



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

**Implementación de un Modelo de Atención Integral para la conducta adictiva en
el departamento del Chocó**

INVESTIGADORES

Luz Amparo Jaimes Peñaranda

ASESOR

Arlex Uriel Palacios Barahona

UNIVERSIDAD CES

Facultad de Medicina

División de Salud Pública

Maestría en Drogodependencia

Línea de investigación: Proyecto de Desarrollo

Medellín, 15 de Diciembre del 2020



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

**Implementación de un Modelo de Atención Integral para la conducta adictiva en
el departamento del Chocó**

INVESTIGADORES

Luz Amparo Jaimes Peñaranda

ASESOR

Arlex Uriel Palacios

UNIVERSIDAD CES

Facultad de Medicina

División de Salud Pública

Trabajo de investigación para optar al título de

MAGISTER EN DROGODEPENDENCIA

Medellín, 15 de Diciembre del 2020

RESUMEN

Palabras clave: Modelo de atención, IPS, adicciones, sustancias psicoactivas

Las condiciones de salubridad y de necesidades básicas insatisfechas del Departamento del Chocó, han sido objeto de múltiples llamados de atención a nivel nacional, debido a su precariedad. Las tasa de fecundidad, mortalidad infantil, mortalidad materna, analfabetismo y desempleo, se encuentran entre las más altas del País. El consumo de sustancias adictivas, entre ellas el alcohol, y la cocaína, a las edades más productivas de la vida (25-34 años), se encuentran por encima del promedio nacional. Las consecuencias de estas condiciones, son evidentes en la vida cotidiana de la región, existe un evidente pobre resultado en el desarrollo, aumento de economías ilícitas, en consecuencia, de la violencia civil y delincuencia juvenil. Hasta la fecha, no ha habido una política pública, clara y definida, para el abordaje de los problemas de salud mental de la población del departamento, y tampoco para la atención de las conductas adictivas, a pesar de su alta prevalencia. Por la misma razón, tampoco existe en la región, un centro especializado en el tratamiento de los trastornos mentales y por consumo de sustancias, que cumpla con los requerimientos básicos, sin embargo parcialmente se responde a la necesidad de atender las patologías de urgencias. Por lo tanto, el departamento requiere con premura, de la implementación de tratamientos especializados en la atención de los usuarios de sustancias adictivas, que impliquen intervenciones de tipo multimodal, costo-eficientes y basadas en la evidencia.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la ciudad de Quibdó hay ausencia en la capacidad instalada de un servicio de atención integral ambulatoria, dirigido a usuarios consumidores de sustancias psicoactivas, y otras adicciones. Según la CICAD, en su informe sobre el consumo de sustancias en las Américas, existe un aumento progresivo en los últimos años, del consumo de todo tipo de sustancias, especialmente de la Marihuana, un inicio más temprano de la edad de primer consumo, especialmente el alcohol, asociado a conductas de riesgo y un aumento progresivo del consumo en mujeres en comparación con los hombres. (1) Como sucede en el resto del mundo, en Colombia, la sustancia más usada es la Marihuana, seguida por cocaína, bazuco y éxtasis, como señala el observatorio de drogas en su informe 2017, el consumo se ha incrementado en el país, además se ha ampliado la diversidad de sustancias de abuso. La prevalencia de uso alguna vez en la vida, pasó de 8,8% en el 2008, a el 12% en 2013, y la prevalencia de uso en el último año, pasó de 2,6 a 3,6%(2). En escolares, en los estudios del 2011 – 2016, se evidenció igualmente, un aumento de la prevalencia año de uso de esta sustancia, situándose casi en el 8%, por arriba del 5,2% del resultado del 2011(3). Se resalta además el uso de marihuanas más potentes o sintéticas, llamada cripi, de la cual, 7 de cada 10 estudiantes que usan marihuana, han usado esta última. En esta misma población, los inhalantes, cocaína y tranquilizantes sin prescripción médica, son las sustancias más usadas, luego de la marihuana. (4)

A nivel regional, resultados de los estudios nacionales sobre el territorio del Chocó: muestran un aumento de la prevalencia de uso/mes, del consumo de Marihuana, aumento proporcional del consumo de Cocaína en mujeres y aumento de la prevalencia año, del consumo de alcohol y Tabaco en los estudios comparativos del 2011 y 2016, en niños entre 12 y 18 años. Más preocupante aún, reducción de la percepción del riesgo de uso de vez en cuando y de manera frecuente de inhalables, cocaína, bazuco y éxtasis en adolescentes de 12 a 18 años. Retomando los resultados del estudio nacional del 2013, en el departamento, el 44,6% de la población declaró haber tomado una bebida alcohólica en los últimos 30 días, previos a la consulta, por lo tanto, el consumo durante el último mes en el Chocó, superó en más de 8 puntos porcentuales a la media nacional de 35,8%. (4)(5). La mayor sustancia de consumo en el departamento es el Alcohol, posiblemente asociado a factores culturales que han naturalizado su uso desde temprana edad y desde el ambiente familiar. También es evidente la mayor disponibilidad de otras sustancias ilícitas, especialmente en los municipios de las costa pacífica, relacionado con la existencia de corredores de tráfico de salida de drogas, lo que ha redundado en el evidente mayor consumo de cocaína en los municipios de Bahía Solano y Juradó, dado que esta mercancía es “pescada en el mar” por los lugareños y vendida al menudeo, generando mayor riesgo de consumo a nivel local.(6)

Como consecuencia del aumento de consumo de sustancias y aumento de la disponibilidad de la misma en el departamento, se encuentra un mayor riesgo de todos los factores asociados al consumo, a nivel individual, familiar, y social, generando mayor

probabilidad de perpetuación de problemáticas como son el abandono escolar, la violencia intrafamiliar, de género, y violencia civil, en la cual la ciudad de Quibdó es la segunda ciudad capital con la mayor tasa de muertes violentas por 100 mil habitantes del país. (7)

Dentro de las causas de esta problemática, se destaca el bajo desarrollo de los servicios de salud en el Departamento, que de por sí, ocupa el primer lugar en Colombia en el porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas, con un 79.2%, muy por encima del promedio nacional: 27.8%. Es decir, una gran mayoría de habitantes, presentan viviendas inadecuadas o en hacinamiento, o familias con niños que no van a la escuela.(6).

De esta situación se desprende, el hecho que las necesidades en salud, también son precariamente atendidas, dado que se cuenta con una sola institución de salud de II nivel, para todo el departamento, la cual incluye una unidad de salud Mental, que cuenta con 10 camas hospitalarias, y que no cuenta con servicio especializado para la atención de usuarios en consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones. De manera subjetiva, ya que no hay estadísticas locales, se ha observado en los últimos 10 años, que, entre los pacientes con ingresos a esta unidad de salud mental, predominan los consumidores de sustancias, con el agravante que presentan síntomas de agitación psicomotora y psicosis asociados, generando mayor probabilidad de que estemos frente a un aumento de la patología dual, no diagnosticada con certeza aún.

Existe además en el imaginario local y cultural, una tendencia a la búsqueda de tipos de atención intrahospitalario, para el tratamiento de la patología adictiva, como para el tratamiento de la patología mental mayor, imaginario que predomina no solo en la familia y ambiente social que rodea a quien padece de estas condiciones, sino que ha permeado también la esfera de los trabajadores de la salud y los tomadores de decisiones, que priorizan los tratamientos de internamiento o de niveles superiores de atención, por encima de las intervenciones ambulatorias e incluso por encima de las intervenciones de tipo preventivo y de promoción de la salud. La ausencia de un servicio especializado para la atención de la enfermedad adictiva, se constituye en un problema de alta magnitud para la sociedad del departamento, para los usuarios que padecen esta condición de adictos, y especialmente para los servicios de salud, ya en precaria situación de desarrollo.

Es evidente que este tipo de usuarios, están sobrepasando la capacidad instalada del servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Asís y de su unidad de salud mental. Dado que hasta el momento, esta IPS, ha sido el centro de atención principal para estos usuarios, en los casos de urgencias o de psicosis agudas, es a este nivel de atención a donde son referidos los pacientes procedentes de todo el departamento del Chocó, dado que las otras IPS existentes, no cuentan con el servicio de psiquiatría, por un lado, y por otra parte, el talento humano médico y paramédico, no cuenta con el entrenamiento suficiente para el tratamiento de urgencias y de primera atención de estos pacientes. Existen servicios ambulatorios de primer nivel, que cuentan con atención de psicología,

sin embargo, no existen modelos de atención integral, que intervengan en forma especial la patología adictiva.

Para el sistema de salud se generan altos costos a nivel de tratamientos hospitalarios, sin que se haya podido demostrar, que estos costos realmente impactan en un control de la enfermedad a mediano ni a largo plazo. (8)

Hasta la fecha, las dificultades encontradas para ofrecer un servicio de atención para estas patologías, radican en la ausencia de un modelo de atención integral, que involucre, más allá de la desintoxicación y deshabituación, un programa de prevención de recaídas, habilidades sociales y de recuperación temprana, de tipo ambulatorio, que genere mayor impacto costo/beneficio, que sea atractivo para los tomadores de decisiones a nivel departamental y local, esta es la propuesta que estamos presentando en este proyecto de desarrollo.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Caracterización Regional:

El Departamento del Chocó, está localizado en el noroeste del país, en la región del Pacífico colombiano. Comprende las selvas del Darién y las cuencas de los ríos Atrato y San Juan. Su capital es Quibdó. Es el único departamento de Colombia con costas en los océanos Pacífico y Atlántico y único limítrofe con Panamá; comprende la mitad del litoral nacional en el océano Pacífico: tiene una extensión aproximada de 46.530 Kms², equivalente al 4,07% del total de la extensión del país, conformado por 30 Municipios distribuidos en cinco regiones, denominadas: Atrato, San Juan, Pacífico Norte, Pacífico Sur y Darién. Tiene una población total para el año 2018 de 515.145 habitantes, según cifras estimadas a partir de la población censada en 2005; concentrándose el 22.6% en Quibdó, Capital del Departamento y el 77.4% en los 29 Municipios restantes. El 49.1% de los habitantes del departamento residen en Área Urbana. (11)

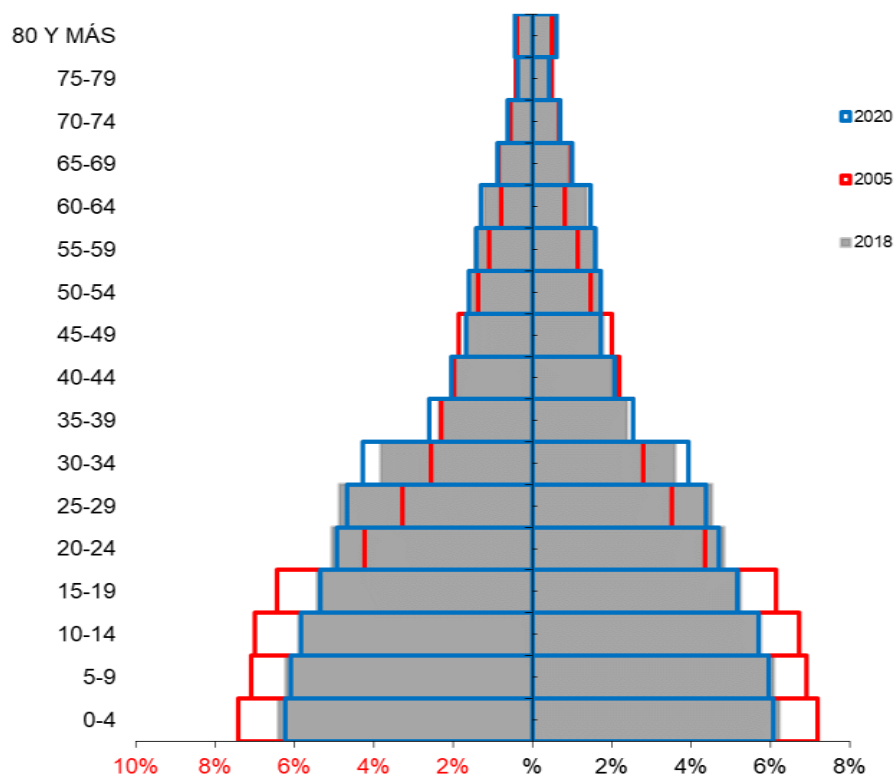
Caracterización Demográfica

El Departamento del Chocó, es un territorio pluri-étnico y multicultural: según el DANE, a partir del censo de 2005, el 74% de sus habitantes son de raza negra, El 11% pertenecen a la etnia indígena, ninguna etnia el 5% y no informa el 10%. La pirámide del departamento del Chocó es estacionaria, representa una similitud entre la población joven y adulta, y una importante reducción en la población anciana. Teniendo en cuenta los cambios proporcionales, de los habitantes por grupo de edad, comparado con el año 2005, se observa que para el año 2018 hay un leve descenso de los grupos de edad primera infancia, infancia y adolescencia, y aumento en el ciclo de juventud, adultez y persona mayor, esto con relación al año 2005. La tasa de crecimiento natural para el periodo 2015-2020 está aproximadamente 9 puntos por encima de la tasa de crecimiento del país. La tasa bruta de natalidad para el mismo período es de 27.12 por mil nacidos vivos, por encima de la nacional. La tasa neta de migración es de -11.1, mientras la del País es de -1.59. La tasa general de fecundidad estimada es 112.4 para el departamento, y 69.9 para el país. La edad media de fecundidad, se encuentra igual a la nacional en 28 años, pero en mujeres de 10 a 14 años, la tasa específica de fecundidad, se encuentra por encima de la tasa nacional: 3,09 vs 2,89. La esperanza de vida al nacer, es la más baja del país: 70 años, vs 76.15 años en Colombia.

Se considera entonces, que el Chocó es una población predominantemente joven, en edad de dependencia económica y parental, con altas tasas de fecundidad, especialmente a edades más tempranas que el promedio nacional. (11)

Figura 1 Pirámide poblacional del departamento del Chocó, 2005, 2018, 2020

Fuente: DANE Censo 2005, proyecciones de población hasta el año 2020



Movilidad forzada

Únicamente en lo que va corrido del 2019, se han presentado múltiples acciones armadas entre GAO (grupos armados organizados) y Fuerzas Militares, ocasionando aumento de las necesidades humanitarias, escenarios de riesgo, y otras violaciones a los derechos humanos. Se han reportado confinamientos, restricciones a la movilidad y desplazamientos masivos que han afectado a un aproximado de más de 8.600 personas afectas, con un incremento de un 282% más afectado que el año anterior. En relación a niños y adolescentes, aproximadamente 426 Desplazados en eventos masivos, 559 confinados, y más de 3609 con restricciones de educación por desastres naturales. (Ocha Colombia Impacto Humanitario y Deterioro del contexto en el Departamento del Chocó 2019) Necesidades Humanitarias: No existen garantías de seguridad de respeto a la vida, de seguridad alimentaria, dificultad de acceso a brigadas de salud o centros hospitalarios (12) El 38.7% de la población del chocó, se registra como víctima del conflicto armado, el grupo etareo más afectado es el de 10-14 años, y en total, el grupo menor de 24 años (11)

2.2 Problemática regional asociada a las drogas ilícitas

La región pacífica, se ha venido involucrando en el negocio de las drogas ilícitas, desde la década de los 90s, inicialmente como corredor de salida hacia el océano pacífico y norte américa, y paulatinamente como lugar de siembra, especialmente de coca. En el

año 2001, el área sembrada de coca en el pacífico, no superaba el 8% de los sembrados a nivel nacional, hasta el 2007, en que se posicionó como el primer lugar concentrado el 26% de área sembrada en Colombia. Lugar que ha venido ocupando hasta hace 3 años, concentrando el 38% del área nacional, seguido por Putumayo – Caquetá con el 25%. Las mayores incautaciones se han realizado en la región del litoral del océano pacífico y golfo de Urabá, permite concluir, que aunque el departamento no es productor de clorhidrato de cocaína, se ha constituido en lugar de salida del tráfico de droga hacia los mercados internacionales. De igual manera, la vulnerabilidad del territorio del Chocó en aspectos económicos y de infraestructura, favorecen la implementación de acciones ilegales asociadas al narcotráfico (13).

Estas acciones, se ven favorecidas por la aparición de cargamentos de coca en el mar pacífico, y encontrada por los pescadores de los municipios aledaños, condición que ha favorecido el aumento de la disponibilidad de la sustancia y el crecimiento de las rutas de microtráfico, que la dispersan a nivel local y departamental (6).

2.3 Caracterización del consumo de drogas en el departamento

A partir del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas 2013, en el cual se representó para el departamento, una muestra de 805 personas, habitantes del municipio de Quibdó, que representaron en su momento una población de 94.900 personas. Se ha sugerido que, por errores muestrales, especialmente en la categoría de edades, se tomen los valores del estudio como una referencia descriptiva del consumo en el departamento. (5)

Según este estudio, en el Departamento, el 84.6% han consumido alcohol alguna vez en la vida, 34.4% bebidas energizantes, 17.3% cigarrillo y tranquilizantes 0.4%. El 4.8% de las personas respondieron haber consumido alguna sustancia ilícita, de las cuales el mayor consumo lo presentó Marihuana, con el 4.1 %, seguido por cocaína 1.3%, y bazuco 0.4%. (5)

El 75% de las personas, inician el consumo de alcohol antes de los 19 años, las edades de alcohol, tabaco y marihuana se encuentran en los 17 años. Para bebidas alcohólicas, es llamativo un descenso en la edad de inicio, pasando de la edad de 22 años, entre los nacidos en la década de los 60s, hasta una edad de 13 años, entre los nacidos al final de los 90s. De igual manera, con relación al cigarrillo, la edad de inicio más baja, la presenta la cohorte de nacidos en esta última década, los 90s, con 13 años. En relación al tabaco, el 17.3% de los encuestados, habría fumado alguna vez en la vida, al comparar con el promedio del país, el departamento presenta cifras inferiores al nacional. (5)

En relación al alcohol, el 84.6% declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, superior en hombres 87.9% vs 81.4% en mujeres. El departamento presenta prevalencias de consumo de último año y último mes, superiores a los valores nacionales. Por edades, el mayor valor de consumo, se presenta a la edad de 25-34 años, con una prevalencia del 58.1%, superior en 12 puntos porcentuales a la prevalencia nacional del mismo grupo de edad (45.4). La edad de inicio está alrededor

de los 17 años, presenta la misma edad del dato nacional. De acuerdo con la aplicación del cuestionario AUDIT, dentro del mismo estudio, el 20.5% de la población del Chocó, de 12 a 65 años, presenta consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, dato superior cerca de dos veces al dato nacional del 11.1%. El consumo riesgoso y perjudicial en hombres es superior 10.5 puntos porcentuales al valor nacional y en mujeres es superior 8.2 puntos porcentuales al valor nacional. Este consumo perjudicial afecta más a las edades entre 18 a 24 años, con el 29.6%, superior en 10.8 puntos porcentuales al valor nacional para el mismo grupo de edad, en segundo lugar el grupo de edad de 25 a 34 años, con el 26.1 % superior cerca de dos veces al valor nacional. (5)

Sustancias ilícitas:

Entre los grupos de edad, el mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se observa en el grupo de 25 a 34 años con 3.6% seguido por el grupo de 12 a 17 años, con 1.5%, porcentajes inferiores a los valores nacionales. En relación con la Marihuana, el 4.1% de los encuestados en Chocó, declaró haber fumado Marihuana alguna vez en la vida, con una prevalencia superior en hombres tres veces con relación a las mujeres, por grupos de edad, el mayor consumo reciente de marihuana, se observa en el grupo de 25-34 años, con 2.2%, inferior al porcentaje nacional. La edad de inicio de esta sustancia, está alrededor de los 17 años, igual edad de inicio que el promedio nacional. Cocaína: el 1.3% de las personas encuestadas declaró haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo este porcentaje superior entre los hombre dos veces en comparación con las mujeres. Las mayores prevalencias de consumo de esta sustancias, se encuentra en el grupo de edad de 25-34 años, con relación al consumo del último año, se registra un porcentaje de 2.0%, valor superior cerca de dos veces al indicador nacional, 1.1% para este grupo de edad. Comparado a nivel nacional, las mujeres presentan una edad de inicio de consumo más temprana que en los hombres. (5)

Políticas públicas frente al consumo de Sustancias Psicoactivas en el Departamento del Chocó:

En el departamento, no ha sido claro el abordaje de la problemática de las drogas, desde lo público, es decir un plan estructurado para el abordaje de dicha problemática no ha sido ejecutado. Si han existido múltiples iniciativas a nivel de prevención del consumo de sustancias, a partir del Plan de Intervenciones Colectivas, consistentes en talleres educativos a la comunidad, escuelas y colegios, y dos Zonas de Orientación escolar en dos colegios de la ciudad. A nivel de intervención y tratamiento de los problemas de consumo de sustancias, se ha realizado a partir del Centro de Escucha, del Barrio La Aurora, el cual trabaja bajo la tutela del Hospital Ismael Roldan, de primer nivel, cuenta con profesional en psicología, trabajo social y operador par, quien es un ex consumidor en rehabilitación. Este centro, hasta el momento, ha funcionado como canalizador de usuarios en su mayoría habitantes de la calle, quienes están en condiciones de extrema vulnerabilidad, canalizador hacia atenciones de tipo internamiento en centros especializados en otras ciudades del país. Este tipo de tratamiento es sustentado por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, con las barreras a la salud propias del sistema, y de la Región. Por lo tanto, para usuarios que aún no están en condiciones

de alta vulnerabilidad, y usuarios que se presentan en las primeras etapas de consumo, No existe en el departamento un modelo de atención especializado.

Plan departamental de drogas 2016-2019(14)

Dentro del presente Plan, se establecieron cuatro líneas estratégicas:

1. Reducción de la oferta de drogas ilícitas
2. Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas:
 - Promoción de la salud y prevención
 - Reducción de riesgos y daños
 - Tratamiento
3. Línea Integral de oferta y consumo de drogas
4. Fortalecimiento Institucional

Dentro de la línea estratégica 2: Reducción del consumo de sustancias psicoactivas, se han logrado ejecutar actividades educativas como la participación en Treatnet, en la ciudad de Bogotá, en el 2016.

Sin embargo, hasta el momento de esta investigación, no ha sido posible acceder a la información que indique, dentro de este Plan Departamental, cuáles de sus líneas estratégicas ha sido posible ejecutar, para la vigencia del mismo. Si bien se han realizado dos investigaciones a nivel departamental, acerca de la salud mental una de ellas y la otra centrada en el problema de las adicciones, las características metodológicas usadas, no han permitido sacar información concluyente de sus hallazgos.

2.3 Contexto Político del Tratamiento del Problema del Consumo de Sustancias

La asamblea general de las UN, en el documento final del periodo extraordinario sobre el problema mundial de las drogas, celebrado en Cartagena en el año 2016, UNGASS, recomienda en relación al manejo que debe darse a la problemática de las adicciones, entre otras, las siguientes:

Reconocer las drogodependencias como un trastorno de salud, complejo, crónico y recurrente, con causas y consecuencias sociales prevenibles y tratables mediante programas de tratamiento atención y rehabilitación, incluidos programas de base comunitaria. Fortalecer la capacidad del postratamiento, la rehabilitación, recuperación y reinserción social.

Prevenir la marginación social, promover actitudes no estigmatizantes, alentar a los consumidores a que soliciten tratamiento y atención y adoptar medidas que faciliten el acceso al tratamiento.

Mejorar la asistencia técnica y el desarrollo de la capacidad de atención, mejorar el acceso sin discriminación a una amplia variedad de intervenciones, de tipo psicosocial, conductual y asistido con medicación según proceda, así como programas de rehabilitación, reinserción social y apoyo a la recuperación.(15)

En palabras del documento Lineamientos de la política 2017, la UNGASS 2016,

consolida la necesidad de revisar las políticas públicas para lograr mayor impacto y sostenibilidad en la reducción del narcotráfico. La UNGASS 2016, es considerada un hito en la historia de la política mundial de drogas, al dar cuenta de la ausencia de un consenso de los países miembros de las UN, frente a la efectividad de esta política en relación con la garantía del bienestar y la salud de las personas y la reducción del narcotráfico. Se destaca el protagonismo de Colombia, en el debate internacional de la reforma política mundial de drogas, que ratificaron la convicción del gobierno de liderar un debate amplio hacia una política que logra las transformaciones que se requieren para reducir las afectaciones que conllevan la problemática de las drogas y los daños colaterales y potenciales que generan las políticas de drogas. (16)

De igual manera, dentro de los objetivos de desarrollo sostenible ODS 3, están: garantizar una vida sana: fortalecer la prevención y el tratamiento de abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo de alcohol.

Por su parte, la Organización de Estados Americanos, a partir del documento Escenarios para el problema de las drogas en las Américas 2013-2025, señala que, si bien, el problema de las drogas es uno de los retos más importantes para el hemisferio, con su impacto en la salud pública, costos económicos y las tremendas consecuencias de violencia que trae, el enfoque actual, no ha tenido éxito, y no está funcionando suficientemente bien, por lo tanto, es deber de la región, encontrar y combinar nuevas y mejores alternativas, que permitan enriquecer el enfoque actual en distintos aspectos. Para esto, se construyó un conjunto de escenarios de lo que es posible, relevante, y desafiante, con relación a las decisiones a tomar por los jefes de gobierno. En lo relacionado con el tratamiento de las drogodependencias, y dentro de un escenario de resiliencia, en este documento, la OEA, sugiere dar como respuesta, el fortalecimiento de las comunidades, programas de mejoramiento de la seguridad y salud pública, creados de abajo hacia arriba, por los gobiernos locales, y como oportunidad de respuesta: comunidades más incluyentes, menos violentas, más sanas que asumen un rol activo en la lucha contra las drogas y el crimen. (17)

En Colombia, antes de la década de los 90, imperó la política del prohibicionismo, con reclusión obligatoria del consumidor, y los costos del tratamiento asumidos por la familia. A partir de 1986, se promulga la ley 30, el Estatuto Nacional de estupefacientes, a partir del cual se ha penalizado el porte y el consumo. En la segunda mitad de los 90s, y a partir de la constitución política de 1991, se inicia la despenalización del consumo, basado en la premisa del ejercicio al libre desarrollo de la personalidad. A nivel del sector salud, se genera por parte del ministerio de salud, la primera Guía de atención a farmacodependencia en el 2004, y en esos mismos años, inicia la definición de las condiciones de habilitación de los servicios de salud. (18)

En el año 2007, se desarrolla la política Nacional de reducción del consumo de SPA, que establece cuatro ejes de abordaje: prevención del consumo, mitigación, superación, y un eje transversal orientado al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional. (19) En el año 2008, se formuló el plan nacional de reducción del consumo de drogas 2009-2010, y ya en el 2015, el Plan Nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021, al igual que el Consejo

Nacional de estupefacientes, crea la comisión técnica nacional de reducción de la demanda de drogas, cuyo objetivo es el seguimiento del plan nacional. (20) A partir de la Ley estatutaria de salud, y ley 1751 del 2015, el estado Colombiano, reconoce la salud como un derecho fundamental, y la ley 1616 del 2013, establece el derecho a la salud mental, en toda la población colombiana. Sin embargo es sólo a partir de la ley 1566 del 2012, que se incluyó en el plan de beneficios en salud, la atención de los usuarios con problemas de consumo de sustancias como parte del Plan Obligatorio de Salud al que tienen derecho todos los Colombianos(21). Partiendo de estas decisiones en lo político a nivel nacional, se ha logrado institucionalizar el abordaje del problema de las adicciones, desde un Enfoque de Derechos humanos y de salud pública, haciendo mayor énfasis en las medidas preventivas y terapéuticas. (16)

Enfoque propuesto desde el ministerio de salud y protección social, a partir de los lineamientos de la política nacional de drogas 2017, y retomados en la Ruta Futuro: política integral para enfrentar el problema de las drogas, que considera los derechos humanos, la salud pública, la seguridad ciudadana, desarrollo territorial, desarrollo humano y el ordenamiento ambiental. (22)

Dentro de los pilares estratégicos de esta política integral, el primero de ellos. Reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, basado en el Desarrollo de entornos protectores al consumo de sustancias psicoactivas, prevenir los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento integral, inclusión social, gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial. (22)

Por su parte la Política Integral de Prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas 2019, cuenta con 5 ejes: (23)

1. Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias:

Desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida

Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas

2. Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias:

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida

Reducción de factores de riesgo en los entornos

3. Tratamiento integral.

Prestación de servicios de salud, basados en gestión del riesgo individual

Reducción de Daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas

4. Rehabilitación integral e inclusión social:

Fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitario, sociales e

institucionales

Inclusión social efectiva

5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial

Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial, nacional y territorial

Participación social en salud de personas, familias y comunidades

Gestión del conocimiento

Por su parte, el Plan decenal de salud pública, en la dimensión de convivencia social y salud mental, estableció el cumplimiento de las siguientes metas: (24)

- Reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.
- Mantener por debajo de 6,8% la prevalencia de año del consumo de marihuana en la población escolar.
 - Aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años
- 100% municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 99,102).

Dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles:

- Posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de los 14 años.
- Mantener por debajo del 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en la población general.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 89,100).

Enfoque nacional para el abordaje del consumo de sustancias:

A partir de los documentos referenciados, se concluye que el enfoque del país para el abordaje del problema de las adicciones se basa en.

1. Enfoque de Derechos: Desde los derechos humanos se prioriza, profundiza y prioriza la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana, y reconoce a las personas en riesgo o consumo de sustancias psicoactivas como poblaciones prioritarias para la atención en salud

2. Enfoque de Desarrollo Humano: Se concibe como un proceso mediante el cual se amplían las libertades y oportunidades humanas a partir de la acción estatal y el reconocimiento y potenciación de las capacidades de las personas, familias y comunidades. Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y aquellas en situaciones asociadas al riesgo, se consideran como sujetos con posibilidades de transformación y desarrollo, desde una perspectiva de promoción de capacidades y oportunidades.

3. Enfoque de Salud Pública: Reconoce la salud como una realidad social y resultado de las dinámicas de relación y desarrollo humano, que incluye la acción estatal como garante de derechos, trasciende la idea de responsabilidad de salud centrada en el individuo.

4. Determinantes sociales de la salud: Desde este enfoque se ve a las personas en su interacción con las sustancias, su uso o potencial para hacerlo, los contextos con mayor o menor riesgo y si hay vulnerabilidad por la experimentación. Todo lo anterior para potenciar factores protectores, prevenir factores de riesgo, brindar tratamiento y rehabilitación integral y promover la inclusión social (MPS 2007).

5. Curso de Vida: Reconoce la existencia de periodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida. Asume el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en la vida de los sujetos como de las familias. (16)(22)(23)

2.4 Conceptualización de las Adicciones

Trastorno por uso de sustancias

Recurrente uso de alcohol u otras sustancias, que causa alteración clínicamente significativa, tales como problemas de salud, discapacidad, dificultades para el cumplimiento de las responsabilidades básicas del trabajo, escolares, y familiares. Dependiendo del nivel de severidad, el trastorno es clasificado como Leve, Moderado o Severo.(25)

Adicción:

Es un término usado para indicar el estado del trastorno por consumo de sustancias más severo y crónico, en el cual hay un pérdida sustancias del autocontrol, dado por consumo compulsivo de la droga a pesar de los esfuerzos por detenerlo, en el DSM V, el término adicción es sinónimo de trastorno severo por uso de sustancias.

Criterios diagnósticos para el Trastorno por Consumo de Sustancias, según del DSM V

En primer lugar, se trata de un patrón patológico de comportamientos relacionado con el consumo.

El criterio A, engloba los criterios relacionados con: Control deficitario, deterioro social, consumo de riesgo, y criterios farmacológicos.

El control deficitario (criterios 1-4): Consumo de grandes cantidades o consume durante un tiempo más prolongado de lo previsto (criterio 1). Expresa deseos insistentes por dejar el consumo, o relata esfuerzos fallidos por dejarlo (criterio 2). Invierte gran parte del tiempo, en conseguirla, consumirla o recuperarse de sus efectos (criterio 3). Deseo intenso de consumo, ansiedad de consumo, que aparece en cualquier momento o al exponerse a los ambientes relacionados con el consumo (criterio 4).

El deterioro social, es el segundo grupo de criterios (del 5-7). El consumo recurrente, puede llevar al incumplimiento de deberes fundamentales a nivel escolar, laboral o familiar (criterio 5). Continuar consumiendo, a pesar de tener problemas en diferentes esferas, causados o exacerbados por el consumo (criterio 6). Reducción o abandono de importantes actividades sociales, ocupacionales, recreativas, debido al consumo (criterio 7).

El tercer grupo de criterios, se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (criterios 8 y 9). Consumo recurrente de la sustancia, incluso en caso en que ésta ocasiona un riesgo físico (Criterio 8). Consumo de manera continuada, a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico recurrente o persistente que puede ser originado por el consumo.

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo de diagnósticos (criterios 10 y 11). Tolerancia: aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los resultados esperados, o una reducción notable del efecto, cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se presenta la tolerancia varía para cada persona, además de para cada sustancia (criterio 10). La abstinencia, es un síndrome, que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o tejidos de una persona que ha sido gran consumidora de manera prolongada (criterio 11). Difieren enormemente según la clase de sustancia.

Especificadores de Gravedad

La clasificación del DSM V de la gravedad del trastorno, se basa en el número de criterios sintomáticos que se cumplen, como estimador general de gravedad, se considera que un trastorno es leve, si se presentan dos o tres síntomas, moderado si presenta entre 4 y 5 síntomas, y grave, a partir de 6 o más síntomas. Disponen también de los especificadores de curso: en remisión inicial, en Remisión sostenida, en Terapia de Mantenimiento y en un entorno controlado.

Intoxicación y Abstinencia de una sustancia

Criterio A: Desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia.

Criterio B: Cambios significativos problemáticos, a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación, se atribuyen a efectos fisiológicos de la sustancia, y se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo.

Criterio C: Los síntomas no son atribuibles a otra condición médica, y no se explican por

otro trastorno mental.

Los síntomas más frecuentes de la intoxicación, son alteraciones en la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. La intoxicación puede persistir más tiempo, del que la sustancia es detectable en el cuerpo. Debido a que, la recuperación del SNC, es más demorada que la expulsión de la sustancia.

Síndrome de Abstinencia de las Sustancias:

Síndrome descrito para cada sustancia, cuyo Criterio A, es la aparición de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios cognitivos y fisiológicos debidos al cese o reducción del consumo prolongado de la sustancia. El síndrome específico produce malestar clínicamente significativo en los social, laboral y u otras áreas del funcionamiento (criterio C), y los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica ni por otro trastorno mental (criterio D). Por lo general el síndrome de abstinencia está asociado a un trastorno por consumo de sustancias. Y genera un deseo intenso de volver a ingerir la sustancia para aliviar los síntomas. (25)

Efectos de las sustancias sobre el sistema nervioso central:

Las sustancias de abuso, tienen el potencial de actuar, a nivel de la vía llamada vía del refuerzo o del placer. Esta vía se constituye en ramificaciones neuronales de tipo principalmente dopaminérgico, que asocian diferentes regiones cerebrales, como lo es el área tegmental ventral, el núcleo Accumbens, la amígdala, y la corteza prefrontal (26) Esta última implicada en la jerarquización de los estímulos y la respuesta conductual a los mismos. Las sustancias de abuso, tienen el poder de estimular intensamente los sistemas neurotransmisores naturales, y de generar cambios estructurales a nivel de las monoaminas, receptores gabaérgicos, y sistemas de segundos mensajeros (opiáceos), logrando de esta manera generar sensaciones de intenso placer durante su uso, y de intensa disforia, durante la suspensión del mismo, ocasionando entonces la modificación de la conducta del individuo, generando el trastorno por uso de sustancias (27)

El componente genético, tiene un correlato biológico claro, en el cual se han descrito más de 1500 genes en relación con la vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad. Dentro de estos están descritos genes involucrados en la codificación de enzimas como la COMT que incrementa su actividad, reduce la dopamina, se relaciona con pobre desempeño a nivel de CPF, y algunos rasgos de trastornos de personalidad, trastornos obsesivos y adicciones. Por otra parte, el estudio del gen del receptor DRD2, se ha asociado a riesgo de alcoholismo e igualmente el gen del receptor del GABA. También se ha descrito el polimorfismo del gen que codifica la enzima ADH y ALDH, involucradas en el metabolismo del alcohol hacia la molécula acetaldehído y acetato, la primera relacionada con el efecto antabuse y como un posible protector contra el alcoholismo (28)

Los mecanismos de regulación genética, conocidos como la Epigenética, también hacen parte de la implicación del entorno en la vulnerabilidad del individuo hacia la conducta adictiva. La exposición al cuidado materno en la infancia, se ha demostrado que presenta

estrecha relación con la regulación epigenética de los sistemas que median las respuestas de estrés adaptativas, el aprendizaje, la memoria y el sistema de motivación y recompensa. (específicamente CPF, HPA, hipocampo, Nacc y ATV), siendo la Corteza Prefrontal, tal vez el área con mayor sensibilidad a la regulación epigenética, dado su prolongado período de maduración. Esta última condición expondrá a un alto riesgo a los adolescentes y preadolescentes que se enfrenten a un consumo de sustancias a temprana edad, generando mayor riesgo de instaurar un trastorno de conducta adictivo a las sustancias. (27) (28)

Consecuencias generales de las Drogodependencias

La drogodependencia es una situación patológica en sí misma, dado que las sustancias de abuso producen alteraciones indeseables en la homeostasis, a nivel psicológico y fisiológico.

Reacciones Antisociales: Conductas socialmente disfuncionales asociadas a la búsqueda de las drogas, y de las cuales se han descrito correlatos acerca de la influencia de la epigenética medioambiental (29)

Síndrome de déficit de actividad: Pérdida de intereses, reducción de capacidad de atención, cognición y volición (30)

Infecciones y alteración inmunológica: Es conocido el alto riesgo de los usuarios de las vías endovenosas como ingreso de las sustancias, igualmente alto riesgo de ETS, relacionadas con conductas sexuales de alto riesgo (29)

Sobre dosis: Especialmente en usuarios de opiáceos, heroína por vía endovenosa. Especialmente en períodos post-abstinencia, durante los cuales, el organismo pierde la tolerancia a dosis elevadas, y se suele presentar depresión respiratoria.(29)

Riesgo de Escalada: Cuando se presentan conductas de abuso con drogas mal llamadas “Blandas”, como el alcohol y la marihuana, es altamente probable que se inicie el consumo de otras sustancias como heroína o cocaína, entre otras. La peligrosidad de estas drogas, es que se convierten en la puerta de entrada a las otras sustancias, dado que bajo su efecto, las capacidades de autocontrol y cognición están alteradas para negarse a recibirla, y de igual manera, el uso de estas primeras sustancias expone al individuo a medios ambientes en los cuales también se usan las otras sustancias. Es claro además, el rompimiento de barreras de control para el uso abusivo de drogas como el alcohol y la marihuana, facilita la ruptura del freno normativo frente al uso de las otras sustancias (29)

Comorbilidades: Frecuente asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales, llamados también Patología Dual, cuando coexisten al menos un trastorno adictivo con al menos otro trastorno mental. Su abordaje comporta mayor complejidad, y su prevalencia es muy alta, es claro, que en cualquier trastorno de origen mental, las conductas adictivas se asocian a un empeoramiento de los síntomas, incumplimiento del tratamiento e ideación suicida entre otros.(31)(32)

Modelos de Intervención en Drogodependencias

Concepto de Modelo de Intervención y Tratamiento

Para la organización mundial de la salud, se trata de un sistema de elementos organizados con una estructura común, que se puede aplicar a diversas situaciones y procesos. (33. OMS. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. WHO. [citado 22 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>.)

Según el Modelo de Atención Integral al consumo de drogas MAILTUS 2016, un modelo de intervención comprende un conjunto de normas y actividades ordenadas jerárquicamente, bajo un discurso común, a partir del cual se deriva una forma de accionar frente a una problemática. Un modelo, intenta explicar el fenómeno de las drogodependencias, y a partir de allí, construye sus objetivos, estrategias, metodologías y evaluación, con la finalidad de gestionar de forma coherente su intervención. (34)

En el entendido que la drogodependencia es una enfermedad compleja, pero tratable, se ha evidenciado que los modelos de intervención que involucran diversas intervenciones terapéuticas, pueden dar mejor respuesta a necesidades básicas de atención de esta población. (35.NIDA). Es decir, aquellos modelos basados en las teorías psicológicas, (prevención de recaídas, motivación al cambio, terapia cognitivo conductual, grupal y familiar), y además apoyan sus intervenciones con la psicofarmacología, e intervenciones sociales, son considerados por el NIDA, como altamente efectivos y hacen parte de los principios rectores de tratamiento de las drogodependencias. (35.NIDA 2018)

Modelo de Atención Integral al consumo de sustancias psicoactivas, Ministerio de Salud y Protección Social: MAILTUS

El ministerio de salud y de protección social ha diseñado herramientas con la finalidad de implementar y evaluar las políticas en salud, además de fortalecer las capacidades de los actores del sistema, para atender las necesidades y reducir el riesgo en salud, de los consumidores de sustancias psicoactivas en el país. Para este propósito, y contando con el apoyo de la oficina de las naciones unidas para la droga y el delito UNODC, se ha desarrollado el Modelo de Atención Integral para el consumo de sustancias psicoactivas. Este modelo pretende responder a la problemática de la atención del consumo de droga, toda vez que se hace evidente que la demanda de atención es muy superior a la oferta de servicios de tratamiento en el país. (2. ODC 2017). Por lo tanto, se requiere garantizar una atención integral y actualizada que permita mayores posibilidades de intervención en los procesos de detección temprana, valoración integral y tratamiento especializado. El modelo fue diseñado a partir de una metodología de 4 fases: la primera fue la conformación del grupo elaborador, la segunda determina el proceso de búsqueda, evaluación, análisis y consolidación de la información, la tercera comprende el desarrollo de la validación del modelo por consenso formal de expertos y la cuarta, da cuenta de la preparación del documento final.

El modelo está construido sobre los postulados de la pirámide de (36. Haynes 2009) la cual consta de cuatro niveles que posteriormente ha evolucionado a seis. En la base se

encuentran los estudios originales (ensayos, estudios de cohortes o caso y control, y longitudinales), en los siguientes niveles se encuentran resúmenes de artículos originales, revisiones sistemáticas, resúmenes de revisiones sistemáticas, Resumen colectivo de varios estudios y de GPC, y en la cúpula están los sistemas de ayuda en la toma de decisiones.

Se realizó una búsqueda sistemática altamente sensible, usando bases de datos de organismos compiladores de GPC y protocolos, siguiendo los lineamientos propuestos por el (37. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud del IETS)

Recomendaciones para el diseño de planes de tratamiento:

“Se ha demostrado que tanto las terapias psicosociales como las farmacológicas, resultan ser más efectivas que el no tratamiento o el placebo”.

En la planeación del tratamiento individual el modelo recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos: motivación y compromiso, estrategias de intervención motivacional, participación de la familia, técnicas para mejorar las habilidades sociales, resolución de problemas, prevención de recaídas, abordaje farmacológico y psicosocial de las morbilidades psiquiátricas, relaciones entre pares y funcionamiento académico y ocupacional.

Se deben incluir intervenciones individuales (intervención motivacional, manejo de contingencias y otras técnicas de la terapia cognitivo conductual). Además, recomienda, intervenciones de carácter familiar, en la comunidad circundante del paciente, e incentivar el acompañamiento de grupos de autoayuda del tipo 12 pasos.

En caso de requerir tratamiento farmacológico, la elección del mismo debe tener en cuenta las necesidades individuales del paciente.

Antes de ser admitido en un centro de rehabilitación residencial o ambulatorio, se recomienda realizar una valoración médica y de salud mental exhaustiva para identificar si existen condiciones que requieran tratamientos específicos.

La terapia conductual de pareja, debe ser considerada para las personas que están en estrecho contacto con un paciente que presenta trastorno por uso de estimulantes y opioides (incluyendo aquellos que continúan usándolas mientras reciben tratamiento o después de completar la desintoxicación)

En pacientes con trastorno por uso de sustancias que se encuentran en remisión temprana o posterior a una recaída, se sugiere dar prioridad a otras necesidades a través de la toma de decisiones compartida entre problemas biopsicosociales identificados y los servicios organizados que pueden brindar solución a dichas necesidades.

Para los pacientes con trastorno por uso de sustancias, que reciben atención especializada, se recomienda estar en contra de retirar automáticamente de tratamiento a quienes no responden al manejo instaurado o presenten recaídas.

Para los pacientes con trastornos por uso de alcohol, opioides, Cannabinoides, estimulantes, se recomienda:

- Terapia cognitivo conductual
- Terapia conductual centrada en la recuperación general
- Orientación sobre las drogas
- Enfoque de refuerzo comunitario
- Manejo de contingencias en combinación con los anteriores

“Recomendación fuerte a favor de la intervención”

“National Institute for Health Care Excellence NICE. Drug Misuse in over 16: psychosocial interventions. Guidance and guidelines 2007-2016”.

El modelo de atención integral para el uso de sustancias psicoactivas, del Ministerio de salud, rescata entre otros, los siguientes modelos de intervención:

Modelo de los 12 pasos.

Inicialmente diseñado para la atención de personas consumidoras de alcohol, con el tiempo se ha extendido a consumidores de otras sustancias.

Orientado por 4 principios: La dependencia de las sustancias involucra la dimensión biológica y psicosocial; La dependencia es una enfermedad, que toma variables psicológicas y fisiológicas; La dependencia de sustancias afecta la espiritualidad del individuo; La meta final es la abstinencia total, dado que asumen que la persona no puede controlar su dependencia.

Comunidad Terapéutica

Se trata de un programa de internamiento de larga estancia, que puede durar entre 6 y 36 meses, ofrecen una estructura jerárquica dentro de la cual los pacientes pueden ascender y llegar a ser coordinadores del centro. Generalmente es manejado por personas ex - adictas, y hasta hace algunos años, no aceptaban las teorías biológicas de las drogodependencias, por lo tanto no hacían parte del equipo terapéutico, profesionales de la salud como médicos y psiquiatras. Uno de sus objetivos es la resocialización y reinserción a la sociedad, sin embargo no existen estudios que demuestren evidencia de su eficacia. Además, por tratarse de larga estancia, no son muy atractivos para algunos pacientes. (38. El Modelo Bio-Psico-Social en Proyecto Hombre [Internet]. [citado 25 de julio de 2016]. Disponible en: <http://proyectohombregranada.org/el-modelo-bio-psico-social-de-proyectohombre/>)

Modelo espiritual-religioso Teoterapia

Es un modelo sustentado en la condición bio-psico-social-espiritual del ser humano. En el cual se integran teorías conceptualmente cercanas, como la teología, ciencias cognitivas, psicoanálisis, psicología positiva, logoterapia y cristoterapia. Se considera una terapia para desarrollar la espiritualidad, a modo de profilaxis psíquica en medio de la sociedad de consumo. Se presenta como grupos abiertos de personas que comparten el uso de sustancias, los cuales no cuentan con un director o autoridad a cargo de algún proceso de tratamiento., por lo tanto sus integrantes se encargan de dirigir, y orientar las actividades de su proceso. Para este modelo de intervención no se ha demostrado evidencia científica de su eficacia. Aunque existe investigación limitada sobre su efectividad, de esta y otras prácticas holísticas en el tratamiento del abuso de sustancias, existe evidencia de su éxito como consejería. (39. Revisiting Holistic Interventions in Substance Abuse Treatment, Journal of Human Behavior in the Social Environment, 24:538–546, 2014 Christson A et Al)

Modelo Clínico Psiquiátrico

Es un modelo basado en las teorías biológicas de la adicción. El tratamiento se basa en cuatro objetivos generales: El período de desintoxicación y control de síntomas de abstinencia, La administración de medicamentos para el craving, Administración de fármacos antagonistas que bloquean los efectos de la sustancia psicoactiva, y Farmacoterapia para la patología dual. Este modelo tiene suficiente evidencia científica de efectividad en cuanto a los objetivos propuestos, sin embargo se ha demostrado, que la intervención única de la dimensión biológica y farmacológica de una enfermedad compleja y crónica como la adicción, no es eficiente en el mediano y largo plazo. (40. Informe mundial sobre las drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2015).

Modelo de Minnessota

Se trata de un modelo multidisciplinario, orientado a la abstinencia total del consumo, inicialmente diseñado para usuarios de alcohol y actualmente de otras sustancias. Usa los principios de los doce pasos de los grupos de AA y NA. Reconoce la adicción como una enfermedad que no se cura pero que se puede tratar. Persigue no solo la abstinencia, sino una mejora en la calidad de vida con salud física y emocional. Sus metas se definen como: Ayudar al adicto a reconocer la enfermedad y sus consecuencias, y Ayudar a la persona a admitir que necesita ayuda y que puede vivir una vida constructiva, y ayudar a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad en una forma positiva y constructiva. Existe una limitada evidencia científica sobre la efectividad, sin embargo se halló un reporte de comparación del modelo contra no tratamiento, en el cual se evidenció mejoría en los sujetos sometidos a la intervención. (41)

Modelo de Terapias de Intervención Breve

Se trata de un modelo integrado, cuya finalidad es la detección, intervención y derivación temprana a tratamiento, para usuarios de sustancias psicoactivas, y para aquellos que estén en riesgo de presentar trastornos por ellas. Como estrategias de prevención, estas intervenciones detectan los problemas actuales y potenciales asociados al consumo de sustancias, además de motivar a los usuarios de riesgo a cambiar su patrón actual de consumo. La heterogeneidad en su metodología ha dificultado su comparación entre sí, sin embargo, por lo general, se trata de sesiones únicas de 15 minutos o de hasta 4 sesiones de seguimiento. Los estudios no han demostrado evidencia de mejoría a los 12 meses de seguimiento en pacientes con trastornos establecidos, por lo tanto se considera más una estrategia de prevención y de canalización de los usuarios a modelos de tratamientos más estructurados (42)

Modelo Matrix

El tratamiento psicosocial del Modelo Matrix, nace en California, en la década de los 80, del siglo pasado, cuyo objeto fue hacer frente a la epidemia de consumo de cocaína presentada en Estados Unidos en esa época. Inicialmente propuesto como un modelo neurobiológico, su fundamentación fue derivando en una perspectiva bio-psico-social que mantiene aún hoy en día. (43).

El Modelo Matrix es un modelo asistencial de tratamiento ambulatorio dirigido a pacientes con adicción a cocaína y alcohol, considerando ésta como una enfermedad mental crónica, de acuerdo a los avances científicos y de neuroimagen (Leshner, 1997) y las consideraciones del NIDA (2001, 2009). Esta definición, ya destaca tanto los fundamentos científicos de la adicción como sus ramificaciones conductuales, psicológicas y sociales. Partiendo de esta premisa, recaída no como fracaso terapéutico, sino como parte del proceso, el modelo de tratamiento ambulatorio Matrix está basado en una actitud terapéutica motivacional continuada, donde no se da la confrontación o culpabilización por la posible recaída. El objetivo básico del modelo es que el paciente vuelva en la próxima sesión, ya que, en el tratamiento en adicciones, el índice de abandono es generalmente alto (44)

El Modelo Matrix afronta las drogodependencias, como enfermedades complejas y crónicas. Comparado con los otros modelos propuestos, Matrix ha sido evaluado en múltiples estudios, que han demostrado que los pacientes reducen en forma significativa el uso de alcohol y otras sustancias, aumentan la retención en el tratamiento, hasta en un 38% comparado con otros tratamientos, así como un 31% de probabilidades de dar resultados negativos en los test de orina. (45, 46)

El National Institute on Drug Abuse NIDA, lo recomienda, dado que ha sido validado y probado empíricamente en varias investigaciones, para el tratamiento de estimulantes. Además se ha validado como tratamiento potenciador de modelos de sostenimiento con metadona, en usuarios de opioides (47)

Por lo anterior, este modelo constituye un modelo basado en la evidencia, cumple los principios de buenas prácticas médicas, su estandarización y materiales facilitan su implementación, condición que ha permitido su adaptación a diversas comunidades,

incluso permitiendo alguna flexibilidad en el número y organización de las sesiones, como se comprueba en un estudio que demostró efectividad con la administración de Matrix en solo 12 sesiones. (48)

Además, el modelo Matrix, ha sido reconocido como un programa basado en la evidencia para los trastornos por uso de sustancias, y ha sido incluido en la Administración de Servicios para el Abuso de sustancias y Salud mental (SAMSHA) del registro nacional de la evidencia basada en programas y prácticas NREPP en EEUU. Esta inclusión está avalada por los datos acumulados de las evaluaciones del modelo Matrix en los últimos 25 años. (49)

El modelo Matrix, incluye intervenciones multicomponentes inicialmente de mayor intensidad a saber: terapia grupal, terapia individual y conjunta con familia, grupo de educación familiar, grupo educativo de habilidades de recuperación temprana, grupo de prevención de recaídas, acompañamiento de terapia de 12 pasos, y grupo de apoyo social que ofrece continuidad de tratamiento con menos intensidad a lo largo de 52 semanas posterior al alta de las primeras actividades intensivas. El modelo incluye la evaluación de test de orina cada semana, el cual permite la revisión del estadio del tratamiento, el mantenimiento en abstinencia del paciente, la evaluación objetiva de esta abstinencia y por otra parte, se apoya en el componente psicofarmacológico, especialmente en el tratamiento de la patología dual. El material de trabajo que usa el modelo está basado fuertemente en técnicas terapéuticas ya probadas como son la terapia cognitivo conductual, terapia de motivación al cambio, terapia familiar multidimensional y terapia de prevención de recaídas.

El modelo prioriza la utilización de técnicas de tipo ambulatorio, de corte fundamentalmente conductual, lo cual permite al usuario trabajar, vivir en casa o continuar sus labores diarias mientras asiste al tratamiento. (50, 51)

Porqué una Intervención Multimodal?

Según lo revisado, es evidente para el Modelo de Atención Integral para el consumo de drogas (Mailtus), así como para el National Institute of Drug Abuse (Nida 2018), que los modelos de atención que intervienen sobre toda la complejidad de la conducta adictiva, (grado, patrón, historia de consumo, signos y síntomas de consumo y consecuencias físicas y psicosociales del consumo) son evidentemente más eficientes comparados con aquellos que comprenden técnicas psicoterapéuticas, sociales o farmacológicas aplicadas separadamente.

Destaca además el Nida 2018, que los aspectos biológicos, médicos y farmacológicos, han demostrado suficiente evidencia en el control de los síntomas de abstinencia, igualmente el monitoreo médico de las consecuencias física y psiquiátricas de la adicción hace parte vital de la recuperación de los pacientes. De igual manera, resalta la necesidad de adicionar a estas intervenciones, aquellas metodologías basadas en las teorías psicológicas, que involucren la motivación al cambio en los individuos por una parte, y que no dejen de lado la educación, terapia familiar, así como las intervenciones a nivel medio-ambiental y social. (35)

Se presenta un proyecto de desarrollo, en el cual, a partir de una revisión exhaustiva de la literatura, se escogerá un modelo de tratamiento de tipo ambulatorio, basado en la evidencia, y costo-efectivo, para el tratamiento de las conductas adictivas, se adaptará y se implementará en el Departamento del Chocó, y se ofrecerá para su aprobación y contratación a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del Departamento.

3. OBJETIVOS:

1. General

Desarrollar un modelo de atención integral, a partir de un enfoque médico, psicosocial y de tipo ambulatorio, para la conducta adictiva en el departamento del Chocó.

2. Específicos

- Descripción de los patrones de comportamiento frente al consumo, desde una perspectiva médica
- Identificar los Modelos de atención existentes basados en la evidencia.
- Conceptualización e Implementación del modelo de atención, en sus procesos, actividades e insumos.

4. METODOLOGIA

- Adaptación del modelo de atención al contexto regional y a las necesidades de salud, del departamento del Chocó
- Definición de procesos, recursos e insumos necesarios para la implementación del modelo de atención
- Descripción del proceso de atención de cada una de las especialidades participantes en el modelo de atención
- Diseño del Plan de Intervención: tipo de actividades, responsable, tiempo definido para cada una, número de actividades propuestas, frecuencia de presentación.
- Cumplimiento de estándares de Habilitación, Res 2300, Res 3100
- Definición de valor del modelo de atención
-

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de desarrollo pretende implementar un Modelo de atención multimodal, basado en la evidencia, para la atención de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, durante su desarrollo no involucra sujetos de investigación, la fuente de información de los datos será la literatura existente, y de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, se considera un estudio Sin Riesgo. No se consideran conflictos de interés, dado que la aplicación del modelo será en una IPS de propiedad de la estudiante de maestría que lo desarrolla.

6. RESULTADOS

Como resultante de la revisión exhaustiva de la literatura, realizada para la presente investigación, se ha decidido adaptar y adoptar el modelo de intervención Matrix, teniendo en cuenta que sus características permiten el desarrollo y el cumplimiento de los principios de intervención para la drogadicción recomendados por el NIDA 2018, a saber:

- La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento cerebral y comportamental:

El modelo Matrix parte desde sus orígenes del entendimiento de la enfermedad Adictiva como una enfermedad cerebral, y dentro de su propuesta terapéutica, siempre han influido las terapias biológicas y cognitivo-conductuales.

- Ningún tratamiento es apropiado para todos los pacientes

El modelo Matrix es un modelo flexible, el cual ha sido utilizado de manera ambulatoria igualmente que de manera intrahospitalaria, es decir que permite ser adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.

- El tratamiento debe estar fácilmente disponible

El modelo de tratamiento ambulatorio propuesto por Matrix permite reducir la estigmatización que representa un tratamiento con internamiento para un paciente con drogodependencia, de igual manera facilita que el usuario acceda a aceptar el inicio de tratamiento, mientras que puede continuar con alguna parte de su labor o compartiendo con su familia en casa.

- El tratamiento efectivo atiende las múltiples necesidades del individuo, no únicamente su problema de adicción a las drogas.

El modelo Matrix al tener un componente psicosocial, abarca todas las esferas de la vida del individuo, incluyendo un componente vocacional, un componente espiritual y de trascendencia, involucrando el componente familiar.

- Permanecer en el tratamiento con un adecuado periodo de tiempo es crítico para obtener buenos resultados

El modelo de tratamiento Matrix propone una intervención de un período mínimo de 4 meses, pero además ofrece un plan de seguimiento grupal de al menos 52 semanas de duración.

- Las terapias conductuales incluida familiar, individual o de grupo son las formas más comúnmente usadas para el tratamiento de las adicciones

El modelo Matrix involucra todas estas modalidades de tratamiento, en formato individual y multifamiliar.

- La medicación es un importante elemento de tratamiento para muchos pacientes especialmente cuando están combinados con consejería y terapia conductual

El modelo Matrix entiende la enfermedad Adictiva como una enfermedad cerebral por lo tanto siempre se apoyará de las terapias psicofarmacológicas a usar dentro de su arsenal terapéutico.

- Un plan de tratamiento individual debe ser continuamente evaluado y modificado como sea necesario para asegurar que cumple con las necesidades de los usuarios.

El modelo Matrix realiza dentro de sus intervenciones familiares de acompañamiento a los pacientes una autoevaluación del proceso, que permite realizar cambios o adaptaciones para lograr un mejor resultado.

- Muchas personas adictas a las drogas también padecen otros trastornos mentales La propuesta de evaluación inicial del modelo Matrix permite que se realice diagnóstico de patología Dual y que se evalúen los posibles trastornos de personalidad, en comorbilidad con la conducta Adictiva.

- La desintoxicación médicamente asistida es sólo el primer paso para el tratamiento y por sí sola logra pocos cambios a largo término sobre la conducta Adictiva:

El modelo Matrix permite dar continuidad a los tratamientos iniciales de desintoxicación, ya que es un modelo intensivo pero que ofrece un seguimiento a largo plazo.

- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo

Al tratarse de un modelo centrado en el individuo, en forma progresiva logra la autonomía en la toma de decisiones acerca de suspender o continuar con el consumo.

- El uso de drogas durante el tratamiento deberá ser monitoreado continuamente Dentro del modelo propuesto en Matrix, existe un monitoreo semanal de sustancias en orina, con el objeto de evaluar el riesgo de recaída, y replantear los objetivos propuestos por el paciente que su tratamiento.

- Los programas de tratamiento deberán probar la presencia de enfermedades de transmisión sexual, intravenosa, y/o tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de proveer educación en reducción de riesgos de estas enfermedades

El modelo Matrix al considerarse un modelo médico, tendrá en cuenta siempre la evaluación física del paciente, y la educación en prevención de riesgos de enfermedades infecciosas.

6.1 ADAPTACION DEL MODELO MATRIX AL CONTEXTO REGIONAL

La adaptación de un modelo de tratamiento a una cultura determinada, implica que se logre una comprensión de la cosmovisión del usuario y las interacciones entre esa cosmovisión y las identidades culturales del terapeuta, así como entre el usuario y el proceso terapéutico. (52)

"Cultura" se refiere a patrones integrados de comportamiento humano que incluyen el lenguaje, pensamientos, comunicaciones, acciones, costumbres, creencias, valores e

instituciones de grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales. "Competencia" implica tener la capacidad de funcionar eficazmente como individuo y como organización dentro del contexto de las creencias, comportamientos y necesidades culturales que presentan los consumidores y sus comunidades. (53)

El plan de tratamiento propuesto basado en el modelo Matrix tiene en cuenta que la cosmovisión de un paciente da forma a sus perspectivas creencias y comportamientos relacionados con el uso y la dependencia de sustancias como la enfermedad y la salud, la búsqueda de ayuda, la participación en el tratamiento, las expectativas de asesoramiento, y la comunicación entre otros. Por esto mismo, el modelo de tratamiento Matrix resalta el dirigirse al usuario individualmente y evitar aplicar enfoques generalizados (igual para todos) de tratamiento basados en suposiciones y prejuicios. De igual manera evita una postura potencialmente omnipotente por parte de los terapeutas de que saben lo que necesitan los pacientes más que los propios pacientes. La propuesta terapéutica de las sesiones individuales y conjuntas, permite que los terapeutas se tomen su tiempo para construir una relación con cada uno de los pacientes, entender a sus pacientes y permitirles evaluar y acceder a servicios que satisfagan las necesidades individuales de cada uno (51)

En el caso particular del consumo de alcohol, éste forma parte de la cultura del departamento del Chocó. Los pacientes que están intentando parar el consumo de alcohol se enfrentan a una batalla difícil, los disparadores externos les bombardean, el consumo de alcohol se asume como normal, especialmente en situaciones sociales y celebraciones.

La celebración de las fiestas tradicionales hace parte importante de la cultura del Chocoano y el consumir altas cantidades de alcohol y ser capaz de tolerarlo sin tener que abandonar la festividad, es considerada una característica destacable entre los jóvenes del departamento.

En contraparte están los cultos religiosos, que han aumentado exponencialmente, en la ciudad de Quibdó. Una característica notable de estas comunidades, es que intentan cambiar la cultura de naturalizar el consumo de alcohol en sus congregados. Logrando sin proponérselo, que muchos asistentes, resulten con una disminución importante del consumo y la mayoría de ellos en abstinencia total del alcohol.

Si bien el proceso de cambio no se da como parte de una conciencia individual de reducir el consumo sino por una obediencia a un culto, lo cual no es necesariamente positivo para los individuos, la resultante a nivel familiar y comunitario es muy valiosa, dado que se logra reducir de manera importante la conducta adictiva al alcohol.

Esto significa que nuestro programa terapéutico debe responder a las necesidades personales, culturales y clínicas de los pacientes, implementando estrategias que fortalezcan el patrimonio cultural, la identidad y la resiliencia.

Consideramos que mediante la escucha activa se comprenden los valores y expectativas del usuario, las creencias sobre la dinámica salud/enfermedad, como por ejemplo, las tomas o los baños de hierbas, los cuales deben reconocerse dentro de la terapia, al momento de abordar los problemas individuales. Igualmente se ha descrito, que en las comunidades negras prevalece la creencia de que el consumo de alcohol y drogas son actividades de las que el individuo es personalmente responsable, por lo tanto tienen dificultades para aceptar el abuso/ dependencia como una enfermedad. (53)

De esta manera y teniendo en cuenta que los pacientes de estas comunidades responden mejor a una relación igualitaria y auténtica con los terapeutas, en nuestra propuesta de tratamiento, las actividades de evaluación y de recopilación de datos de historia clínica, se realizará de una manera progresiva y pausada, teniendo en cuenta que se debe establecer un clima de confianza con los pacientes, entendiendo que no es fácil para los miembros de esta comunidad generar autorrevelaciones, debido, entre muchas razones, a los antecedentes de racismo y discriminación (53)

Los terapeutas nuestros estarán dispuestos a abordar el tema de la raza y validar las experiencias de racismo de los usuarios y su realidad en sus vidas. Como se sabe, el racismo y la discriminación puede provocar sentimientos de ira ansiedad o depresión, con frecuencia estos sentimientos no son específicos de un evento determinado, más bien son omnipresentes (53)

Nuestra terapia incluye intervenciones y estrategias apoyadas por pares, que promueven el empoderamiento al enfatizar las fortalezas en lugar de las deficiencias. Por esto mismo, el modelo contempla la exploración en los pacientes de las fortalezas que los han llevado hasta aquí, fortalezas personales familiares y comunitarias que les han ayudado en tiempos difíciles, y que pueden aportar sus esfuerzos hacia la recuperación.

Es importante resaltar que los lazos familiares fuertes son muy importantes en la cultura del departamento. Las familias de la región están integradas en una compleja red de parentesco de personas relacionadas y no relacionadas biológicamente entre sí. Por lo tanto nuestros terapeutas deben ampliar su definición de familia a un sistema de parentesco más extendido. (54)

Es necesario entonces, preguntar a los usuarios cómo definen a su familia, a quién identificaron como familia, o “como de la familia”, quién reside con ellos en sus hogares y en quién confían a la hora de obtener ayuda.

De esta manera, en la terapia damos igual importancia a las redes de parentesco consanguíneo y no sanguíneo en las familias de nuestros pacientes. Inicialmente se pedirá a los pacientes que identifiquen a las personas, parientes biológicos o no, que estén dispuestas y sean capaces de apoyar su recuperación y luego se pedirá su permiso para contactar a esas personas e incluirlos en el proceso de tratamiento.

Según Schiele (2000) (52), las intervenciones culturalmente adaptadas para pacientes afrodescendientes implican el cumplimiento de seis principios básicos:

1. La discusión sobre el uso de sustancias de los pacientes debe enmarcarse en un contexto que reconozca la totalidad de las experiencias de vida que enfrentan los pacientes como afrodescendientes.
2. Se busca la igualdad en la relación terapeuta-paciente, los consejeros-terapeutas deben ser menos distantes y más transparentes.
3. Se enfatiza la importancia de cambiar el entorno de uno, no solo por el bien de los pacientes, sino también por el bien de sus comunidades.
4. Se enfoca en alternativas al uso de sustancias que subrayan los rituales personales, las tradiciones culturales y el bienestar espiritual.
5. La recuperación es un proceso que implica ganar poder en formas de conocimiento, percepción espiritual y salud comunitaria.
6. La recuperación se enmarca dentro de un contexto más amplio de cómo la recuperación contribuye a la curación general y al avance de la comunidad afrodescendiente.

El modelo Matrix ha demostrado tener suficiente posibilidad de adaptarse a diferentes culturas e idiomas. Por tratarse de una intervención de más de 20 años de antigüedad, se ha permitido replicarse en varios países alrededor del mundo, manteniendo su efectividad (44, 45, 46)

Ha sido traducido al español hace muchos años, y ha demostrado ser flexible en cuanto a los cambios de número de sesiones a realizar y los ámbitos terapéuticos en los cuales se ha aplicado (intrahospitalario, ambulatorio, penitenciario) conservando su validez científica. (47, 48, 49)

6.1.1 Conceptualización del Modelo Matrix

El modelo de tratamiento ambulatorio Matrix está inspirado en las teorías neurobiológicas de las adicciones, y en la teoría de los estadios de cambio descritos por Prochaska y Di Clemente en 1993. (55)

Está basado en teorías cognitivo conductuales, utiliza técnicas de prevención de recaídas, principios de la entrevista motivacional, e intervenciones psicoeducativas que involucran al paciente y a su familia.

Las estrategias cognitivo conductuales que utilizan, se basan en la teoría de los procesos de aprendizaje, que explica el desarrollo de patrones de conducta desadaptativas. Dentro

de esta perspectiva, los pacientes aprenden a Identificar y corregir conductas problemáticas, mediante el uso de estrategias utilizadas para interrumpir el consumo de drogas.

A partir de las teorías cognitivo-conductuales se logra empoderar a los pacientes de estrategias concebidas para lograr su autocontrol, las técnicas incluyen exploración de consecuencias positivas y negativas del uso continuado de drogas, el autorregistro, para reconocer la compulsión por las sustancias, y para ayudar al usuario a identificar situaciones de alto riesgo de consumo, especialmente en las etapas tempranas, igualmente se realiza elaboración de estrategias para afrontar y evitar situaciones de alto riesgo de consumo y deseo de usar drogas.

Un componente central de este modelo es desarrollar la capacidad de anticipar problemáticas asociadas al consumo y de igual manera desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces, como resultante, los pacientes aprenden a realizar el análisis funcional de la conducta de consumo.

En la medida que se entiende las drogodependencias como una enfermedad mental crónica caracterizada por compulsividad, pérdida de control, que afecta la voluntad y la motivación, el modelo utiliza una filosofía de trabajo grupal e individual de tipo motivacional y empático no confrontacional, que reconoce y actúa sobre la ambivalencia del paciente, y tiene como objetivo principal el cambio de conducta.

Diferencias entre el modelo Tradicional y el modelo Matrix	
Tradicional	Matrix
Ofrece intervenciones de internamiento total que no diferencia las necesidades de los pacientes y sus individualidades	Modelo de tratamiento principalmente ambulatorio
Por tratarse de un modelo ofrecido en instituciones fuera de la ciudad, no permite el involucramiento familiar	Permite la continuidad de actividad laboral y acompañamiento familiar
Por esta misma razón, el tratamiento se limita únicamente al internamiento y no permite un seguimiento a mediano y largo plazo	Modelo individualizado que involucra la familia desde el ingreso del usuario
Ofrece pobres resultados para pacientes no motivados	Seguimiento del tratamiento a largo plazo
Alto costo y alta frecuencia de recaídas	Por tratarse de una modalidad ambulatoria genera menos costos al sistema de salud
	Filosofía motivacional no confrontacional con énfasis en la retención del paciente

6.1.2 Principios fundamentales del modelo

1. Establecimiento de una relación terapéutica basada en la motivación positiva y colaboradora con el paciente:

Siguiendo la filosofía de la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick en el 2002, se pone de manifiesto la necesidad de crear un clima de empatía y escucha activa, refuerzo positivo, confianza y un ambiente distendido.

2. Desarrollo de una organización explícita basada en expectativas realistas:

La organización y estructura son elementos críticos del modelo Matrix, incluyen la implicación activa del paciente en cuanto al manejo y planificación del tiempo, condición fundamental para minimizar el contacto con situaciones de riesgo que pueden llevar a recaídas. Esta planificación se lleva a cabo en agendas diseñadas para ella, las cuales son entregadas a los pacientes al inicio del programa.

La estructura terapéutica y la planificación del tiempo que se pasa fuera del horario en la institución, ayuda a definir el mapa de proceso de la recuperación del paciente, permite monitorizar los cambios y trabaja sobre el planteamiento de expectativas claras y realistas.

3. Enseñanza psicoeducativa a pacientes y familiares

La comprensión de las bases neurobiológicas de la adicción, los procesos de condicionamiento en pacientes y familiares, se constituye en un componente central del módulo, la psicoeducación permite dar entendimiento hacia los síntomas y desarrollar técnicas necesarias para el control de los mismos.

4. Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales

Basado en el tratamiento grupal de prevención de recaídas inspirado en el modelo de Marlatt y Gordon en 1985 (56), utiliza las teorías cognitivas conductuales como un fundamento determinante del tratamiento, priorizando la autoobservación y entrenamiento en técnicas de prevención de recaídas.

5. Refuerzo positivo de conductas deseables

Se centra en técnicas de manejo de contingencias para moldear y cambiar comportamientos hacia las sustancias, el modelo incluye el refuerzo positivo contingente como parte esencial dentro del tratamiento.

6. Implicación familiar

Desde el ingreso del paciente al programa de tratamiento, se realiza la educación familiar, y el acompañamiento a la familia en el proceso de adaptación, y control de la conducta Adictiva del usuario.

7. Acompañamiento y participación de grupos de autoayuda

Los grupos tradicionales de los 12 pasos como alcohólicos anónimos y narcóticos anónimos, son invitados como coadyuvantes en el proceso terapéutico del modelo, y se convierten en un apoyo indispensable en el seguimiento a largo plazo de los usuarios.

8. Monitorización semanal de consumo de sustancias en la orina

La monitorización semanal de orina durante los cuatro primeros meses de tratamiento, es una manera de objetivar el riesgo de consumo, sirve como refuerzo contingente si fuera un resultado negativo, y se utiliza como oportunidad para analizar las causas de una posible recaída, y como replanteamiento de los objetivos terapéuticos.

6.1.3 Proceso de Atención del Modelo Matrix en el Departamento del Chocó

6.1.3.1 Plan de Intervenciones

Una de las cualidades importantes del modelo es que existe una coordinación entre todos los componentes del programa, facilitando un marco que apoya al paciente durante el proceso de recuperación. Cada intervención se encuentra estructurada de tal manera que todas las piezas encajan entre sí. Para el paciente que al inicio del tratamiento siente su conducta muy desorganizada, el programa les ayuda a recuperar el dominio de su persona.

El terapeuta es quien logra el balance entre las sesiones individuales y grupales siguiendo la estructuración del programa. Si bien la aplicación del mismo No es un esquema rígido, es importante que se lleven a cabo todas las actividades, siempre teniendo en cuenta que su efectividad está bastante influenciada por la relación entre el paciente y el terapeuta.

Igualmente, es determinante el apoyo de la familia o miembros significativos para el paciente en el tratamiento y en la evolución de los logros y resultados, esta condición de apoyo se logra a lo largo de las intervenciones familiares individuales y conjuntas.

Los materiales que constituyen el modelo de tratamiento han sido desarrollados a través de los últimos 20 años, evolucionando desde la aplicación de conceptos teóricos hasta la detección de necesidades de los usuarios (57)

Los manuales están estructurados para un formato de experiencia intensiva las primeras 16 semanas, seguidas de sesiones mensuales hasta completar las 52 semanas de tratamiento

Esta última fase, de la semana 17 a la 52, menos intensiva, llamada grupo de apoyo social, se apoya también en los grupos de 12 pasos, y constituye el plan de seguimiento del paciente.

Estas sesiones grupales de seguimiento han sido la característica que le ha dado al modelo Matrix una preponderancia por encima del modelo tradicional, dado que tiene en

cuenta el carácter crónico de la enfermedad adictiva, y el acompañamiento a largo plazo se constituye en un factor protector para las recaídas.(58)

Durante 16 semanas los pacientes reciben distintas sesiones de intervención grupal e individual cada semana, llamados Sesiones Individuales y conjuntas (11 sesiones), grupo de habilidades de recuperación temprana (9 sesiones) grupo de prevención de recaídas (32 sesiones) y sesiones grupales de educación familiar (13 sesiones).

Tabla del Plan de Intervenciones, Anexo 1

6.1.3.2 Protocolo de Ingreso y Atención

El modelo de atención propuesto, garantiza que el usuario es evaluado en primera instancia por un especialista en psiquiatría, quien realiza el diagnóstico inicial del estado actual del trastorno, y a partir de los criterios ASAM (59), decide junto con el usuario, el ámbito de tratamiento que requiere.

En caso que requiera una modalidad de atención Intramural, se realizará de inmediato la remisión al centro especializado de referencia, según la EPS del paciente.

Si el paciente cumple las condiciones de un tratamiento ambulatorio en esta consulta por psiquiatría, se propone su ingreso al programa, pasando al siguiente nivel que es la evaluación con el equipo terapéutico.

Se continúa la valoración por un equipo conformado por psicología, trabajo social y enfermería, quienes evaluarán:

Estadío de Cambio, a partir de la aplicación de la escala Sócrates.

Índice de Gravedad de la Adicción: a partir de la aplicación del Perfil de Maudsley

Valoración de la Metas individuales del paciente acerca de su consumo.

Evaluación de su nivel de funcionamiento a nivel social y productividad laboral actual.

El siguiente paso, es una reunión con enfermería y trabajo social, se entrega al paciente la retroalimentación de los resultados de la evaluación anterior, se ofrece educación al usuario, acerca del modelo Matrix, y se asigna la primera sesión individual con psicología.

En caso que el paciente cumpla los criterios de inclusión y exclusión, se decide su ingreso a las terapias de grupo. (ver Anexo 3)

Teniendo en cuenta que el modelo de terapia de grupo de prevención de recaídas es un grupo abierto, los usuarios pueden ingresar en cualquier momento del progreso de las sesiones. Esta es una gran ventaja que ofrece la metodología del modelo Matrix, dado que así el paciente no tendrá que esperar hasta que se inicie un nuevo grupo de Matrix.

Los usuarios asistirán a la clínica cuatro veces a la semana, de martes a viernes teniendo en cuenta los lunes festivos en que no se trabaja.

Las primeras cuatro semanas recibirán dos sesiones semanales de terapia de habilidades de recuperación temprana, una reunión semanal de asistencia a grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos, (que se encuentra en la actualidad funcionando en la clínica) y una reunión semanal de grupo de educación familiar.

A partir del segundo mes de asistencia, se continuará con el grupo de prevención de recaídas, con una frecuencia de 2 veces por semana, además de las terapias mencionadas anteriormente, el grupo de AA y de educación familiar.

El grupo de apoyo social inicia a partir de la semana 16 y tendrá una frecuencia de una vez a la semana, también es un grupo abierto, como los anteriores grupos, hasta completar 52 semanas de tratamiento.

Flujo grama de Intervención, ver Anexo 2

6.1.3.3 Descripción de los Componentes del Programa.

Adoptado del Manual del Terapeuta-usuarios Matrix (51)

6.1.3.3.1 Sesiones individuales y conjuntas

Un total de 11 sesiones: 8 individuales con el paciente y tres conjuntas con el familiar pareja o amigo íntimo que de forma acordada en la paciente y terapeuta decidan invitar como apoyo al tratamiento.

Las sesiones individuales están diseñadas para orientar al paciente y a los miembros de la familia sobre las expectativas y compromisos del programa Matrix, se crea el marco de una relación terapeuta paciente, motivación a la adherencia y cumplimiento del programa

Las sesiones están programadas semanalmente Durante los primeros dos meses y posteriormente una vez al mes, si requiere sesiones individuales adicionales se realizarán

Los temas a tratar en las sesiones individuales son consumo de alcohol y otras drogas, cambios asociados a la abstinencia, conducta sexual, prevención de recaídas y revisión del paciente en otras áreas de su vida. El carácter individual de estas sesiones, permite flexibilizarse y adaptarse al estadio de cambio y condición particular del paciente.

En las sesiones individuales conjuntas se trata de involucrar al familiar dentro del proceso terapéutico, una herramienta interesante es la lista de ayuda para familiares, donde se establecen contratos de conductas de apoyo que pueden ser de utilidad para el paciente.

Las sesiones individuales conjuntas en total son 3 y se realizan a lo largo de tres fases, cuyos objetivos terapéuticos van cambiando con el proceso de tratamiento, los objetivos de estas sesiones son:

Ofrecer a los pacientes y a sus familias la oportunidad de establecer una conexión individualizada con el terapeuta

Ofrecer un ambiente a los pacientes y sus familias donde puedan resolver sus crisis

Permitirles manifestar sus dificultades y determinar el curso del tratamiento junto con el terapeuta como guía

Facilitar una discusión abierta sobre la adicción en un contexto sin prejuicios y con la mayor atención por parte del terapeuta

6.1.3.3.1.1 Sesión Individual 1: “Consentimiento y Acuerdo de Servicios”

Está diseñada, para asegurar que el paciente y el miembro de la familia, tengan una adecuada orientación respecto al tratamiento, así como, para conocer al terapeuta, y, los términos y condiciones, bajo los cuales los servicios serán ofrecidos. Para tal efecto, se utiliza el formulario Consentimiento y Acuerdo de Servicios.

El paciente, firma las condiciones del tratamiento Matrix, tales como participación en un programa de tratamiento, que está demostrado es eficaz, pero que no garantiza resultados específicos; así mismo, la aceptación de un conjunto de reglas básicas, importantes para la experiencia exitosa del tratamiento. Reglas, como puntualidad, acceso al examen de sustancias en orina en cualquier momento del proceso terapéutico, abstinencia a cualquier sustancia durante el tratamiento, suspensión del tratamiento en el caso de tráfico, el no compromiso en relaciones sexuales con otros pacientes, confidencialidad, acceso al tratamiento de forma voluntaria, posible presencia de observador externo, como practicantes universitarios de psicología.

6.1.3.3.1.2 Sesión individual 2 “El primer contrato de la familia”

Sesión familiar conjunta, es decir asiste el paciente y miembro de la familia que él haya invitado a acompañarlo en el proceso terapéutico. En esta reunión se usa el formulario lista de comprobación y ayuda, el paciente y la familia leen las actividades sugeridas de apoyo, y decide en cuáles están dispuestas a acompañarle.

Cuestiones tales como permitir que el paciente hable con su familiar de los antojos o detonantes ante el posible consumo, permiso para despertar al familiar para hablar en caso de dificultades por ejemplo, de sueño, permiso para recordarle al paciente las razones para dejar el consumo, tolerar y aceptar los síntomas de desintoxicación como parte del proceso de recuperación, prestar ayuda para evitar estímulos compulsivos del consumo de drogas, recordar y a aceptar que el familiar ha escogido libremente participar

durante el proceso de recuperación, decidir entre todos sobre a quién avisar en caso de crisis, recordar que en este momento el problema más importante es recuperarse de la adicción, acudir a las sesiones cuando sea invitado por el terapeuta, permitir al paciente realizar actividades relajantes sin el familiar, hablar de temas importantes para el adicto sin ignorarlos, sin enojarse, propiciar la continuidad del tratamiento o no enojarse con el paciente sino con su enfermedad y entender que esta es la adicción.

Todos estos aspectos se deben reflexionar de forma conjunta para llegar a unos acuerdos, el familiar adopta el compromiso de implicarse en el proceso de recuperación del paciente, dentro de la lista, escoge los ítems en los que se va a comprometer, de esto se trata el contrato terapéutico, puede agregarse otras actividades si lo consideran ambas partes. Las listas de ayuda se utilizan en la fase inicial intermedia y avanzada, durante la fase intensiva de recuperación, primeras 16 semanas, pueden ir cambiando y son flexibles a las necesidades de ambos, pacientes y familiar

6.1.3.3.1.3. Sesión individual 3 “drogas alcohol y sexo”

Es la tercera sesión individual, que no involucra la familia sino sólo al paciente, se permite el tema de Gran sensibilidad e importancia: el sexo, el tema de las relaciones íntimas en la recuperación de la adicción se trata como una condición natural ya que, muchos consumidores usan las sustancias para permitirse tener relaciones sociales y asocian el sexo a las sustancias, el objetivo de esta sesión es que el paciente percibe los cambios que pueden aparecer en su conducta sexual, en la medida que avanza el proceso de abstinencia.

Teniendo en cuenta que las drogas estimulantes afectan a la misma estructura cerebral que controla el comportamiento y deseo sexual, es habitual asociar el uso de sustancias con determinadas prácticas sexuales. En la medida que el paciente se introduce en el proceso de abstinencia, los estímulos compulsivos que despiertan apetencia y deseos de consumo de la sustancia, ocurren con menos frecuencia, logrando como consecuencia la deshabitación de la asociación entre la actividad sexual y el consumo de drogas y volviendo a una vida sexual habitual, por esta razón es un tema importante y se trabaja en una sesión individual.

6.1.3.3.1.4 Sesión individual 4 “Hacer cambios”

Esta sección 4 es la segunda sesión conjunta con el familiar, se utiliza la lista de recuperación, a partir de la cual se repasan los cambios ya logrados durante esta etapa del tratamiento.

Elaborar un cronograma diario		Evitar estímulos desencadenantes	
Visitar al médico para revisiones		Usar estrategias cognitivas para combatir el deseo – craving	

Eliminar conductas relacionadas consumo		Asistir a sesiones individuales	
Evitar personas consumidoras de OH		Asistir a grupos de recuperación inicial y prevención de recaídas	
Evitar consumidores de otras drogas		Asistir a reuniones de AA/NA	
Evitar Bares y Clubes		Hacer tareas terapéuticas diariamente	
Dejar de consumir alcohol		Hablar honestamente de los pensamientos, sentimientos y comportamientos con el terapeuta	
Identificar conductas adictivas		Pagar deudas	

El paciente toma conciencia de su Progreso y también se destacan las áreas en las que hay que poner más atención, se destacan los elementos importantes para mantener la abstinencia y se estimulan cambios conductuales más adaptativos.

En esta sesión el paciente expone en qué actividades presenta más dificultad cuáles situaciones son más fáciles y cuáles no ha realizado todavía, y se intenta lograr conciencia en cuanto a los hábitos y cambios conductuales que debe realizar para mantener la abstinencia.

6.1.3.3.1.5 Sesión individual 5 “Soñar con drogas”

Esta sesión individual aborda el tema de los sueños relacionados con el consumo, en el período de recuperación es importante intervenir sobre el riesgo que pueden significar estos sueños, la forma como los interprete durante el período de vigilia, evitar situaciones de riesgo, pues el sueño es un deseo expresado implícito en su contenido.

Los sueños relacionados con la posibilidad de consumo se consideran algo normal en las distintas etapas de recuperación, trabajar este síntoma en terapia, pone en alerta y favorece la capacidad de manejo de situaciones de riesgo, se recomienda proponer conductas alternativas que favorezcan un sueño reparador y más profundo como por ejemplo, realizar ejercicio físico durante el día.

6.1.3.3.1.6 Sesión individual 6 “prevención de la recaída”

En esta sección se hace una revisión del estado del paciente, teniendo en cuenta aspectos importantes de prevención, por ejemplo la manera de divertirse, la realización de actividad física, la capacidad de socializar y el deseo de consumir drogas.

De manera explícita, la evaluación del funcionamiento en estas áreas importantes se debe realizar periódicamente, durante todo el proceso de recuperación, se puede usar una escala de satisfacción, para objetivar mejor el estado del paciente. Este ejercicio permite tomar conciencia y crear posibilidad de cambio, el cual será medido a lo largo

del proceso de tratamiento. Las áreas a revisión incluyen también desarrollo profesional familia, autoestima, salud física, bienestar psicológico y satisfacción sexual.

6.1.3.3.1.7 Sesión individual 7 “un período difícil el muro”

En esta sesión individual se abordan la dificultad de los cambios emocionales bioquímicos y síntomas propios de esta etapa, en el entendido, que en este momento el paciente ha cumplido entre 45 a 60 días de abstinencia de sustancias.

El muro, condición física similar a la desintoxicación, tan necesaria en todo proceso de recuperación, así como puede ser muy molesta, es importante transmitir la idea de normalidad, ya que hace parte del proceso, e indica mejoría.

El objetivo es que el paciente comience a entender las manifestaciones emocionales, cognitivas y de conducta, que ocurren conforme avanza el periodo de abstinencia, por ende, el paciente comienza a movilizar estrategias de control para hacerles frente a estos síntomas de forma más eficaz. El paciente debe aceptar estos cambios bioquímicos como reales, y parte del proceso de recuperación.

En esta sesión se trabaja con el paciente un listado de síntomas, en función de aquellos aspectos que son importantes para él. Si se encuentran más de 5 cuestiones de esta lista de síntomas, indica que claramente el paciente está experimentando los efectos de la etapa del muro.

Depresión		Cancelar citas del tratamiento	
Ansiedad		Faltar a citas sin llamar	
Irritabilidad		Justificarse para terminar el tratamiento	
Baja Energía		Apatía, pasar mucho tiempo en soledad	
Cambios de Humor		No darle importancia a la sobriedad	
Tareas sin terminar		No estructurar el tiempo	
Ansia de droga		Regresar a la exposición de estímulos compulsivos	
Consumo de alcohol		Compartir espacios con consumidores	
Sentirse mal con el tratamiento		Pensamiento confuso	
No trabajar en el tratamiento		Sentimientos de desesperación	
Pensar sobre errores pasados		Dificultades de atención y concentración	
Problemas de relaciones			

6.1.3.3.1.8 Sesión individual 8 “El segundo contrato de la familia” (3° sesión conjunta)

En esta sesión el paciente se encuentra en una etapa intermedia de su proceso de recuperación. Esta es la tercera sesión conjunta con el familiar. De forma consensuada con el paciente, se revisa un listado de aquellos aspectos en los que está expuesto a implicarse en este momento del proceso de recuperación, teniendo en cuenta que está atravesando por la etapa del muro.

Es muy válido señalar que esta etapa no durará siempre, tiene un tiempo determinado, hasta que los síntomas se extinguen. En esta sesión se ofrece a los familiares la oportunidad segura de poner límites, y llegar a nuevos acuerdos con el paciente o fortalecer los antiguos acuerdos.

6.1.3.3.1.9 Sesión individual 9: “Emociones y recuperación”.

Esta sesión aborda el tema de las emociones dentro del proceso terapéutico, teniendo en cuenta que las sustancias y el alcohol, tienen un valor instrumental en potenciar algunas emociones y bloquear otras. El paciente toma conciencia de, cómo durante el consumo, puede sentirse muy feliz sin motivo, y cuando cesa el uso de la sustancia, se deprime, con o sin motivos. De tal manera que su vida se ha convertido en una mezcla de emociones reales y emociones que son producidas por los efectos de las drogas, siendo imposible en muchas ocasiones, distinguir entre unas y otras. Se trabaja entonces, con la idea de que, es necesario vivir el tiempo de abstinencia, para las emociones reales. Estas, ya no oscilarán, desde la Euforia ocasionada por los estimulantes, a la profunda depresión que sigue al consumo. Es posible sentir emociones gratas y menos intensas, recobrando un nivel de control emocional, siempre secundario a desencadenantes reales.

El paciente aprende a definir e identificar sus emociones, tanto en el momento presente, como utilizando su historia pasada. En esta sesión, se tendrá en cuenta el ambiente familiar y las reglas procedentes de familia para controlar y expresar emociones. El paciente aprende a identificar emociones, tolerarlas, cambiar y controlar conductas, y modular su estado de ánimo.

Ira	Sorpresa	Aburrimiento	Frustración
Celos	Inseguridad	Satisfacción	Depresión
Felicidad	Alegría	Miedo	Seguridad

6.1.3.3.1.10 Sesión individual 10 “Establecer metas”

En esta sesión se elabora el plan de seguimiento que el paciente llevará a cabo después de las primeras 16 semanas de tratamiento en el programa.

Es importante señalarle que la recuperación es un proceso de toda la vida, por lo tanto es prioritario planificar que va hacer para mantener la recuperación. Se ofrecen distintas opciones tales como el trabajo grupal, grupos de apoyo social, terapias individuales y de pareja. El paciente elabora su propio plan con el apoyo del terapeuta y firma su compromiso para los meses siguientes a las 16 semanas en el programa.

6.1.3.3.1.11 Sesión individual 11 “Cuadro de análisis de la recaída” opcional

En esta sesión se aborda el problema de la posible recaída. El paciente deberá aprender a identificar los antecedentes previos a iniciar el episodio de una recaída, teniendo en cuenta que esta no ocurre de manera imprevista. El terapeuta deberá entender el contexto alrededor del cual se presentó la recaída y re-configurarlo con el paciente.

En el proceso terapéutico deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos respecto a las recaídas: El consumo de drogas que ocurre en la primeras semanas de tratamiento no se considera una recaída, dado que hasta el 50% de los pacientes que completan con éxito el tratamiento experimental, presentan este tipo de recaída de corta duración, por lo tanto no representa necesariamente un fracaso y se debe considerar como una oportunidad de ajustar el tratamiento, obtener aprendizaje de lo vivido y anticiparse a posibles futuras recaídas.

Por lo tanto, el objetivo de esta sesión es, identificar los patrones individuales que preceden al consumo de sustancias, esto permitirá al paciente interrumpir episodios de recaída antes de consumir las drogas, prevenir y hacer los ajustes necesarios para evitar el episodio.

Para ello se trabaja en la sesión un registro en el que se anotan los eventos, sean del área laboral, personales, del mismo tratamiento, comportamientos relacionados con drogas, pensamientos de recaídas, hábitos de salud, y la manera cómo les ha afectado y cómo se han sentido en estos aspectos, al menos durante la semana previa a la recaída, de tal forma que dieron lugar al consumo puntual de la sustancia.

6.1.3.3.2 Grupo de Habilidades de Recuperación Temprana. Anexo 4.

Adoptado del Manual del Terapeuta-usuarios Matrix (51)

Como su nombre indica, este grupo se diseñó para generar en los pacientes una serie de habilidades con el fin de conseguir la abstinencia.

No se considera un grupo terapéutico sino un grupo o foro psicoeducativo, en él, el terapeuta trabaja con cada uno de los participantes, para ayudarles a crear su propio programa inicial de recuperación, es decir se intenta que los pacientes expresen y cumplan sus propios objetivos de cambio.

Es un grupo fundamentado en las técnicas conductuales. Consiste en 8 sesiones de una hora de duración, realizadas durante el primer mes del programa, con una frecuencia de 2 sesiones semanales.

Por tratarse del inicio del tratamiento se trabajan dos mensajes fundamentales, en primer lugar la posibilidad del cambio de comportamiento, lo que a su vez aumenta la sensación de autoeficacia y sentido de logro, y en segundo lugar las actividades que tratamiento como fuente de información y apoyo.

Son sesiones con una estructura definida y muy clara, teniendo en cuenta que para los pacientes en sus inicios, la rutina del tratamiento es tan importante como la información discutida. En el entendido que el grupo es desde el comienzo un grupo abierto se encontrará en un estado muy inestable, por lo tanto deben mantenerse con metas claras. Los terapeutas se deben adaptar y mantenerse centrados en la sesión, intentando no

generar emociones muy intensas, y fuera de control, como puede suceder con los pacientes.

Las sesiones son dirigidas por un terapeuta pudiendo acompañarse por un usuario facilitador que esté en proceso de recuperación con al menos 12 meses de abstinencia. El usuario facilitador puede ser el mismo durante todo el proceso o alternar con otro, debe haber logrado realizar un proceso terapéutico en Matrix, y siempre será supervisado por los terapeutas.

El terapeuta y el usuario facilitador deben reunirse 15 minutos antes de la sesión de grupo, para repasar el tema de la sesión que corresponde cada día. El terapeuta tendrá en cuenta las situaciones por las que esté atravesando cada paciente y que hayan surgido en las sesiones individuales.

Deberá instruirse al usuario facilitador, a que comparta su experiencia acerca del tema escogido, pero nunca debe asumir la posición de terapeuta. Al final de la sesión el usuario facilitador puede realizar una retroalimentación para todo el grupo.

6.1.3.3.2.1 Estructura del grupo

Por lo general participan de 6 a 8 personas máximo y la duración es de 50 a 60 minutos. El grupo es presentado por el terapeuta como un espacio donde recuperar las habilidades básicas para mantenerse en estado de sobriedad.

Debe presentarse cada paciente ante el grupo y de forma breve compartir su historia. Si está ingresando alguien nuevo se solicita a todos los participantes que hagan una breve presentación personal y de su historia, de esta manera se favorece la integración en el grupo a los nuevos participantes.

En caso que algún participante se extienda demasiado detallado sobre su historia debe interrumpirse de manera respetuosa, se les pide que se concentren en los hechos que los llevaron a la necesidad de iniciar el tratamiento.

Se presenta al usuario facilitador como una persona que en la actualidad está siguiendo el proceso de recuperación, y está allí para compartir su experiencia personal y su recuperación con el tratamiento.

En los primeros 15 minutos se revisan las agendas, los calendarios, y cada paciente observa su evolución a través de los registros diarios de abstinencia/consumo. En los siguientes 35 minutos el terapeuta presenta el tema de la sesión, lee el formulario, y ofrece un resumen de porqué el tema es importante para lograr la abstinencia.

El usuario facilitador puede relatar, cómo el tema que se está tratando le ha sido útil durante sus fases iniciales. Se solicita a cada participante que describa la puesta en práctica de las habilidades objetos de la sesión. Si los participantes tienen problemas para su expresión el terapeuta hará sugerencias o puede pedir consejo a otros miembros del grupo.

La segunda parte de la sesión es decir aproximadamente 15 minutos, se emplea para discutir el calendario de actividades. Cada persona debe diseñar un plan de actividades para el período entre la sesión actual y la siguiente. En esta etapa de recuperación temprana, no se recomienda que los pacientes planifiquen actividades entre ellos mismos, o en conjunto con otros pacientes.

La sesión debe terminar en un tono positivo preguntando acerca de los beneficios que han obtenido de la misma. Al finalizar la sesión cualquier paciente que tenga problemas debe reunirse con el terapeuta o esperar a la sesión individual.

El usuario facilitador no participa en aconsejar individualmente a ninguno de los pacientes.

6.1.3.3.2 Problemas comunes que pueden surgir en el abordaje grupal:

Dudar acerca de la efectividad de los tratamientos:

Es muy importante que el terapeuta deje en claro, que las personas que asisten a tratamiento y participan de una forma personal en el mismo, avanzan más rápido que las que no asisten. Afirmar que este modelo es muy eficaz y está científicamente validado y demostrado es útil y eficaz.

Discutir con pacientes ambivalentes o resistentes:

Es valioso utilizar como estrategia el empleo de otros miembros del grupo, así como de las experiencias positivas del facilitador, para enfrentarse a la renuencia. Es importante destacar la idea de que, cuanto más compromiso se fomente hacia el programa, más rápida será la recuperación.

Si un paciente ofrece sugerencias posiblemente peligrosas:

El terapeuta amablemente puede afirmar "eso puede funcionar para ti, pero... para la mayoría de las personas es una estrategia peligrosa", o "La mayoría de los pacientes han encontrado más útil, el uso de otras estrategias como detener el pensamiento de consumo". El terapeuta debe ser amable y respetuoso, y al mismo tiempo necesita mantener el control del grupo.

Situaciones en las que el paciente se muestra muy inestable:

El terapeuta debe transmitir la idea al paciente inestable que, posiblemente se encuentre algo tenso o en este momento no está muy centrado, permitiendo de esta manera que todos los pacientes sientan que tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos. Expresiones como "por favor escuche usted un momento", pueden ser bastante eficaces.

Si se detecta que un paciente está intoxicado

El terapeuta puede pedirle que lo acompañe a salir afuera, y posteriormente será atendido a nivel individual. En este caso el usuario facilitador acompañará al paciente. Hay que evitar cualquier tipo de enfrentamiento y ponerse en contacto con el familiar de apoyo.

6.1.3.3.2.3 Son objetivos generales del grupo de habilidades de recuperación temprana:

- ✚ Proporcionar un lugar estructurado para los nuevos pacientes, donde puedan aprender habilidades de recuperación y programas de refuerzo personal.
- ✚ Presentar a los pacientes, las habilidades básicas para la recuperación y ayudarles en el abandono del consumo.
- ✚ Fomentar el compromiso.
- ✚ Motivar al paciente a participar en actividades del grupo de soporte social y grupo de 12 pasos.
- ✚ Permitir al usuario facilitador ser modelo en el mantenimiento de la abstinencia.
- ✚ Fomentar en el usuario facilitador una mayor autoestima y reforzar su propio progreso.

El grupo de habilidades de recuperación temprana, facilita al paciente una estructura de rutina para diseñar un plan de recuperación y monitorear su propio progreso. Esta rutina consiste en la planificación de actividades y calendarios. El objetivo es tomar conciencia de la importancia de la planificación y estructuración del tiempo durante el proceso de recuperación, que le ayudará a mantenerse sobrio y monitorear su propio proceso terapéutico.

Hacer un horario es una habilidad esencial, que ayuda al paciente a diseñar su estructura en el proceso de recuperación, y que le ofrece un mapa de No consumo desde el final de la presente sesión hasta el inicio de la siguiente. En un ejercicio de autocontrol, el paciente programa las actividades que decida hacer, siendo el objetivo, cumplirlas incorporando los mínimos cambios. Normalmente, estos usuarios no programan su tiempo, la mente adicta es la que controla sus vidas.

Por esto, el programa considera necesario incorporar el hábito de programar actividades escribirlas y el cumplimiento de las mismas, de no ser así, la siguiente alternativa terapéutica sería la estructura hospitalaria. Marcar en el calendario cada día sin consumo y valorarlo, y ser consciente de que es un éxito en la recuperación, mantiene al paciente diariamente consciente de su propio progreso y le da la sensación de continuidad y sentido de logro.

La revisión diaria de la abstinencia se lleva a cabo con un registro semanal, siendo este un recordatorio diario de la abstinencia. Con un lápiz de color rojo y verde, se simboliza día a día, la abstinencia o el consumo. Es un ejercicio diario que aumenta la sensación de autoeficacia.

6.1.3.3.3 Grupo de Prevención de Recaídas. Anexo 5.

Adoptado del Manual del Terapeuta-usuarios Matrix (51)

Esta intervención se realiza a través de 32 sesiones grupales con una frecuencia de dos veces a la semana durante 16 semanas.

Este grupo terapéutico es el elemento central del modelo de Atención y se inicia desde el principio del tratamiento.

El grupo de prevención de recaídas se basa en las siguientes premisas:

- La recaída no es un suceso aleatorio
- El proceso de recaída sigue unos patrones predecibles
- Los signos de una recaída inminente, pueden ser identificados, no sólo por los terapeutas, sino por otros miembros del grupo.

Esta terapia está altamente estructurada, tiene un formato específico, objetivos, y un tema específico para cada sesión. Por lo tanto no es un grupo de afirmación personal, ni de reducción del estrés, no predomina el pensamiento libre, ni el desarrollo individual.

El grupo es dirigido por un terapeuta y preferiblemente debe ser el mismo que acompaña las terapias individuales, esto favorece el mejor conocimiento de los pacientes y refuerza los lazos terapéuticos.

6.1.3.3.1 Objetivos de las Sesiones del Grupo de Prevención de Recaídas:

- ✚ Permitir a los pacientes interactuar con otras personas durante su recuperación
- ✚ Presentar y trabajar con material específico de prevención de recaídas
- ✚ Contar con el usuario facilitador, como modelo de cambio positivo en el proceso de recuperación a largo plazo, y, que comparta su experiencia de mantenerse sobrio a largo plazo.
- ✚ Propiciar el trabajo grupal, que potencia las intervenciones individuales

El terapeuta debe saber manejar la información que ha recibido en las sesiones individuales, con el fin de no crear malestar o desconfianza o violar los límites del paciente. Debe dialogarse con el paciente, la posibilidad de compartir información a nivel grupal y planearlo.

El profesional debe ser equitativo con todos los pacientes de manera que no se establezca un ambiente de competencia entre ellos para llamar su atención.

El terapeuta debe ser percibido como una fuente confiable de información acerca del uso de sustancias, deben generar credibilidad entre sus pacientes, esto se logra según el grado en que el terapeuta construye sobre el grupo, así como su capacidad de hacer del grupo un lugar seguro para todos los participantes. Por lo tanto, el terapeuta debe ser capaz de entender el tono emocional en el que se está moviendo el grupo y responder de acuerdo al caso.

El propósito de este grupo es proveer un foro en que los pacientes reciben tratamiento para solucionar sus problemas de autocontrol, por lo mismo, el terapeuta debe mantener la atención y dirección del grupo y estar preparado para redirigir las discusiones que se vuelven redundantes, irrelevantes, inapropiadas o inestables.

El grupo debe ofrecer un ambiente seguro en el que la información acerca de las recaídas y la prevención de la recaída pueda ser compartida por los pacientes. Las señas de una inminente recaída pueden ser identificadas fácilmente, no sólo por el terapeuta, sino por los propios pacientes compañeros del grupo, ya que una recaída no es algo que sucede al azar sino que es un proceso que sigue unos patrones predecibles.

De igual manera el ambiente grupal permite el apoyo mutuo entre pacientes, aquellos que están a punto de recaer, son orientados, mientras que aquellos que tienen un proceso más avanzado, son animados a continuar y mantener el proceso de cambio.

Los terapeutas deben detectar las posibles reacciones alteradas de los pacientes por el contenido a tratar, el enfoque entonces debe dirigirse a la adicción y no al paciente, centrándose más bien en los aspectos de la adicción presente que en el comportamiento o el modo de pensar del paciente.

El grupo propicia los vínculos y la interdependencia de sus miembros: características del grupo como la cohesión, pueden ser un motivador constructivo que permita sustentar el interés de los pacientes en su propio proceso de cambio personal, de tal manera que el paciente siente una responsabilidad hacia el grupo y para consigo mismo.

De igual manera, siendo la recuperación personal un proceso independiente, también ayuda a prevenir el contagio del proceso de recaída. Por lo tanto, es importante transmitir la idea de que los pacientes consideren su recuperación, como un logro personal.

El usuario facilitador, que apoya al terapeuta, debe tener por lo menos un año abstinerente de sustancias. Esta es una figura importante en la dinámica del grupo, constituye el modelo de cambio de éxito en la recuperación. El usuario facilitador puede ayudar al terapeuta en el abordaje de problemas y controversias que surjan compartiendo experiencias personales resueltas con éxito. Siempre debe hablar en primera persona.

El grupo de prevención de recaídas utiliza un formato abierto, por esta razón, en cualquier momento puede ingresar un nuevo miembro al grupo, quien se presentará al inicio solicitándole que explique de forma breve su historia de consumo de sustancias.

El objetivo de esta presentación es ofrecer una información básica como el tipo de drogas usadas y las razones por las que el paciente inicia el tratamiento, deben evitarse los detalles y el divagar en la historia personal durante esta presentación.

6.1.3.3.2 Estructura de las sesiones

Durante los primeros 15 minutos de la sesión, el terapeuta presenta el tema que corresponde. El tema específico, se discute durante unos 45 minutos, concluyendo las ideas centrales y asegurándose de que los pacientes lo han entendido. Durante los siguientes 30 minutos, se realiza una evaluación de lo acontecido durante los días previos a la sesión.

Se pregunta a los miembros, si han surgido problemas recientes, o si hay algún asunto, respecto a lo trabajado hasta el momento, que quisieran abordar. Estas preguntas se dirigen fundamentalmente a pacientes que participan poco, o no han participado. Algunas preguntas generales como, “¿cómo van las cosas?, ¿has sentido algún deseo de consumir?, ¿hay algún problema que te puede estar influyendo?, o, ¿cuáles son tus planes para permanecer en el camino de la abstinencia durante los próximos días?, sirven para promover la participación en el grupo.

Antes de cerrar la sesión, los pacientes expresan las posibles dificultades, y, el terapeuta, concluye los objetivos. Desde la filosofía de este Modelo de Atención, se considera importante, terminar la sesión destacando el compromiso a la confidencialidad y la asistencia al grupo la siguiente sesión.

6.1.3.3.3 Situaciones especiales de la terapia grupal

El terapeuta deberá saber detectar y abortar de manera directa y clara, algunas situaciones que se dan con frecuencia en los formatos terapéuticos de grupo. Este modelo terapéutico proporciona algunas pautas de intervención orientativas para manejar estas situaciones:

- En situaciones, como la insistencia de un paciente en un asunto determinado, se propone hacer la sugerencia amable de permitir a los demás pacientes el derecho a participar y discutir sus problemas, prosiguiendo con la sesión.
- En ocasiones, algún paciente puede apuntar y defender conductas que no favorecen la recuperación, en este caso, se aborda el tema de forma clara y escueta, y se le pide que permanezca en la sesión escuchando. Más tarde, se intervendrá con este paciente a nivel individual.
- Ocasiones en las que un paciente acuda a tratamiento, intoxicado. En este caso, el usuario facilitador saldrá del grupo con éste, y según la situación, el terapeuta realizará una intervención breve posterior, o, se llamará al familiar de referencia, siendo tratado a nivel individual o conjunta en el momento oportuno.
- Ante la falta de adherencia terapéutica, la falta de compromiso, la falta de asistencia y las repetidas recaídas, se interviene en sesión individual, y, posteriormente conjunta, para reevaluar y ajustar el plan terapéutico. En cualquier caso, mientras que el paciente no esté intoxicado o actúe de manera inapropiada, se puede permitir asistir a la reunión del Grupo de Prevención, solicitándole que escuche, y, al final de la sesión podrá ir participando en la discusión del tema.

6.1.3.3.4 Grupos de Apoyo Social. Anexo 6.

Adoptado del Manual del Terapeuta-usuarios Matrix (51)

Se trata de grupos abiertos y son principalmente sesiones de discusión. Tienen una duración de 90 minutos, por lo general se limitan a 10 personas por grupo, de modo que cada usuario tenga tiempo de participar. En esta sesión, el modelo también se apoya en usuarios que han sido colíderes dentro de las otras terapias grupales siempre bajo la

supervisión del terapeuta. Se resalta que los facilitadores deben mantener su estabilidad emocional, competencia intelectual y fortaleza en la recuperación. Como en las otras sesiones de grupo deben reunirse antes con el terapeuta para revisar el tema del día.

6.1.3.3.4.1 Directrices para los facilitadores:

- ✚ Escuchar a los usuarios y ayudarles a calificar lo que están diciendo pero no hablar por ellos o dar respuestas.
- ✚ Animar a los miembros del grupo para que se apoyen y acepten entre ellos.
- ✚ Centrarse en los usuarios no asumir una posición de autoridad o monopolizar la discusión.
- ✚ Permitir a los usuarios desviarse levemente del tema de la sesión si la discusión puede ser beneficiosa también para los demás componentes del grupo.
- ✚ El facilitador permite que la discusión se desarrolle sin complicaciones, de modo que los usuarios obtengan el mayor beneficio posible.
- ✚ Disuadir a los usuarios de contar historias muy largas que puedan actuar como disparadores para otros.
- ✚ Asegurarse de que el grupo no es dominado, por uno o dos miembros y que todos tienen, tiempo para hablar.
- ✚ Evitar hacer generalizaciones.
- ✚ Evitar preguntar ¿“por qué”? a los usuarios, (Ej., cuestionar sus acciones o motivaciones).

Las sesiones del grupo de apoyo social, se realizan una vez a la semana. Comprende 36 sesiones en total, 4 de las cuales se superponen con las últimas cuatro semanas de la fase intensiva del tratamiento, y acoge a los usuarios para continuar la terapia de grupo durante aproximadamente 9 meses después de terminar los componentes principales del tratamiento.

Los usuarios que presentan una recuperación estable y han completado por lo menos las primeras 12 semanas de los grupos de habilidades de recuperación temprana y prevención de recaídas pueden iniciar asistir a las sesiones del grupo de apoyo social.

El terapeuta da la bienvenida a los usuarios al grupo, e introduce el tema a tratar en la sesión. Se abre entonces la discusión incluyendo el tema de la sesión, además de asuntos de abstinencia y otros problemas que los usuarios están experimentando dentro de su proceso de establecerse en un estilo de vida libre de sustancias.

El terapeuta facilita la discusión a partir de preguntas acerca del tema, estas preguntas ya están estandarizadas por el modelo. Si surgen asuntos clínicos que requieren la atención del terapeuta, el facilitador debe notificarlo al terapeuta en privado.

Si el grupo cae en grupos de discusión más pequeños el terapeuta debe rehacer la cohesión del grupo antes de terminar la sesión, recapitulando asuntos relevantes para el tema tratado y reconducir las preocupaciones que hayan surgido dentro de la discusión.

6.1.3.3.4.2 Objetivos del Grupo de Apoyo Social.

- ✚ Proporcionar un grupo seguro de discusión donde los usuarios practiquen habilidades sociales.
- ✚ Proporcionar a los usuarios más avanzados oportunidades en el tratamiento para servir de modelo a otros que llevan menos tiempo en recuperación.
- ✚ Animar a los usuarios a ampliar su sistema de apoyo de la abstinencia, reuniones de ayuda mutua o asociaciones.
- ✚ Proporcionar un entorno de grupo menos estructurado y más independiente que les ayude a progresar desde el entorno más estructurado de los grupos de HRT y PR al mantenimiento de la recuperación con grupo de apoyo sin soporte clínico.

6.1.3.3.4.3 Temas del grupo de apoyo social

Son 36 temas que enumeran conceptos clave en la recuperación y sugieren puntos de discusión concretos para los grupos de Apoyo Social. Cada tema incluye preguntas que el terapeuta y el facilitador pueden plantear para iniciar y sustentar la discusión del grupo.

Estas preguntas han sido diseñadas por el modelo original, y están relacionadas con el tema de la sesión. Para su desarrollo se utilizan las mismas fichas de los grupos de habilidades de recuperación temprana y prevención de recaídas.

Igualmente este modelo de atención, permite utilizar temas que no estén listados allí, según las necesidades de los usuarios del grupo. Los temas pueden ser utilizados en el orden que el terapeuta estime más útil para el grupo.

6.1.3.3.5 Grupo de Educación Familiar (60) Anexo 7.

Teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad adictiva, se entiende claramente que estos pacientes se encuentran con alta frecuencia separados de sus familiares o en conflicto con los miembros de la familia. La familia y otras personas significativas para el paciente, experimentan sentimientos de abandono, ansiedad, miedo, ira, preocupación vergüenza o culpa.

Es usual que los familiares no entiendan los trastornos por uso de sustancias, ni los cambios que han ocurrido en su familia. Tampoco pueden entender las dinámicas de la recuperación y los cambios que conlleva. Es fundamental dar información sobre el trastorno y el proceso de recuperación, así como permitir a los familiares hablar sobre sus preocupaciones para facilitarles el apoyo a la persona enferma, además de que puede aliviar la ansiedad y otros posibles sentimientos.

Estas sesiones educativas ayudan a la familia a moldear algunas conductas que son comunes entre las familias que se enfrentan a personas adictas, entre ellas, el sobreproteger a sus familiares, de las consecuencias de su propia dependencia.

Dado que estas conductas pueden ser perjudiciales para la persona en tratamiento y para la misma familia, el conocimiento de lo que se puede presentar con el progreso de la recuperación, ayuda a los familiares a adaptarse a los cambios que acompañan este proceso.

El tratamiento tiene más probabilidad de ser exitoso si las personas significativas para el usuario están entrenadas sobre los cambios que previsiblemente ocurrirán en las relaciones a medida que progresa la recuperación. Además de proporcionar educación específica las sesiones de familia proporcionan al terapeuta una oportunidad para facilitar la implicación de la familia en la recuperación del usuario.

El abuso de sustancias lleva a la familia a una situación de crisis. Los terapeutas deben ser conscientes de que la violencia puede irrumpir en este tipo de ambiente. Por lo tanto la seguridad de los usuarios de los familiares implicados en el tratamiento debe ser parte de un enfoque de prevención de esta circunstancia.

El grupo educativo para familia, no se trata de una terapia familiar y su objetivo no es una intervención directa en las dinámicas particulares de las familias. El componente familiar de este modelo se basa en un enfoque psicoeducativo, que proporciona un ambiente relativamente poco amenazador, en el que se presenta información y una oportunidad para los usuarios y sus familias, de sentirse cómodos y acogidos en el tratamiento.

Se ofrece información sobre la dependencia de las sustancias, el consumo de alcohol y otras drogas, el tratamiento, la recuperación, las formas en que las familias se afectan por el uso y la dependencia del usuario y cómo pueden los miembros de la familia apoyar su proceso de recuperación.

La experiencia del tratamiento Matrix ha mostrado que si los usuarios están estrechamente relacionados con la familia y otras personas significativas haciendo parte del proceso de recuperación, el progreso hacia la mejoría es mayor, independiente si están involucrados o no en el tratamiento-

Teniendo en cuenta que la interacción dentro de las familias antes de que los usuarios inicien el tratamiento suele ser negativa, algunos usuarios pueden preferir realizar solos su programa. El terapeuta debe trabajar con los usuarios para ayudarles a entender la importancia que implica la participación de la familia en el tratamiento, en caso que el usuario se resista a la implicación de su familia, el terapeuta no deberá insistir.

Por otra parte, puede ser que los familiares sientan que este no es su problema. Estar muy enfadados y poco dispuestos a implicarse en el tratamiento del usuario. Por lo tanto, el terapeuta deberá invitar personalmente a los familiares que vayan a las sesiones y explicarles detenidamente la importancia de su presencia en la terapia.

Cuando se decida quién de la familia debería estar incluido en este grupo educativo se debe usar una definición de "familia", se trate de su pareja estable o un amigo íntimo o

un padrino. Los adolescentes mayores pueden ser adecuados para apoyar el programa, sin embargo no ingresan al grupo educativo para familias.

Hay que tener en cuenta que algunos usuarios asisten a las sesiones solo si, sus familias y otras personas significativas asisten. En estas sesiones los usuarios deben recibir información sobre la dinámica de las relaciones familiares respecto al consumo de sustancias y su propia responsabilidad del progreso del tratamiento.

6.1.3.4 Pruebas Aleatorias de Sustancias en Orina.

Desde el momento del ingreso del usuario al programa, y desde la firma del primer contrato terapéutico, se le ha informado de la necesidad de realizar en forma aleatorizada una evaluación de sustancias en una muestra de orina. Este procedimiento se considera central dentro de este modelo de tratamiento, y es una manera de obtener un dato objetivo y fiable acerca del consumo. No se considera forma de vigilar ni de controlar, si funciona como un método de contingencia hacia los resultados negativos, pero su finalidad principal es evaluar el progreso del tratamiento, se utiliza como una oportunidad para que paciente y terapeuta analicen qué factores han llevado al consumo puntual o a la recaída, es una herramienta que se puede usar en forma semanal o intempestiva, se realiza a criterio terapéutico y el paciente, se compromete a estar en disposición a realizarla en cualquier momento.

Recomendaciones para la prueba de orina

Manejo de una prueba de orina positiva

El resultado siempre se analizará junto con el paciente, se reevalúa el período cercano a la realización de la prueba, aspectos tales como faltar a la cita, comportamiento inusual, discusiones con sus compañeros, o los datos que nos pueda aportar la familia, datos que nos dan información acerca de dificultades que se estén presentando en el progreso del paciente. Se evalúa el periodo en el que se ha presentado el consumo y qué factores han facilitado esta situación.

Es importante tener en cuenta si el paciente informa previo a la prueba acerca del consumo, también si admite y acepta el resultado positivo o si se resiste a aceptar lo evidente. Cuando se presente una negativa del paciente aceptar el resultado no se recomienda confrontar al paciente, y evitar discutir acerca de la validez de los resultados. Se sugiere realizar la prueba con mayor frecuencia, y de acuerdo a los resultados tomar la decisión terapéutica más apropiada.

En caso de sospecha de falsificación o manipulación de la orina

Se debe medir el color y la temperatura de la muestra, si se detectan alteraciones, se le solicita al usuario que vuelva a realizar la prueba unos minutos después, esta vez en presencia del personal de enfermería.

En general un paciente no deberá salir del programa debido a una prueba positiva. Estas pruebas deberán usarse como herramientas para mantener la abstinencia.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de este modelo de atención es la permanencia en el programa y en la abstinencia, se ofrecerá al paciente, la posibilidad de volver al grupo de habilidades de recuperación temprana, o aumentar las sesiones individuales.

En caso que continúen apareciendo pruebas de orina positivas, es probable que el paciente requiera una atención en un nivel superior de complejidad.

6.1.3.5 Recursos Necesarios para la Adaptación del Modelo Matrix en el Departamento del Chocó

TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA		EQUIPOS
1. Médico general 1. Enfermera(o) 1. Psicóloga(o) 1. Psiquiatra 1. Trabajador social	1. Consultorio. 2. Salas de atención grupal. (una para adultos y otra para menores de 18años). -Separación física de baños por sexo. Disponibilidad de: Área para actividades de aprovechamiento y ocupación del tiempo libre. Área para recreación.	Instalaciones de la Clínica de Salud Mental Bantú S.A.S.	Computador Video Beam Reproductor de Sonido Cartilla de trabajo en casa Cartilla de trabajo intrahospitalario. Papelería Bolígrafos. Tirillas para prueba de orina

6.1.3.6 Estándares de Habilitación

Con el fin de garantizar la calidad del modelo de tratamiento propuesto, se realizó una autoevaluación, para medir el cumplimiento actual de la clínica Bantú, de los estándares de habilitación, según la resolución 3100 del 2019, del ministerio de salud y de la

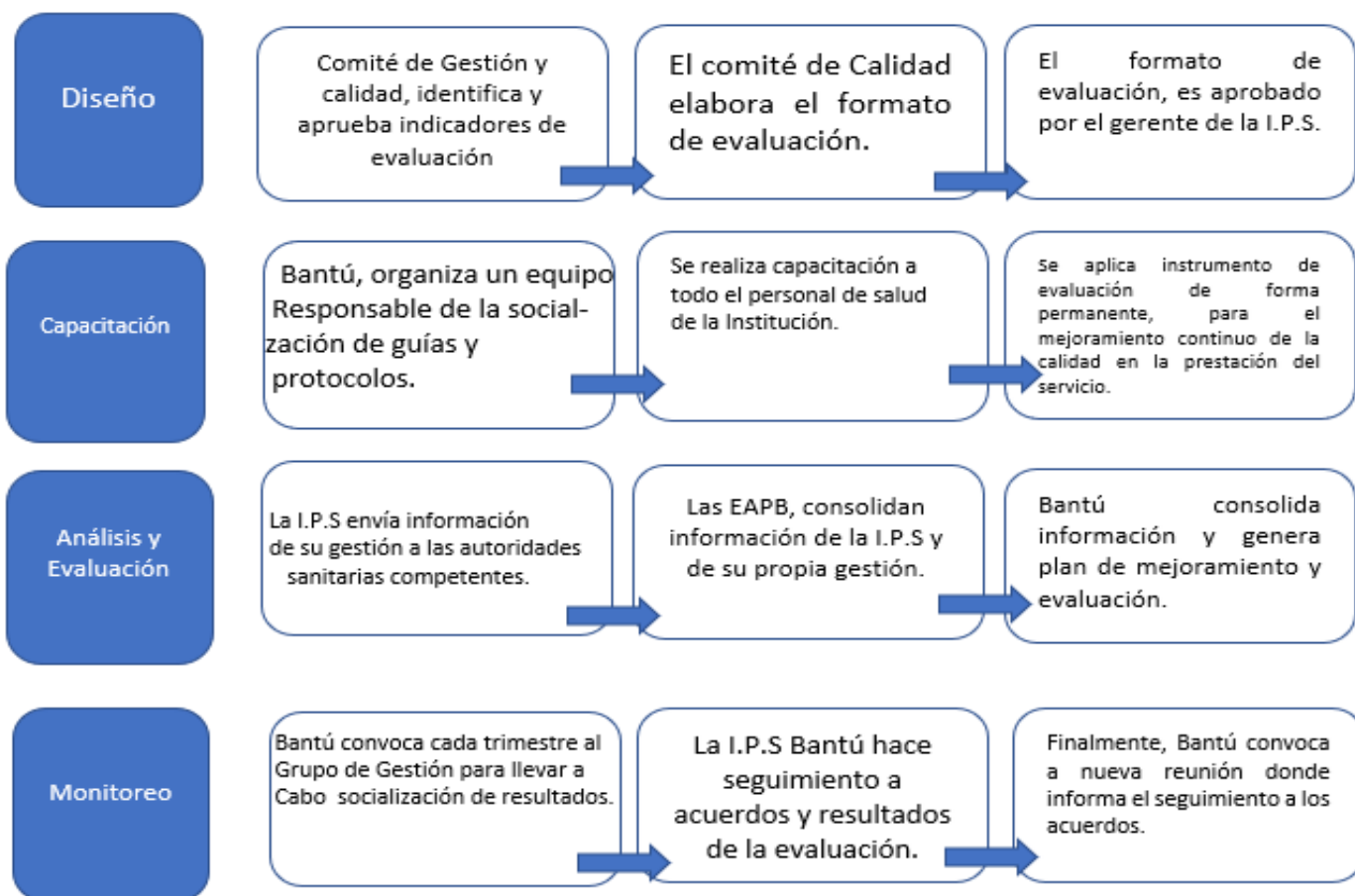
protección social. Se cumple con los estándares para la modalidad de atención ambulatoria del servicio: cuidado básico del consumidor de sustancias psicoactivas
Ver Anexo 8

6.1.3.7 Indicadores de evaluación

El desafío institucional, consiste en implementar un programa de Cuidado Básico del Consumo de Sustancias, en la Clínica de Salud Mental Integral Bantú, de la ciudad de Quibdó en el departamento del Chocó. Con el propósito de monitorear y evaluar el desempeño de las actividades en el programa de Cuidado Básico del Consumo de Sustancias, haciendo uso de indicadores de organización, gestión, prestación y financiamiento.

Indicadores Priorizados: Oportunidad, Eficiencia Eficacia

La aplicación de este instrumento se realiza en las siguientes etapas:



6.1.3.8 Propuesta de valor del Modelo de atención Matrix en el Departamento del Chocó

La propuesta de valor de este modelo de atención, se basa en el hecho que se trata de un modelo especializado de atención a la conducta Adictiva, de mediana complejidad, inexistente en este momento en el departamento del Chocó, y que contribuye enormemente a reducir la amplia Brecha de la atención a la Salud Mental existente tanto en Colombia como en muchos países de bajos ingresos. (8, 17,18)

Esta modalidad de tratamiento, permite el seguimiento terapéutico de los pacientes a mediano y largo plazo, facilita la intervención y educación familiar y la modificación ambiental hasta donde es posible, a un costo muy inferior comparado con el modelo de atención tradicional, el cual es intrahospitalario y se ofrece en otros departamentos, ocasionando costos de traslado para el paciente y para la familia.

El mayor impacto a nivel social y familiar es generado por las personas consumidoras que se encuentran en niveles leve y moderado de gravedad de su dependencia, que representan la mayor cantidad de personas que consumen alcohol y drogas. Por lo tanto el implementar un servicio ambulatorio y de baja complejidad, impactará de manera positiva, a un mayor número de personas, contribuyendo en la prevención que su conducta adictiva cambie hacia un nivel de mayor gravedad de su enfermedad.

Como consecuencia, se reducen los prejuicios existentes alrededor de las personas que padecen enfermedades mentales y drogodependencias, aumenta la esperanza de encontrar un tratamiento para su padecimiento y mejora el acceso a tratamientos especializados en drogodependencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas., OEA I-AO on D. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019 / Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. 2019. Report No.: OEA/Ser.L/XIV.6.6 2019.
2. Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia. Reporte de Drogas de Colombia 2017. Bogotá; 2017 oct.
3. Ministerio de Justicia M de PS. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Poblacion Escolar Colombia. 2011.
4. Observatorio de Drogas de Colombia, Justicia M de, Ministerio de Salud y Proteccion Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en poblacion Escolar- Colombia 2016. 2016.
5. Ministerio de Justicia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – Colombia 2013. 2013.
6. Ministerio de Justicia. Atlas de la Caracterizacion Regional de la Problemática Asociada a Drogas Ilícitas en el Departamento del Chocó. Chocó; 2013.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses. FORENSIS 2018 Datos para la Vida. diciembre de 2018;1:22.
8. Arregoces Leonardo, Camila Franco, Luis Felipe Jaramillo GNP, Ministerio de Salud y Proteccion Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. 2014.
9. Naciones Unidas U. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas:Documento de debate para la formulación de políticas. Nueva York; 2003.
10. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas Institutos Nacionales de la Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigations. NIDA; 2010. Report No.: 2a Edition.
11. Mosquera M, Planeacion Territorial en Salud sdsd. Asks Actualization Analysis de Situation de Salud 2018 con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Departamento del Chocó; 2019.
12. OCHA Monitor Naciones Unidas. Ocha Colombia Impacto Humanitario y Deterioro del contexto en el Departamento del Chocó 2019 [Internet]. 2019 may. Disponible en: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/impacto_humanitario_choco.pdf
13. Ministerio de Justicia y del Derecho O de drogas de C. Caracterizacion Regional de la problemática asociada a las Drogas Ilícitas del departamento del Chocó [Internet]. UNODC; Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/2015/RE06092015-choco.pdf>
14. Plan Integral Departamental de Drogas Chocó 2016-2019. 2016.
15. UNODC. Documento Final del período extraordinario de sesiones de la asamblea general de las naciones unidas sobre el problema mundial de drogas. Cartagena Colombia: Naciones Unidas; 2016.
16. Ministerio de Justicia y del Derecho. Lineamientos de la Política Nacional de Drogas. 2017.
17. Organizacion de Estados Americanos. Escenarios para el Problema de las

- Drogas en Las Américas 2013-2025. 2013.
18. Ministerio de Salud y Protección social. Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencias. Colombia; 2004.
 19. Ministerio de Salud y Protección social. Política Nacional para la Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. 2007.
 20. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la prevención y la atención del consumo de Sustancias Psicoactivas. 2017 Ed.
 21. Congreso de la República. Ley 1566 del 2012. (Diario Oficial 48508 de julio 31 de 2012.).
 22. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ruta Futuro: Política Integral para enfrentar el problema de las Drogas.
 23. Ministerio de Salud y Protección social. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. 2019.
 24. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
 25. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
 26. Próspero-García O, Morelos J, B M Romero, A E Ruiz-García M-DM. Neurobiología de las adicciones. Rev Fac Med UNAM. febrero de 2017;60(1).
 27. A. Thomas McLellan, Ph.D, George F. Koob, Ph.D NDV MD. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med. 2016;374:363-71.
 28. Epigenetic regulation in drug addiction. Ann Agric Environ Med. 2012;18(3).
 29. M. Martín del Moral, P. Lorenzo Fernández. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Neuropsicología de la Adicción. Editorial Médica Panamericana. 2014.
 30. Koob G. Neurobiology of Addiction. focus.psychiatryonline.org [Internet]. Winter de 2011;Vol IX(No 155). Disponible en: <https://focus.psychiatryonline.org/>
 31. Rojas Bernal LA, Castaño Pérez GA. Neurobiología de la Patología Dual. Salud Dro. junio de 2017;17(2).
 32. Thombs DL, Osborn CJ. Introduction to Addictive Behaviors. New York: The Guilford Press; 2019.
 33. OMS. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. WHO. [citado 22 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>.
 34. MSPS, UNODC, Modelo de Atención Integral para Trastornos por uso de Sustancias psicoactivas en Colombia, conv 656 de 2015, Nov de 2016
 35. National Institute on Drug Abuse, Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3° Edition) January 2018
 36. Dicenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Evid Based Nurs. 2009 Oct;12(4):99-101
 37. Díaz M, Peña E, Mejía A, Flórez I. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS; 2014.
 38. El Modelo Bio-Psico-Social en Proyecto Hombre [Internet]. [citado 25 de julio de 2016]. Disponible en: <http://proyectohombregranada.org/el-modelo-bio-psico-social-de-proyectohombre/>

39. Christson A et Al, Revisiting Holistic Interventions in Substance Abuse Treatment, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2014, 24:538–546
40. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe mundial sobre las drogas. 2015.
41. Ken C. Winters et al. The effectiveness of the Minnesota Model for treating adolescent drug abusers, *Addiction* 2000,95(4), 601–612
42. Ronzani et al; Intervenções Breves para Uso de Drogas na América Latina, *Rev Sist; Psicol. estud.*, 2019, v. 24, e44393.
43. Martí J, Carballo J, Cárcelos I, Tratamiento psicossocial de las adicciones basado en el modelo Matrix en un centro público: un estudio piloto. *Salud y drogas*, 2012, 12(2) 253-272 ISSN: 1578-5319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83924965005>
44. Zarza, M.J., Obert, J., Rawson, R.C. y cols. Tratamiento psicossocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo, *Revista Española de Drogodependencias* 2011 36 (1).
45. Richard A. Rawson et al, A multi-site comparison of psychossocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence, *Addiction*, 2004, 99, 708–717
46. Huber A, Ling W, Shoptaw S, Gulati V, Brethen P, Richard Rawson, Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychossocial perspective, *Journal of Addictive Diseases*, 1997, 16:4, 41-50, DOI: 10.1080/10550889709511142
47. Eghbali H, Zare M, Bakhtiari A, Monirpoor N, Ganjali AR. The Effectiveness of Matrix Interventions in Improving Methadone Treatment. *Int J High Risk Behav Addict.* 2013; 1(4): 159-65. DOI: 10.5812/ijhrba.7906.
48. Zahra Amiri et al, Evaluating the efficacy of Regulated 12-Session Matrix Model in reducing susceptibility in methamphetamine-dependent individuals *Int J Med Res Health Sci.* 2016, 5(2)77-85
49. Schinke, S, Brounstein, P and Gardner, S. *Science-Based Prevention Programs and Principles*, 2002. DHHS Pub. No. (SMA) 03-3764. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
50. Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro, D., Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. *Matrix Tratamiento Ambulatorio Intensivo del consumo de sustancias estimulantes*, SAMSHA, Treatnet Spain (2011)
51. *Modelo Matrix: tratamiento intensivo ambulatorio del consumo de sustancias estimulantes. Manual del usuario. Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment.* DHHS Publication No. (SMA) 06-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.
52. Schiele 2000, Citado en Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Improving Cultural Competence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 59.* HHS Publication No. (SMA) 14-4849. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014
53. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Improving Cultural Competence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 59.* HHS Publication No. (SMA) 14-4849. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014
54. Valencia B, John Herbert. *Antropología de la Familia Chocoana*. Ed. Lealon, 1998.

55. Prochaska J, DiClemente C, J Norcross, Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos, Revista de Toxicomanías, 1994, N°. 1
56. Larimer M, Rebekka D, Marlatt G, Relapse Prevention: Marlatt's Cognitive-Behavioral Model, Alcohol Research & Health, 1999, Vol. 23, No. 2
57. Rawson et Al, Prevención de la Recaída, documentación para el Grupo, The Matrix model, Hazelden, 2009.
58. Comisión Nacional Contra las Adicciones - Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, Manual del Programa de Prevención de Recaídas, 1º Edición, Nov 2014,
59. ASAM, Standards of Care: For The Addiction Specialist Physician, 2014
60. Zarza J., Martí J., Botella A. Modelo Matrix: Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias, Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes y Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios. (2013)

ANEXOS

ANEXO 1

PLAN DE INTERVENCIÓN

FECHA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO ESTIMADO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES		NUMERO DE ACTIVIDADES	FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN	SESIONES INDIVIDUALES	EXAMENES DE LABORATORIO	ATENCIÓN CONTINUADA O DE REFUERZO
VIERNES	Habilidades de recuperación temprana: 16:00pm- 16:50pm	Psicologa con entrenamiento en MATRIX.	SEMANAS DE LA 1 -4, CADA SESION DURARÁ 50 MINUTOS APROXIMADAMENTE.	SEMANAS DE LA 5 - 16, CADA SESION DURARÁ 50 MINUTOS APROXIMADAMENTE.	1	2 SESIONES SEMANALES	1 SESION DE 40 MINUTOS (SEMANA 1)	EL USUARIO DEBE REALIZARSE LA PRUEBA DE ORINA UNA VEZ POR SEMANA	Activación del protocolo de seguimiento.
	Prevencción de recaídas:16:00pm- 16:50pm.								
MARTES	Habilidades de recuperación temprana: 16:00pm- 16:50pm	Psicologa con entrenamiento en MATRIX.	SEMANAS DE LA 1 -4, CADA SESION DURARÁ 50 MINUTOS APROXIMADAMENTE.	SEMANAS DE LA 5 - 16, CADA SESION DURARÁ 50 MINUTOS APROXIMADAMENTE.	1	2 SESIONES SEMANALES	1 SESION DE 40 MINUTOS (SEMANA 5)		Activación del protocolo de seguimiento.
	Prevencción de recaídas:16:00pm- 16:50pm.								
MIÉRCOLES	REUNIONES GRUPALES (EDUCACIÓN FAMILIAR)	Psiquiatría y Psicología.	SEMANAS DE LA 1 -16, CADA SESION DURARÁ 90 MINUTOS APROXIMADAMENTE.		1	1 SESION SEMANAL	1 SESION DE 40 MINUTOS (SEMANA 16)	Activación del protocolo de seguimiento.	
JUEVES	GRUPO DE APOYO SOACIAL	Psiquiatría y Psicología.	SEMANAS DE LA 17-52, CADA SESION DURARÁ 60 MINUTOS APROXIMADAMENTE.		1	1 SESION SEMANAL	7 SESIONES DE 40 MINUTOS (DE SEMANA 1 A LA 16)	Activación del protocolo de seguimiento.	

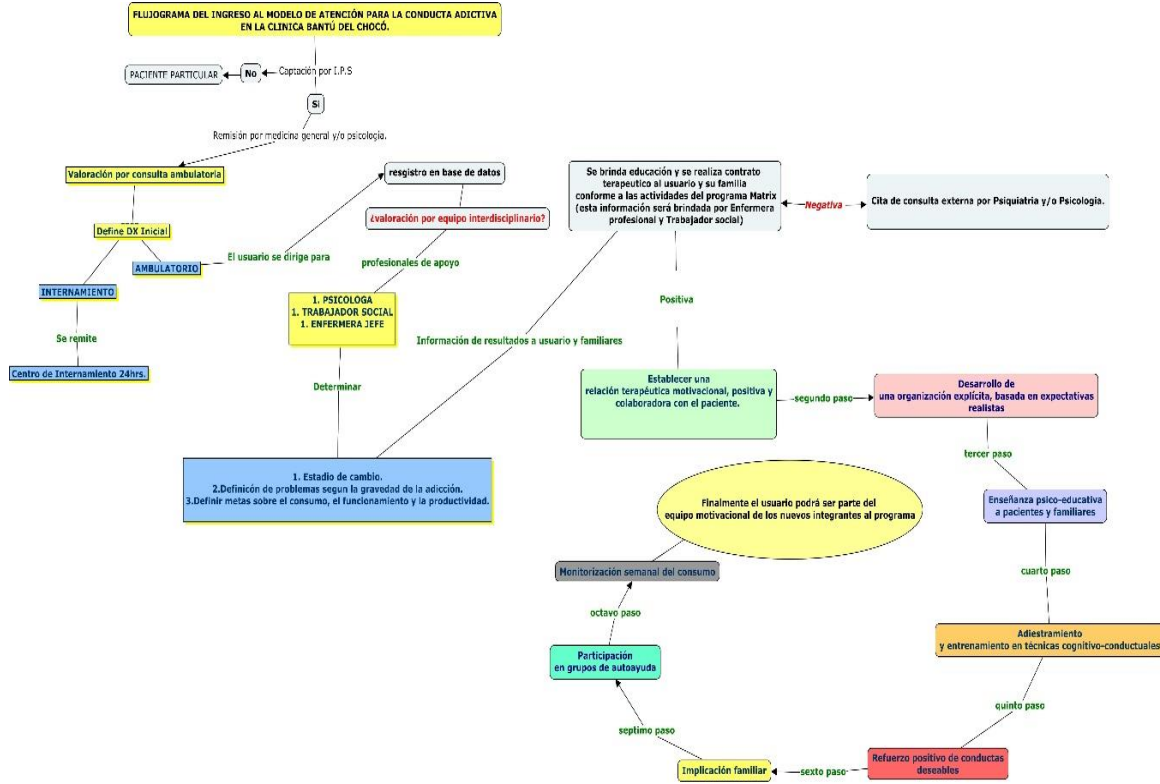
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

RESPONSABLE	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RECURSOS Y/O EQUIPOS
MEDICO GENERAL	Ingreso del usuario al sistema, definición de diagnóstico inicial. Participación activa en el proceso de recuperación y valoración continua.	Consultorio médico con dotación idónea, para toma de signos vitales y valoración física al usuario, computador, software, recetas, entre otros.
ENFERMERA JEFE	Actividades de apoyo que permitan determinar: 1. Estado de cambio.	Sala de terapias con dotación idónea, para toma de signos vitales

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Definición de problemas según la gravedad de la adicción. 3. Definir metas sobre el consumo, el funcionamiento y la productividad. 4. Acompañamiento permanente en el proceso de rehabilitación. 	y valoración física al usuario, computador, software, entre otros.
PSICOLOGO	<p>Actividades de apoyo que permitan determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estadio de cambio. 2. Definición de problemas según la gravedad de la adicción. 3. Definir metas sobre el consumo, el funcionamiento y la productividad. 4. Acompañamiento permanente en el proceso de rehabilitación. 	Consultorio independiente, Sala de terapias con dotación idónea, para toma de signos vitales y valoración física al usuario, computador, software, entre otros.
TRABAJADOR SOCIAL	<p>Actividades de apoyo que permitan determinar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estadio de cambio. 2. Definición de problemas según la gravedad de la adicción. 3. Definir metas sobre el consumo, el funcionamiento y la productividad. 4. Acompañamiento permanente en el proceso de rehabilitación. 5. Realizar monitoreo constante a los usuarios, vía telefónica y visitas domiciliarias. 	Área de desarrollo Psicosocial. Materiales de apoyo, cartillas, folletos, volantes, registro de asistencia, formatos y aplicación de TEST, línea telefónica fija o móvil.
PSIQUIATRA	<p>Valoración de seguimiento, mediante consulta externa. Formulación de medicamentos pertinente a las necesidades de cada usuario. Ejecución de actividades de apoyo Psicosocial.</p>	Consultorio médico con dotación idónea, para toma de signos vitales y valoración física al usuario, computador, software, recetas, entre otros.

ANEXO 2

FLUJOGRAMA DE INGRESO Y ATENCIÓN AL PROGRAMA



ANEXO 3

CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Ejes de valoración criterios de inclusión	Ambulatorio	Hospital Parcial
1: Intoxicación / Síndrome Abstinencia	Riesgo no significativo o mínimo	Riesgo moderado de Síndrome de Abstinencia severo
2: Trastornos Médicos	Ninguno o muy estable.	En control médico Ninguno o no implica obstáculo. Manejable
3: Trastornos Mentales	Ninguno o muy estable y que está bajo control de salud mental	Severidad leve a moderada, potencial obstáculo a la recuperación y que requiere ser estabilizado
4: Disposición al Cambio	Dispuesto para la recuperación, pero necesita motivación y control o hay alta severidad en este eje pero no en otros	Pobre compromiso. Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema, Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo
5: Riesgo de Recaída, mantenimiento del consumo u otros problemas	Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso, persistir en la recuperación o en metas motivacionales con un mínimo apoyo	El problema se ha intensificado a pesar de su participación activa en un programa ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, mantener el consumo o continuar con sus problemas, si no cuenta con control estrecho y apoyo casi diario.
6: Ambiente	Cuenta con apoyo y herramientas para el manejo exitoso de la situación	Carece de apoyo actual pero con estructura, apoyo y el alejamiento del ambiente hogareño, puede manejarse con éxito

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

- Pacientes en estado de intoxicación por sustancias psicoactivas.
- Que de primera instancia requieran atención médica intensiva para estabilizar su estado físico (Hospital General).
- Que necesiten atención inicial en un ambiente controlado (Hospitalización).
- Con antecedentes claros de conducta disruptiva o agresiva heterodirigida, así como la presencia notable de riesgo de incurrir en tales conductas.
- Que presente discapacidad intelectual o daño cognoscitivo severo.
- Con diagnóstico certero, según DSM V, de Trastorno Antisocial de la Personalidad.

ANEXO 4.

PROTOCOLO DEL GRUPO DE HABILIDADES DE RECUPERACION TEMPRANA					
Título de la Sesión	Objetivos de la Sesión	Materiales	Registrar el progreso 5 minutos	Temas para discusión Grupal 35 minutos	Organizar la Agenda 5 minutos
1. Detener el Ciclo	<p>Ayudar a los usuarios a entender qué son los disparadores y el deseo (craving).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar sus disparadores particulares. - Ayudar a los usuarios a entender cómo los disparadores y el deseo llevan al consumo. - Ayudar a los usuarios a aprender técnicas de parada de pensamiento. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de organizar su tiempo 	<p>HRT 1A Disparadores</p> <p>HRT 1B Disparador - Pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deseo - Consumo <p>HRT 1C Técnicas de parada de pensamiento</p> <p>SCH 1 La importancia de organizarse</p> <p>SCH 2 Agenda diaria</p>	No hay sesiones previas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir el concepto de disparador 2. Discutir sobre los deseos de consumo (cravings) 3. Explicar el principio de la parada de pensamiento 4. Explicar y practicar técnicas de parada de pensamiento 	<p>Asegurarse de que la parte racional del cerebro de los usuarios toma las riendas de la conducta en lugar de hacerlo la parte adicta del cerebro, donde se inician los deseos.</p> <p>Los usuarios entienden que organizar su tiempo y cumplirlo es parte de su recuperación.</p> <p>Tareas: 5 minutos: Diario de los disparadores que se encuentran y cómo combatirlos</p>
2. Identificar disparadores externos	<p>Ayudar a los usuarios a entender qué son los disparadores externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar sus disparadores externos particulares - Ayudar a los usuarios a entender cómo los disparadores externos pueden derivar en consumo 	<p>CAL 1 Registrar el progreso</p> <ul style="list-style-type: none"> - CAL 2 Calendario - HRT 2A Cuestionario de disparadores externos - HRT 2B Tabla de 	Registrar la abstinencia diariamente mantiene a los usuarios con la mente centrada en que-la recuperación es un proceso día a día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar el concepto de disparadores externos <p>Anima a los usuarios a pensar en disparadores externos que no están en la hoja y a que los anoten por separado.</p>	<p>Preguntarles cómo la organización de los horarios al final de la sesión anterior les ha ayudado-a mantenerse abstinentes</p> <p>Qué han aprendido sobre cómo organizar su horario que les ayudará a realizar futuras agendas?</p> <p>Tareas: 5 minutos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a revisar agendas para evitar disparadores externos - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de organizarse y registrar su progreso 	<p>disparadores externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCH 2 <p>Agenda diaria</p>		<p>2. Clasificar los disparadores externos</p> <p>Pide a los usuarios que hagan una lista de personas, cosas y situaciones en la tabla, puntuándolos por su potencial como disparadores</p>	<p>El objetivo es animarles a que trabajen en su recuperación entre las sesiones y a que compartan su trabajo con el grupo.</p>
3: Identificar disparadores internos	<p>Ayudar a los usuarios a entender qué son los disparadores internos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar disparadores internos particulares. - Ayudar a los usuarios a entender cómo los disparadores internos pueden llevar al consumo. - Ayudar a los usuarios a entender los pensamientos y sentimientos particulares que actúan como disparadores. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de organizarse y revisar su progreso. 	<p>CAL 2</p> <p>Calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> - HRT 3A <p>Cuestionario de disparadores internos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - HRT 3B <p>Tabla de disparadores internos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCH 2 <p>Agenda diaria</p>	<p>En los primeros momentos de la abstinencia los usuarios pueden tener la sensación de que el tiempo pasa muy lentamente por lo que ver su progreso les ayuda a marcarse pequeñas metas y continuar abstinentes.</p>	<p>1. Explicar el concepto de disparador interno</p> <p>2. Clasificar disparadores internos</p>	<p>La gente que abusa de sustancias no se adhiere a las agendas; tomar responsabilidad sobre su agenda les ayudará a dejar de consumir.</p> <p>Tareas: 5 minutos</p> <p>Anima a los usuarios a actualizar su lista de disparadores internos de la ficha "HRT 3B Tabla de disparadores internos"</p>
4: La ambivalencia	<p>Repasar técnicas de parada de pensamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender el concepto de ambivalencia. - Identificar pensamientos relacionados con la cocaína. - Reflexionar sobre las ventajas y consecuencias del consumo. - Aprender habilidades para decir que no. 	<p>CAL 1:</p> <p>registrar el progreso</p> <ul style="list-style-type: none"> - HRT 4A: la ambivalencia - HRT 4B: la lucha interna - HRT 1C: técnicas de parada de pensamiento 	<p>Pide a los usuarios que marquen cada día que no han consumido en el calendario (CAL 2).</p>	<p>1. Explicar el concepto de ambivalencia</p> <p>La lucha interna entre el deseo de estar mejor, de no depender de las sustancias y el impulso del consumo.</p> <p>2. Discutir los pros y contras del consumo</p> <p>3. Explicar las reglas para decir que no</p>	<p>Pregunta a los usuarios cómo les ha ayudado la agenda desde la sesión anterior</p> <p>Tarea 5 minutos</p> <p>Anima a los usuarios a observar los pensamientos desalentadores relacionados con el consumo de cocaína y a utilizar las técnicas aprendidas para afrontarlos.</p>
5: Cambios bioquímicos en la recuperación	<p>Ayudar a los usuarios a entender la recuperación como un proceso de adaptación física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender los síntomas físicos específicos de la recuperación - Ayudar a los usuarios a identificar estadios de recuperación y los dificultades de cada uno 	<p>CAL 2</p> <p>Calendario</p> <ul style="list-style-type: none"> - HRT 5 <p>Mapa de la recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - SCH 2 <p>Agenda diaria</p>	<p>Registrar la abstinencia en el calendario ayuda a los usuarios a centrarse en el día a día y les da perspectiva respecto a su proceso de recuperación</p>	<p>1. Explicar la recuperación como un proceso físico</p> <p>2. Explicar los estadios de la recuperación:</p> <p>La recuperación del consumo de estimulantes puede dividirse en cuatro estadios: abstinencia, abstinencia temprana (conocida como la</p>	<p>Pregúntales qué han aprendido sobre cómo organizar su tiempo que les ayudará al realizar futuras agendas.</p> <p>Tarea 5 minutos</p> <p>Anima a los usuarios a que intenten realizar una nueva actividad o estrategia para combatir los síntomas</p>

	- Ayudar a los usuarios a considerar formas de afrontar la recuperación temprana			luna de miel), abstinencia prolongada (el muro), y el reajuste.	físicos de la abstinencia temprana.
6: Desafíos comunes en la recuperación temprana	Ayudar a los usuarios a entender que es necesario encontrar nuevas técnicas de afrontamiento que no impliquen el consumo de sustancias. - Ayudar a los usuarios a identificar desafíos y nuevas soluciones para mantener la abstinencia. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de dejar de consumir alcohol	CAL 2 Calendario - HRT 6A Cinco desafíos comunes a la recuperación temprana - HRT 6B Excusas para consumir alcohol - SCH 2 Agenda diaria	Registrar la abstinencia en el calendario ayuda a los usuarios a centrarse en el día a día y les da perspectiva respecto a su proceso de recuperación	1. Explicar los desafíos más comunes en la recuperación temprana Parte del proceso de recuperación es aprender un nuevo repertorio de respuestas de afrontamiento para estas situaciones. 2. Explicar la importancia de dejar de consumir alcohol	Pregúntales qué han aprendido sobre cómo organizar agendas que les ayudará a realizar futuras agendas. Tarea 5 minutos animales a intentar alguna de las alternativas discutidas en la página "HRT 6A Cinco desafíos comunes a la recuperación temprana". Además de las excusas para consumir alcohol"
7: Pensamientos, emociones y comportamientos	- Ayudar a entender la conexión entre pensamientos, emociones y comportamientos. - Ayudar a entender cómo los pensamientos y las emociones contribuyen a la conducta. - Ayudar a entender que las respuestas a los pensamientos y emociones pueden controlarse. - Ayudar a identificar conductas relacionadas con el consumo de sustancias.	- CAL 2 Calendario - HRT 7A Pensamientos, emociones y comportamientos - HRT 7B Comportamientos adictivos - SCH 2 Agenda diaria	- Pide a los usuarios que marquen cada día que no han consumido en el calendario (CAL 2).	1. Explicar la conexión entre pensamientos, emociones y comportamientos. 2. Discutir la importancia de reconocer movimientos tempranos hacia conductas adictivas	Pregunta a los usuarios cómo la organización de los horarios al final de la sesión anterior les ha ayudado a mantenerse libres de drogas. Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que utilicen las páginas 10 y 11 de su libreta de trabajo para escribir un sentimiento relacionado con el consumo de sustancias, luego hacer una lista de tres formas de afrontamiento con este sentimiento que no implique consumir sustancias.
8: Impulsividad y recompensa inmediata	- Conocer el concepto de impulsividad. - Conocer el concepto de recompensa inmediata. - Identificar refuerzos inmediatos positivos. - Reconocer situaciones en las que es importante retrasar el refuerzo.	- CAL 1: registrar el progreso - HRT 8: Impulsividad y recompensa inmediata	Pide a los usuarios que marquen cada día que no han consumido en el calendario (CAL 2).	Explicar el concepto de impulsividad. 1. Explica los conceptos de recompensa inmediata, frustración y autocontrol. 2. Explica las estrategias de control de la impulsividad	Pregunta a los usuarios por dificultades que hayan tenido con las agendas (cumplimiento, planificación) y su evolución (si ahora les resulta más fácil que el primer día). -Pide a los usuarios que planifiquen los días hasta la siguiente sesión. Tareas 5 minutos

					Anima a los usuarios a buscar recompensas inmediatas positivas (pequeños placeres sanos).
9: Consejos de los 12 pasos	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar consejos de los 12 pasos útiles para la recuperación. - Ayudar a los usuarios a identificar situaciones en las que estos consejos son útiles. - Ayudar a los usuarios a entender que la gente es más vulnerable a la recaída cuando está hambrienta, enfadada, se siente sola o cansada. 	<ul style="list-style-type: none"> - CAL 2 Calendario - HRT 9 Consejos de los 12 pasos - SCH 2 Agenda diaria 	Pide a los usuarios que marquen cada día que no han consumido en el calendario (CAL 2).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar la utilidad de los consejos de los 12 pasos 2. Utilizar los consejos de los 12 pasos para evitar las recaídas 3. Ofrecer un enfoque alternativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Pregúntales qué han aprendido sobre cómo organizar su tiempo que les ayudará a planificar futuras agendas. - Pide a los usuarios que completen SCH 2 Agenda diaria para cada día entre esta sesión y la próxima sesión de tratamiento grupal. <p>Tareas 5 minutos</p> <p>Pide a los usuarios que se tomen un tiempo para reflexionar sobre lo que han aprendido. Anima a que escriban cómo utilizarán las habilidades que han aprendido y que les ayudarán a su recuperación en las páginas 10 y 11 de su libreta de trabajo</p>

ANEXO 5

PROTOCOLO DEL GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS					
Título de la Sesión	Objetivos de la Sesión	Materia les	Registrar el repaso 15 minutos	Presentación del tema: 15 minutos. Discusión del tema Grupal: 45 minutos	Organizar la Agenda 5 minutos
1: Alcohol	Ayudar a los usuarios a: - Entender que el alcohol es una sustancia que pone en peligro la recuperación - Identificar situaciones en las que tienen más probabilidad de recaer - Planificar estas situaciones para permanecer abstinentes	PR 1 Alcohol	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia, después quien quiera participar puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión	1. Entender los efectos del alcohol en el cerebro 2. Estar alerta a los disparadores externos e internos 3. Prepararse para situaciones que incitan a beber. Pide a los usuarios que ya hayan realizado esta sesión sobre los disparadores de las sesiones de Habilidades de Recuperación Temprana (sesiones 2 y 3) y pongan en común lo que han aprendido sobre disparadores externos e internos	Tareas 5 minutos Prepararse para la abstinencia: anima a los usuarios a utilizar su libreta de trabajo (páginas 7 y 8) para que sus planes sean más sólidos. Pídeles que escriban situaciones que amenancen su abstinencia y, para cada una de ellas, escriban tres alternativas posibles que les ayuden a no beber.
2: Aburrimien to	- Ayudar a los usuarios a entender que el aburrimiento representa un riesgo para su recuperación. - Ayudar a los usuarios a entender que la situación mejorará con el tiempo. - Ayudar a los usuarios a identificar nuevas actividades y técnicas que les ayuden a superar el aburrimiento.	PR 2 El aburrim iento	Quien quiera participar puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	1. Comprender el riesgo que supone el aburrimiento 2. Comprender las razones del aburrimiento 3. Abordar el aburrimiento Pregunta a los usuarios qué tipo de actividades pueden planificar Pídele al colíder en recuperación que comparta con los usuarios las actividades y técnicas que le ayudaron a vencer su aburrimiento	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que hagan un registro de sus estados emocionales, manteniéndose atentos a Las señales de aburrimiento.
3: Evitar la deriva hacia la recaída	- Ayudar a los usuarios a entender el proceso de deriva hacia la recaída. - Ayudar a los usuarios a identificar las cosas de sus vidas que les están asegurando en su recuperación. - Ayudar a los usuarios a identificar las cosas que deben evitarse, ya que pueden arrastrarlos hacia la recaída.	PR 3A Evitar la deriva hacia la recaída PR 3B Cuadro de amarres para la recuperación	Se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que han tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión	1. ¿Cómo entender que “dejarse llevar” puede terminar en una recaída? 2. Entender la importancia de los amarres 3. El control de los sistemas de amarre. Abordar todos los aspectos del tema que no se trataron en la parte didáctica de la sesión.	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que revisen sus amarres una vez, antes de la próxima sesión de Prevención de Recaídas (PR).

4: Trabajo y recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender cómo su vida laboral afecta a su recuperación. - Ayudar a los usuarios a examinar posibles soluciones a los problemas que plantea el trabajo para su recuperación. 	PR 4 Trabajo y recuperación	compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender los conflictos entre el trabajo y la recuperación 2. Encontrar el equilibrio entre el trabajo y la recuperación Revisa el material "PR 4-El trabajo y la recuperación".	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que examinen su compromiso con la recuperación y que piensen en dos nuevas estrategias para equilibrar eficazmente el trabajo con la recuperación.
5: Culpa y vergüenza	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la diferencia entre culpa y vergüenza. - Ayudar a los usuarios a aprender estrategias para lidiar con la culpa y la vergüenza. 	PR 5 Culpa y vergüenza	Se cuentan los días de abstinencia. quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diferenciar la culpa de la vergüenza 2. Resituar los sentimientos de culpa y de vergüenza Repasa el material "PR 5 Culpa y vergüenza ".	Tareas 5 minutos Anima a los usuarios a pensar en las personas a las que puede tener que pedir perdón. ¿Cómo va a acercarse a esas personas? ¿Qué pueden hacer para arreglar las cosas con las personas a las que ha hecho daño?
6: Mantenerse ocupado	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de la programación de actividades. - Ayudar a los usuarios a entender cómo el tiempo de inactividad puede ser un disparador de su consumo. - Ayudar a los usuarios a aprender y compartir estrategias para la programación de su día a día y mantenerse ocupados. 	PR 6 Mantenerse ocupado	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender la importancia de la programación y de la estructuración para la recuperación 2. Entender cómo el tiempo libre puede actuar como un disparador 3. Incorporación de nuevas actividades y de nuevas personas - Invita a los usuarios a pensar en cómo el tiempo no programado y una mente desocupada pueden actuar como desencadenantes de su consumo.	Tareas 5 minutos Aliente a los usuarios a hacer una lista de deseos de actividades que les gustaría llevar a cabo. Las listas pueden incluir actividades que hacen otros usuarios en el grupo.
7: Motivación para recuperarse	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que la motivación que los llevó a tratamiento puede cambiar a medida que avanzan en el tratamiento. - Ayudar a los usuarios a reconocer nuevas motivaciones y estrategias para mantenerse abstinente. - Ayudar a los usuarios a identificar los beneficios de la recuperación. 	PR 7 Motivación para recuperarse	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender que las razones para permanecer en tratamiento evolucionan con el tiempo 2. Utilizar nuevas estrategias según las motivaciones evolucionan 3. Permanecer abstinente el tiempo suficiente para ver los beneficios de la recuperación 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que añadan a la lista de motivaciones actuales las que expresaron durante esta sesión. Instruya a los usuarios a identificar tres razones más para que permanezcan en el tratamiento.

8: Honestidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que la dependencia de sustancias y la honestidad son cosas incompatibles. - Ayudar a los usuarios a reconocer que la verdad no siempre será fácil. - Ayudar a los usuarios a entender que la verdad continua es esencial para una recuperación exitosa. 	PR 8 Honestidad	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender que la dependencia de sustancias se basa en la fantasía y la recuperación se basa en la Verdad 2. Entender las dificultades que plantea la verdad 3. Entender que la recuperación no puede tener éxito sin honestidad <p>- Repasa el material PR 8 Honestidad.</p>	Tareas 5 minutos Alienta a los usuarios a hablar honestamente sobre su abuso de sustancias con un amigo o miembro de la familia antes de la próxima reunión del grupo de Prevención de Recaídas PR.
9: Abstinencia total	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que tienen que dejar de consumir alcohol y todas las drogas que alteren su estado de ánimo. - Ayudar a los usuarios a entender que el uso continuo de una sustancia entorpece su toma de decisiones y pone en peligro su recuperación. 	PR 9 Abstinencia total	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender la conexión entre el alcohol y otras sustancias y la recaída a los estimulantes. 2. Entender que no es posible aprender a hacer frente a la vida sin estimulantes si los usuarios recurren al alcohol o la marihuana u otras sustancias para evadirse Insta a los usuarios a compartir sus respuestas con el contrato/acuerdo, que firmaron en el inicio del tratamiento. 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que escriban una lista de los pasos a seguir para iniciar la recuperación en abstinencia total. Pide a los usuarios que ya están en cumplimiento con el acuerdo de "abstinencia total" una lista de razones por las que lo van a cumplir. Los usuarios pueden utilizar las páginas 8 y 9 de la libreta de trabajo.
10: Sexo y recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender las diferencias entre tener relaciones sexuales con intimidad y el sexo impulsivo. - Ayudar a los usuarios a entender que el sexo impulsivo puede ser una forma de dependencia y puede llevar a una recaída. - Ayudar a los usuarios a apreciar la importancia de las relaciones estables. 	PR 10 Sexo y recuperación	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender que distingue el sexo con intimidad y del sexo impulsivo. 2. Comprender cómo el sexo impulsivo puede actuar como un disparador para el consumo de sustancias 3. Entender cómo la intimidad y una relación estable pueden ayudar en la recuperación Examina el material PR 10 Sexo y recuperación. 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios una lista que especifique de qué forma pueden hacer que su relación sea más estable y sea más íntima donde se apoyen mutuamente. Si no tienen una relación, pídeles que se centren en cómo pueden mejorar su siguiente relación.
11: Anticipar y prevenir la recaída	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender qué es la recaída y cómo se desarrolla. - Ayudar a los usuarios a reconocer los signos de alerta de una recaída. 	PR 11 Anticipar y prevenir la recaída	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender que mantenerse abstinente es diferente de decidir dejar de consumir sustancias. 2. Aprender a reconocer la sobrecarga emocional y las conductas adictivas 	Tareas 5 minutos Pregunta a los usuarios qué están haciendo de manera regular para evitar la recaída. Pide a los usuarios que

	- Ayudar a los usuarios a desarrollar estrategias para evitar la recaída.		puede compartir las dificultades o éxitos	3. Detallar un plan para evitar recaídas	registren los pasos que están dando para evitar los factores desencadenantes y detener pensamientos de consumo.
12: Confianza	- Ayudar a los usuarios a entender el papel que juega la confianza en sus relaciones. - Ayudar a los usuarios a entender la necesidad de restablecer la confianza perdida. - Ayudar a los usuarios a hacer frente a las sospechas de abuso constante de sustancias.	PR 12 Confianza	se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión	1. Entender el daño que el abuso de sustancias hace a la confianza en las relaciones 2. Restaurar la confianza en las relaciones 3. El hacer frente a las sospechas de uso continuo de una sustancia - Solicita a los usuarios que analicen las relaciones que se han dañado por haber perdido la confianza de los demás. - Pregunta a los usuarios si pueden trabajar para reconstruir esas relaciones.	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que hagan una lista de tres maneras positivas en las que pueden responder a un ser querido que se niega a confiar en ellos a pesar de que los usuarios se han mantenido abstinentes.
13: Inteligencia versus fuerza de voluntad	- Ayudar a los usuarios a entender que la recuperación no es principalmente una prueba de voluntad, sino de compromiso y una planificación inteligente. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de evitar factores desencadenantes y las situaciones de recaída. - Ayudar a los usuarios a evaluar la eficacia de su enfoque hacia la recuperación.	PR 13 Inteligencia versus fuerza de voluntad	Se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	1. Entender que la dependencia de sustancias es más fuerte que la persona 2. Comprender la importancia de evitar los disparadores del consumo y evitar situaciones asociadas al consumo 3. Evaluar cómo de preparados están los usuarios para evitar una recaída Revisa las diferentes técnicas que figuran en la tarjeta del material.	Tareas 5 minutos Pide que los usuarios elijan una de las 11 técnicas de Prevención de Recaídas que en su caso calificaron de regular o mala y pídeles que describan cómo van a trabajar para mejorar esa calificación. Los usuarios pueden completar las páginas 10 y 11 de su libreta de trabajo.
14: Habilidades de comunicación	- Conocer y entender los estilos básicos de comunicación. - Entender su uso en diferentes situaciones. - Identificar el estilo predominante. - Practicar diferentes respuestas	PR 14 Habilidades de comunicación	se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	1. Estilos de comunicación: conceptos básicos 2. Describir una situación ejemplo con los tres estilos de comunicación 3. Resaltar que todos utilizamos los tres estilos aunque tengamos uno predominante	Tareas 5 minutos Repaso de tareas de la sesión anterior. Pedir a los usuarios que practiquen la respuesta asertiva en un conflicto o que la escriban. Sesión basada en: Roca Villanueva, E. (2007). Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e

					inteligencia emocional. (W. Orellana, Ed.) (3rd ed.). Valencia: ACDE.
15: Gestionar mi vida y mi dinero	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar áreas importantes de sus vidas que hayan descuidado. - Ayudar a los usuarios a priorizar los distintos aspectos de sus vidas. - Ayudar a los usuarios a hacer un plan para ser responsables con sus vidas. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de tomar "pasos de bebé". 	- PR 15 Gestionar mi vida y mi dinero.	se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender cómo la dependencia de sustancias fomenta la irresponsabilidad 2. Entender la necesidad de recuperar el control sobre sus vidas, si desean que la recuperación tenga éxito 3. Entender la importancia de establecer metas para ser responsables en la vida diaria 4. Entender la importancia de ir "paso a paso" 	Tareas 5 minutos Anima a los usuarios a escribir un plan "paso a paso" para alcanzar uno de sus objetivos financieros. Los usuarios pueden completar las páginas 15 y 16 de su libreta de trabajo.
16: Justificación de la recaída (I)	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender qué es la justificación de la recaída. - Ayudar a los usuarios a identificar las justificaciones a las que son susceptibles. - Ayudar a los usuarios a formular planes para hacer frente a las justificaciones de la recaída. 	PR 16 Justificación de la recaída (I).	se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender los peligros planteados por las justificaciones de la recaída 2. Entender las justificaciones específicas a las que los usuarios son susceptibles 3. Situaciones específicas que pueden llevar a la recaída <p>- Pregunta si los usuarios han intentado dejar de consumir antes de entrar en tratamiento y terminaron con recaídas. ¿Cómo se producen las recaídas? ¿Parecen venir de la nada?</p>	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que identifiquen una justificación de recaída, escriban una descripción de la misma, y el guión de una respuesta que les ayudará a evitar una recaída.
17: Cuidar de uno mismo	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de cuidar de sí mismos. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de la autoestima en la recuperación. - Ayudar a los usuarios a identificar los aspectos de sus vidas que necesitan cambiar 	PR 17 Cuidar de uno mismo.	se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender la forma en cómo cuidar de uno mismo puede ayudar a la recuperación 2. Priorizando aspectos de la vida que requieren un cambio 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que escriban un plan para hacer frente a aquello que necesitan hacer prioritariamente para cuidar mejor de sí mismos. Anima a escribir este plan con detalle.
18: Disparadores emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender cómo ciertas emociones pueden actuar como desencadenantes de su consumo. - Ayudar a los usuarios a analizar y 	- PR 18 Disparadores emocionales.	se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aprender a reconocer los disparadores emocionales peligrosos 2. Asegurar que ciertas emociones, si aparecen, no conduzcan a la recaída 3. Utilizar estrategias para comprender las emociones y evitar la recaída 	Tareas 5 minutos Pide que los usuarios reserven 15 minutos para escribir acerca de un problema emocional que les ha preocupado.

	<p>comprender sus emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a identificar herramientas que les ayuden a evitar las emociones desencadenantes o disparadoras del deseo. 		<p>hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisa el material PR 18 Disparadores emocionales. - Pregunta a los usuarios qué emociones hacen que se sientan más vulnerables a una recaída. 	
19: Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que enfermar puede ser un disparador para la recaída. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia tener conductas de salud. - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de ser responsable de la recuperación, incluso durante la enfermedad. 	PR 19 Enfermedad	<p>se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender que la lucha contra una enfermedad física requiere energía y produce distracción de la recuperación 2. Asumir la responsabilidad de prevenir enfermedades y mantener la recuperación 3. Mantener la recuperación en el buen camino, incluso durante períodos de enfermedad <p>- Insta a los usuarios a discutir sobre su enfoque actual para mantener una buena salud.</p>	<p>Tareas 5 minutos</p> <p>Pide que los usuarios hagan una lista en la que expongan las conductas de su estilo de vida que no son saludables y las medidas que pueden tomar para llevar una vida más sana.</p>
20: Reconocer el estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a reconocer los signos de estrés en sus vidas. - Ayudar a los usuarios a entender que el estrés supone una amenaza a la recuperación. - Ayudar a los usuarios a identificar estrategias para lidiar con el estrés. 	PR 20 Reconocer el estrés.	<p>se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer las señales de estrés 2. Entender que el estrés puede indicar que los usuarios están tratando de hacer demasiadas cosas 3. Manejar el estrés <p>- Insta a los usuarios a discutir cómo pueden saber que están estresados. ¿Qué cambios físicos o emocionales notan?</p>	<p>Tareas 5 minutos</p> <p>Pide a los usuarios que hagan una lista de dos fuentes de estrés en sus vidas, de las señales emocionales o físicas de estrés y del peligro que el estrés representa para su recuperación.</p>
21: Justificación de la recaída (II)	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a comprender los procesos por los cuales las justificaciones de recaída pueden llevar a la recaída. - Ayudar a los usuarios a entender que acercarse al consumo de sustancias no es nunca una buena idea. - Ayudar a los usuarios a identificar estrategias para resistir a las justificaciones de recaída. 	PR 21 Justificación de la recaída (II).	<p>Quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer que el exceso de confianza en la fuerza personal es peligroso 2. Recordar que para la recuperación "ser inteligente es parte de ser fuerte" 3. La lucha contra las justificaciones de recaída <p>- Esta sesión es la continuación de la sesión PR 16. Si es necesario, vuelve a la descripción de la sesión 16, y revisa qué es la justificación de la recaída.</p> <p>- Pregunta a los usuarios si han entrado en la fase de Luna de Miel durante su recuperación. ¿Sienten como si tuvieran el problema de consumo bajo control?</p>	<p>Tareas 5 minutos</p> <p>Pide a los usuarios que identifiquen una justificación de la recaída, escriban una descripción de una situación peligrosa de recaída y el guion de una respuesta que les ayudará a evitar una recaída (los usuarios que ya han participado en la sesión de PR 16 deben escribir sobre una situación diferente).</p>

22: Reducir el estrés	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que el estrés puede afectar negativamente la recuperación. - Ayudar a los usuarios a identificar los aspectos de su vida cotidiana que son estresantes. - Ayudar a los usuarios a identificar estrategias para reducir el estrés. 	PR 22 Reducir el estrés	Compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender el riesgo que supone la acumulación diaria de estrés 2. Centrarse en los signos de estrés 3. Realizar cambios en la vida diaria para reducir el estrés 	Tareas 5 minutos Cada día, entre esta sesión y la próxima sesión de Prevención de Recaídas PR, los usuarios deben reservar unos minutos para reflexionar sobre su vida, centrándose en los factores que producen más estrés. Los usuarios pueden utilizar las páginas de la libreta de trabajo para escribir sobre cinco formas de reducir el estrés.
23: Controlar la ira	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que la ira puede ser un disparador emocional y conducir al consumo. - Ayudar a los usuarios a reconocer la ira cuando se acumula. - Ayudar a los usuarios a identificar estrategias para hacer frente al enfado de manera positiva. 	- PR 23 Controlar la ira.	se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender cómo la ira puede llevar a la recaída 2. Reconocer cómo se acumula la ira 3. Explorar formas de entender y manejar la ira 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que identifiquen una nueva estrategia para hacer frente a la ira y escriban los beneficios de esta estrategia.
24: Aceptación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender que la aceptación de su trastorno por consumo de sustancias es el primer paso para hacerse con el control de sus vidas. - Ayudar a los usuarios a entender que la aceptación de su trastorno por uso de sustancias no es un signo de debilidad. - Ayudar a los usuarios a identificar fuentes de ayuda que pueden utilizar 	PR 24 Aceptación.	Compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar el poder de la dependencia de sustancias 2. Entender que la gente tiene límites y que hay cosas que escapan a su control 3. Localizar fuentes de apoyo y fuerza 	Tareas 5 minutos Pedir a los usuarios que hagan una lista de al menos tres fuentes de fortaleza y apoyo para su recuperación.
25: Hacer nuevos amigos	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la necesidad de rodearse de amigos que no consuman sustancias y que los apoyen. 	PR 25 Hacer nuevos amigos.	Compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender la importancia de los amigos en la recuperación 2. Reconocer que el cambio de comportamiento puede ser necesario para hacer nuevos amigos 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que identifiquen tres cosas (aparte de asistir a los 12 pasos o las reuniones de ayuda mutua) que les

	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a aprendan a decidir si las personas que conocen serán amigos adecuados. - Ayudar a los usuarios a explorar nuevos lugares y maneras de conocer gente y de hacer amigos. 		en otra ocasión similar.	3. Explorar nuevos lugares y maneras de conocer gente y hacer amigos	impulsen a conocer nuevos amigos.
26: Reparar relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la necesidad de reparar las relaciones haciendo las paces. - Ayudar a los usuarios a entender que hacer las paces debe ir más allá de detener el consumo de sustancias. - Ayudar a preparar a los usuarios para hacer frente a las personas que se niegan a perdonarlos. 	PR 26 Reparar relaciones	Se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer comportamientos pasados por los cuales se debe cambiar 2. Explorar formas de reparar y reconstruir relaciones 3. Perdonarse a uno mismo y a los otros 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que escriban sobre una persona con la que tienen que hacer las paces, y las medidas que tomarán para reparar la relación. Los usuarios pueden utilizar las páginas de la libreta de trabajo.
27: Oración de la serenidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la importancia de distinguir entre las cosas que se pueden cambiar y las que no. - Ayudar a los usuarios a entender que la oración de la serenidad no es estrictamente religiosa y es aplicable a muchas situaciones. - Ayudar a los usuarios a identificar las cosas que pueden cambiar. 	PR 27 Oración de la serenidad.	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distinguir entre las cosas que se pueden cambiar y las que no 2. Entender lo que significa la serenidad en el contexto de la recuperación 3. Identificar las áreas que requieren un cambio. 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que identifiquen algo de sus vidas que pueden cambiar y que ayudaría a fortalecer su recuperación y que hagan una lista de los pasos a seguir.
28: Conductas compulsivas	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender qué son las conductas compulsivas y cómo pueden afectar a la recuperación. - Ayudar a los usuarios a comprender los peligros del Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA). - Ayudar a los usuarios a reconocer 	PR 28 Conductas compulsivas	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lograr una vida bajo control mediante la eliminación de conductas compulsivas 2. Entender que el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) puede hacer descarrilar la Recuperación 3. Equilibrar el cambio de estilo de vida para una recuperación saludable y exitosa <ul style="list-style-type: none"> - Asegúrate de que los usuarios entienden lo que significa actuar compulsivamente y lo que son comportamientos compulsivos. 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que elijan una de las estrategias de Prevención de Recaídas, en el material de la sesión (PR 28), que ellos piensan que les será más útil. Pídeles que describan cuándo y cómo van a poner esta estrategia en acción.

	y eliminar las conductas compulsivas.				
29: Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a reconocer y entender sus respuestas emocionales - Ayudar a los usuarios a reconocer los signos de la depresión - Ayudar los usuarios a explorar estrategias para hacer frente a las emociones y la depresión 	- RP 29 Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender los patrones emocionales en la recuperación 2. Entender la importancia de identificar y tratar la depresión 3. Utilizar estrategias de afrontamiento para manejar las emociones y la depresión 	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que escriban tres respuestas, que no sean las que aparecen en la ficha, que puedan utilizar para combatir la depresión.
30: Mirar hacia adelante: manejar los momentos de inactividad	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender los riesgos del aburrimiento como un disparador de recaída. - Ayudar a los usuarios a comprender los beneficios de la planificación de recompensas y del tiempo de inactividad. - Ayudar a los usuarios a explorar diferentes maneras de romper la monotonía de la recuperación. 	PR 30 Mirar hacia adelante: manejar los momentos de inactividad.	Compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión, qué ha hecho y qué puede hacer en otra ocasión similar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender que el aburrimiento puede ser un disparador de la recaída 2. Entender los beneficios de romper la recuperación en pedazos de tiempo manejables 3. Explorar formas de mejorar la recuperación planificando actividades y estructurando el tiempo de Inactividad 	Tareas 5 minutos Pide que los usuarios describan con detalle una de sus islas y una de las actividades o pasatiempos que van a intentar poner en marcha.
31: Día a día	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a evitar sentirse agobiados por el pasado. - Ayudar a los usuarios a entender que el pasado no determina el futuro. - Ayudar a los usuarios a explorar las diferentes estrategias para centrarse en el presente. 	- PR 31 Día a día.	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar ideas derrotistas sobre el pasado 2. Entender que el futuro está determinado por el individuo, no por el comportamiento pasado 3. Explorar estrategias para mantener la recuperación en el buen camino, centrándose en el presente 	Tareas 5 minutos Pide que los usuarios describan una actividad que les ayudará a centrarse más en el presente y que la pongan en práctica antes de la próxima reunión de Prevención de Recaídas (PR).
32: Soñar con las drogas durante la recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a comprender que los sueños sobre el consumo durante la recuperación son normales. - Normalizar los sueños y pesadillas sobre el consumo. - Ayudar a comprender la 	PR 32 Soñar con las drogas durante la recuperación.	Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normalizar la ocurrencia de sueños sobre el consumo durante la recuperación Ayuda a los usuarios a elaborar estrategias de afrontamiento de los sueños de consumo	Tareas 5 minutos Pide a los usuarios que hagan una lista de cosas para hacer cuando uno/a sueña con las drogas.

	<p>importancia de estar atentos a los días posteriores al sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a elaborar estrategias de afrontamiento tras estos sueños. - Reflexionar sobre el significado de esos sueños. 				
33: Espiritualidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los usuarios a entender la diferencia entre religión y espiritualidad - Ayudar a los usuarios a explorar sus creencias para que puedan comprender mejor lo que les hará feliz. - Ayudar a los usuarios a ver que el éxito en la recuperación puede ser reforzado por las creencias espirituales. 	PR 14 Espiritualidad	<p>Se rellena el calendario y se cuentan los días de abstinencia. Después, quien quiera participar, puede compartir las dificultades o éxitos que ha tenido desde la última sesión</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entender que la espiritualidad tiene que ver con la fortaleza interna y la paz interior, y no necesariamente sobre las creencias en Dios 2. Evaluar lo que la espiritualidad significa para los usuarios 3. Vincular la espiritualidad con los grupos de los 12 pasos o grupos de ayuda mutua 	<p>Tareas 5 minutos</p> <p>Alentar a los usuarios a asistir a una reunión de los grupos de los 12 pasos, de grupos de ayuda mutua, o a una reunión de orientación espiritual antes de la próxima sesión de Prevención de Recaídas PR. Instrúyelos para que se centren en los aspectos espirituales de la reunión que pueden aplicarse a su recuperación.</p>

ANEXO 6

PROTOCOLO DE ACTIVIDADES DEL GRUPO DE APOYO SOCIAL		
Nombre de la Sesión	Preguntas de Apoyo a la Discusión	Material de Apoyo
Aislamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para ti, ¿son el tiempo libre y estar solo disparadores? 2. ¿Cómo inflúa el sentirte aislado en el consumo? 3. ¿Cómo te ha ayudado el planificar actividades para evitar el aislamiento? 4. ¿Cómo te ha ayudado asistir a reuniones de los 12 pasos o a grupos de ayuda mutua para evitar el aislamiento? 5. ¿Qué actividades puedes realizar tú mismo para evitar el aislamiento? 	Prevención de Recaídas, Sesión 2: Aburrimiento Prevención de Recaídas, Sesión 6: Mantenerse ocupado Ficha PR 2 Aburrimiento Ficha PR 6 Mantenerse ocupado
Amistad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo ha cambiado tu idea de amistad desde que estás en tratamiento? 2. Antes de entrar en tratamiento, ¿en qué se basaban tus amistades? 3. Ahora, ¿qué cualidades miras para una amistad? 4. ¿Qué planes tienes para hacer amigos nuevos que te apoyen y para mantener las amistades actuales? 	Prevención de Recaídas, Sesión 25: Hacer nuevos amigos Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones Ficha PR 25 Hacer nuevos amigos Ficha PR 26 Reparar relaciones
Apariencias / Máscaras	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo haces para aparentar sentirte de una forma cuando realmente te sientes de otra? 2. ¿En qué circunstancias enmascaras tus sentimientos? 3. ¿Cómo ha cambiado el enmascarar tus sentimientos desde que estás en tratamiento? 4. ¿Cómo afecta a tu recuperación el ocultar tus verdaderos sentimientos? 5. ¿Qué importancia tiene para tu recuperación el ser honesto contigo mismo y con los demás? 	Prevención de Recaídas, Sesión 8: Honestidad Ficha PR 8 Honestidad
Codependencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué entiendes por codependencia? 2. ¿Con quién tienes relaciones de codependencia? 3. ¿Cómo afectan estas relaciones a tu recuperación? 4. Durante la recuperación, ¿qué cambios has hecho para manejar las relaciones de codependencia? 5. ¿Qué estrategias y técnicas vas a utilizar para evitar la codependencia en el 	Oración de la serenidad Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones
Compromiso	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué significa el compromiso para tu recuperación? 2. ¿Con qué personas o cosas te has comprometido en el pasado?, ¿con qué estás comprometido ahora? 3. ¿Qué importancia tiene el compromiso de tu familia y amigos con tu recuperación? 4. ¿Qué importancia tiene tu responsabilidad con amigos y compañeros que están en recuperación? 5. ¿Cómo vas a mantener tu compromiso con la recuperación? 	Oración de la serenidad Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones
Compulsiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué has hecho para evitar cambiar tu dependencia de la/s sustancia/s a otros comportamientos compulsivos? 2. ¿A qué comportamientos compulsivos crees que eres más vulnerable? 3. ¿Son malos todos estos comportamientos compulsivos? 4. ¿Cómo ha ayudado a recuperar el control de tu vida el estar en recuperación? 5. ¿Qué puedes hacer para evitar el Efecto de Violación de Abstinencia? 	Prevención de Recaídas, Sesión 28: Conductas compulsivas Fichas PR 28 Conductas compulsivas
Confianza	<ol style="list-style-type: none"> 1. En tu vida, ¿cómo ha dañado tus relaciones la falta de confianza? 2. ¿Por qué es importante para tu recuperación que tus amigos, familia y otros puedan confiar en ti? 	Prevención de Recaídas, Sesión 12: Confianza Fichas PR 12 Confianza

	<p>3. Además de estar abstinente, ¿qué puedes hacer para recuperar la confianza de la gente?</p> <p>4. Si la gente tarda mucho tiempo en confiar en tu abstinencia y recuperación, ¿cómo responderás?</p> <p>5. ¿Cómo te ha ayudado en tu recuperación confiar en tratamientos grupales de iguales, de ayuda mutua?</p>	
Control	<p>1. ¿Cómo distingues entre las cosas que puedes controlar y las que no?</p> <p>2. ¿Cómo respondes a las cosas que no puedes controlar?</p> <p>3. ¿Cómo te ha ayudado a manejar estos asuntos el asistir a grupos de ayuda mutua?</p> <p>4. ¿Qué pasos sigues para conseguir estabilidad y calma interior en tu vida?</p> <p>5. ¿Qué aspectos de tu vida necesitas cambiar todavía para permanecer abstinente y en recuperación?</p>	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 27: Oración de la serenidad</p> <p>Ficha PR 27 Oración de la serenidad</p>
Cravings / Deseos de consumo	<p>1. ¿Sientes deseos de consumir la/s sustancia/s todavía?, ¿cómo han cambiado estos deseos desde que estás en recuperación?</p> <p>2. ¿Tienes la sensación de que tu recuperación está en peligro por estos deseos de consumo?</p> <p>3. ¿Cuándo eres consciente del deseo?</p> <p>4. ¿Qué cambios has hecho para reducir el deseo de consumo?</p> <p>5. ¿Qué estrategias y técnicas vas a utilizar para mantener el deseo de consumo bajo control?</p>	<p>Habilidades de Recuperación Temprana, Sesión 1: Detener el Ciclo</p> <p>Ficha HRT 1A Disparadores</p> <p>Ficha HRT 1B Disparador-Pensamiento-Deseo-Consumo</p> <p>Ficha HRT 1C Técnicas de parada de pensamiento</p>
Culpabilidad	<p>1. ¿En qué se diferencian culpa y vergüenza?</p> <p>2. ¿Puede la culpa ser un factor positivo en tu recuperación?, ¿cómo?</p> <p>3. ¿Puede la culpa desequilibrar tu recuperación?</p> <p>4. ¿Qué puede reducir la culpa que sientes?</p> <p>5. ¿Qué rol ha jugado en tu recuperación el asumir responsabilidad por las acciones del pasado?</p>	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 5: Culpa y vergüenza</p> <p>Ficha PR 5 Culpa y vergüenza</p>
Disparadores	<p>1. ¿Qué disparadores te encuentras todavía en tu vida diaria?</p> <p>2. ¿Hay algún disparador que no puedas evitar?, ¿cómo te enfrentas a esos disparadores?</p> <p>3. ¿Cómo te ha ayudado a fortalecer tu recuperación el identificar los disparadores internos y externos?</p> <p>4. ¿Cómo te han ayudado la familia y los amigos a enfrentarte con los disparadores?</p> <p>5. ¿Qué estrategias y técnicas te han ayudado a detener los disparadores que te has encontrado antes de convertirse en deseos de consumo (cravings) de las sustancias?</p>	<p>Habilidades de Recuperación Temprana, Sesión 2: Identificar Disparadores Externos</p> <p>Habilidades de Recuperación Temprana, Sesión 3: Identificar Disparadores Internos</p> <p>Ficha HRT 1A Disparadores</p> <p>Ficha HRT 2B tabla de disparadores externos</p> <p>Ficha HRT 3B tabla de disparadores internos</p>
Diversión	<p>1. ¿Cómo han cambiado tus actividades relajantes y divertidas desde que estás en tratamiento?</p> <p>2. ¿Qué haces ahora para pasarlo bien y relajarte?</p> <p>3. ¿Con quién lo pasas bien?</p> <p>4. ¿Qué rol juega pasarlo bien en estar abstinente y en tu recuperación?</p> <p>5. ¿Cómo vas a incorporar actividades nuevas y aficiones en tu vida?</p>	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 31: Mirar hacia Adelante; Manejar los Momentos de Inactividad</p> <p>Sesión Optativa C: Actividades Recreativas</p> <p>Ficha PR 31 Mirar hacia adelante; manejar los momentos de inactividad</p> <p>Ficha PR Optativa C Actividades recreativas</p>
Dolor / Pena	<p>1. ¿Qué experiencia has tenido con el dolor?</p> <p>2. ¿Es el dolor un disparador para ti?, ¿de qué manera?</p> <p>3. ¿Cómo ha cambiado la forma en la que afrontas el dolor desde que estás en tratamiento?, ¿cómo te enfrentas a los sentimientos de dolor ahora?</p> <p>4. ¿A quién recurres cuando sientes dolor?</p>	<p>Oración de la serenidad</p> <p>Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones</p>

	5. ¿Qué estrategias y técnicas utilizas para evitar que el dolor perturbe tu recuperación?	
Egoísmo	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿De qué maneras influyó el egoísmo en tu dependencia de las sustancias? 2. ¿Hay algún momento en que sea bueno ser egoísta?, ¿qué momentos? 3. ¿Cómo puede perjudicar en tu recuperación el egoísmo? 4. ¿Cómo te han ayudado a ser menos egoísta tu familia y amigos?, ¿cómo te han ayudado a ser menos egoísta los grupos de ayuda mutua? 5. ¿Crees que es egoísta querer tener tiempo para ti mismo para el deporte, relajación, meditación o escribir en un diario?, ¿por qué o por qué no? 	Oración de la serenidad Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones
Emociones	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Actúan ciertas emociones como disparadores para ti?, ¿qué emociones? 2. ¿Cómo te ha ayudado el proceso de recuperación a ser más consciente de tus emociones? 3. ¿Cómo te enfrentas con las emociones peligrosas como la soledad, la rabia y los sentimientos de depravación (abstinencia)? 4. Durante la recuperación, ¿qué has aprendido sobre separar las emociones de la conducta? 5. ¿Qué estrategias y técnicas te ayudan a mantener un equilibrio emocional? 	Prevención de Recaídas, Sesión 18: Disparadores emocionales Prevención de Recaídas, Sesión 29: Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión Ficha PR 18 Disparadores emocionales Ficha PR 29 Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión
Envejecer	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo ves el proceso de envejecimiento?, ¿qué aspectos negativos ves?, ¿qué aspectos positivos vienen con la edad? 2. ¿Cómo te afecta el hacerte mayor sobre a abstinencia y la recuperación? 3. ¿Esta es la primera vez que estás en recuperación? Si no, ¿qué es diferente en tu recuperación esta vez? 4. Conforme te haces mayor, ¿es importante para ti encontrar grupos de ayuda mutua en los que haya gente de tu edad? 5. ¿Cómo mantendrás firme tu recuperación conforme pase el tiempo de abstinencia? 	Oración de la serenidad Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones
Espiritualidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo definirías espiritualidad?, ¿ha cambiado esa definición como resultado de estar en tratamiento? 2. ¿Por qué es importante para tu recuperación tener un componente espiritual? 3. ¿Cómo te ha ayudado a seguir abstinentes y en recuperación el asistir a grupos de ayuda mutua? 4. ¿Qué cualidades son importantes para ti en la elección de grupo de ayuda mutua? 5. Además de asistir a las reuniones, ¿qué otros elementos espirituales has incorporado en tu vida durante tu recuperación?, ¿continuarás con estas prácticas? 	Prevención de Recaídas, Sesión 27: Oración de la Serenidad Ficha PR 27 Oración de la Serenidad
Felicidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde que estás en tratamiento, ¿cuándo te has sentido feliz?, ¿qué te hizo feliz? 2. Desde que estás en tratamiento, ¿cómo ha cambiado lo que te hace feliz? 3. ¿Tienes la sensación de que la felicidad es esencial para tu recuperación?, ¿por qué o por qué no? 4. ¿Cómo te han ayudado las amistades a estar feliz? 5. ¿Qué estrategias y técnicas puedes utilizar para ayudarte durante los momentos de infelicidad? 	Prevención de Recaídas, Sesión 29: Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión
Físico	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo influye tu recuperación en tu autoestima? 2. Durante tu recuperación, ¿cómo ha cambiado tu cuerpo? 3. ¿Qué nuevos ejercicios o actividades has empezado desde que entraste en tratamiento? 4. ¿De qué maneras cuidas ahora tu salud mejor que antes? 5. ¿Por qué es importante mantenerse sano para seguir en recuperación? 	Prevención de Recaídas, Sesión 19: Enfermedad Prevención de Recaídas, Sesión 17: Cuidar de uno mismo Ficha PR19 Enfermedad

		Ficha PR 17 Cuidar de uno mismo
Honestidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué grado de importancia tiene la honestidad para tu abstinencia y recuperación? 2. En tratamiento, ¿cómo has aprendido a ser honesto contigo mismo? 3. En tratamiento, ¿cómo has aprendido a ser honesto con otros, especialmente con tu familia y amigos? 4. ¿Qué estrategias o técnicas vas a utilizar para continuar siendo honesto en tu recuperación? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 8: Honestidad Ficha PR 8 Honestidad
Inteligencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Por qué la fuerza de voluntad sola no es suficiente para mantenerse abstinentes y en recuperación? 2. ¿Cómo influye "ser listo" en una recuperación fuerte? 3. ¿Cómo te ha ayudado a permanecer abstinentes y en recuperación el anticipar situaciones en las que puedes estar tentado a recaer? 4. ¿Cuándo has intentado ser fuerte en lugar de inteligente?, ¿cuáles fueron los resultados? 5. ¿Qué estrategias y técnicas utilizarás para ser inteligente conforme avanzas en tu recuperación? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 13: Inteligencia versus fuerza de voluntad Ficha PR 13 Inteligencia versus fuerza de voluntad
Intimidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde que estás en tratamiento, ¿cómo ha cambiado tu idea de intimidad? 2. ¿Qué cosas te preocupan o temes sobre la intimidad? 3. El sexo, ¿es un disparador para ti?, ¿de qué manera? 4. ¿Qué buscas en una relación íntima y amorosa? 5. ¿De qué manera pueden ayudarte en tu recuperación las relaciones con intimidad? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 10: Sexo y recuperación Ficha PR 10 Sexo y recuperación
Ira / rabia	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo te sientes sobre tu forma de manejarla ira? 2. ¿Cómo te sientes cuando la ira se dirige hacia ti? 3. La ira, ¿es un disparador de la recaída para ti?, ¿de qué manera? 4. ¿Qué estrategias o comportamientos te ayudan a enfrentarte con la ira? 5. ¿Cómo evitas ser pasivo-agresivo cuando alguien te enfada? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 23: Controlar la ira Ficha PR 23 Controlar la ira
Justificaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿A qué justificaciones para la recaída te ves más vulnerable? 2. ¿Qué emociones hacen más fácil para ti justificar una recaída? 3. ¿Cuáles son los riesgos de asumir que la dependencia de la sustancia está bajo control? 4. ¿Cómo es de importante para permanecer abstinentes y en recuperación el "ser listo"? 5. Durante el tratamiento, ¿qué estrategias o técnicas has aprendido que te ayuden a contrarrestar las justificaciones para la recaída? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 16: Justificar la Recaída (I) Prevenición de Recaídas, Sesión 21: Justificar la Recaída (II) Ficha PR 16 Justificar la Recaída (I) Ficha PR 21 Justificar la Recaída (II)
Miedo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando empezaste el tratamiento, ¿qué aspectos de la recuperación te preocupaban? 2. ¿Han cambiado tus miedos sobre la recuperación desde que estás en tratamiento? 3. ¿Qué te ha ayudado con el miedo en el pasado? 4. Cuando piensas en abandonar el tratamiento, ¿qué cosas te preocupan? 5. Conforme avances con tu recuperación, ¿qué estrategias y técnicas te van a ayudar a disminuir tus miedos o preocupaciones? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 29: Enfrentarse a los sentimientos y a la depresión
Normas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo respondes a las normas en general?, ¿cómo has respondido a las normas desde que entraste en tratamiento? 2. ¿Qué normas te impones a ti mismo? 3. ¿Cómo compensas la estructura que las normas te dan con tu necesidad de relajarte y divertirte? 4. ¿Cómo ayudaron en tu abstinencia y recuperación los programas de ayuda mutua? 	Prevenición de Recaídas, Sesión 31: Mirar hacia Adelante; Manejar los Momentos de Inactividad

	5. ¿Qué normas serán importantes conforme avances en tu recuperación?	
Paciencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo te ha ayudado la paciencia en tu recuperación? 2. ¿Cuándo es más difícil para ti tener paciencia? 3. ¿Hay alguna situación en la que puedas ser demasiado paciente?, ¿cuáles son?, ¿por qué puede ser malo tener demasiada paciencia? 4. ¿Cómo te ha ayudado a tener más paciencia el asistir a grupos de ayuda mutua? 5. ¿Qué estrategias y técnicas has aprendido para ayudarte a tener más paciencia? 	Prevención de Recaídas, Sesión 31: Mirar hacia Adelante; Manejar los Momentos de Inactividad
Parada de Pensamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo te ha ayudado la parada de pensamiento con el deseo de consumo (craving)?, enumera algunos ejemplos específicos. 2. ¿Qué técnicas de parada de pensamiento son las más efectivas para ti?, ¿por qué? 3. ¿Qué visualizas cuando utilizas las técnicas de parada del pensamiento? 4. ¿Sientes que tienes más control de tus pensamientos ahora que cuando empezaste el tratamiento?, ¿por qué o por qué no? 5. ¿Qué rol va a jugar la parada de pensamiento en tu recuperación cuando termines el tratamiento? 	Habilidades de Recuperación Temprana, Sesión 1: Detener el ciclo Ficha HRT 1C Técnicas de parada de pensamiento
Planificar	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿De qué maneras has utilizado la planificación durante tu recuperación?, ¿cómo te ha servido el apoyarte en ella? 2. ¿Utilizas la planificación todo el tiempo o solo de vez en cuando?, ¿en qué momentos te es más útil? 3. ¿Qué hace que te sea difícil planificar? 4. ¿Cómo te han ayudado tus amigos y familiares a utilizar la planificación? 5. ¿Crees que continuarás planificando después de terminar el tratamiento?, ¿por qué o por qué no? 	Habilidades de Recuperación Temprana, Sesión 1: Detener el ciclo Ficha SCH 1 La importancia de planificar
Rechazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. El sentirte rechazado, ¿influyó en tu consumo?, ¿de qué manera? 2. Desde que estás en tratamiento, ¿cómo han cambiado las formas en que te enfrentas al rechazo? 3. ¿Cómo te ha ayudado el apoyo de tus amigos y familia a afrontar el rechazo? 4. Conforme enmiendes y repares tus relaciones, algunas personas quizá no quieran perdonarte. ¿Cómo vas a enfrentarte con este rechazo? 5. ¿Qué estrategias y técnicas vas a utilizar para reconducir el rechazo conforme avanzas con tu recuperación? 	Prevención de Recaídas, Sesión 26: Reparar relaciones Ficha PR 26 Reparar relaciones
Recuperación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde que estás en tratamiento, ¿ha cambiado tu motivación para recuperarte?, ¿de qué manera? 2. ¿Cuál ha sido tu mayor reto durante la recuperación?, ¿Y tú mayor triunfo? 3. ¿De quién tomas la inspiración y el valor en tu recuperación?, ¿tienes alguna persona como modelo de recuperación? 4. ¿Cómo te ha ayudado en tu recuperación el asistir a grupos de ayuda mutua? 5. Conforme avanza tu recuperación, ¿cuáles son los aspectos más importantes para ti en los que hay que centrarse? 	Prevención de Recaídas, Sesión 7: Motivación para recuperarse Ficha PR 7 Motivación para recuperarse
Relajación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desde que estás en tratamiento, ¿cómo han cambiado las cosas que haces para relajarte? 2. ¿Son disparadores para ti el entretenimiento y la inactividad? 3. ¿Cómo lo has hecho para separar el relajarte del abuso de sustancias? 4. ¿Prefieres relajarte solo o con amigos y familia?, ¿por qué? 5. ¿Cómo has utilizado la planificación y las actividades placenteras para relajarte y mantenerte en el camino de la recuperación? 	Prevención de Recaídas, Sesión 30: Mirar hacia adelante; manejar los momentos de inactividad Sesión Optativa C: Actividades recreativas Ficha PR 30 Mirar hacia adelante; manejar

		momentos de inactividad Ficha PR Optativa C Actividades recreativas
Sentirse sobrecargado	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué influye en que te sientas sobrecargado? 2. ¿Cómo afecta a tu comportamiento el sentirte sobrecargado? 3. Desde que estás en tratamiento, ¿cómo ha cambiado tu respuesta cuando te sientes sobrecargado? 4. ¿Qué riesgo supone para tu recuperación el sentirte sobrecargado? 5. ¿Qué puedes hacer para asegurarte de no sentirte sobrecargado? 	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 20: Reconocer el estrés</p> <p>Prevención de Recaídas, Sesión 22: Reducir el estrés</p> <p>Ficha PR 20 Reconocer el estrés</p> <p>Ficha PR 22 Reducir el estrés</p>
Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Es el sexo un disparador para ti?, ¿de qué manera? 2. ¿Qué distingue el sexo impulsivo del sexo con intimidad? 3. ¿Cómo puede llevar a la recaída el sexo impulsivo? 4. ¿Cómo puede apoyar una relación de intimidad a tu recuperación? 5. ¿Qué cosas te animarían hacia las conductas de salud y las relaciones íntimas en tu vida? 	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 10: Sexo y recuperación</p> <p>Ficha PR 10 Sexo y recuperación</p>
Trabajo	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo ha afectado a tu recuperación tu trabajo?, ¿ha habido efectos positivos?, ¿efectos negativos? 2. ¿Qué pasos has seguido para equilibrar tu trabajo con tu recuperación?, ¿han funcionado? 3. ¿Cómo ha cambiado el equilibrio entre trabajo y recuperación conforme avanzabas en tu proceso? 4. ¿Has considerado dejar tu trabajo?, ¿cuáles son los problemas potenciales de hacer esto?, ¿cuáles son los beneficios? 5. Además del dinero, ¿qué encuentras reforzante sobre tu trabajo? 	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 4: Trabajo y recuperación</p> <p>Ficha PR 4 Trabajo y recuperación</p>
Tristeza / Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. La tristeza, ¿es un disparador para ti?, ¿cómo reconoces que estás triste? 2. ¿Cómo han cambiado tus sentimientos de tristeza desde que estás en tratamiento y recuperación? 3. ¿Qué personas, acontecimientos y sentimientos contribuyen a tu tristeza? 4. ¿Cómo respondes cuando reconoces que estás triste? 5. ¿Qué estrategias y técnicas te ayudan a evitar entristecerte?, ¿qué estrategias y técnicas te ayudan a salir de esa tristeza? 	<p>Prevención de Recaídas, Sesión 29: Enfrentarse con los sentimientos y la depresión</p> <p>Ficha HRT 5 Mapa de la recuperación</p> <p>Ficha HRT 29 Enfrentarse con los sentimientos y la depresión.</p>

ANEXO 7

PROTOCOLO DEL GRUPO DE EDUCACION FAMILIAR				
Título de la Sesión	Objetivos de la Sesión	Materiales	Discusión guiada: 30 minutos. Discusión abierta : 20 minutos	Contenido
1. Disparadores y Deseos de Consumo	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a que los usuarios entiendan la relación entre placer, sistema de recompensa cerebral y adicción. - Ayudar a los usuarios a identificar el proceso de adicción. - Ayudar a que los usuarios comprendan el desarrollo y progreso del deseo (craving). - Ayudar a que los usuarios entiendan la relación entre disparadores y deseo. - Ayudar a los usuarios a desarrollar formas de manejar los disparadores y el deseo. 	Presentación PowerPoint (40–45 minutos) Las páginas 18 a 23 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva.	Los participantes aprenden sobre la química cerebral del placer y la recompensa, y cómo los disparadores y deseos (cravings) se relacionan con la adicción.	Disparadores y Deseo Cambios en el Cerebro Pavlov Proceso Adictivo (Fase Introductoria) Proceso Adictivo (Fase de Mantenimiento) Proceso Adictivo (Fase de Desencanto) Detención de Pensamiento Relajación
2: Alcohol y recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a los participantes información objetiva sobre el alcohol. - Proporcionar a los participantes información sobre el riesgo que supone el alcohol para la recuperación. - Proporcionar a los participantes una oportunidad para hablar sobre sus experiencias (o las experiencias de su familiar) con el alcohol y la recuperación. 	Presentación PowerPoint (40–45 minutos) Las páginas 24 a 30 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva	Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia del uso de alcohol, incluidos el peligro que supone para la salud y la Recuperación.	Alcohol y Recuperación El Alcohol en el Cerebro Delirium Tremens Abstinencia Total Advertencia de Recaída Plan de Afrontamiento
3: Recuperación (Presentación de Expertos)	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una oportunidad a los participantes de escuchar relatos de éxito en la recuperación. - Proporcionar una oportunidad a los participantes de hacer preguntas sobre las personas en recuperación. - Proporcionar información importante sobre el proceso de recuperación de manera personal, forma que implica a los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - EF 3A—Guía para graduados: panel de participantes - EF 3B—Guía para miembros familiares: panel de participantes - EF 3C—Guía para la recuperación: panel de participantes 	Los participantes aprenden de otros en proceso de recuperación sobre los beneficios y las posibilidades de Recuperación. También sobre programas de 12 pasos y grupos de autoayuda.	El terapeuta presenta a los participantes expertos y facilita cada presentación asegurándose que cada participante se mantenga en lo acordado y no se tome demasiado tiempo. El terapeuta puede formular alguna pregunta sobre las fichas a un miembro del grupo de expertos si este parece tener dificultad para mantenerse en el tema

4: Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información objetiva sobre como la metanfetamina y la cocaína actúan en el cerebro. - Proporcionar información objetiva sobre los efectos físicos y psicológicos de la metanfetamina. - Proporcionar información objetiva sobre los efectos físicos y psicológicos de la cocaína. - Proporcionar una oportunidad a los participantes hablar sobre los efectos que las drogas estimulantes tienen en ellos y sus familias. 	Presentación PowerPoint (40–45 minutos) Las páginas 34 a 41 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva	Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia de la cocaína, incluyendo el peligro que supone para la salud y la recuperación.	Cocaína Dopamina Ciclo de la adicción Nombres de la calle Cocaína: Dosis y efectos Síndrome de abstinencia Niveles de tratamiento
5: Mapa de la recuperación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a entender a los participantes, mediante la descripción de un modelo de recuperación en cuatro fases, cómo puede evolucionar la recuperación. - Ayudar a reconocer las características de cada fase de la recuperación. - Ayudar a conocer los riesgos de recaída particulares que los usuarios pueden encontrarse en cada Fase de recuperación. - Ayudar a los participantes a saber más sobre disparadores del deseo (craving) y la forma en que la Familia y los usuarios pueden evitarlos o afrontarlos. 	Presentación PowerPoint (40–45 minutos) Las páginas 42 a 52 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva.	Los participantes aprenden sobre los riesgos de recaída con los que se encontrarán en cada una de las cuatro fases de recuperación.	Mapa de la recuperación Fases de la recuperación Proceso de la recuperación
6: Afrontar la posibilidad de una recaída (Grupo de discusión multifamiliar)	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los participantes a explorar sus sentimientos y miedos sobre la recaída. - Ayudar a los usuarios y sus familiares a entender mejor los miedos y necesidades de unos y otros. - Ayudar a los participantes a compartir sus ideas sobre cómo afrontar la recaída. 	<ul style="list-style-type: none"> - EF 6A— Afrontar la posibilidad de una recaída: para la persona en recuperación - EF 6B— Afrontar la posibilidad de una recaída: para los familiares de la persona en recuperación - EF 6C— Familiares y recuperación 	Los participantes exploran entre todos sus sentimientos y necesidades con respecto a la recaída y aprenden estrategias para afrontarla.	<ul style="list-style-type: none"> -Facilita la discusión, utiliza las respuestas de los materiales para darle estructura. - Refuerza las buenas ideas para afrontar la recaída que surjan en la discusión.
7: Marihuana y tranquilizantes	- Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia del consumo de marihuana y los tranquilizantes más comunes.	Las páginas 72 a 76 contienen los puntos a tratar para cada diapositiva.	Los participantes aprenden sobre la naturaleza y prevalencia de la marihuana y los tranquilizantes,	Esta presentación ofrece un resumen general sobre la marihuana La importancia de la abstinencia total

	- Familiarizar a los participantes con los peligros para la salud y la recuperación que tiene el consumo de marihuana y del abuso de los tranquilizantes.		incluyendo el peligro que supone para la salud y la recuperación.	¿Es inocua la marihuana? Efectos a largo plazo
8: Familias en recuperación	- Ayudar a los familiares y a las personas en recuperación a entender mejor el consumo de sustancias y la recuperación. - Orientar a los familiares para apoyar la recuperación.	EF 8A— Anticipar y prevenir la recaída - EF 8B— Justificaciones de la recaída - EF 8C— Evitar la deriva a la recaída	Los participantes aprenden sobre el proceso de recuperación y cómo pueden trabajar juntos para evitar la recaída.	Qué es adicción Desarrollo de la adicción Desarrollo de la respuesta de deseo (craving) Proceso cognitivo (Fase iniciales de la adicción) Proceso cognitivo (Desencanto)
10: Metanfetamina (Estimulantes) y otras drogas de diseño	Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia de las drogas de diseño (por ejemplo, metanfetamina, ketamina, LSD y éxtasis). - Familiarizar a los participantes los peligros que las drogas de diseño suponen para la recuperación.	El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a preguntar en cualquier momento	Los participantes aprenden sobre la metanfetamina y el resto de las drogas de diseño. También sobre su peligro para la salud y la recuperación.	¿Qué son las drogas de diseño? Efectos específicos de las drogas de diseño Efectos Psicológicos Inmediatos Efectos Físicos Inmediatos Efectos Tóxicos Diferencias entre cocaína y metanfetamina
11: Convivir con una adicción	Dar una oportunidad a los participantes de pensar y tratar las formas en las que la recuperación de la adicción puede afectar a la vida familiar. - Darles la oportunidad de compartir preocupaciones y soluciones con los demás en el grupo	EF 11— Convivir con una adicción	Los participantes consideran la forma en la que la recuperación puede afectar a la vida familiar y tratan sobre desafíos y estrategias.	La sesión de hoy proporciona una oportunidad a los participantes para tratar asuntos y preocupaciones relacionadas con el hecho de convivir con la adicción tanto desde la perspectiva de los usuarios como de sus familiares.
12: Trampas de la comunicación	Proporcionar información sobre estilos de comunicación, técnicas y trampas. Proporcionar una oportunidad a los participantes para considerar y tratar sobre la comunicación en la familia. Animar a los participantes a practicar nuevas habilidades de comunicación	EF 12A— Trampas de la comunicación EF 12B— Mejorando la comunicación EF 12C— Contrato: compromiso para practicar las habilidades de comunicación (opcional)	Los participantes examinan el importante papel que representa la comunicación en las relaciones saludables y los problemas que pueden obstaculizarla.	Las familias que se enfrentan con trastornos por consumo de sustancias se sienten normalmente culpables, enfadadas, heridas y a la defensiva. - Estos sentimientos pueden afectar gravemente a la forma en la que se comunican entre ellos llegando a veces a automatizar los patrones negativos de interacción. - Un primer paso para mejorar las relaciones familiares es entender que las habilidades de comunicación se pueden aprender
13: Opiáceos	Familiarizar a los participantes con la naturaleza y prevalencia de los opiáceos (por ejemplo, heroína, morfina).	El terapeuta presenta las diapositivas PowerPoint, animando a los participantes a	Los participantes aprenden sobre la heroína y otros opiáceos así como los problemas que conlleva su consumo.	Opiáceos, tranquilizantes y drogas de diseño La importancia de la abstinencia total ¿Qué son los opiáceos?

	Familiarizar a los participantes con los peligros del consumo de opiáceos y el abuso de medicamentos opioides prescritos.	preguntar en cualquier momento.		Efectos físicos de los opiáceos Circuito de recompensa Dependencia frente a adicción
--	---	---------------------------------	--	--

ANEXO 8

ESTANDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: BANTÚ CLINICA DE SALUD MENTAL S.A.S.

CODIGO: 2700101154

DIRECCIÓN: CARRERA 7° N° 25-82 Quibdó-Chocó.

SERVICIO
<p>NOMBRE DEL SERVICIO: Servicio para el CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.</p> <p>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: Es el servicio de internación en infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada.</p> <p>ESTRUCTURA DEL SERVICIO: Complejidad mediana, Modalidades de prestación: Intramural, Telemedicina - categorías: Telexperticia sincrónica o asincrónica. Prestador remitir y prestador referencia entre dos profesionales.</p>

ESTANDAR	CRITERIO	C	NC	N/A	OBSERVACIONES
TALENTO HUMANO	Cumple los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente.	X			
	En horario diurno cuenta con:				
	Profesional de Enfermería	X			
	Profesional de psicología.	X			
	Profesional de trabajo social	X			
	Profesional de terapia ocupacional.	X			
	Disponibilidad de:				
	Profesional de la medicina con permanencia mínima de tres (3) días a la semana, en los horarios definidos en los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios.	X			
	Profesional de la medicina especialista en psiquiatría.	X			
Profesional de nutrición y dietética.	X				

	En horario nocturno: Cuenta con auxiliar de enfermería, Disponibilidad de profesional de la medicina.			X	
	Todo el talento humano en salud cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la atención y el tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas y salud mental.	X			
	Los profesionales de la medicina y de la enfermería cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua de soporte vital avanzado.	X			
	Los profesionales de salud diferentes al profesional de la medicina y de la enfermería cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua de soporte vital básico.	X			
	Modalidad telemedicina - prestador de referencia				
	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.	X			
	El profesional de salud puede hacer uso de la categoría teleexpertise sincrónica o asincrónica entre profesionales de la salud de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios.	X			
	El profesional de la medicina especialista en psiquiatría puede realizar la disponibilidad en la categoría teleexpertise sincrónica o asincrónica entre profesionales de la salud, de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios.	X			

ESTANDAR	CRITERIO	C	NC	N/A	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA Y REGISTRO.	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios.	X			

ESTANDAR	CRITERIO	C	NC	N/A	OBSERVACIONES
INTERDEPENDENCIA	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente disponibilidad de:				
	Servicio de laboratorio clínico.			X	
	Servicio farmacéutico, cuando se administren medicamentos.	X			
	Servicio de transporte asistencial			X	
	Servicios de apoyo (alimentación, lavandería y vigilancia)			X	