2014 se presta la atención índices de gravedad en cuanto a trastornos mentales y con problemáticas de alcohol y otras drogas, son dos profesionales psicólogos encargados del servicio semestralmente, siendo el primer periodo del mes de enero a junio y del mes de julio a diciembre, el presente proyecto fue ejecutado en el periodo semestral de enero a junio del año 2021.

Los objetivos planteados se orientaron en tres temas: AFCC y AFCNC, identificación de estrategias de autoayuda y visibilizar redes de apoyo, los mismos que se encuentran cimentados en el enfoque cognitivo-conductual.

El propósito de la guía fue entregar sesión a sesión la teoría de los temas antes mencionados en este documento, incentivando a los pacientes a reconocer estas estrategias para el cambio en cuanto a su adicción, para ello se reforzó cada una de las sesiones con actividades prácticas que permitieron plasmar resultados desde la individualidad de cada uno de los beneficiarios en todos los temas desarrollados.

El aporte que el proyecto ha brindado al servicio de salud mental del centro de salud Tipo C de Conocoto es ser parte del abordaje integral de las adicciones de los pacientes que se encuentran atravesando por esta situación, debido a que se trabajó desde el enfoque cognitivo–conductual por sus buenos resultados en el tratamiento de adicciones. Además, como producto tangible se entregó la guía original a la responsable del servicio de psicología, la misma que fue elaborada a la par de la implementación de los temas propuestos.

2. Caracterización de los beneficiarios

El proyecto fue diseñado para los beneficiarios directos quienes forman parte de la población itinerante del servicio ambulatorio del centro de salud en Conocoto tipo C, las características en esta población son las siguientes, pacientes de distintas edades desde adolescentes a adultos mayores que se encuentran en este servicio debido a que tienen una adicción a una sustancia.

Los familiares de los pacientes, psicólogos responsables del servicio ambulatorio intensivo, líder del servicio de psicología y pasante del servicio son quienes forman parte de los beneficiarios indirectos del proyecto.

3. Interpretación

La experiencia se fomentó durante seis sesiones en el servicio ambulatorio intensivo, el cual está direccionado para usuarios con alto nivel de trastornos mentales y con problemáticas entorno al consumo de alcohol y otras drogas.

Los beneficiarios de este servicio son personas desde adolescentes hasta adultos mayores de ambos géneros, algunos de los pacientes son acompañados por sus familiares todos los días jueves, resulta importante enfatizar que debido a la condición de consumo problemático que sostienen el grupo por lo cual es considerado como población itinerante, durante los dos periodos semestrales del año son pocos los pacientes que regularmente asisten cada jueves. El grupo suele mantener un aforo entre 12 a 25 personas pero en cada sesión son diferentes pacientes y familiares los que asisten.

Los inconvenientes que se generaron con esta experiencia en el grupo, al principio fue con un reducido grupo de beneficiarios renuentes a realizar las actividades prácticas en cada una de las sesiones, sin embargo; la mayoría de pacientes y familiares desde la primera sesión se mostraron receptivos y participativos con el esquema de talleres diseñado.

Los aportes que esta experiencia entregó al servicio fue el proporcionar en cada una de las seis sesiones temáticas relacionadas al abordaje integral de las adiciones desde el enfoque cognitivo-conductual, por lo cual estos temas llevaban una secuencia lógica, en cada sesión se pretendía fortalecer el tema tratado mediante las actividades

prácticas diseñadas por propia autoría y otras adaptadas para el servicio ambulatorio intensivo.

El contexto actual de una pandemia mundial por Covid-19 es parte de la debilidad para la implementación del presente proyecto, por tanto, es apropiado detallar que la organización diseñada para realizar las sesiones tuvo que ser modificada por las normas de bioseguridad que deben ser respetadas por los beneficiarios y el personal de salud. Igualmente una desventaja es el número reducido de sesiones que fue aprobado por el responsable del servicio para la ejecución del proyecto.

Los puntos claves que potenciaron la experiencia fueron el uso de dinámicas grupales de inicio con caldeamientos específicos para cada tema a tratar, con un desarrollo estructurado que constaba de la explicación de cada uno de los temas que fueron novedosos para los beneficiarios de igual forma se contaba con la participación voluntaria de los pacientes y familiares con las actividades prácticas y con un cierre adecuado a la temática para finalizar cada jornada, también fue notable que los temas antes tratados por el responsable del servicio complementaron el trabajo de esta vivencia.

De la misma forma, durante la implementación del proyecto se creó la guía de intervención que fue entregada a la líder del servicio de psicología el día de finalización de prácticas pre profesionales, además de considerar los tres temas principales para la guía, fue pertinente integrar un tema adicional que lleva por nombre Proyecto de vida, el cual permitió a los pacientes materializar sus objetivos a corto y mediano plazo en los distintos ámbitos, tomando en cuenta que la motivación de asistir al servicio es dejar de consumir la sustancia.

Los resultados que la experiencia ha mostrado son los siguientes, al haber aplicado el inventario descrito en la sistematización, a 13 pacientes del servicio ambulatorio intensivo se observa que 8 de los pacientes reconocen al alcohol como la sustancia que consumen con mayor frecuencia y 5 pacientes responden que la marihuana es la sustancia de mayor consumo.

Al jerarquizar los puntajes de los instrumentos aplicados, al encontrarse dentro del rango de 70 a 100 puntos que indican un consumo excesivo y un alto riesgo en determinada circunstancia, se describe a continuación las situaciones que desencadenan

el consumo en los pacientes, entre ellas se encuentran: “probando autocontrol, emociones desagradables, emociones agradables, necesidad física, presión social, momentos agradables con otros”.

Por otro lado, se encuentran los resultados del CUESTIONARIO DUKE UNC (Reflejo de apoyo percibido), se aplicó a 9 pacientes del servicio ambulatorio intensivo reflejando que existe poco apoyo social percibido en 2 de los pacientes debido a que se observa un puntaje menor a 32, sin embargo; 7 de los pacientes demuestran un resultado con un rango de 39-45 puntos correspondiente a un usual apoyo social percibido.

En cada una de las sesiones se aplicaron actividades relacionadas con la temáticas, varias de ellas fueron entregadas a los beneficiarios para que pudiesen reforzar el aprendizaje de la sesión, no obstante; se logró tener un acercamiento a las respuestas de los pacientes siendo las principales sustancias de consumo el alcohol, tabaco, marihuana y polvo, durante varios años entre ellos se encuentran: 2, 3, 8 hasta 10 años de consumo.

En cuanto a la motivación de consumo los pacientes han referido que se encuentran los factores sociales como amigos, factores familiares como hermanos, factores individuales como la propia necesidad de consumo, por conflictos emocionales no resueltos caracterizados por ira, abandono, debilidad, emociones y sentimientos negativos, el aislamiento, problemas, situaciones y pensamientos negativos.

A corto plazo los efectos que los beneficiarios evidencian es el placer generado al consumir determinadas sustancias, por otro lado, se encuentran las consecuencias negativas que han reconocido entre ellas manifiestan el gasto económico que les genera el consumo, comportamientos inadecuados, perdida del conocimiento, agresividad, irrespeto, impaciencia y enojo consigo mismo, conflicto emocional, familiar y social; problemas personales, laborales, y físicos.

4. Principales logros del aprendizaje

El aporte para la formación académica que ha proporcionado la experiencia de las prácticas pre profesionales de psicología en centro de salud de Conocoto, ha sido conocer de cerca el abordaje de pacientes con consumo problemático de sustancias y palpar las experiencias negativas como lo fue la resistencia de ciertos beneficiarios al no

aceptar la actividad que se le proporciona en beneficio de su mejora, sin embargo; ha permitido el discernimiento de estos comportamientos ya que son propios de las personas que están atravesando por esta problemática.

Por otro lado, se encuentran las vivencias positivas que ha dejado la experiencia como lo es, el trabajo minucioso y cercano que se ha realizado para una población que se siente aislada por su condición, sin embargo; el escuchar con empatía cada relato de los pacientes y sus familiares sobre lo que generó en sus vidas está problemática permitió generar esa relación de confianza entre responsables del servicio y beneficiarios para que pudieran aceptar lo propuesto en este proyecto. Como alternativa para el servicio ambulatorio intensivo sería justo que los responsables entregasen mayor dinamismo en las sesiones que se imparten.

La guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del SAI, fue el producto que esta experiencia proporciono al servicio de psicología.

Los elementos innovadores que se brindaron para la población del servicio ambulatorio intensivo fue la implementación de temas novedosos para el abordaje integral de las adicciones, así como de llevar una organización y dinamismo en cada sesión que mantenía una secuencia y relación lógica, concluyendo el semestre con la última sesión de la experiencia y generando un cierre simbólico grupal que fue aceptado por los beneficiarios.

El impacto que se generó en la salud mental de los beneficiarios a consecuencia de esta experiencia fue el que en la mayoría de pacientes se notó la aceptación de estas estrategias brindadas para incentivar a la generación de conductas que no impliquen el consumo, considerando que, todos los materiales se crearon de forma práctica, nueva e innovadora y fue entregados a cada uno de los pacientes para que pudieran tomar de todo este abanico de posibilidades la mejor oportunidad para seguir enfocados en su objetivo de mejor su estilo de vida y dejar de consumir, sintiéndose acogidos, entendidos y acompañados en su proceso de cesar el consumo de una sustancia.

En la organización del proyecto se pensó en realizar aproximadamente doce sesiones para implementar los temas de la guía, no obstante; por parte del responsable del centro se manifestó que podría ser solo seis sesiones utilizadas para la ejecución de

esta experiencia. En este corto periodo de tiempo se logró acoplar y cumplir con los objetivos propuestos.

El principal elemento de riesgo presente en la implementación de la experiencia fue la crisis sanitaria a nivel mundial por la pandemia del Covid-19, a causa de esta situación se mantuvo presente las normas de bioseguridad y distanciamiento social, para el correcto desarrollo de la planificación de cada sesión.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- El sostén teórico y técnico aportó para la elaboración e implementación de la guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los usuarios del SAI del centro hospitalario en donde se desarrolló el proyecto y prácticas pre profesionales.
- Se generó un impacto positivo en los beneficiarios del servicio ambulatorio intensivo al proporcionar estrategias que le permiten a la persona ampliar su comprensión del proceso adictivo y tomar responsabilidad más allá de la culpa y vergüenza y desconocimiento de la condición en la que se encuentra por lo cual se incrementa la resistencia.
- El uso de instrumentos durante la implementación del proyecto resultó pertinente, considerando que el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) arrojó resultados que permitieron acercarse al consumo excesivo de sustancias en los pacientes, entre las principales se encuentra el alcohol y en segundo lugar la marihuana, también se conoció cuáles son las situaciones más relevantes siendo las dos principales: probando autocontrol y emociones desagradables, que representan un factor de riesgo para el consumo en exceso.
- Los resultados del instrumento Cuestionario Duke permitieron dar una mirada cercana al apoyo social percibido que los pacientes del servicio ambulatorio intensivo sienten de su entorno hacia ellos, considerando que la mayoría de pacientes perciben apoyo social lo cual es favorable para mejorar en su proceso de deshabituación de la sustancia, debido a que, mientras más apoyo perciben de

su alrededor los beneficiarios se motivan a mejorar por un cambio en su calidad de vida.

- La importancia de tomar en cuenta el tema de Proyecto de vida en el abordaje integral de la adicción de los pacientes del servicio ambulatorio intensivo es un factor protector durante este proceso, ya que de a poco se irá acomodando la proyección de su vida dejando de lado la problemática de consumo de determinada sustancia para recuperar los vínculos familiares, sociales, laborales, escolares, de pareja, etc., que fueron desligados durante el consumo.
- Las actividades realizadas en cada una de las sesiones basadas en las temáticas propuestas se han descrito en este trabajo brevemente dejando aprendizajes como el uso de actividades relacionadas de forma práctica que permitieron la participación voluntaria de los beneficiarios, también pudieron resonar de las experiencias que se compartían en el grupo, permitiendo que se fomente la cohesión grupal, reflejándose la aceptación en la mayoría de los pacientes, sin embargo; se observaron resistencias en una minoría de beneficiarios siendo algunas causas: la falta de adaptabilidad al responsable del servicio, las características personales, el tiempo de consumo, la fase del ciclo de la adicción.

Recomendaciones

- Continuar con actividades de caldeamiento y de cierre en cada una de las sesiones en el servicio ambulatorio intensivo ya que permite un acercamiento a los pacientes y desarrollo de la secuencia con la temática de cada encuentro. A consecuencia de la pandemia por el Covid-19 no se pudieron realizar las actividades de caldeamiento planificadas y diseñadas para cada sesión, por lo cual se modificaron.
- Incorporar temáticas que mantengan la coherencia con el enfoque cognitivo-conductual y que aporten al abordaje integral de las adicciones en los pacientes del servicio ambulatorio intensivo.
- Considerar la aplicación de los instrumentos de evaluación sugeridos en el presente trabajo, a los pacientes del servicio ambulatorio intensivo, ya que

permite evidenciar situaciones que pueden ser un factor de riesgo para el consumo y la percepción del nivel de apoyo social.

- Enfatizar en la realización de actividades de forma práctica durante el desenvolvimiento de las sesiones de acuerdo a la temática propuesta en cada encuentro con los pacientes del servicio ambulatorio intensivo.
- Invitar a los profesionales responsables del servicio ambulatorio intensivo que acompañen a los pacientes en la realización de las actividades que se encuentran en la guía de intervención.
- Fortalecer en los pacientes del servicio ambulatorio intensivo, durante las sesiones el contenido y dirección del proyecto de vida, evidenciando la importancia del mismo en la comprensión del proceso adictivo.
- Considerar la utilización de la guía en las sesiones que se realizan todos los días jueves en el servicio ambulatorio intensivo así como en la terapia individual ya que el material se encuentra diseñado en un formato sugestivo y con un lenguaje comprensible para los pacientes con problemáticas de adicción a sustancias.

Bibliografía

Álvarez, C. (2008). TEORÍA TRANSTEORÉTICA DE CAMBIO DE CONDUCTA: HERRAMIENTA IMPORTANTE EN LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA ACTIVOS. *MHSalud*, *5*(Universidad Nacional Heredia, Costa Rica), 1–12.

Aranda, C., & Pando, M. (2014). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación En Psicología*, *16*(1), 233. https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929

Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M., & Ayala, H. (2014). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas* (D. R. © S. de Salud. (ed.); Tercera Ed). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334701/Programa_de_Satisfactores_Cotidianos.pdf

Barragán, L., González, J., Medina-Mara, M., & Ayalaz, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo- conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población Mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental*, *28*(1), 61–71.

Calvo, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y Drogas*, *7*(1), 45–56.

Caycho, T., Domínguez, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Carbajal, C. (2014). Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensamiento Psicológico*, *12*(2), 25–35. https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi12-2.apca

CONSEP, OED, CICAD-OEA, & ONUDD. (2007). *Informe Del Estudio Nacional a Hogares Sobre Consumo De Drogas 2007*. 1–146.

Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validation of the Duke-UNK-11 functional social support questionnaire in caregivers. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, *2*(34), 89–101.

D´angelo, O. (2002). Proyecto De Vida Y Desarrollo Integral Humano. *Revista Internacional Crecemos*, *1*(Año 6), 31. http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULO

S/ArticulosPDF/07D050.pdf

Gaona, L., Escamilla, E., & Sánchez, E. (2011). Terapia individual para la atención del consumo de sustancias psicoactivas Un enfoque cognitivo conductual Manual de apoyo al terapeuta. *CyberPsychology & Behavior*, *4*(4), 1698–7969. http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf%0Ahttps://ac-els-cdn-com.sire.ub.edu/S0272735810001777/1-s2.0-S0272735810001777-main.pdf?_tid=7c9c3564-5a28-4973-bc3e-303e67c07950&acdnat=1527089975_eeb1c431a69382424b6ac12614bfeae8

González, A., & Naranjo, W. (2013). ¿Cuáles son los factores de riesgo adictivo en la adolescencia? : Apuntes para maestros de la enseñanza media. *EduSol*, *13*(43), 11–21.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (McGRAW-HILL (ed.)).

Manjón, J. (2014). La Autoayuda y el Consejo como Procedimientos Psicoterapéuticos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(122), 283–300. https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000200004

Pastor, C., & Sevilla, J. (1990). Análisis funcional de la conducta. Un modelo práctico de intervención. *Temes D´Estudi*, *Junio*, 33–38. http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/viewFile/1305/1246

Tintaya, P. (2010). Estrategias orientadoras del aprendizaje. *Estrategias Orientadoras Del Aprendizaje*, *6*, 5–102.

Tomas, J., Almenara, J., Gondón, N., & Batle, S. (2008). Clasificación en paidopsiquiatria. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-Coductual. *Universidad Autónoma de Barcelona*, *1*, 17. http://paidopsiquiatria.cat/files/enfoque_cognitivo_coductual.pdf

Zapata, M. (2009). LA FAMILIA, SOPORTE PARA LA RECUPERACIÓN DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS. (Family, recovery support for drug addiction disease). *CES Psicología*, *2*(2), 86–94. http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/355

Anexos

Anexo 1. Registro de Asistencia

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 9 - Salud
Área de Comunicación, Imagen y Prensa

CENTRO DE SALUD CONOCOTO

TEMA:.....

FECHA:.....

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TELÉFONO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Anexo 2. Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Nombre:			Fecha:
Pre-tratamiento ( )	Post-tratamiento ( )	1er seguimiento ( )	2do seguimiento ( )

Instrucciones: Señala en la lista varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:

• Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0 • Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1 • Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2 • Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3 Anote la droga que usted consume con mayor frecuencia: _____	0 Nunca	1 Rara vez	2 Frecuentemente	3 Casi siempre
1. Cuando estaba feliz				
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación				
3. Cuando me sentí temblooroso				
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga				
5. Cuando estaba deprimido por todo en general				
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato				
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien				
8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga				
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor				
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo				
11. Cuando me sentí seguro y relajado				
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí				
13. Cuando me sentí enfermo				
14. Cuando inesperadamente me la encontré				
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde mas acudir				
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentimos aún más unidos				
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás				
18. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga				
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho				
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física				
21. Cuando me sentí emocionado				
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto				
23. Cuando sentí nauseas				
24. Cuando vi algo que me recordó la droga				
25. Cuando sentí que me dejé fracasar				
26. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más				
27. Cuando otras personas me rechazaron				
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera				

• Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0 • Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1 • Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2 • Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3 Anote la droga que usted consume con mayor frecuencia: _____	0 Nunca	1 Rara vez	2 Frecuentemente	3 Casi siempre
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar				
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí				
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida				
32. Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas				
33. Cuando tuve problemas para dormir				
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla				
35. Cuando estaba aburrido				
36. Cuando quería celebrar con un amigo				
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás				
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar				
39. Cuando tenía dolor de cabeza				
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas				
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado				
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo				
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor				
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga				
45. Cuando me sentí solitario				
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual				
47. Cuando alguien me trató injustamente				
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga				
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo				
50. Cuando tuve algún dolor físico				
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer				
52. Cuando había pleitos en mi casa				
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor				
54. Cuando empecé a recordar que bien acelere sentí cuando la consumí.				
55. Cuando me sentí ansioso por algo				
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona				
57. Cuando alguien interfirió con mis planes				
58. Cuando alguien trató de controlar mi vida y quise sentirme más independiente				
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo				
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela				

Fuente: Annis, Graham y Martin, 1988 (versión adaptada al español por De León y Pérez, 2001).

Anexo 3. Cuestionario Duke UNC (apoyo percibido)

Nombre **Fecha**

Unidad/Centro **N° Historia**

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: **En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:**	**Mucho menos de lo que deseo**	**Menos de lo que deseo**	**Ni mucho ni poco**	**Casi como deseo**	**Tanto como deseo**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Anexo 4. Guía de intervención psicológica para contribuir al abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto

Si hay algo en nosotros verdaderamente divino, es la voluntad. Por ella afirmamos la personalidad, templamos el carácter, desafiamos la adversidad, reconstruimos el cerebro y nos superamos diariamente.

Santiago Ramón y Cajal

ELABORADO POR

Evelyn Mariela Urrea Muñoz

Universidad Politécnica Salesiana
Carrera de Psicología Clínica

Tutora: Johanna Cristina Luzuriaga Mera

eurrea@est.ups.edu.ec
evelynurrea96@gmail.com

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA CONTRIBUIR AL ABORDAJE INTEGRAL DE LA ADICCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD TIPO C DE CONOCOTO.

Universidad Politécnica Salesiana

Evelyn Mariela Urrea Muñoz

ÍNDICE

- Introducción
- ¿Qué es una sustancia? 2
- ¿Qué es una adicción? 3
- ¿Qué pasa en mi cerebro? 4
- ¿Qué es la dependencia a la sustancia? 8
- ¿Qué es la tolerancia a la sustancia? 9
- ¿Qué es el Síndrome de Abstinencia? 10
- ¿Qué es la codependencia? 11
- ¿Tengo dificultades en los distintos ámbitos de mi vida? 12
- Si me identifico con los conceptos anteriores ¿Quién me puede ayudar? 13
- Temas de intervención psicológica: 14
- Tema 1 Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo (AFCC) y (AFCNC) 14

1. Diagrama de Cadena habitual y diagrama de cadena de cambio 25
2. Identificación de situación de riesgo y plan de cambio 30

- Tema 2 Estrategias de Autoayuda 33
- Tema 3 Visibilizar redes de apoyo 35
- Tema adicional 4 Proyecto de Vida 38
- Implementación 40
- Anexos 41
- Conclusiones 49
- Recomendaciones 52
- Glosario 54
- Referencias 58

INTRODUCCIÓN

La presente guía se enfoca en el abordaje integral de la adicción de los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud tipo C de Conocoto.

Los principales temas que se han desarrollado son: El Análisis funcional de la conducta de consumo y el Análisis funcional de la conducta de no consumo, estrategias de autoayuda, y visibilizar las redes de apoyo.

Para la realización de estas estrategias para los pacientes, ha sido necesario observar cuales son las principales problemáticas que giran en torno a las consecuencias que ha dejado el consumo o adicción en la vida de cada paciente del Servicio Ambulatorio Intensivo.

Se presenta un breve antecedente relacionado a la adicción para luego dar paso a la teoría y actividades prácticas de cada tema, que aporta al proceso de cada paciente.

¿QUÉ ES UNA SUSTANCIA?

Según la Organización Mundial de La Salud (2021):
La sustancia es aquella que puede ser introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas

CLASIFICACIÓN SEGÚN DSM-V:

Según (Asociación Americana de Psiquiatría, 1967):

Los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas:

- El alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina [o las arilciclohexilaminas con acción similar] y otros alucinógenos), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas) (pág.481).

¿QUÉ ES UNA ADICCIÓN?

Según (Becoña, I. E., & Cortés, 2010): Una característica común y central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fuercen a buscarlo (pág.15).

3

¿QUÉ PASA EN MI CEREBRO?

Según (Becoña, I. E., & Cortés, 2010):

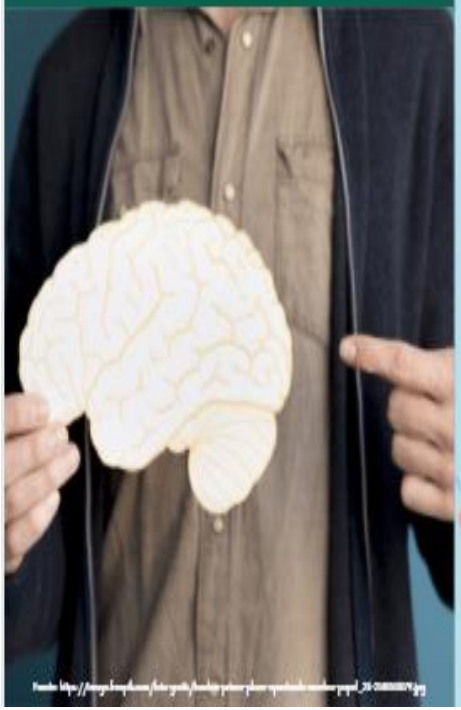
El circuito del placer o circuito de recompensa desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas. Se trata de un circuito cerebral existente no sólo en el ser humano sino compartido con la gran mayoría de los animales. Es, por tanto, un sistema primitivo.

De manera natural, este circuito es básico para la supervivencia del individuo y de la especie, ya que de él dependen actividades placenteras como la alimentación, la reproducción, etc. La activación del circuito de recompensa facilita el aprendizaje y el mantenimiento de las conductas de acercamiento y consumatorias, en principio, importantes y útiles para la adaptación y la supervivencia. De alguna manera, el consumo de sustancias no hace sino secuestrar, piratear, pervertir dicho circuito del placer, y consigue que el sujeto aprenda y tienda a realizar conductas de consumo de la sustancia, así como a mantener en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo (pág.35).

CIRCUITO DE RECOMPENSA

4

¿QUÉ PASA EN MI CEREBRO?



Según (Becoña, I. E., & Cortés, 2010): El objetivo último del sistema de recompensa es perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias, ya sea de manera directa o indirecta, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto tienda a volver a consumir (pág.35).

CIRCUITO DE RECOMPENSA (Ver Anexo 1)

5

¿QUÉ PASA EN MI CEREBRO?

El paciente comenta....

- José de 48 años de edad, consume alcohol desde que tenía 13 años, comenta que cuando empezó a consumir, lo hizo con pocas botellas y sentía placer al beber, cuando tenía 25 años de edad se veía en la necesidad de consumir muchas más botellas para sentir esa sensación placentera al beber, actualmente busca ayuda porque el consumo de alcohol le ha hecho perder el control al no saber frenar esa conducta.

Ejemplo de EXPLICACIÓN

6

¿QUÉ PASA EN MI CEREBRO?

El paciente comenta....

- José recibe ayuda y el profesional le explica que en su sistema de recompensa se liberan cantidades normales de dopamina que generan placer por ejemplo: al comer o saciar la sed pero cuando él empezó a consumir alcohol, en un principio la cantidad de dopamina que le generaba placer era la normal, después iba incrementando su consumo, los niveles de dopamina se elevaron desequilibrando al circuito de recompensa, por lo tanto, para sentir esa sensación placentera inicial al consumir alcohol, ahora necesita consumir mucho más para obtener esa respuesta placentera, generando una conducta adictiva.

7

¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA A LA SUSTANCIA?

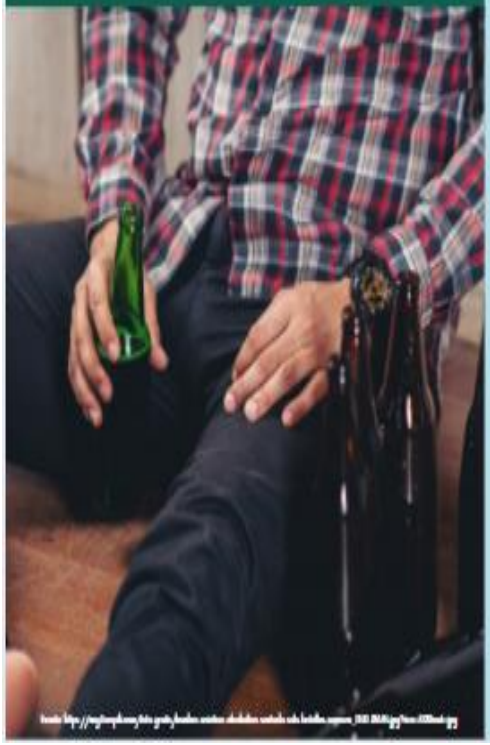
- José cuando dejó de consumir alcohol por una semana, refiere sentir malestar psicológico, malestar físico, y malestar fisiológico.

- Entre los principales síntomas comenta que siente ansias por consumir, pérdida del control, dolor físico, náuseas, temblores, fátiga, etc., los síntomas desaparecen cuando el paciente José retoma el consumo de alcohol.

Ejemplo EXPLICATIVO

8

¿QUÉ ES LA TOLERANCIA A LA SUSTANCIA?



- José de 48 años de edad , empezó a consumir con 2 botellas de alcohol cada semana a sus 13 años, pero cuando tenía 17 años necesitaba consumir 7 botellas de alcohol para sentir esa sensación placentera que sintió la primera vez que consumió alcohol, mientras pasaban los años fue incrementando la cantidad de botellas de alcohol a su consumo, porque la dosis que tomaba no le generaba satisfacción. Comenta que a sus 48 años de edad puede beber 50 botellas él solo hasta perder el conocimiento.

Ejemplo EXPLICATIVO

9

¿QUÉ ES LA SÍNDROME DE ABSTINENCIA?

- José refiere que actualmente que no ha consumido alcohol y presenta síntomas de abstinencia como temblores severos, sudoración, debilidad, agitación, dolor de cabeza, náusea y vómito, ritmo cardíaco acelerado.
- Comenta que después de 24 horas después de haber dejado de beber, presentó convulsiones.

Ejemplo EXPLICATIVO

10

¿QUÉ ES LA CODEPENDENCIA?

- La familia de José refiere que su consumo ha hecho que se desgasten emocionalmente porque sus padres han enfermado ya que lo han apoyado para que no recaiga en el consumo, sin obtener resultados por parte de José. Su esposa comenta que se siente muy cansada y triste ya que el no cambia su conducta de consumo y está pensando en la posibilidad de divorciarse porque siente que ya no puede ayudarle, los hijos de José han empezado a tener malas calificaciones en sus estudios porque son quiénes van a buscar a su padre cuando se pierde semanas o meses cuando se encuentran consumiendo.

Ejemplo EXPLICATIVO

11

¿TENGO DIFICULTADES EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS DE MI VIDA?

- Se sugiere preguntar a los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo con cuál de los anteriores ejemplos se han identificado y ¿porqué?

- Se sugiere preguntar a los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo ¿Cuáles serían los aspectos de su vida que presentan dificultades a causa del consumo?

12

SÍ ME IDENTIFICO CON LOS CONCEPTOS ANTERIORES ¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR ?

- Ej: José no cuenta con los recursos económicos para acercarse a un profesional privado por lo cual ha optado por acercarse al Centro de Salud más cercano a su domicilio, en este lugar va a contar con la ayuda de profesionales:

Psicólogos Clínicos

1. Prestan atención psicológica individual
2. Atención psicológica en el Servicio Ambulatorio Intensivo

- Dependiendo de cada caso se orientará al paciente en caso de que necesite acudir a otro servicio como Psiquiatría.

"Mi voluntad es el primer paso para el cambio"

13

TEMAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo (AFCC)

- Según (Gaona et al., 2011) Desde el punto de vista de las personas que consumen, la conducta de consumo puede ser considerada como una conducta adaptativa, es decir, puede estar funcionando como una respuesta de afrontamiento ante una serie de dificultades paralelas. Entrenar a los consumidores para que sean capaces de enfrentar estímulos y eventos, externos o internos (pág.18).

14

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo (AFCC)

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo (AFCC)

- Es importante realizar un reconocimiento de la conducta para empezar un análisis funcional.
- Se pretende guiar al paciente para que pueda reconocer por sí mismo, el por qué se da una conducta de consumo que a su vez trae consigo consecuencias negativas y positivas.

El objetivo de identificar los factores internos y externos que llevan al consumo permiten al paciente obtener el control de la conducta de consumo y prevenir las consecuencias negativas de la misma.

15

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo (AFCC)

¿Por qué llego a consumir?

DISPARADORES

"Porque tengo problemas ej.: con mi familia, mi pareja, en mi trabajo, etc."

"Porque quiero celebrar un día festivo ej.: Día del padre"

CONDUCTA

Se da el consumo de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, etc.)

CONSECUENCIAS

El consumo me puede traer consecuencias positivas a corto plazo

El consumo me puede traer consecuencias negativas a largo plazo

Elaborado por: Urrea-Muñoz, E. (2021)

16

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo (AFCC)

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

- Como se observa en el esquema anterior existen disparadores de la conducta de consumo, que pueden ser:

Factores internos:

- **cómo me expreso** (estoy enojado con mi pareja y por eso me iré a beber con mis amigos),
- **cómo pienso** ("solo bebo cuando tengo problemas porque ayuda a calmarme, no tengo un problema de consumo"),
- **qué estoy sintiendo** (siento sudoración, mi ritmo cardíaco se acelera, siento dolores de cabeza pero el beber me calma).

17

Análisis Funcional de la Conducta de Consumo (AFCC)

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Factores externos:

- **como personas** (mis amigos, mi pareja, mi familia, mis compañeros de trabajo, mi vecino, etc.),
- **lugares que frecuentaba** (tienda de mi barrio, la casa de mis amigos, afuera de mi trabajo, en la casa de mi padre, etc.),
- **situaciones** (cuando me peleo con mi pareja, cuando tengo un mal día en el trabajo, cuando es una fecha festiva).

- Aplicar Anexo 2 primera parte

18

Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)

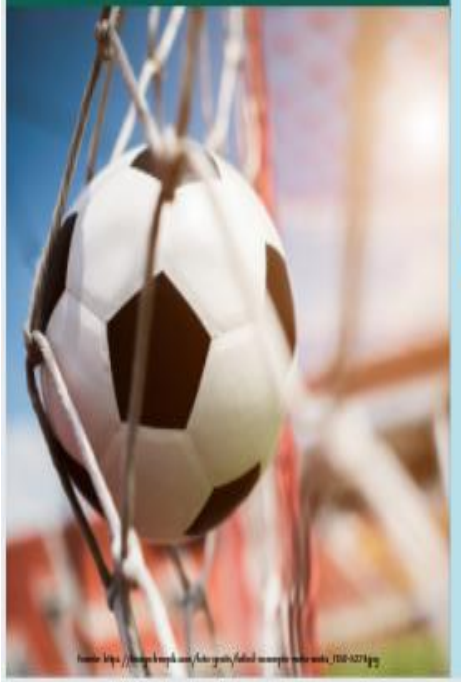
TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)

Según (Gaona et al., 2011) El AF de una Conducta de No Consumo tiene como propósito demostrar a las personas que tienen o tuvieron actividades o conductas gratas que disfrutan o disfrutaron y que no involucran a las drogas, así como la existencia de diversos beneficios que se asocian a dichas actividades o conductas (pág.25).

19

Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)



TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

- Se pretende guiar al paciente para que pueda reconocer por sí mismo, que actividades no tienen nada que ver con el consumo y cuáles son las consecuencias negativas y positivas para su vida, siendo las positivas las más relevantes. Para ello, se puede preguntar a los pacientes que actividades agradables pueden realizar para no llegar al consumo.

20

EJEMPLO:
Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)

- **Ej.**: José comenta que solía disfrutar jugando fútbol, pero cuando tenía problemas con su esposa prefería ir a beber y no iba a jugar fútbol, añade que al reconocer que puede realizar una actividad beneficiosa como éste deporte y no beber cuando siente que tiene un problema le ha hecho sentirse mejor ya que lleva dos semanas jugando fútbol cuando tiene problemas con su su esposa y al llegar a casa tiene una conversación más tranquila con su ella, llegando a acuerdos .

Elaborado por: Urrea-Muñoz, E. (2021)

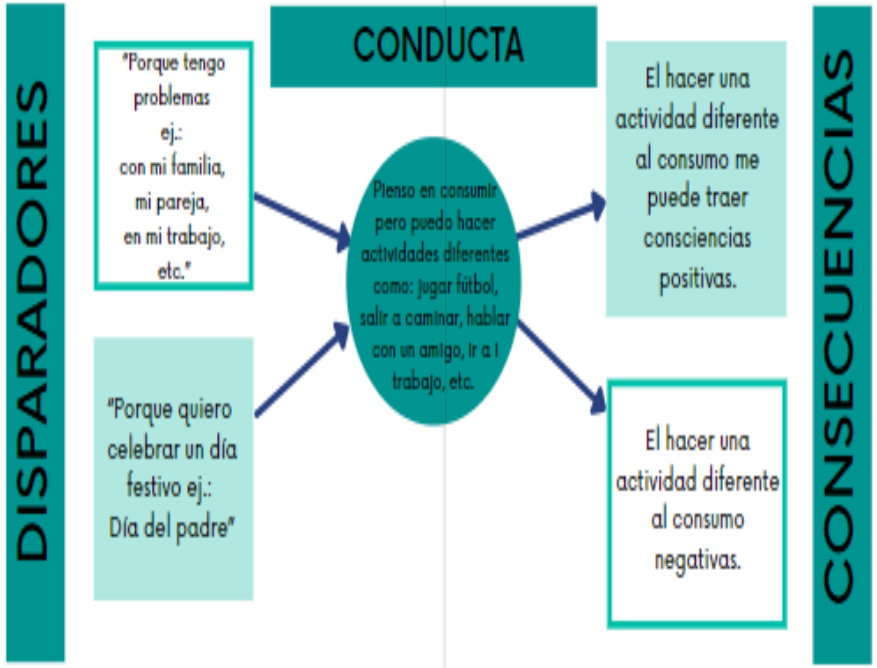
- El objetivo de identificar los factores internos y externos que llevan al consumo, permiten al paciente obtener el control de la conducta de consumo y prevenir las consecuencias negativas de la misma.

21

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)

¿Qué actividades puedo realizar para no llegar a consumir?



Elaborado por: Urrea-Muñoz, E. (2021)

22

Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Como se observa en el esquema anterior existen disparadores de la conducta de consumo, que pueden ser:

Factores internos:

- **cómo me expreso** (estoy enojado con mi pareja y por eso me iré a beber con mis amigos),
- **cómo pienso** ("solo bebo cuando tengo problemas porque ayuda a calmarme, no tengo un problema de consumo"),
- **qué estoy sintiendo** (siento sudoración, mi ritmo cardíaco se acelera, siento dolores de cabeza pero el beber me calma).

Análisis Funcional de la Conducta de No Consumo (AFCNC)

TEMA 1
Análisis Funcional de la Conducta de consumo y no consumo

Factores externos:

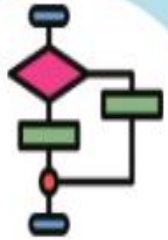
- **como personas** (mis amigos, mi pareja, mi familia, mis compañeros de trabajo, mi vecino, etc.),
- **lugares que frecuentaba** (tienda de mi barrio, la casa de mis amigos, afuera de mi trabajo, en la casa de mi padre, etc.),
- **situaciones** (cuando me peleo con mi pareja, cuando tengo un mal día en el trabajo, cuando es una fecha festiva).

- Aplicar Anexo 2 segunda parte.
- Aplicar Anexo 3 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD).

Diagrama de Cadena habitual y diagrama de cadena de cambio

Diagrama de Cadena habitual y diagrama de cadena de cambio

El diagrama de cadena habitual le permite al paciente reconocer paso a paso la secuencia que lleva para llegar a un consumo, "Una serie de decisiones tomadas sin pensar lo van colocando en un callejón sin salida donde la difícilmente logrará rehusarse" (Gaona et al., 2011).



25

Diagrama de Cadena habitual y diagrama de cadena de cambio

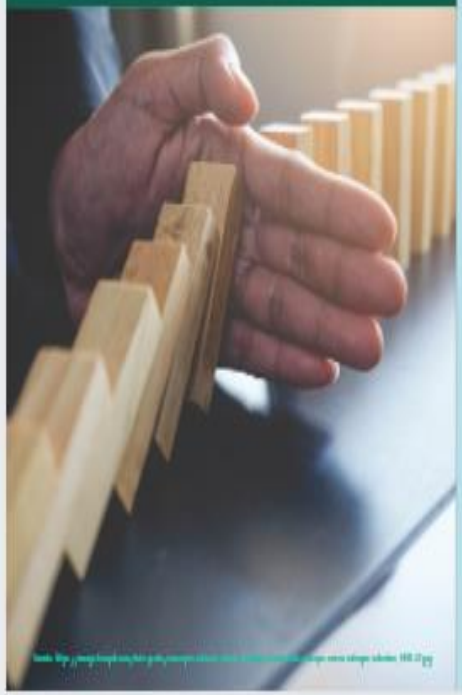
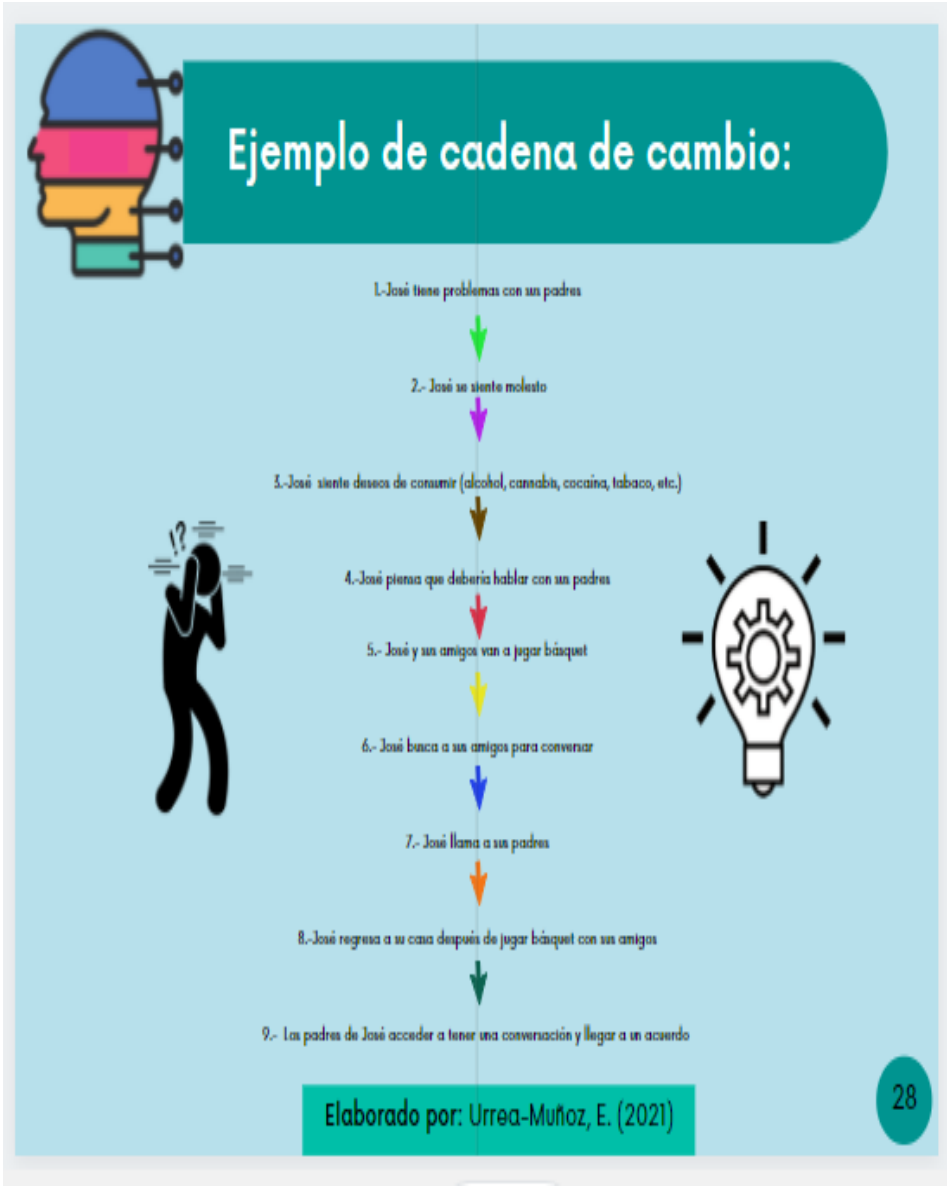


Diagrama de Cadena habitual y diagrama de cadena de cambio

- Se sugiere añadir algunas preguntas a la actividad práctica como:
  - ¿Qué factores me llevan a consumir, internos o externos?
  - ¿Qué paso de la cadena me resulta más fácil de romper para generar un cambio positivo?
  - ¿Por qué es importante que rompa con los pasos que me llevan al consumo en mi cadena?

26

Ejemplo de cadena habitual:
1.-José tiene problemas con sus padres
2.-José se siente molesto
3.-José siente deseos de consumir (alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, etc.)
4.-José no llega a dormir a su casa por una semana
5.-José consume (alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, etc.)
6.-José busca a sus amigos con los que consume
7.-José falta a su trabajo
8.- José regresa a su casa después de una semana
9.- Los problemas con los padres de José se han agravado.
Elaborado por: Urrea-Muñoz, E. (2021)
27


Ejemplo de cadena de cambio:
1.-José tiene problemas con sus padres
2.- José se siente molesto
3.-José siente deseos de consumir (alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, etc.)
4.-José piensa que debería hablar con sus padres
5.- José y sus amigos van a jugar básquet
6.- José busca a sus amigos para conversar
7.- José llama a sus padres
8.-José regresa a su casa después de jugar básquet con sus amigos
9.- Los padres de José acceden a tener una conversación y llegar a un acuerdo
Elaborado por: Urrea-Muñoz, E. (2021)
28

- Es importante que el paciente sepa que con esta actividad podrá visualizar otras alternativas que no están relacionadas al consumo.

Diagrama de Cadena habitual y diagrama de cadena de cambio

- El objetivo de identificar la cadena habitual de consumo es permitirle al paciente reconocer las consecuencias negativas que le genera toda la secuencia de consumo, pero por otro lado se encuentra la cadena de cambio, en donde el paciente se enfrenta al paso que más difícil de cambiar/romper en su cadena habitual para generar un cambio y disminuir el consumo.

- Aplicar Anexo 4

29

Identificación de situación de riesgo y plan de cambio

- Esta estrategia el paciente deberá recordar cómo pudo enfrentarse en el pasado ante un deseo por consumir (alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, etc.). Se sugiere hacer preguntas como:
- ¿Qué hizo usted para que le permitiera calmarse cuando se sentía muy molesto, frustrado enojado, o cuando se enfrentó a un problema en su vida sin que sin que implique consumir una sustancia?

30

Por ejemplo:

Situación de riesgo:

- José se sentía enojado por los reclamos que su esposa le ha hecho, y piensa en ir a consumir pero también tiene en mente la opción de salir a caminar y aclarar sus ideas.

Plan de cambio:

- José cuando se sentía enojado con su esposa porque le reclamaba por haber consumido varios días, salió de su casa a caminar para poder pensar en arreglar el conflicto en su casa y no retomar el consumo.

Elaborado por: Urrea-Muñoz, E. (2021)

31

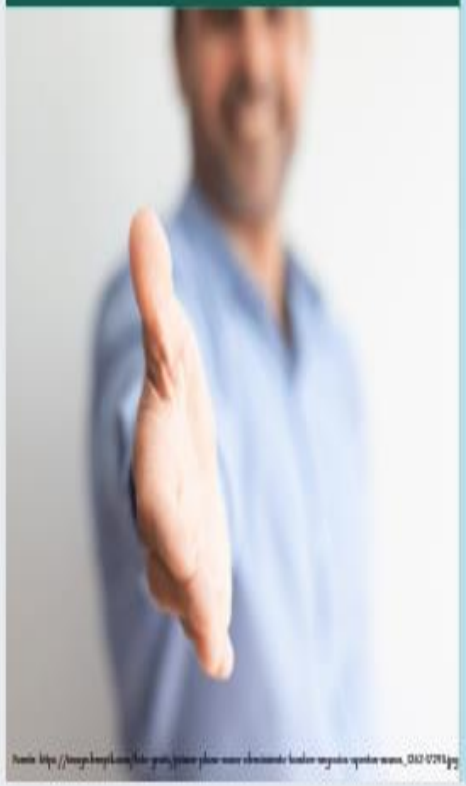
Identificación de situación de riesgo y plan de cambio

- Es importante que el paciente pueda identificar todas las situaciones de riesgo a las que se enfrenta, para ello se debe tomar en cuenta que hasta este punto el paciente debe identificar tanto los factores internos o externos que le pueden llevar al consumo, si no lo hace, se debe reforzar el reconocimientos de los factores para permitir al paciente elaborar su plan de cambio.

- El plan de cambio consiste en todas las alternativas positivas que puede utilizar el paciente ante las situaciones de riesgo de consumo a las que se podría enfrentar.

- Aplicar Anexo 5
- Aplicar Anexo 6

32



TEMA 2
Identificación de estrategias de autoayuda

Las estrategias Según (Tintaya, 2010) Son estructuras asimiladoras que el sujeto construye a lo largo de su vida. Los desafíos que asume, la necesidad de actuar de manera eficiente y eficaz, de aprender significativamente, de formarse y generar nuevas realidades en su comunidad hacen que se empeñe cooperativamente en cristalizar modelos de acción e integrarlos como un sistema de operaciones e intensidades subjetivas llamadas estrategias de aprendizaje. En estos emprendimientos, los procesos de autorregulación organizan y regulan las funciones de las estrategias de aprendizaje (pág.79).

Identificación de estrategias de autoayuda

- La Autoayuda Según (Manjón, 2014) Son los parámetros que presentan además una ubicación peculiar. Suelen ser entidades psicológicas que remiten únicamente al individuo. No se trata de colaborar, compartir o mejorar la justicia social. Se pretenden cuestiones como gobernar nuestra propia dependencia emocional, alimentar nuestro niño interior o aumentar la autoestima. Son parámetros ubicados en las cualidades del individuo, modificar los cuales es responsabilidad exclusiva suya (pág.293).

- En este apartado los pacientes podrán identificar que estrategias pueden ayudar en cada uno de sus casos para no llegar al consumo, para lo cual se sugiere aplicar las actividades prácticas adjuntas en los anexos. Las estrategias de autoayuda se refieren a las herramientas que se proporcionan a los pacientes pero que solo ellos pueden trabajar en ellas para generar una conciencia de cambio y dejar atrás el consumo.

- El objetivo de la actividad es reconocer los factores que giran en torno al consumo es un paso esencial para que cada paciente pueda utilizar las estrategias adecuadas para frenar un posible consumo.

- Aplicar Anexo 7
- Aplicar Anexo 8

TEMA 3
Visibilizar las redes de apoyo

Según (Aranda, B & Pando, M , 2014) el apoyo social es el conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc., y que es, al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos estresantes como las pérdidas, las enfermedades, los problemas económicos, etc. (pág.238).

35

Visibilizar las redes de apoyo

TEMA 3
Visibilizar las redes de apoyo

El apoyo de la familia en el paciente adicto

Según (Calvo Botella, 2007) Del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo, a su vez la familia influye en éste; se ha señalado, en este sentido, que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como con la familia actual provocó una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo (pág.49).

36

TEMA 3
Visibilizar las redes de apoyo

¿Cómo puedo identificar cuáles son mis redes de apoyo?

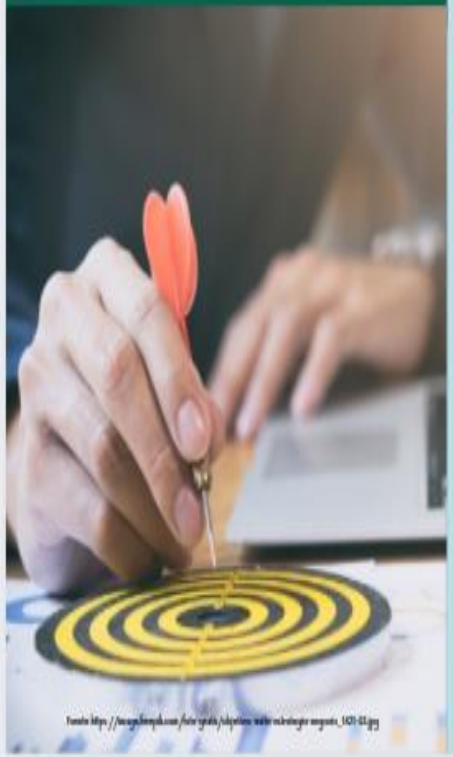
En los pacientes que están pasando por un consumo de sustancias el apoyo de familia cumple un papel importante ya que este apoyo va a permitir la identificación de las situaciones familiares problemáticas, que muchas veces son el disipador de la conducta de consumo, por tanto la familia en conjunto podrán ayudar al paciente a salir del consumo. Entre otras de la redes de apoyo con las que cuentan los pacientes es con las redes sociales de apoyo como amigos, vecinos, conocidos, compañeros de trabajo, etc., así también están las redes de apoyo institucionales como el sistema de salud, grupos de ayuda, grupo de AA o NA, comunidades religiosas, etc.

• El objetivo de este apartado se enfoca en que el paciente pueda visibilizar sus redes de apoyo.

- Aplicar Anexo 9
- Aplicar Anexo 10

37

TEMA ADICIONAL

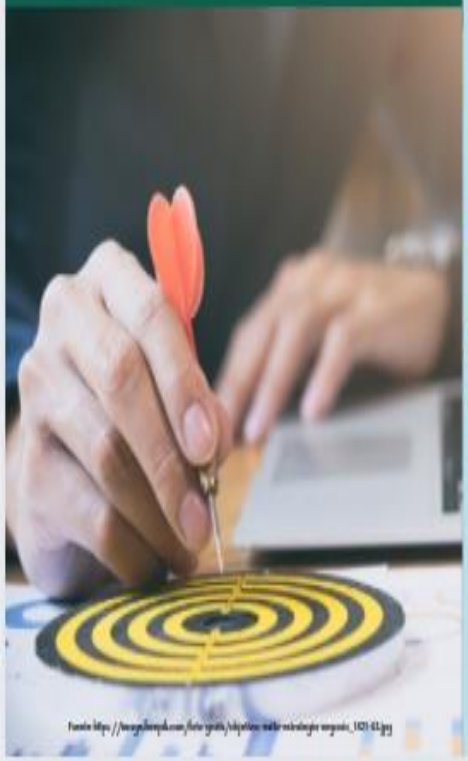


¿QUÉ ES EL PROYECTO DE VIDA?

Según (D'angelo, 2002) El Proyecto de Vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del Proyecto de Vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.

38

- Se sugiere orientar al paciente en terapia individual, sí considera que no tiene metas a fututo.



¿QUÉ ES EL PROYECTO DE VIDA?

El proyecto de vida contiene los ámbitos de la vida del paciente en cada uno de ellos se encuentra:

- el objetivo ¿Qué quiero lograr?,
- tiempo ¿En cuánto tiempo lo lograre?,
- las estrategias ¿Qué estrategias me van a permitir lograrlo?
- y los apoyos externos ¿Quiénes a mi alrededor me puedan apoyar para conseguir mis metas?

- El objetivo de esta actividad final es permitir acoplar todas las estrategias que se ha brindado a los pacientes y que cada uno de ellos pueda materializar sus objetivos en cuanto a su proyecto de vida.

- Aplicar Anexo 11

39

IMPLEMENTACIÓN

- Los temas que contienen la guía se han implementado durante seis sesiones con los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo, pero se pueden tomar en cuenta para extenderlo en más sesiones basándose en la teoría y en las actividades prácticas adjuntas.

40

ANEXOS

Anexo 1

Figura 1
Circuito de recompensa

Fuente: https://www.institutobolena.com/wp-content/uploads/2017/03/lasdrogas.jpg

Anexo 2 (primera parte)

Figura 2
Autorregistro de mi conducta de consumo

Nombre: Edad:

1. Autorregistro de mi conducta de consumo

¿Qué pasó?	¿Qué me motiva a hacerlo?	¿Cuáles son los factores ambientales que me ayudan a la conducta?	¿Cuáles son las consecuencias positivas de mi conducta a corto plazo?	¿Cuáles son las consecuencias negativas de mi conducta?
[illegible]	Emociones, sentimientos, pensamientos	Amigos, familiares, lugares, situaciones	[illegible]	[illegible]

Elaborado por (Gaona et al., 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Anexo 2 (segunda parte)

Figura 3
Autorregistro de mi conducta de no consumo

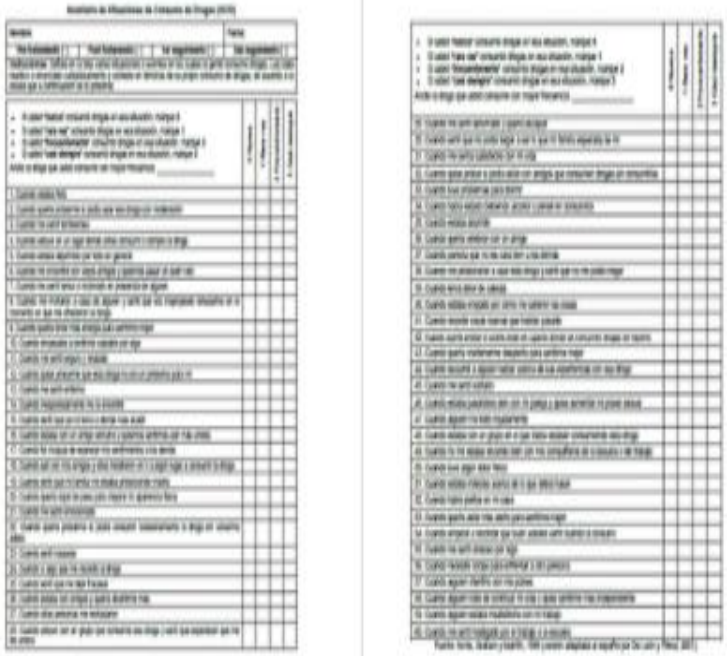
1. Autorregistro de mi conducta de no consumo

¿Qué pasó?	¿Qué me motiva a hacerlo?	¿Cuáles son los factores ambientales que me ayudan a la conducta?	¿Cuáles son las consecuencias positivas de mi conducta a corto plazo?	¿Cuáles son las consecuencias negativas de mi conducta?
[illegible]	Emociones, sentimientos, pensamientos	Amigos, familiares, lugares, situaciones	[illegible]	[illegible]

Elaborado por (Gaona et al., 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Anexo 3

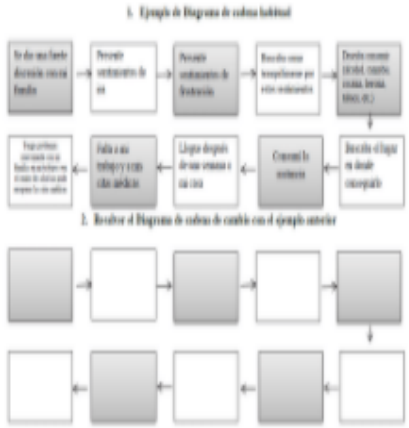
Figura 3
Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)



Elaborado por: Annis, H M. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug Taking Situations (IDS). Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.

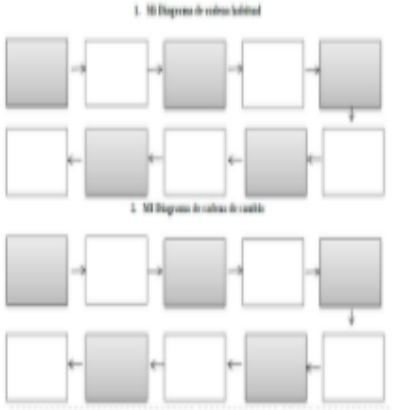
Anexo 4

Figura 4
Ejemplo de diagrama de cadena habitual y cadena de cambio
REALIZAR EN GRUPOS



Elaborado por (Gaona et al., 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Figura 5
Diagrama de cadena habitual y cadena de cambio
REALIZAR INDIVIDUAL



Elaborado por (Gaona et al., 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Anexo 5

Figura 6
Situaciones de riesgo y plan de acción
REALIZAR EN GRUPOS

Elaborado por (Gaona et al., 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Anexo 6

Figura 7
Situaciones de riesgo y plan de acción
REALIZAR INDIVIDUAL

Elaborado por (Gaona et al., 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

45

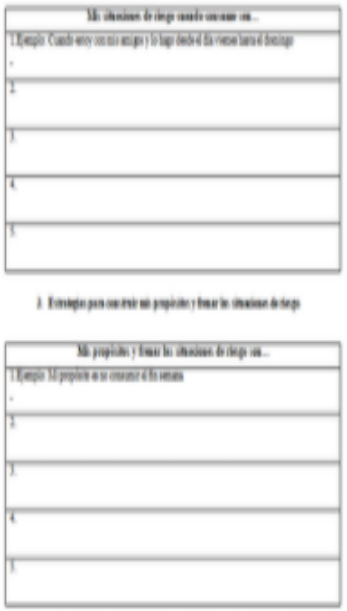
Anexo 7

Figura 8
Estrategia para identificar los factores de riesgo y factores protectores en torno al consumo

Elaborado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Anexo 8

Figura 9
Estrategia para identificar situaciones de riesgo y propósitos

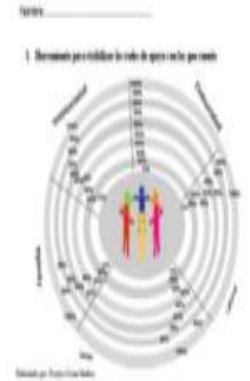


Elaborado por (OMS, 2011) y adaptado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

46

Anexo 9

Figura 10
Mis redes de apoyo



Mis redes de apoyo					
%	Familia	Sentimental	Comunidad	Laboral	Social
10%					
20%					
30%					
40%					
50%					
60%					
70%					
80%					
90%					
100%					

Elaborado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

Anexo 10

Figura 11
CUESTIONARIO DUKE-UNC

Nombre Fecha
Unidad/Centro Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Población diana Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según las siguientes criterios:	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Elaborado por: Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. (1988)

47

Anexo 11

Figura 12
Mi proyecto de vida

MI PROYECTO DE VIDA				
ÁMBITO	OBJETIVO	TIEMPO	ESTRATEGIAS	APOYOS EXTERNOS
INDIVIDUAL				
ESCOLAR				
FAMILIAR				
LABORAL				

Elaborado por Urrea-Muñoz, E. (2021)

48

CONCLUSIONES

- El análisis funcional de la conducta de consumo permite a los pacientes reconocer cuales son los factores tanto internos como externos que intervienen a la hora de llegar a una conducta de consumo, de igual forma pueden identificar cuáles son las consecuencias positivas y negativas del consumo.

49

CONCLUSIONES

- El análisis funcional de la conducta de no consumo permite ver a los pacientes otras alternativas que pueden utilizar para no llegar al consumo de las sustancias, entre las cuales están: la actividad física, el contacto social, o actividades que les hayan resultado agradables y eficientes a la hora de frenar una conducta de consumo, la actividad práctica (anexos) les permite evidenciar nuevas alternativas.

50

CONCLUSIONES

- Es importante que los pacientes vayan reconociéndose en cada uno de los temas desarrollados, ya que contienen una secuencia lógica encaminada a la disminución o eliminación de la conducta de consumo.

51

RECOMENDACIONES

- Se sugiere acompañar a los pacientes en la realización de cada una de las actividades prácticas, en caso de presentarse una dificultad en la identificación con las actividades es necesario reforzarlas.

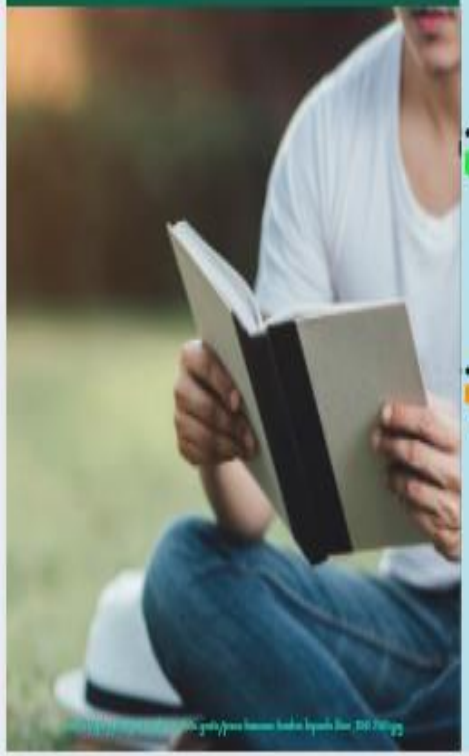
52

RECOMENDACIONES

- Es recomendable utilizar el anexo 3 Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), que permitirá reconocer cuales son las situaciones que representan mayor riesgo de consumo en cada uno los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo.
- Es recomendable utilizar el anexo 10 para reconocer cual es el reflejo de apoyo percibido que tienen los pacientes del Servicio Ambulatorio Intensivo.

53

GLOSARIO



- **Alcohol.**- Según (López et al., 2013) El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos (pág 2).
- **Anfetamina.**- Según (Robledo & Robledo, 2018) Las anfetaminas producen sensación de alerta, estimulación, mejoría del rendimiento intelectual y de la ejecución de tareas manuales, sensación de energía, disminución del cansancio, del sueño y del hambre. Tienen un gran potencial de abuso y pueden causar dependencia (pág.169).
- **Ansiolíticos.**- Se denomina a los psicofármacos recetados por un psiquiatra que cumplen con la función de disminuir la ansiedad.

54

GLOSARIO

- **Alucinógenos.-** Según (OMS, 1994) Es una sustancia química que induce alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos. Son ejemplos la lisergida (dietilamida del ácido lisérgico, LSD), la dimetiltriptamina (DMT), la psilocibina, la mescalina, la tenamfetamina (3,4-metilenodioxianfetamina, MDA), la 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA o éxtasis) y la fenciclidina (PCP) (pág.17).

- **Cafeína.-** Según (EFSA, 2014) es un compuesto químico que se encuentra de forma natural en componentes vegetales como los granos de cacao y café, las hojas de té, las bayas de guaraná y la nuez de cola, entre los efectos perjudiciales a corto plazo en niños y adultos se encuentran los problemas relacionados con el sistema nervioso central como el sueño interrumpido, la ansiedad y los cambios en el comportamiento (pág.1).

- **Cannabis.-** Según (Moya Garcia, 2006) El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico. Tras una fase inicial de estimulación (euforia, bienestar, aumento de la percepción, ansiedad), le sigue una fase donde predomina la sedación (relajación, somnolencia, sueño). Se produce una agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, así como una ligera distorsión del espacio y tiempo. También aparece risa fácil, locuacidad y aumento del apetito. Paralelamente se altera la memoria reciente, y existe dificultad en la concentración, disminución de la atención e incoordinación motora (pág.36).

- **Cocaína.-** "La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro" (Volkow, 2010).

- **Codependencia.-** Según (Calvo Botella, 2007) La persona codependiente convierte al consumidor en su principal prioridad y vive en función de él (ella), aplicando una serie de reglas que no son eficaces para "curar" al adicto y que se repiten una y otra vez, entre los cuales se hayan a menudo la hiperprotección y justificación (pág.50).

- **Dependencia.-** Según (OMS, 1994) En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal (pág.29).

GLOSARIO

- **Dopamina.-** Según (Organización Mundial de la Salud, 2005) un neurotransmisor derivado del aminoácido tirosina, está estructuralmente relacionada con la norepinefrina y produce potenciales postsinápticos inhibitorios. Está involucrada en el movimiento, el aprendizaje y la motivación. La dopamina desempeña un papel crucial en la neurobiología de las dependencias (pág.34).

- **Estimulantes.-** Según (Ricardo Chávez-Gutiérrez et al., 2012) Estimulante, es aquella sustancia que acelera la actividad del sistema nervioso central (SNC) y las encontramos en diferentes presentaciones (pág.10).

- **Factores protectores.-** Según (Rodrigues, V & Castilla, 2018) Son aquellos factores personales, familiares y/o sociales que protegen al individuo del consumo de sustancias psicoactivas y que le permitirán enfrentar exitosamente los problemas, haciendo más difícil la su aparición (pág.50).

- **Factores de riesgo.-** Según (Rodrigues, V & Castilla, 2018) Es el elemento procedente del campo social, individual o de la propia naturaleza cuya presencia, ausencia, déficit o exceso hace que una persona se aproxime riesgosamente a tomar contacto con una sustancia adictiva y la consuma (pág.47).

- **Hipnóticos.-** Según (Azevedo et al., 2019) Los hipnóticos son fármacos que se utilizan cuando hay dificultades en el dormir que provocan un malestar o que interfieren con las actividades de la persona (pág.1).

- **Inhalantes.-** Según (Institute, 2009) Los inhalantes son un grupo diverso de sustancias volátiles, cuyos vapores químicos se pueden inhalar produciendo efectos psicoactivos, es decir, que alteran la mente. Si bien hay muchas otras sustancias de abuso que se pueden inhalar, el término "inhalantes" se utiliza para describir aquellas sustancias que rara vez o nunca se consumen por una vía diferente (pág.1).

GLOSARIO

- **Opiáceos.-** Según (OMS, 1994) Perteneciente al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio (Papaver somniferum), una adormidera que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia y, en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria (pág.46).

- **Sedantes.-** Según (Serna, 1998) Los sedantes constituyen un amplio grupo de fármacos que se emplean para mejorar la tolerancia ambiental, preservando la facultad de despertar espontáneamente ("sedación consciente") o sin preservarla, con pérdida parcial o total de la reactividad frente a estímulos ("sedación profunda"). Aunque pueden disminuir la intensidad de la percepción de los estímulos dolorosos al suprimir la ansiedad y la aprehensión, los sedantes carecen de actividad intrínseca analgésica, por lo que la agitación secundaria a dolor deberá manejarse siempre con analgésicos (pág.541).

- **Síndrome de abstinencia.-** Según (COPOLAD, 2014) Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas (pág.118).

- **Tabaco.-** Según (Saiz, 2003) El tabaquismo, considerado durante años un hábito, es en realidad una dependencia. La nicotina, el principio activo del tabaco es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. (Pág.441)

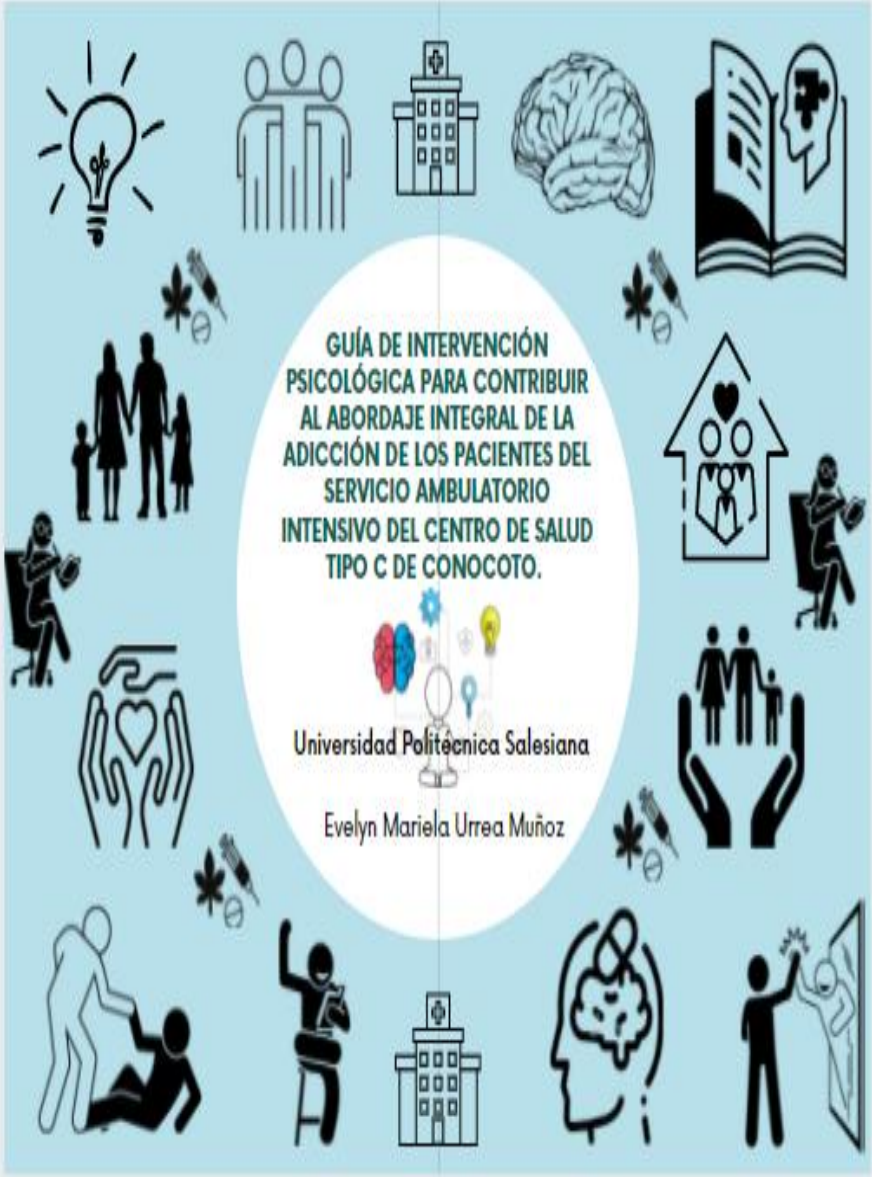
- **Tolerancia:** Es la necesidad imperiosa que el paciente tiene de seguir incrementando la cantidad de la sustancia para sentir la sensación agradable que sentía al principio del consumo.

Según (Sánchez Turet, 1991) la tolerancia se clasifica en los siguientes tipos:

1. **Tolerancia farmacodinámica:** es la que se presenta cuando después de la exposición a la droga, se requieren mayores niveles de la misma en el lugar de acción para conseguir una respuesta determinada.
2. **Tolerancia metabólica:** es el incremento de la capacidad para metabolizar la droga. Puede ser inducida por la propia droga o por cualquier otro agente farmacológico.
3. **Tolerancia cruzada:** fenómeno que tiene lugar cuando un órgano o sistema que presenta tolerancia a una determinada sustancia, desarrolla tolerancia a otra. Tal fenómeno sería subsumido dentro del de neuroadaptación recíproca.
4. **Pérdida de la tolerancia:** se relaciona con daño neuronal o con alteración del clearance metabólico. Se trata de un fenómeno que no se da en todas las drogas y que requiere ulterior investigación (pág.10).

REFERENCIAS

- Annis, H.M. & Martin, G. (1985). Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). Addiction Research, 443–445.
- Aranda B., C., & Pando M., M. (2014). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. Revista de Investigación En Psicología, 16(1), 233. https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1967). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). In E. M. Panamericana (Ed.), Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. (5a Ed. Ari).
- Azevedo, A. P. de, Aloe, F., & Hasan, R. (2019). Hipnóticos. Revista Neurociências, 12(4), 198–208. https://doi.org/10.34024/rnc.2004.v12.8851
- Becoña, I. E., & Cortés, T. M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. In Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., De Gruy, F.V., & Kaplan, B. H. (1988). UNC CFAR Social and Behavioral Science Research Core SABI Database SABI Database. 24(4), 50410.
- Calvo Botella, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. Salud y Drogas, 7(1), 45–56.
- COPOLAD. (2014). Glosario de términos en reducción de la demanda de drogas. 1–140. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/COPOLAD_I_Glosario_de_terminos_en_reduccion_de_la_demanda_de_drogas.pdf
- D'angelo, O. (2002). Proyecto De Vida Y Desarrollo Integral Humano. Revista Internacional Crecemos, 1(Año 6), 31. http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf
- Delgado Delgado, D., & Pérez Gómez, A. (2004). La codependencia en familiares de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. Psicothema, 16(4), 632–638. http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1006795&orden=482756&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=1006795
- EFSA. (2014). La cafeína ¿ Qué es la cafeína? ¿ Por qué ha realizado EFSA la evaluación de riesgos? European Food Safety Authority. https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/corporate_publications/files/efsaexplainscaffeine150527es.pdf

REFERENCIAS

- Gaona, L., Escamilla, E., & Sánchez, E. (2011). Terapia individual para la atención del consumo de sustancias psicoactivas Un enfoque cognitivo conductual Manual de apoyo al terapeuta. CyberPsychology & Behavior, 4(4), 1698–7969. http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf%0Ahttps://ac-els-cdn-com.sire.ub.edu/S0272735810001777/1-s2.0-S0272735810001777-main.pdf?_tid=7c9c3564-5a28-4975-bc5e-305e67c079508acdnat=1527089975_eeb1c451a69582424b6ac12614bfeae8
- Instituto, N. on D. B. (2009). Los inhalantes. 1–6.
- López, J. A., Martínez, J., Román, Ramos Cardero, P., Redondo del Río, P., Camina Martín, A., Mateos Silleras, B. de, López Mongil, R., Niño Martín, V., Aranceta Bartrina, J. 1952-, Aníbal Pérez Rodríguez, I., Néstor, ;, Espinosa Sánchez, R., Cicely, N., Contreras, I., Alfonso, D., Merchán, P., Brandon, N., Gisela Pita Rodríguez Dra Beatriz Basabe Tuero Dra C Santa Jiménez Acosta Lic Onay Mercader Camejo, D. C., … Molina, H. (2013). Alcohol y atención primaria de la salud Alcohol y atención primaria de la salud. Organización Panamericana de La Salud Salud, 274(1), 3–148. https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Manjón, J. (2014). La Autoayuda y el Consejo como Procedimientos Psicoterapéuticos. Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34(122), 283–300. https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000200004
- Moya García, C. (2006). Informe sobre Cannabis. Ministerio de Sanidad, 78–79.
- OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.
- OMS. (2011). Estrategias de Autoayuda (Organización Mundial de la Salud (Ed.)).
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Neurociencia Del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas-Resumen, 256–258.
- Ricardo Chávez-Gutiérrez, J., Williams Monjivar Chacón, J., María Sánchez Cerrato, A., Román Murcia Tovar, M., & Pineda Fajardo, M. (2012). Consumo de estimulantes por los estudiantes universitarios ¿Se usa o se abusa? Revista Científica de La Escuela Universitaria de Las Ciencias de La Salud, 1(1), 8. http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS1-1-2014-4.pdf
- Robledo, P., & Robledo, P. (2018). Las anfetaminas - Revisión. 10(3).
- Rodrigues, V & Castilla, N. (2018). Manual para la prevencion de consumo de drogas. 1–185. http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/guias/MANUAL DE PREVENCION.pdf
- Satz, I. (2003). Plan Nacional de Control de Tabaquismo. José María Saavedra Rodríguez, 77(1), 441–473. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n4/plan.pdf
- Sánchez Turet, M. (1991). Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos. Anuario de Psicología, 49, 5–18.
- Serna, A. V. (1998). Dolor agudo , analgesia y sedación en el niño (IIIb): de los sedantes Benzodiazepinas : 48, 541–548.
- Tintaya, P. (2010). Estrategias orientadoras del aprendizaje. Estrategias Orientadoras Del Aprendizaje, 6, 5–102.
- Volkow, N. (2010). Cocaína : Abuso y adicción – Reporte de Investigación Cocaína. Drug Base, March. https://www.drugabuse.gov/es/download/1141/cocaina-abuso-y-adiccion-reporte-de-investigacion.pdf?v=3f3fb3f0903dfa8879388c2a5d086cb9