

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Aplicación de Curriculum Universal de Tratamiento en el centro de atención en drogadicción (C.A.D) en la Red Centro Oriente en el Hospital Santa Clara

Andrés Mauricio Calderón Bedoya

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá, Colombia
2021

Application of the Universal Treatment Curriculum in the drug addiction care center (C.A.D) in the Centro Oriente Network at the Santa Clara Hospital

Andrés Mauricio Calderón Bedoya

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título

de:

Especialista en psiquiatría

Director (a):

Doctor Marcelo Andrés Hernández Yasnó

Codirector (a):

Doctor Miguel Cote Menendez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2021

Resumen

Implementar la enseñanza de los contenidos de las herramientas Curriculum Internacional de Tratamiento (UTC) modificado para el contexto colombiano, mediante las tecnologías de la información y la comunicación utilizando aulas virtuales para la capacitación del personal asistencial en todos los niveles de formación que desempeñan cargos de apoyo en el Centro de Atención en Drogadicción (CAD) de la Unidades Médicas Hospitalarias Especializadas (UMHES) Santa Clara, Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E de forma inicial, para luego implementarlo en toda la red de salud del distrito de Bogotá.

Palabras clave: (UTC, Drogodependencia, Capacitación, Drogadicción, Tratamiento).

Abstract

Implement the teaching of the contents of the International Treatment Curriculum (UTC) tools modified for the Colombian context, through information and communication technologies using virtual classrooms for the training of healthcare personnel at all levels of training who hold positions of support in the Drug Addiction Care Center (CAD) of the Specialized Hospital Medical Units (UMHES) Santa Clara, Integrated Subred of Health Service Centro Oriente ESE initially, to later implement it in the entire health network of the district of Bogotá.

Keywords: (UTC, Drug Addiction, Training, Drug Addiction, Treatment).

Contenido

	<u>Pág.</u>
Resumen	IV
Introducción	1
	1. ¡Error! Marcador no definido.
	2. ¡Error! Marcador no definido.
5.1	21
5.2	21
	A. ¡Error! Marcador no definido.
	B. 133
Bibliografía	19

Introducción

El curriculum universal de tratamiento en adicciones (UTC) es un programa de capacitación en adicciones dirigido a profesionales en el área de la salud, compuesto por ocho módulos elaborados por la oficina de asuntos antinarcóticos y procuración de justicia del departamento de estado de los Estados Unidos (INL), el cual, se implementa para la atención y tratamiento de los pacientes con trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias psicoactivas.

Según el Modelo de atención integral para trastorno por uso de sustancias psicoactivas en Colombia, uno de los principales objetivos es prevenir la aparición de trastornos por uso de sustancias, detectando de manera oportuna y reduciendo el consumo de sustancias nocivas para evitar la condición de adicción, concepto conocido como mitigación. Uno de los pilares fundamentales de la Política Nacional es la reducción de la demanda en el uso de sustancias psicoactivas.

Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas fueron incluidos dentro del concepto de enfermedad crónica, no solo para mejorar la atención a los ya afectados, sino para aumentar el diagnóstico, dado el alto porcentaje de personas que padecen de adicciones que no están siendo diagnosticadas, por consiguiente, no están siendo tratadas.

Actualmente no se ha descrito una única estrategia para la prevención y el tratamiento de trastornos por uso de sustancias psicoactivas, por el momento no se ha identificado una intervención que funcione en todos los casos, debido a la gran heterogeneidad en la presentación de los casos y los factores socioculturales asociados; por lo cual, no existe un consenso respecto a las definiciones básicas del problema.

La International Society of Substance Use Professionals (ISSUP), es financiada por el departamento de estado de los Estados Unidos, asociado a la Organización de Estados Americanos, desarrolló varias estrategias mediante currículos universales para la prevención (UPC) y tratamiento (UTC) de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, el cual llegó al país mediante el plan Colombo Centro Internacional para la

acreditación y Educación de Profesionales en Adicción (ICCE) que busca disminuir el impacto del uso de drogas, este modelo de capacitación pretende mejorar la formación del personal asistencial en el área de adicciones desde la prevención a nivel comunitario y grupal, adicionalmente unifica el tratamiento de las adicciones basado en evidencias científicas respaldadas por investigaciones.

Según los lineamientos de trabajo, se propone desarrollar junto con la Universidad Nacional de Colombia y el Centro de Atención de Drogadicción (CAD) como participantes en el proceso de capacitación en programas de pregrado, posgrado y educación continua, así como apoyo en la virtualización de los procesos pertinentes.

El CAD que pertenece a UMHES Santa Clara, Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E es una institución de gran trayectoria en lo concerniente al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastorno secundario al consumo de sustancias en la ciudad de Bogotá, siendo también la principal red pública del distrito, pero los lineamientos de los programas del CAD no se encuentran unificados con los planteamientos propuestos por el UTC. Por lo tanto, el uso de la herramienta UTC en el CAD de Santa Clara es pertinente para que el centro posea los mismos lineamientos estandarizados que otros centros internacionales.

Se implemento los contenidos del UTC modificado para el contexto colombiano específicamente para la ciudad de Bogotá e implementarlo según las necesidades del CAD de Santa Clara, incluyendo al personal asistencial mediante el uso de herramientas virtuales. El objetivo de este curso es capacitar al personal asistencial para optimizar el tratamiento de los pacientes de la institución, así mismo, estandarizar la recolección de información para futuras investigaciones.

Después de implementar la herramienta UTC en el CAD de Santa Clara, se propone utilizar la metodología mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) usando el aula virtual para capacitar al personal asistencial que interactúan con pacientes con trastornos por uso de sustancias psicoactivas en manejo, tratamiento y rehabilitación en la ciudad de Bogotá, este modelo posee varias ventajas dado que presenta fácil acceso y manejo de horarios por parte de los participantes. ¹

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un aula virtual adaptando el currículo universal de tratamientos en adicciones (UTC) en el contexto colombiano en la ciudad de Bogotá.

Objetivos específicos

1. Definir los contenidos de respaldo y complementarios de los contenidos de los cinco (5) primeros módulos UTC, con su correspondiente pretest y postest.
2. Elaborar una propuesta de implementación del UTC para la red del distrito de Bogotá de manera virtual

3.Marco Teórico

3.1. Innovación Pedagógica

“La introducción de las TIC en el ámbito educativo ha dado un nuevo impulso a la pedagogía, estimulando al sistema escolar en la búsqueda de nuevos caminos para aprender. Sin embargo, posee varios inconvenientes como por ejemplo modelos de enseñanza tradicionales centrados en el profesor y su papel y protagonismo en las aulas en el proceso de adquisición de conocimientos”.² (Correa & Pablos, 2009).

Otro concepto clave es la transformación digital que se describe como el efecto social total y global de la digitalización. La conversión analógica-digital ha permitido el proceso de digitalización, que dio lugar a mayor oportunidad de transformar y cambiar los modelos de las estructuras socio-económicas, los patrones organizacionales, las medias legales y políticas y las barreras culturales que existen hasta el momento. Este concepto inicio en el sector privado que luego fue adoptado por el sector público, principalmente utilizado para referirse a la necesidad de utilizar nuevas tecnologías para mantener la competitividad en la era del internet; etapa en la que los servicios son brindados de manera presencial y en línea.

En la transformación digital del sector público, se utiliza un sinónimo el cual es el del gobierno público. El principal aspecto es hacer que la prestación de servicios sea más accesible y eficiente para los ciudadanos; conllevando a mejoras en los servicios brindados y a mayor eficiencia del Estado. Algunos de los valores que se buscan aumentar con la transformación digital del Estado son la transparencia, equidad, igualdad, justicia, seguridad, confiabilidad y, en general, el respeto al debido proceso.

Por lo tanto, la conversión analógica-digital (la conversión), digitalización (el proceso) y la transformación digital (el efecto) aceleran e iluminan los procesos de cambio en la sociedad, ya existentes y en curso, tanto horizontales como globales. Más allá de la implementación tecnológica o la digitalización de procesos y/o servicios, una Transformación Digital implica un cambio de mentalidad y la creación de una cultura de transformación que empatice con el cambio, y esté dispuesta a aceptarlo.³

El proceso de transformación digital requiere más que la tecnología en sí, sino también una serie de factores, como lo son el entorno profesional y la cultura empresarial, que hacen posible la transformación y exitosa adaptación de la industria. Para conseguirlo se hace uso de herramientas digitales y plataformas, que en su conjunto se conocen (sobre todo en la terminología de Industria 4.0) como habilitadores digitales. Los habilitadores digitales tienen la capacidad de impulsar la transformación digital de la industria. Las herramientas utilizadas pueden servir para la investigación del mercado, promoción, educación y desarrollo en torno a tecnologías aplicadas acorde al sector y objetivo, como lo son el marketing digital, la ludificación o el blockchain.⁴

4. Metodología

Debido a la necesidad que emergió debido a la pandemia se desarrollo una plataforma digital en la cual se trabajaría en el UTC para el conocimiento y/o actualización de las herramientas allí establecidas para el contexto de Bogotá, específicamente en el CAD del hospital de santa clara. Se adaptaron las aproximaciones a los problemas de la población del sector y sus sustancias problema.

Se trabajo de la mano con la subred centro oriente, con la participación de psicopedagogos, psicólogos, trabajadores sociales, médicos y médicos psiquiatras, además de ingenieros de sistemas mediante un trabajo articulado se creo una plataforma virtual para la capacitación del personal asistencial en las herramientas UTC.

Se realizo un pretest para tratar de medir los conocimientos previos y un postest para observar la adquisición de nuevos conocimientos por parte de los participantes en el aula virtual.

El aula virtual esta compuesta por los cinco primeros módulos del UTC adaptados al contexto Bogotá, esta implementado de forma interactiva, con un apartado visual llamativo, simple, fácil de navegar, sintetizado.

Módulo 01: Fisiología y Farmacología para profesionales en adicciones.

Introducción a la capacitación

El uso de sustancias psicoactivas persiste como problema global. Una encuesta por parte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés) demostró que en 2012 de 162 a 324 millones de personas entre los 15 y 64 años usaron sustancias ilícitas en al menos una ocasión en el año previo. Sustancias ilícitas incluyen opiáceos, cannabis, cocaína, otros estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, éxtasis, entre otros. Un número importante de personas que usan sustancias psicoactivas desarrollan trastornos por uso de sustancias (conocido como TUS).

Las consecuencias globales de los Trastornos por uso de sustancias son de gran alcance e incluyen, por ejemplo:

- Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis
- Pérdida de productividad Lesiones y muertes por accidentes automovilísticos y otros
- Hospitalización y muertes por sobredosis
- Suicidios
- Violencia

(Aquí podríamos poner imágenes)

El trastorno por uso de sustancias es un término que se usa para describir una cantidad de problemas asociados al uso de sustancias (incluyendo drogas ilícitas y mal uso de medicamentos que requieren prescripción). La última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, 5 (o DSM-5 por sus siglas en inglés), el trastorno por uso de sustancias combina las categorías DSM-IV de abuso de sustancia y la dependencia de sustancias en un sólo trastorno medido en un continuo desde leve hasta severo. Las palabras abuso y dependencia ya no se utilizan para indicar problemas separados, más bien se les considera: “una variable continua”.

Módulo 02: Tratamiento para el uso de sustancias.

Existen múltiples caminos hacia la recuperación. Los individuos son únicos y tiene sus propias necesidades, fortalezas, metas, actitudes, conductas en salud y expectativas en su recuperación. Estos caminos son personales e implican una redefinición de la propia identidad al afrontar la crisis en un proceso de cambio progresivo. Los caminos se fundamentan en creencias o tradiciones culturales. Los caminos hacia la recuperación usan recursos comunitarios informales, los cuales brindan apoyo para que la persona permanezca abstenida. Los caminos de la recuperación incluyen tratamiento psicosocial y farmacológico. La recuperación es un proceso personal, de cambio que permite que el individuo toma decisiones saludables y mejore su calidad de vida.

La recuperación es auto dirigida y empodera al individuo. El camino hacia la recuperación implica varios periodos en las que las actividades se encuentran guiadas de forma sustancial por otras personas, sin embargo, la recuperación es fundamentalmente autodirigida. La persona que se encuentra en proceso de recuperación tiene la autoridad para ejercer opciones y tomar decisiones basadas en sus propios objetivos que lleven a la recuperación. Este proceso de recuperación otorga autonomía, siendo la autonomía la capacidad del individuo de ser independiente y de tomar decisiones informadas sin estar bajo coerción.

La recuperación implica el reconocimiento personal de la necesidad de transformarse y mantenerse en cambio. Los individuos deben reconocer el problema y estar dispuestos a tomar medidas necesarias para hacerle frente; este proceso por lo general implica la búsqueda de ayuda para lidiar con un Trastorno por uso de sustancias (TUS). El proceso de cambio puede implicar aspectos emocionales, físicos, intelectuales y espirituales de la vida del individuo.

La recuperación es un proceso holístico, es un proceso mediante se alcanza un mayor equilibrio de mente, cuerpo y espíritu en relación con otros aspectos de la vida del individuo, tales como la familia, el trabajo y la comunidad donde convive. La experiencia cultural de un individuo generalmente forma parte del camino de la recuperación correcto para este.

La recuperación no es proceso lineal, se basa un constante crecimiento y un funcionamiento mejorado. Se pueden presentar recaídas y contratiempos en el proceso de recuperación, los cuales hacen parte natural del continuo, pero tampoco son resultados inevitables. El bienestar es el resultado de una atención mejorada y un equilibrio de mente, cuerpo y espíritu.

La recuperación emerge de la gratitud y la esperanza, los individuos en recuperación o aquellos en su búsqueda a menudo encuentran esperanzas en otros individuos que comparten su búsqueda o su experiencia en la recuperación. Los individuos perciben que otras personas tienen la capacidad y que han superado los obstáculos que se les presentan, además de sentirse agradecidos por las oportunidades que se les ofrece cada día de recuperación.

La recuperación también implica hacerle frente a la discriminación y trascender la vergüenza y la estigmatización la recuperación es apoyada por aliados y pares, el denominador común en el proceso de recuperación es la participación de personas que contribuyen con apoyo y esperanza, las cuales otorgan estrategias y recursos para lograr el cambio.

La recuperación implica un proceso de construcción y reconstrucción de lo que el individuo ha perdido a causa de su condición y sus consecuencias, implica la creación de una vida dentro de la limitación impuesta por dicha condición. La recuperación es una realidad, es algo que puede suceder, que sucederá y que de hecho sucede.

Módulo 03: Trastornos mentales comunes y enfermedades medicas co-ocurrentes

Este módulo tiene como objetivo crear un ambiente de aprendizaje positivo, brinda a los participantes información sobre el motivo por el cual se realiza la capacitación y proporciona a los participantes un resumen de las metas generales de la capacitación. Inicia dando una introducción a la terminología básica y a la problemática mundial relacionada con el abuso de sustancias, luego se habla de problemas médicos y mentales relacionados.

La Organización Mundial de la Salud, define la salud mental como no solo la ausencia de un trastorno mental, sino también como bienestar mental:

La salud mental se define como un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz realizar contribuciones a su comunidad. Existen otras definiciones que describen la salud mental como un estado psicológico de equilibrio, en el que una persona tiene el control de sus pensamientos, impulsos y comportamiento mientras cumple con las demandas ordinarias de la vida cotidiana, además en varias culturas las acepciones incluyen la idea de salud espiritual en esta definición.

El trastorno mental se puede definir como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, regulación de las emociones o comportamiento que refleja una disfunción los procesos psicológicos, biológicos o de los procesos mentales subyacentes. Los trastornos mentales suelen estar asociados con una angustia significativa o discapacidad en actividades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes.

El trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, se dan con el uso recurrente de alcohol y / o drogas y producen una deficiencia funcionalmente significativa, como problemas de salud, discapacidad e incumplimiento de las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar.

El abuso de sustancias se refiere al uso que causa algunos problemas en la vida de una persona, pero no al nivel de dependencia o adicción.

La dependencia fisiológica es un estado de adaptación a una sustancia psicoactiva específica que se caracteriza por la aparición de un síndrome de abstinencia durante la abstinencia, que puede aliviarse total o parcialmente tomando más sustancia.

La adicción (a veces llamada dependencia psicológica) se define como una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las múltiples consecuencias dañinas.

Módulo 04: Habilidades básicas de consejería para los profesionales en adicciones

Las metas de capacitación en este curso están dadas por el capacitador de proporcionar herramientas en habilidades básicas de asesoramiento para el trabajo con pacientes con trastornos por sustancias psicoactivas y practicar habilidades de consejería de grupos

Los objetivos principales de este módulo son

1. Describir el concepto y la importancia del estilo del consejero.
2. Enumerar por lo menos cinco características de los consejeros efectivos.
3. Definir la relación de ayuda.
4. Describir los tres tipos de escucha reflexiva.
5. Demostrar las competencias básicas en escucha reflexiva.

6. Demostrar cómo hacer preguntas abiertas, afirmar, resumir y manejar la resistencia; 7. Identificar por lo menos dos estrategias efectivas de Consejería para cada etapa del cambio.

8. Demostrar las competencias básicas en tres tipos de Consejería basado en habilidades:

- Prevención de recaídas;
- Resolución de problemas
- Establecimiento de metas

9. Describir por lo menos dos asuntos o tareas básicas para cada fase de grupo típica.

10. Demostrar las competencias básicas en la facilitación de grupo.

Módulo 05: Ingreso, tamizaje, evaluación, planificación y documentación del tratamiento para Profesionales en Adicciones

Entorno acogedor, compromiso con el tratamiento y retención

La mayoría, si no todos los pacientes, se sienten reacios y asustados al entrar al tratamiento; el desarrollo de vínculos con los pacientes es un paso importante para la recolección de información, ya que ayuda a crear un entorno de seguridad y aceptación.

Los programas de tratamiento han logrado aumentar sus tasas de retención al volver sus entornos más acogedores, positivos y de apoyo haciendo lo siguiente:

- Mejorando la sensibilidad del tratamiento
- Creando un entorno culturalmente más aceptable
- Usando un enfoque de equipo multiprofesional
- Fomentando el respeto mutuo entre los miembros del personal
- Proporcionando la admisión en el mismo día o tiempos de espera cortos
- Aumentando la capacidad de respuesta a múltiples necesidades de los pacientes
- Prestando servicios sensibles al género

Ingreso, Tamizaje e Intervención Breve

En el momento de ingreso del paciente al programa debe realizarse una reseña del resumen narrativo que haga el paciente, donde debe incluir datos personales e información demográfica, los problemas que le llevan a consultar, las fortalezas, habilidades de afrontamiento y redes de apoyo, describir en qué etapa del cambio se encuentra el paciente, la impresión diagnóstica por parte del clínico donde se incluya como los síntomas que experimenta el paciente afecta su funcionamiento en general y por último se realiza una hipótesis donde se recogen los temas centrales en el tratamiento del paciente, percepciones, entendimientos que establecen la etapa para esfuerzos de cambios efectivos.

Se debe llegar a un acuerdo sobre el tratamiento del paciente con el mismo paciente, describiendo las posibles barreras y necesidades evaluadas, así como las fortalezas de este estableciendo metas y objetivos para su tratamiento a un plazo determinado, debe ser firmado por el paciente y por el clínico como acuerdo de tratamiento. Se debe hacer seguimiento al paciente centrado en las necesidades y objetivos de este mismo.

El tamizaje es un procedimiento breve usado para determinar la probabilidad de la presencia de un problema, corrobora que existe una razón de preocupación o identificar la necesidad de más evaluaciones. (1)

La OMS (Organización mundial de la salud) desarrollo mediante un grupo de expertos investigadores internacionales y médicos especialistas en adicciones una prueba de tamización: “La prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés). Esta prueba de tamización se diseñó para el contexto de la atención primaria de salud, la utilidad de esta herramienta es que es de fácil aplicación, breve y económica. Esta herramienta es de gran utilidad para detectar los problemas de abuso, dependencia o futuros problemas. Cualquier personal del área de la salud puede capacitarse en la aplicación de la herramienta

de forma gratuita en la página oficial de la Organización panamericana de la salud (OPS).

El cuestionario ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con los pacientes sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo 'bajo', 'moderado' o 'alto', que determina la intervención más adecuada para cada nivel ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento).

Se dará un esbozo del cuestionario ASSIST, dado que la explicación de esta prueba de tamizaje excede los temas de este curso.

Definiciones del ASSIST de uso peligroso, perjudicial y dependiente

Las definiciones del ASSIST son las siguientes:

- El uso peligroso es un patrón de uso que incrementa el riesgo de consecuencias negativas para la persona. Por ejemplo, alguien que fuma marihuana y luego maneja.
- El uso perjudicial es un patrón de uso que está dañando la salud física y/o mental de la persona. Por ejemplo, alguien que usa mucho estas sustancias los fines de semana o se endroga con sustancias todos los días.
- La dependencia de sustancias usualmente se desarrolla después del uso repetido e involucra un grupo de síntomas que pueden incluir un fuerte deseo de usar la sustancia, un control deficiente sobre su uso, el uso persistente de la sustancia aun cuando está causando daño, una tolerancia incrementada a los efectos de la sustancia y una reacción de privación cuando el uso se detiene o se reduce.

Los patrones de uso peligroso, dañino o dependiente de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales significativos para la persona tales

como problemas con la familia, amigos, la ley y las finanzas. Por ejemplo, si una persona se intoxica (aun la primera vez) y tiene un accidente automovilístico.

Módulo 06: Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones

En este módulo se basa en las diferentes habilidades que trata de proporcionar una visión holística sobre el manejo de casos en el tratamiento de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y proporcionar la práctica de habilidades en las funciones del manejo de casos, la planificación, vinculación, supervisión, defensoría, consejería y la colaboración con el paciente.

Módulo 07: Intervención de Crisis para profesionales en Adicciones

En este módulo se aborda el concepto de crisis el cual hace parte de la vida del paciente y proporciona los lineamientos y la practica en el manejo de crisis, incluyendo temas delicados como el manejo del riesgo de suicidio. También se trata las manejas en el que los terapeutas pueden evitar situaciones de crisis personales, proporcionando información acertada y ejercicios sobre el autocuidado de los terapeutas.

Módulo 08: Ética para los Profesionales en Adicciones

Este módulo se trata sobre la conducta profesional y el comportamiento ético, así como el abordaje e los diferentes modelos de la toma de decisiones éticas. En este módulo se explica la importancia de la supervisión como parte de la práctica ética

1.1 Conclusiones

Se diseñó un aula virtual de forma interactiva, facilitando la conexión y realización del curso, enfocada en brindar las herramientas del UTC contextualizadas en el ámbito colombiano, específicamente en Bogotá, tomando en cuenta el patrón de consumo de la zona (THC, basuco, inhalantes, alcohol que son los más prevalentes), dado que se necesitó contextualizar tanto las sustancias problema de la población como sus diferentes recursos y herramientas, sujetas a las leyes colombianas. Además, se brindó capacitación a los profesionales que trabajaron con pacientes con trastorno por uso de sustancias.

En la elaboración del aula virtual se tuvo en cuenta los contenidos de respaldo y complementarios de los cinco primeros módulos del UTC, con su correspondiente pretest y postest. Se realizaron talleres virtuales sobre los módulos expuestos en el UTC (duración de cada módulo depende de su extensión).

Se trataron temas como trastorno por uso de sustancias, el uso experimental, uso nocivo, abuso, dependencia y tolerancia. La recuperación y capital de recuperación, el cual implica un proceso de construcción y reconstrucción de lo que el individuo ha perdido a causa de su condición y sus consecuencias. Se define el trastorno mental y la patología dual, el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas producen deficiencias funcionalmente significativas. Se describe el concepto y la importancia del estilo de la entrevista del consejero, se define la relación de ayuda y se describieron los tres tipos de escucha reflexiva. Los programas de tratamiento han logrado aumentar las tasas de permanencia al volver sus entornos más acogedores, positivos y de apoyo.

Teniendo en cuenta que la elaboración de este proyecto es una propuesta que podrá ser implementada para la capacitación de profesionales que trabajen con pacientes con trastorno por uso de sustancias, adicionalmente se recolectarán los datos de la implementación para futuras investigaciones y nuevas implementaciones.

A. Anexo: Módulos del UTC modificados en el contexto de la red de atención centro oriente

Curriculum Universal de Tratamiento

Modulo 01

Fisiología y Farmacología para profesionales en adicciones.

Introducción a la capacitación

El uso de sustancias psicoactivas persiste como problema global. Una encuesta por parte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés) demostró que en 2012 de 162 a 324 millones de personas entre los 15 y 64 años usaron sustancias ilícitas en al menos una ocasión en el año previo. Sustancias ilícitas incluyen opiáceos, cannabis, cocaína, otros estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, éxtasis, entre otros. Un número importante de personas que usan sustancias psicoactivas desarrollan trastornos por uso de sustancias (conocido como TUS).

Las consecuencias globales de los Trastornos por uso de sustancias son de gran alcance e incluyen, por ejemplo:

- Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis
- Pérdida de productividad Lesiones y muertes por accidentes automovilísticos y otros
- Hospitalización y muertes por sobredosis
- Suicidios
- Violencia

El trastorno por uso de sustancias es un término que se usa para describir una cantidad de problemas asociados al uso de sustancias (incluyendo drogas ilícitas y mal uso de

medicamentos que requieren prescripción). La última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana, 5 (o DSM-5 por sus siglas en inglés), el trastorno por uso de sustancias combina las categorías DSM-IV de abuso de sustancia y la dependencia de sustancias en un sólo trastorno medido en un continuo desde leve hasta severo. Las palabras abuso y dependencia ya no se utilizan para indicar problemas separados, más bien se les considera: “una variable continua”.(Podríamos poner las tablas del DSM-5)

Introducción a las sustancias psicoactivas

Una sustancia psicoactiva es una sustancia que afecta el sistema nervioso central (SNC) del cuerpo y produce cambios en cómo se comportan las personas o cómo perciben lo que les está pasando. Las sustancias psicoactivas incluyen drogas ilícitas/ilegales y algunos medicamentos. Los medicamentos tienen potencial para prevenir o curar las enfermedades o potenciar el bienestar físico o mental de una persona, pero los medicamentos psicoactivos (como los que se usan para tratamiento de ansiedad o dolor) también tienen potencial para crear problemas.

Las células de la barrera hematoencefálica están tan cerca unas contra otras, las sustancias con estructura molecular grande y solubles en agua (significa que se disuelven fácilmente en fluido) no pueden atravesar la barrera. La mayoría de los medicamentos que el paciente ingiere, como la aspirina o antibióticos están en esta categoría, Sin embargo, las sustancias con estructura molecular reducida y que son solubles en grasas, como lo son la mayoría de las sustancias psicoactivas, pueden pasar fácilmente por la barrera hematoencefálica. Así, las sustancias psicoactivas pueden tener un efecto directo en el funcionamiento del cerebro. (Imagen de la BHE)

Aunque los medicamentos psicotrópicos usados para tratar los principales trastornos mentales (como antipsicóticos y antidepresivos) son sustancias psicoactivas, no son sustancias abusadas porque no producen los mismos efectos inmediatos placenteros. Además de sus efectos directos en el cerebro, las sustancias psicoactivas pueden alterar los procesos bioquímicos de tejidos y órganos corporales.

La Farmacología es la rama de la ciencia que estudia los efectos de sustancias psicoactivas en el cuerpo y cerebro, incluyendo la forma en que se metabolizan:

Metabolismo es un proceso químico complejo que sucede constantemente en nuestros cuerpos.

- Estas reacciones químicas en las células de nuestros cuerpos convierten el combustible de los alimentos en energía que necesitamos para hacer todo lo que hacemos, desde mover hasta pensar y crecer; luego eliminan lo que queda del alimento.
- Todas las sustancias que ingerimos son metabolizadas de alguna manera.
- Cuando una persona toma una sustancia, el cuerpo inmediatamente comienza a descomponerlo y a eliminarlo.
- El hígado es responsable de metabolizar la mayoría de las sustancias externas con los riñones apoyando el proceso.
- Cuando una sustancia ha sido metabolizada, es eliminada del cuerpo, principalmente por la orina o heces, pero también sudor, saliva y aliento.

Diferentes sustancias toman diferentes periodos para descomponerse y ser eliminados. El periodo que toma eliminar la mitad de la dosis original de una sustancia del cuerpo se le llama la vida media de eliminación de la sustancia:

- La vida media de eliminación de una sustancia afecta cuánto duran sus efectos y cuánto tiempo toma eliminarla completamente el cuerpo.
- Cuando una persona deja de consumir una sustancia, puede ser importante conocer la vida media de la sustancia para saber cuánto tiempo tomará que la persona se desintoxique o que el cuerpo elimine completamente la sustancia.

Otros factores aparte de la vida media de una sustancia también afectan el tiempo que toma metabolizar una sustancia. La edad de la persona, el tiempo que una persona ha usado regularmente una sustancia, y la cantidad de una sustancia usada regularmente hace una diferencia en cómo el cuerpo:

- Absorbe sustancias psicoactivas
- Las metaboliza
- Las elimina.

La principal característica de las sustancias psicoactivas es que alteran el humor, los pensamientos, el juicio, la percepción sensorial y conducta.

Ejemplos de cómo puede alterar el humor una sustancia incluyen:

- Sentirse más alerta
- Sentirse más relajado
- Sentirse más o menos deprimido que lo normal
- Sentirse irritable o enojado
- Sentirse más social
- Sentirse “feliz”
- Sentir más o menos excitación sexual
- Sentir miedo.

Hay tres clases o tipos principales de sustancias psicoactivas:

- Estimulantes
- Depresores
- Alucinógenos
- Otros.

Estas clases se basan en los efectos principales de las sustancias en SNC. Los estimulantes aumentan la actividad del SNC. Tienden a aumentar el ritmo cardíaco y la respiración y dan una sensación de euforia. Los depresores reducen la actividad del SNC. Tienden a reducir el ritmo cardíaco y la respiración y ofrecen un sentimiento relajado, a veces somnoliento de bienestar o euforia. Los alucinógenos producen una variedad de distorsiones sensoriales vívidos y alteran marcadamente el humor y pensamiento.

La manera de tomar una sustancia se llama el método o vía de administración. Las sustancias psicoactivas pueden entrar al cuerpo por nueve vías de administración:

- Ingestión (oral)
- Aspirar (nasal)
- Fumar
- Inhalar vapores
- Inyección intramuscular (inyectar al músculo)

- Inyección subcutánea (inyectar la sustancia debajo de la piel)
- Inyección intravenosa (inyectar la sustancia a una vena)
- Tópica (aplicar la sustancia en la capa más externa de la piel)
- Sublingual (disolver la sustancia bajo la lengua y absorberla por el tejido bucal).

La vía de administración importa porque afecta que tan rápido llega la sustancia al cerebro; cuanto más rápido llega la sustancia al cerebro, es mayor y más reforzado su efecto. Desde la más rápida a la más lenta, las velocidades de acción de diferentes vías de administración son:

- Fumar: 7–10 segundos
- Inyección intravenosa: 15–30 segundos
- Inyección intramuscular o subcutánea: 3-5 minutos
- Absorción por la membrana mucosa (aspirar, rectal): 3-5 minutos
- Ingestión (oral): 20–30 minutos
- Absorción por la piel: lentamente en un periodo largo.

El patrón se puede describir de varias maneras, pero una manera de observarlo es:

- Uso experimental/recreativo
- Uso circunstancial/ocasional
- Uso intensificado/regular
- Uso compulsivo/adictivo

(Imágenes)

La ciencia de la adicción

Una definición común de enfermedad es cualquier alteración de la estructura o el funcionamiento normal de cualquier parte, órgano o sistema del cuerpo que se puede identificar por un síndrome característico, o un conjunto de síntomas y signos. La adicción cumple con los criterios de enfermedad porque, así como la enfermedad cardíaca, la adicción altera el funcionamiento normal de un órgano, en este caso el cerebro, y tiene un conjunto característico de síntomas y signos.

Un síntoma es subjetivo, algo que se vivencia directamente y no se puede observar ni medir por otras personas. Ejemplos de síntomas incluyen dolor estomacal, fatiga o mareo. Un síntoma de la adicción es el deseo de usar la sustancia. Un signo es un indicador objetivo físico de la enfermedad que otras personas pueden observar o medir. La investigación ha demostrado que un cerebro de una persona con dependencia de las drogas es clara y biológicamente diferente del cerebro de una de una persona sin

dependencia de las drogas, así como un corazón con enfermedad cardíaca es distinto y biológicamente diferente de un corazón sano.

La adicción se define como una enfermedad crónica si el cerebro exhibe cambios evidentes después del uso de la sustancia que pueden persistir mucho después de que el uso de la sustancia haya cesado. Y, como la diabetes e hipertensión, no siempre se puede sanar, pero se puede controlar con farmacoterapia e intervenciones de consejería, o sólo con las intervenciones de consejería.

La adicción es considerada enfermedad cerebral porque las sustancias psicoactivas cambian la estructura del cerebro y cómo funciona. Estos cambios en el cerebro pueden ser persistentes y pueden llevar a la adicción y a conductas perjudiciales asociadas con la adicción. La recaída está incluida en la definición porque debido a la naturaleza crónica de la adicción, la recaída en el uso de la sustancia no sólo es posible, es común. La recaída es parte de todas las enfermedades crónicas, no sólo de la adicción. Las tasas de recaída en el uso de sustancias son similares a las tasas de recaída para otras enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión.

Caída y recaída (Tabla)

Las sustancias psicoactivas son elementos químicos que penetran el sistema de comunicación del cerebro e imitan o interfieren en la manera en que las células neuronales normalmente envían, reciben y procesan información. Algunas sustancias psicoactivas, como la marihuana y la heroína, pueden activar a las neuronas porque su estructura química imita la de un neurotransmisor natural. El hecho que sean similares en su estructura engaña a los receptores y permite que las sustancias se adhieran a las células nerviosas y las activen. Asimismo, a los neurotransmisores adecuados se les impide comunicarse con la neurona. Aunque estas sustancias imitan los elementos químicos del cerebro, no activan las células nerviosas como lo haría un neurotransmisor natural y transmiten mensajes anómalos en la red.

La forma de comunicación cerebral es igual por todo el cerebro. Sin embargo, distintas partes del cerebro son responsables de coordinar y realizar funciones específicas y a ciertas áreas del cerebro les afecta más el uso de sustancias que otras.

Tipos de Neurotransmisores

Las áreas del cerebro más involucradas en los efectos y adicción de sustancias son el tronco cerebral, la corteza cerebral y el sistema límbico.

- El tronco cerebral controla las funciones vitales, como el ritmo cardíaco, la respiración y el sueño.
- La parte frontal de la corteza, la corteza cerebral o la parte frontal del cerebro, procesa la información de nuestros sentidos y es el centro del pensamiento y del

juicio del cerebro. Dinamiza nuestra habilidad para pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.

- El sistema límbico contiene el circuito de recompensa del cerebro. El sistema límbico conecta estructuras cerebrales que controlan la memoria emocional y regulan la habilidad para sentir placer. Sentir placer nos motiva a repetir conductas como comer—acciones vitales para la existencia (Imágenes)

Las personas comienzan a usar sustancias psicoactivas por una variedad de razones:

- Curiosidad
- Porque los amigos lo hacen
- Para sentirse bien; para celebrar
- Para sentirse mejor
- Para rendir mejor.

Las sustancias nos hacen sentir bien. La mayoría de las sustancias psicoactivas abusadas producen sensaciones intensas de placer. Una sensación inicial de euforia la siguen otros efectos, que difieren según el tipo de sustancia usada. Por ejemplo, con estimulantes como la cocaína, adición al placer se presentan sentimientos de poder, autoconfianza y aumento de energía. En contraste, juntos con la euforia causada por opiáceos como la heroína, se presentan sentimientos de relajación y satisfacción.

Estigma Social

El estigma social ocurre en todas las culturas y comunidades y puede ser diferente entre subgrupos de una comunidad. Por ejemplo, tener múltiples perforaciones corporales y tatuajes puede ser atractivo entre algunos grupos, pero podría que sea estigmatizado por otros. Suele basarse en nuestros miedos injustificados, falta de educación o falta de información sobre una persona o grupo en particular. El estigma social se puede definir como la severa desaprobación social de características o creencias particulares que van en contra de las normas culturales.

Enfrentamiento en secreto también puede dificultar el acceso al tratamiento. Por ejemplo, el miedo muchas veces lleva a que los adolescentes les oculten a sus padres un problema por sustancias. Cuando los padres se dan cuenta, por el estigma pueden sentir culpa y vergüenza. Luego, puede resultarles más difícil luchar por conseguir la atención y recursos que necesita urgentemente su hijo o hija. Los sistemas de tratamiento y ayudantes no son inmunes al prejuicio. Los profesionales del tratamiento también pueden, sin pensarlo, estigmatizar a los clientes con el lenguaje que utilicen.

Una forma de evitar el uso de lenguaje estigmatizante es recordar que hay que poner a las personas primero:

- Persona con un trastorno por uso de sustancias
- Persona que se inyecta drogas
- Persona con adicción.

Los consejeros que trabajan con las personas que tienen adicción no son inmunes a los sentimientos de prejuicio. Una evaluación honesta de sus propias actitudes y sentimientos le puede ayudar a trabajar de manera más efectiva con sus clientes.

Sustancias de abuso: Características y consecuencias.

El consumo de drogas y la adicción tienen importantes consecuencias para el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Los individuos con adicción pueden sufrir una variedad de consecuencias:

- Los individuos con adicción tienen mayor probabilidad de salir lesionados en peleas o accidentes de todo tipo.
- El consumo de drogas puede desencadenar o empeorar los trastornos mentales, en particular en individuos con vulnerabilidades específicas.
- El consumo consuetudinario de drogas a menudo puede comprometer el sistema inmunológico de una persona, por lo que se vuelven más susceptibles a enfermedades.

Los estudios han demostrado que las mujeres son más sensibles al consumo y efectos a largo plazo del alcohol y drogas que los hombres. Las mujeres experimentan un efecto llamado “telescopio” que significa que progresan más rápido que los hombres del uso inicial a la adicción y consecuencias relacionadas con las sustancias, cuando usen sustancias similares en cantidades parecidas.

Una causa es que las mujeres tienen menos agua en sus cuerpos que los hombres y metabolizan el alcohol de forma más lenta que los hombres. Así se producen niveles más altos de alcohol en la sangre con ingestas y peso corporal comparables.

Los efectos en el feto incluyen bajo peso al nacer, trastornos de la conducta, déficits en el desarrollo y en lo cognitivo. Alteraciones en la atención, el lenguaje y trastornos del aprendizaje, así como problemas de la conducta, se han visto en los niños expuestos a la cocaína y la marihuana.

Los jóvenes también son particularmente vulnerables a los problemas físicos y sociales. Parte de esta vulnerabilidad se debe a los efectos de las sustancias en un cerebro y un cuerpo que todavía están madurando. El abuso de drogas y alcohol puede alterar la función cerebral en áreas críticas para la motivación, memoria, aprendizaje, juicio y la conducta. Todas estas funciones continúan madurando hasta la edad adulta. Luego, no es de sorprendente que los adolescentes que abusan del alcohol y otras drogas suelen tener problemas familiares y educativos, desempeño escolar bajo y problemas de salud (incluyendo de la salud mental). Pueden además estar involucrados en el sistema de justicia penal. Una de las áreas del cerebro que continúa madurando durante la adolescencia es la corteza prefrontal, la parte del cerebro que nos permite evaluar las situaciones, tomar decisiones acertadas, y controlar emociones y deseos.

La adicción es una enfermedad, tanto individual como familiar. La interacción única y la relación entre los miembros de una familia se denomina sistema familiar. Las familias son tal vez el sistema social más complejo que existe.

El Cuidado Continuo para Profesionales en Adicciones

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema global, entre 162 a 324 millones de personas en edades entre 15 años a 64 años usaron sustancias ilícitas al menos una vez en el año 2012. Aproximadamente 39 millones de personas son “usuarios problemáticos de drogas”, el consumo problemático es determinado por:

- Personas que se inyectaron drogas
- Uso prolongado de las sustancias ilícitas

Aproximadamente 22 millones de personas en el mundo se inyectan sustancias ilícitas, de estos el 13% son VIH positivo, y el 50% están infectados con hepatitis C.

En la última revisión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales 5* (o DSM-5 por sus siglas en Inglés) de la Asociación de Psiquiatría Americana, el trastorno por el uso de sustancias combina las categorías del DSM-IV de abuso de sustancias y la dependencia de sustancias en un solo trastorno medido sobre un continuo de leve a severo. Los términos abuso y dependencia ya no se utilizan para indicar problemas separados, más bien, se cree que son: una variable continua”.

Las consecuencias globales del (TUS) son de largo alcance e incluyen, por ejemplo:

- Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis
- Pérdida de productividad
- Lesiones y muertes debido a accidentes de automóvil y otros
- Hospitalizaciones por sobredosis y muerte
- Suicidios
- Violencia.

Recuperación y manejo de la recuperación

Existen múltiples caminos hacia la recuperación. Los individuos son únicos y tiene sus propias necesidades, fortalezas, metas, actitudes, conductas en salud y expectativas en su recuperación. Estos caminos son personales e implican una redefinición de la propia identidad al afrontar la crisis en un proceso de cambio progresivo. Los caminos se fundamentan en creencias o tradiciones culturales. Los caminos hacia la recuperación usan recursos comunitarios informales, los cuales brindan apoyo para que la persona permanezca absténia. Los caminos de la recuperación incluyen tratamiento psicossocial y farmacológico. La recuperación es un proceso personal, de cambio que permite que el individuo toma decisiones saludables y mejore su calidad de vida.

La recuperación es auto dirigida y empodera al individuo. El camino hacia la recuperación implica varios periodos en las que las actividades se encuentran guiadas de forma sustancial por otras personas, sin embargo, la recuperación es fundamentalmente autodirigida. La persona que se encuentra en proceso de recuperación tiene la autoridad para ejercer opciones y tomar decisiones basadas en sus propios objetivos que lleven a la recuperación. Este proceso de recuperación otorga autonomía, siendo la autonomía la capacidad del individuo de ser independiente y de tomar decisiones informadas sin estar bajo coerción.

La recuperación implica el reconocimiento personal de la necesidad de transformarse y mantenerse en cambio. Los individuos deben reconocer el problema y estar dispuestos a tomar medidas necesarias para hacerle frente; este proceso por lo general implica la búsqueda de ayuda para lidiar con un Trastorno por uso de sustancias (TUS). El proceso de cambio puede implicar aspectos emocionales, físicos, intelectuales y espirituales de la vida del individuo.

La recuperación es un proceso holístico, es un proceso mediante se alcanza un mayor equilibrio de mente, cuerpo y espíritu en relación con otros aspectos de la vida del individuo, tales como la familia, el trabajo y la comunidad donde convive. La experiencia cultural de un individuo generalmente forma parte del camino de la recuperación correcto para este.

La recuperación no es proceso lineal, se basa un constante crecimiento y un funcionamiento mejorado. Se pueden presentar recaídas y contratiempos en el proceso de recuperación, los cuales hacen parte natural del continuo, pero tampoco son resultados inevitables. El bienestar es el resultado de una atención mejorada y un equilibrio de mente, cuerpo y espíritu.

La recuperación emerge de la gratitud y la esperanza, los individuos en recuperación o aquellos en su búsqueda a menudo encuentran esperanzas en otros individuos que comparten su búsqueda o su experiencia en la recuperación. Los individuos perciben que otras personas tienen la capacidad y que han superado los obstáculos que se les presentan, además de sentirse agradecidos por las oportunidades que se les ofrece cada día de recuperación.

La recuperación también implica hacerle frente a la discriminación y trascender la vergüenza y la estigmatización la recuperación es apoyada por aliados y pares, el denominador común en el proceso de recuperación es la participación de personas que contribuyen con apoyo y esperanza, las cuales otorgan estrategias y recursos para lograr el cambio.

La recuperación implica un proceso de construcción y reconstrucción de lo que el individuo ha perdido a causa de su condición y sus consecuencias, implica la creación de una vida dentro de la limitación impuesta por dicha condición. La recuperación es una realidad, es algo que puede suceder, que sucederá y que de hecho sucede.

-Los once principios del manejo conductual de la recuperación de la salud:

Foco en la recuperación. El modelo del Manejo Conductual de la Recuperación de la Salud (BHRM, por sus siglas en inglés) hace hincapié en los procesos de recuperación por encima de los procesos de la enfermedad al trabajar hacia recuperaciones totales y parciales, y al enfatizar las fortalezas y las resiliencias del cliente en lugar de los déficits del cliente. La recuperación vuelve a introducir la noción de que absolutamente todas las metas de la vida son posibles para las personas con trastornos severos de salud conductual.

Aplicación de la tecnología. Los rápidos avances en la tecnología deben ser aplicados a la recuperación de adicciones y de enfermedades mentales graves. La tecnología que se utiliza en otros campos puede ser adoptada o adaptada para hacer frente a los problemas de salud conductual.

Empoderamiento del cliente. Es el cliente, en vez del profesional, quien se encuentra en el centro del modelo de BHRM. La meta es hacer que cada cliente asuma la responsabilidad del manejo de su proceso de recuperación a largo plazo y el logro de una vida determinada y enriquecida por el individuo mismo.

Integración de servicios. Sobre la base del reconocimiento de que los trastornos graves aumentan la vulnerabilidad ante otros trastornos y problemas, el modelo BHRM busca coordinar los servicios segregados categóricamente dentro de una respuesta integrada enfocada en la persona y no en la propiedad territorial de los problemas de la persona.

La lucha contra el estigma. El modelo BHRM pretende “normalizar” o respetar las experiencias de una persona con los trastornos de salud mental y, posteriormente, ofrece servicios de apoyo continuo. El público comienza a ratificar una imagen positiva de la salud conductual que socavan los prejuicios y la discriminación que con frecuencia acompañan a la prestación de servicios.

Formación de asociaciones de recuperación. En el modelo BHRM, el rol profesional tradicional de “expertos” y “proveedor de tratamiento” cambia de forma progresiva hacia una sociedad de colaboración para el manejo de recuperación en conjunto con el cliente. Dentro de sociedad, el profesional sirve principalmente como un “consejero de la recuperación”.

Uso de prácticas basadas en la evidencia. El modelo BHRM hace hincapié en la aplicación de las intervenciones basadas en la evidencia en todas las etapas del proceso de recuperación y estabilización de la enfermedad, pero las pruebas definitivas tienen que ver cómo encaja la intervención con el cliente en un periodo determinado, según el juicio basado en la experiencia y la respuesta del cliente.

Ecología de la recuperación en la comunidad. La familia (tal como la defina el cliente) y la comunidad constituyen una reserva de apoyo para la recuperación a largo plazo de los trastornos de salud conductual. El modelo BHRM busca mejorar la disponibilidad y las capacidades de apoyo de la familia, las redes sociales íntimas, y las instituciones locales (por ejemplo, los grupos de ayuda mutua, organizaciones basadas en la fe) para las personas que se recuperan de trastornos de salud conductual. El modelo BHRM también extiende el lugar de la prestación de servicios desde el entorno profesional hacia el medio ambiente natural del cliente.

Utilización de algoritmos clínicos. A medida que el conocimiento y la aplicación de prácticas basadas en la evidencia progresan, el desafío se vuelve saber qué tratamientos utilizar con individuos específicos a medida que progresan a través de las etapas de cambio y el tratamiento. Se han desarrollado algoritmos de medicamentos que especifican las prescripciones de primera línea preferidas para diagnósticos específicos, la dosificación y los plazos para la evaluación de sus efectos. Se necesitan algoritmos similares de apoyo a la práctica para el personal clínico que utilice tratamientos psicosociales.

Provisión de monitoreo y apoyo. El modelo BHRM hace hincapié en la necesidad de un seguimiento, retroalimentación y aliento continuo; la vinculación con apoyos locales; y, cuando sea necesario, la reincorporación y la re-intervención temprana. Este modelo de servicios sostenidos de apoyo a la recuperación y monitoreo contrasta con los modelos que proporcionan episodios repetidos que se caracterizan por “evaluar, ingresar, tratar y dar de alta”, el cual es el proceso tradicional para el tratamiento de los trastornos de uso de sustancias. También contrasta con los programas de salud mental que se centran en la estabilización y el mantenimiento de la supresión de los síntomas en lugar de centrarse en la recuperación y el crecimiento personal.

Evaluación continua. Las intervenciones de apoyo y de servicio deben adaptarse a las necesidades únicas y específicas para cada etapa de cada cliente a medida que el cliente evoluciona a través de las etapas de la recuperación. En el modelo BHRM, tanto para la apreciación como la evaluación se convierten en actividades continuas en vez de ser actividades que marcan el inicio y la conclusión de un episodio de servicio.

En primer lugar, la recuperación se define como un proceso de crecimiento continuo y un mejoramiento del funcionamiento. No es un objetivo que se logra. Más bien, es un proceso de manejo de la recuperación durante la vida de una persona. A continuación, se conviene en general que la abstinencia es necesaria (aunque no suficiente) para la recuperación. La abstinencia puede definirse como no consumir alcohol o alguna droga psicoactiva no recetada y no hacer mal uso de las drogas psicoactivas recetadas.

Existen muchas maneras de ver el bienestar. Está claro que el bienestar es un concepto con múltiples dimensiones:

- Social
- Ocupacional
- Espiritual
- Físico
- Intelectual
- Emocional
- Ambiental
- Financiero.

Factores que afectan los resultados del tratamiento

La investigación ha encontrado que los siguientes factores tienen un efecto sobre los resultados del tratamiento:

- Las características de los individuos que buscan tratamiento
- La naturaleza y la gravedad de sus problemas
- El proceso de tratamiento y los servicios prestados
- Las condiciones ambientales y sociales (incluyendo la familia), tanto durante como después del tratamiento
- Las interacciones entre estos factores.

El capital de recuperación es la suma de los recursos sociales y personales a disposición de los individuos para hacer frente a la dependencia de drogas y fortalecer la capacidad de los individuos y las oportunidades para su recuperación.

El concepto de capital de recuperación implica identificar y edificar sobre los recursos personales y sociales del individuo. Algunos de estos activos pueden estar todavía intactos, mientras que otros pueden haber sido desarrollados temprano en la vida del individuo para luego perderse a causa de la adicción. También se puede desarrollar Capital de Recuperación que nunca ha existido en la vida del individuo: Los apoyos sociales se pueden desarrollar, y los clientes pueden aprender nuevas habilidades que apoyen su recuperación.

Se identifica ocho dominios o áreas de vida, de capital de recuperación:

- Salud física y mental
- Familia, apoyos sociales, y actividades de ocio
- Vivienda segura y entornos saludables
- Apoyo entre pares
- Empleo y resolución de cuestiones legales
- Competencias profesionales y el desarrollo educativo
- Integración comunitaria y apoyo cultural
- (Re) descubrimiento del significado y el propósito de vida.

La recuperación de capital humano incluye:

- Valores
- Conocimiento
- Habilidades educativas vocacionales y credenciales
- Capacidad de resolución de problemas

- Auto-conciencia
- Autoestima
- La auto-eficacia (es decir, auto-confianza de un cliente en el manejo de situaciones de alto riesgo).

La familia y el capital de recuperación social incluyen las relaciones íntimas, familiares y relaciones de parentesco, y cualesquiera relaciones sociales que respaldan los esfuerzos de recuperación. Antes de continuar, es necesario definir lo que entendemos por familia. "Parentesco" es sencillo; significa los lazos de sangre. "Familia", sin embargo, se puede definir en un número de maneras.

La familia y el capital de recuperación social está indicado por:

- La disposición de la pareja y los miembros de la familia a participar en el tratamiento
- La presencia de otras personas en la recuperación dentro de la familia o entre los contactos sociales.

Introducción a la motivación y etapas de cambio

Precontemplación

Durante la etapa de pre contemplación, las personas que consumen sustancias no están considerando el cambio y no tienen ninguna intención de cambiar conductas en el futuro previsible. Las personas en esta etapa tienden a defender su conducta de consumo de sustancias. Estas personas pueden no tener conciencia o solamente una conciencia parcial respecto de que existe un problema o de que un cambio es necesario. Ellos pueden necesitar ayuda para cambiar. Ellos pueden estar a la defensiva cuando otras personas los presionan para dejar de consumir. También pueden estar demasiado desalentados para cambiar su conducta. Los individuos en esta etapa pueden no haber sufrido consecuencias adversas o crisis debido a su uso de sustancias y a menudo no están convencidos de que su patrón de uso sea riesgoso o problemático. Incluso las personas que han reconocido anteriormente que tienen un problema y han hecho esfuerzos para cambiar pueden volver a la etapa de precontemplación. Pueden decirse a sí mismos: "En realidad esto no es tan malo".

Las personas en la etapa de precontemplación deben aumentar su conciencia antes de que puedan considerar el cambio.

Contemplación

A medida que las personas se percatan de que existe un problema, comienzan a darse cuenta de que pueden existir tanto motivos de preocupación como razones para cambiar. Por lo general, son ambivalentes, admitiendo a la vez tanto razones para cambiar como razones para no cambiar. Los individuos en esta etapa siguen utilizando sustancias, pero piensan en detenerse o reducir su uso en un futuro próximo. En este punto, podrán recabar la información pertinente, reevaluar su conducta de uso de sustancias o buscar ayuda para potencialmente cambiar su conducta. Por lo general, toman en cuenta los aspectos positivos y negativos de

realizar un cambio (“Sé que tengo que dejar de consumir, pero...”). Con frecuencia, los individuos se mantienen en esta etapa durante períodos largos, a menudo durante años, vacilando entre querer y no querer cambiar.

La gente en la etapa de contemplación necesita ayuda para resolver su ambivalencia y escoger un cambio positivo sobre su situación actual.

Preparación

Una vez que una persona comienza a planificar el cambio, él o ella entra en la etapa de preparación, durante la cual se fortalece el compromiso. La preparación implica una planificación específica para el cambio, como, por ejemplo, decidir si se necesita tratamiento y, de ser así, de qué tipo. La preparación también implica examinar la capacidad percibida cambio. Los individuos en la etapa de preparación siguen utilizando sustancias, pero por lo general tienen la intención de dejar de usarlas muy pronto. Pueden experimentar con pequeños cambios a medida que su determinación de cambiar aumenta. Puede que ya hayan intentado reducir o detener el consumo por sí mismos o pueden estar experimentando con maneras de detener o reducir su consumo. Comienzan a establecer metas para sí mismos y a comprometerse a dejar de consumir, incluso contándole a las personas cercanas a ellos sobre sus planes. Con demasiada frecuencia, las personas se saltan esta etapa; tratando de pasar directamente de la contemplación a la acción y fracasan porque no han investigado o aceptado adecuadamente lo que se necesita para hacer un cambio significativo de estilo de vida. La gente en la etapa de preparación necesita ayuda para identificar posibles estrategias de cambio y para elegir las que sean más apropiadas para ellos.

Acción

Los individuos en la etapa de acción eligen una estrategia de cambio y comienzan a seguirla. En esta etapa, los clientes creen que pueden cambiar su conducta y modifican activamente sus hábitos y entorno. Hacen cambios drásticos de estilo de vida y pueden enfrentarse a situaciones difíciles y experimentar los efectos fisiológicos de la privación. En esta etapa, los individuos desarrollan planes para hacerle frente a las presiones tanto personales como externas que pueden conducir a caídas en el camino. Comienzan a reevaluar la imagen de sí mismos a medida que hacen la transición de un uso excesivo o peligroso hacia la abstinencia o el uso seguro. Las personas en esta etapa también tienden a aceptar ayuda y buscan el apoyo de los demás. La etapa de acción puede durar de 3 a 6 meses después de la terminación o la reducción del consumo de sustancias.

Las personas en la etapa de acción necesitan ayuda para llevar a cabo y persistir con las estrategias de cambio, así como aprender a prevenir o minimizar la recurrencia.

Mantenimiento

Durante la etapa de mantenimiento, las personas tratan de mantener los avances logrados durante la etapa de acción. Las personas trabajan para mantenerse en la abstinencia y evitar la recurrencia. Puede que se necesite de precauciones adicionales para evitar las conductas problemáticas. Los individuos aprenden a detectar y evitar situaciones peligrosas y otros factores desencadenantes que pueden llevar a que utilicen sustancias. Las personas en mantenimiento evalúan cómo viven sus vidas. Trabajan para adquirir nuevas habilidades para hacerle frente a los retos y evitar la recaída. A menudo, esto significa cambiar rutinas, hacer nuevos amigos y probar nuevas actividades. Las personas pueden anticiparse a situaciones de recaída y preparar estrategias de para afrontarlas. En la mayoría de los casos, los individuos que intentan un cambio de conducta a largo plazo

vuelven a consumir al menos una vez y regresan a una etapa anterior. La recurrencia de los síntomas es parte del proceso de aprendizaje. El conocimiento sobre las señales personales para el consumo de sustancias es muy útil para futuros intentos de cambio. El mantenimiento requiere un cambio prolongado de conducta - al permanecer en abstinencia o reducir el consumo a los niveles deseados y aceptables - y la vigilancia continua aceptable durante un mínimo de 6 meses a varios años.

La gente en la etapa de mantenimiento puede necesitar de ayuda para desarrollar nuevas habilidades y redes sociales para mantener un estilo de vida de recuperación.

Recurrencia

La mayoría de las personas no sostienen los nuevos cambios que están tratando de lograr de forma inmediata, y es común que vuelvan a consumir sustancias después de un período de abstinencia. Estas experiencias proporcionan información que puede facilitar o dificultar la progresión subsecuente a través de las etapas de cambio. La recurrencia, a menudo denominada recaída, es el evento que desencadena el regreso del individuo a una etapa de cambio anterior y comenzar su camino por el proceso de nuevo. Las personas pueden haber tenido metas poco realistas, haber utilizado estrategias ineficaces o haberse puesto en entornos que no son propicios para un cambio exitoso. La mayoría de las personas que consumen sustancias requieren de varios ciclos a través de las etapas de cambio para lograr una recuperación exitosa. Después de volver a consumir sustancias, los clientes suelen volver a una etapa de cambio anterior, no siempre al mantenimiento o a la acción, sino más a menudo a la contemplación. A menudo se sienten desmoralizados y, posiblemente, incluso desesperados sobre el cambio. Pueden incluso volver a convertirse en precontempladores, mostrándose reacios al cambio o incapaces de cambiar pronto, por lo menos temporalmente. Sin embargo, la recurrencia de los síntomas no significa necesariamente que un cliente haya abandonado su compromiso con el cambio.

Las personas que experimentan una recurrencia necesitan ayuda para evaluar lo que puede haber contribuido a la recurrencia, y requieren de ayuda para reanudar su proceso de recuperación.

Motivación

Es importante entender el concepto de motivación porque la motivación para el cambio está estrechamente relacionada con el nivel de probabilidad de que una persona con un trastorno por uso de sustancias (o TUS) hará lo siguiente:

- Entrar al tratamiento
- Continuar en el tratamiento
- Adherirse a una estrategia específica de cambio.

La motivación a menudo ha sido considerada estática, algo que una persona tiene o no. Según el punto de vista de la motivación como algo estático:

- Un consejero tiene pocas posibilidades de influir en la motivación del individuo
- Si un individuo no está motivado para cambiar, esa falta de motivación es problema del cliente (o incluso su culpa).

Pero se ha descubierto que la motivación es realmente dinámica y no estática y además es:

- Con un propósito
- Intencional
- Positiva
- Modificable

La motivación se ve influenciada por estos y otros factores internos y por factores externos. Las influencias internas pueden incluir:

- Los estados emocionales del cliente
- Las metas de vida del cliente
- Las percepciones acerca de los riesgos y beneficios de las conductas del cliente
- Evaluaciones cognitivas del cliente acerca de la situación (lo que el cliente piensa acerca de la situación).



Hay un número de maneras de visualizar el tratamiento:

- El lugar del tratamiento se refiere al lugar donde se proporciona el tratamiento: por ejemplo, en un centro de acogida, un hospital, una clínica o residencia
- La intensidad y duración del tratamiento están relacionados entre sí. La intensidad se refiere a la frecuencia con que se proporciona el tratamiento. La duración se refiere a cuánto tiempo puede recibir servicios de tratamiento una persona
- El tratamiento se puede proporcionar en un número de maneras. Por ejemplo: cara a cara con un profesional en adicciones; en un grupo con sus compañeros, o con otros miembros de la familia. En estos días, el tratamiento, incluso se puede proporcionar por teléfono o Internet.
- El componente del tratamiento se refiere a los elementos o piezas, de tratamiento; por ejemplo, evaluación, asesoramiento, educación, y así sucesivamente.
- El cuidado continuo se relaciona con los tipos de tratamiento y demás servicios que una persona puede recibir con el tiempo. Esta es otra forma de ver el manejo de la recuperación en curso.
- El modelo de tratamiento de intervención se refiere a la base teórica y técnicas específicas que un profesional utiliza para proporcionar intervenciones de tratamiento; por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual y otras prácticas basadas en la evidencia.

Elementos de tamizaje y manejo (Incluye ASSIST)

Secuencia típica de temas abordados en los Grupos Psicoeducativos.

Recuperación temprana

- Aprender sobre las enfermedades biopsicosociales y los procesos de recuperación.
- Entender los efectos de las drogas específicas en el cerebro y el cuerpo
- Ubicar síntomas en los trastornos de abuso de sustancias en el contexto de otros problemas de salud
- Aprender sobre los síntomas de abstinencia tempranos y prolongados respecto de cada una de las drogas específicas;
- Conocer las fases de recuperación y el lugar del cliente y el cuidado continuado
- Aprender estrategias para cesar el consumo y encontrar la motivación para parar
- Minimizar los riesgos de VIH/SIDA, hepatitis C, y enfermedades transmitidas sexualmente
- Identificar situaciones de alto riesgo que sean señales o disparadores para el consumo de sustancias: personas, cosas y lugares
- Identificar presiones de pares y comportamiento sexual compulsivo como disparadores
- Entender ansias o impulsos, aprender a controlar pensamientos sobre el uso de sustancias, y lidiar con las ansias
- Estructurar el tiempo personal
- Lidiar con situaciones de alto riesgo
- Entender la abstinencia y el uso de medicamentos con o sin receta
- Entender las metas y prácticas de los varios grupos de 12 pasos o de ayuda mutua
- Identificar y utilizar redes de apoyo positivas

-
- Comprender el proceso de recaída y las señales comunes de advertencia.

Mantenimiento y Cuidado Continuo

- Identificar herramientas para prevenir una recaída
- Desarrollar planes personales en caso de recaída
- Contrarrestar la euforia y el deseo de probar el control
- Mejorar las habilidades para sobrellevar y manejar el estrés
- Aprender manejo de la ira y técnicas de relajación
- Mejorar la auto-eficacia para manejar situaciones riesgosas
- Responder tranquilamente a errores y evitar que éstos escalen
- Encontrar fuentes de recuperación
- Estructurar el tiempo de ocio y encontrar actividades recreativas
- Conocer la importancia de la salud personal: dieta, ejercicio, higiene y chequeos
- Tomar inventario personal
- Manejar la culpa, vergüenza, depresión y ansiedad
- Entender las dinámicas familiares: comportamientos habilitadores y de sabotaje
- Reconstruir relaciones personales
- Entender la disfunción sexual y el comportamiento sexual saludable
- Desarrollar habilidades educativas y vocacionales
- Aprender habilidades de vida diarias: administración de dinero, vivienda y asistencia legal
- Recibir la espiritualidad y recuperación y encontrarle sentido a la vida
- Reconocer la tristeza y pérdida, así como la relación con el uso de sustancias
- Aprender sobre crianza: necesidades básicas de los niños, sus fases de desarrollo y tareas en dichas fases
- Mantener un balance en la vida

Co-ocurrencia en trastornos mentales y médicos comunes: una descripción general de profesionales en adicciones

Este curso busca proporcionar una visión general de los trastornos mentales y médicos que comúnmente co-ocurren con los trastornos por uso de sustancias, sobre la relación entre trastornos mentales y de uso de sustancias y proporcionar información sobre modelos de tratamiento.

Modulo 1: Introducción de entrenamiento

Este módulo tiene como objetivo crear un ambiente de aprendizaje positivo, brinda a los participantes información sobre el motivo por el cual se realiza la capacitación y proporciona a los participantes un resumen de las metas generales de la capacitación.

Inicia dando una introducción a la terminología básica y a la problemática mundial relacionada con el abuso de sustancias, luego se habla de problemas médicos y mentales relacionados.

La Organización Mundial de la Salud, define la salud mental como no solo la ausencia de un trastorno mental, sino también como bienestar mental:

La salud mental se define como un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz realizar contribuciones a su comunidad. Existen otras definiciones que describen la salud mental como un estado psicológico de equilibrio, en el que una persona tiene el control de sus pensamientos, impulsos y comportamiento mientras cumple con las demandas ordinarias de la vida cotidiana, además en varias culturas las acepciones incluyen la idea de salud espiritual en esta definición.

El trastorno mental se puede definir como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, regulación de las emociones o comportamiento que refleja una disfunción los procesos psicológicos, biológicos o de los procesos mentales subyacentes. Los trastornos mentales suelen estar asociados con una angustia significativa o discapacidad en actividades sociales, ocupacionales u otras actividades importantes.

El trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, se dan con el uso recurrente de alcohol y / o drogas y producen una deficiencia funcionalmente significativa, como problemas de salud, discapacidad e incumplimiento de las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar.

El abuso de sustancias se refiere al uso que causa algunos problemas en la vida de una persona, pero no al nivel de dependencia o adicción.

La dependencia fisiológica es un estado de adaptación a una sustancia psicoactiva específica que se caracteriza por la aparición de un síndrome de abstinencia durante la abstinencia, que puede aliviarse total o parcialmente tomando más sustancia.

La adicción (a veces llamada dependencia psicológica) se define como una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las múltiples consecuencias dañinas.

Módulo 2: Historia de vulnerabilidades e impactos de trastornos co-ocurrentes

Este módulo tiene como metas de entrenamiento proporcionar una visión general de la relación entre el consumo de sustancias y el trastorno mental, describir el impacto de los trastornos concurrentes, describir la historia del tratamiento de los trastornos concurrentes y ayudar a los participantes a comprender las vulnerabilidades de la comorbilidad.

Los objetivos de aprendizaje son identificar desarrollos y esfuerzos clave en la historia del tratamiento de los trastornos co-ocurrentes; describir por qué los trastornos por uso de sustancias a menudo ocurren con otros trastornos mentales y los factores que afectan las vulnerabilidades de los pacientes a los trastornos co-ocurrentes.

Estas metas y objetivos se desarrollaran con dos presentaciones y un ejercicio grupal, donde se explica la dificultad para establecer causalidad y direccionalidad, hará énfasis

en los cuatro escenarios más importantes a tener en cuenta, el primero de estos escenarios ocurre cuando las drogas de abuso: causan síntomas psiquiátricos y deterioro cognitivo o facilitan la expresión completa de un trastorno mental latente en un individuo vulnerable; el segundo es que los trastornos mentales también pueden conducir a abuso de sustancias; el tercero es cuando ambos TUS y otras enfermedades mentales son causadas por factores superpuestos como: déficits o lesiones cerebrales subyacentes, incluida la exposición a drogas prenatales o al plomo; historial de contacto con pinturas u otras toxinas químicas durante el crecimiento; vulnerabilidades genéticas, como tener una larga historia familiar de ese trastorno, particularmente en padres o hermanos; el cuarto es donde comienzan aproximadamente al mismo tiempo, pero sin que uno esté causando al otro.

Los pacientes con esquizofrenia tienen tasas más altas de consumo de alcohol, tabaco y abuso de otras sustancias en comparación con la población en general. En muestras clínicas, la tasa de tabaquismo en pacientes con esquizofrenia ha sido tan alta como el 90 por ciento.

Se han propuesto varias hipótesis de automedicación para explicar la fuerte asociación entre la esquizofrenia y el tabaquismo, aunque todavía no se ha confirmado ninguna. La mayoría de estas hipótesis se relacionan con la nicotina contenida en los productos del tabaco. La nicotina puede ayudar a compensar algunos de los deterioros cognitivos producidos por el trastorno y contrarrestar los síntomas psicóticos; o aliviar los efectos secundarios desagradables de los medicamentos antipsicóticos.

La alta prevalencia de comorbilidad entre Trastorno por uso de sustancias y los trastornos mentales no significa que uno causó el otro, incluso si uno apareció primero. De hecho, estableciendo lo que se llama causalidad (¿un trastorno causó el otro?) o direccionalidad (si es así, ¿cuál trastorno causado por el otro?) es difícil de verificar por varias razones.

Es posible que el diagnóstico de un trastorno mental no se produzca hasta que los síntomas hayan progresado a un nivel especificado (como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos DSM). Sin embargo, los síntomas que no han alcanzado ese nivel de problema pueden alcanzarlo con el uso de drogas.

Además, los recuerdos imperfectos de cuándo comenzó el uso o abuso de sustancias también pueden crear la confusión sobre cuál fue primero si el trastorno mental o el Trastorno por uso de sustancias.

Aun así, cuatro escenarios merecen consideración. Los cuatro probablemente contribuyan, variando los grados, a cómo y si se manifiestan las co-ocurrencias específicas. El primero de estos escenarios ocurre cuando las drogas de abuso causan síntomas psiquiátricos y deterioro cognitivo; o facilitan la plena expresión de un trastorno mental latente en un individuo vulnerable. Trastorno latente se utiliza para describir el potencial biológico o la vulnerabilidad a un trastorno mental que una persona puede desarrollar pero que aún no ha experimentado los síntomas.

El segundo escenario es que los trastornos mentales también pueden conducir a Trastorno por uso de sustancias, individuos con trastornos evidentes, leves o incluso mentales que no alcanzan los criterios del DSM clínicamente definido, el nivel del problema puede abusar de las drogas como una forma de automedicación. El tercer escenario es cuando tanto los trastornos por uso de sustancias y otras enfermedades mentales son causados por factores superpuestos como deficiencias o lesiones cerebrales subyacentes, incluida la exposición a drogas antes del nacimiento o al plomo, por ejemplo.

Finalmente, un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias pueden comenzar aproximadamente al mismo tiempo, pero sin uno ser el causante del otro. Por ejemplo, la adolescencia tardía / adultez temprana suele ser el periodo en donde muchos trastornos mentales se activan. Aquí es también cuando muchas personas comienzan usando o aumentando el uso de las sustancias psicoactivas.

Módulo 3: Opciones y modelos de evaluación y tratamiento

Este módulo busca proporcionar una visión general de los conceptos clave de evaluación y de los modelos de tratamiento dentro del campo de trastorno concurrente y brinda la oportunidad de que los participantes examinen los enfoques de sus programas.

Los objetivos de aprendizaje son definir las diferencias entre intervención integrada, paralela y secuencial, definir "recuperación" como se utiliza en el tratamiento del trastorno concurrente, discutir el concepto de "cuadrantes de cuidado" y discutir la relación entre la gravedad de los síntomas, el capital de recuperación y los niveles de atención.

Los investigadores han demostrado claramente que el tratamiento por abuso de sustancias para los clientes con enfermedades mentales concurrentes y trastornos por uso de sustancias puede ser beneficioso.

El tratamiento secuencial significa proporcionar tratamiento para un trastorno primero, y luego tratando al otro. El tratamiento secuencial se proporciona en entornos completamente separados. Este enfoque resultó problemático por varias razones. Por ejemplo, el trastorno por uso de sustancias y los profesionales en el tratamiento de trastornos mentales no siempre estuvieron de acuerdo sobre qué trastorno debe tratarse primero. Los pacientes a menudo caen entre las grietas del sistema de tratamiento y no reciben ningún tratamiento. Además, independientemente del trastorno que se haya tratado primero, los síntomas del otro trastorno a menudo interferían con el tratamiento.

Proporcionar tratamiento en paralelo significa tratar ambos trastornos al mismo tiempo, pero en diferentes entornos. El tratamiento paralelo tiene la ventaja sobre el tratamiento secuencial porque no hay discusión sobre qué trastorno debe tratarse primero y los pacientes tienen menos probabilidades que caigan entre las grietas del sistema de tratamiento. La desventaja es que los programas que tratan los trastornos mentales a menudo no comprenden los trastornos por uso de sustancias, y viceversa.

Los niveles de atención hacen parte del tratamiento se debe reconocer la co-ocurrencia de la enfermedad mental con el trastorno por abuso de sustancias para mejores intervenciones. El concepto de cuadrantes de atención se desarrolló en los Estados Unidos en 1998. como un esfuerzo conjunto entre la Asociación Nacional de Abuso de Drogas y Alcohol del Estado Directores (o NASADAD) y el Programa de la Asociación Nacional de Salud Mental.

El modelo de cuatro cuadrantes tiene dos usos distintos:

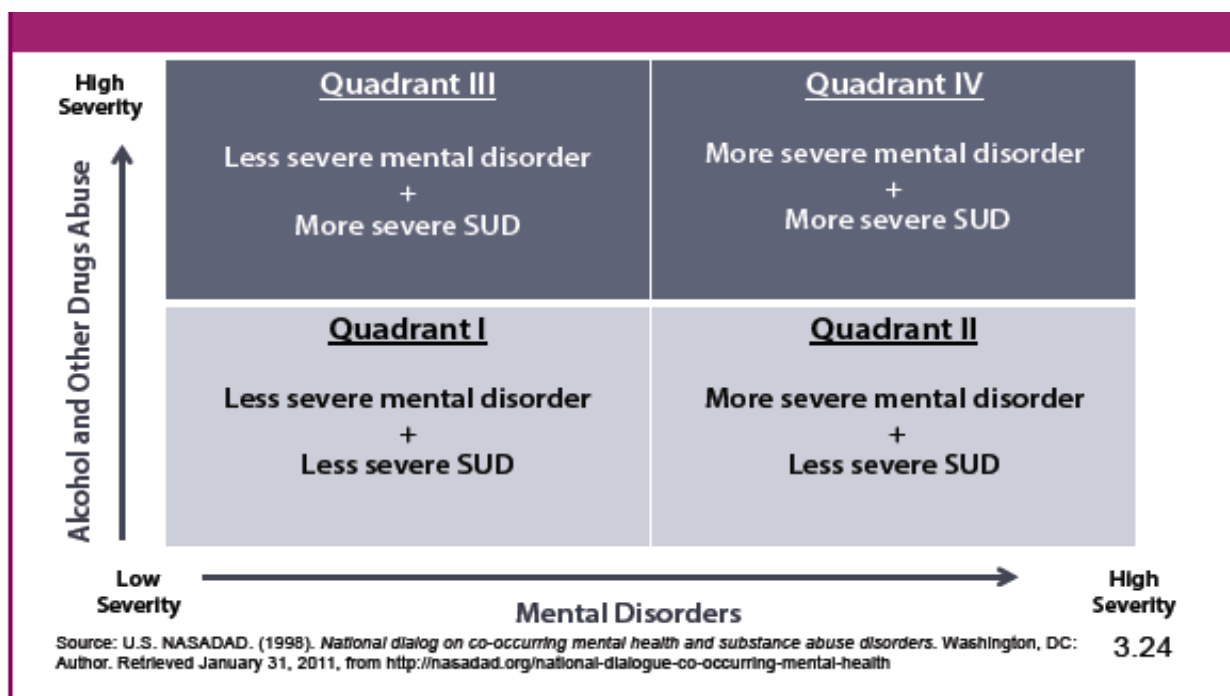
- Para ayudar a conceptualizar el tratamiento de un cliente individual y orientar las mejoras en la integración del sistema (por ejemplo, si el paciente tiene psicosis aguda y se sabe que tiene historia personal de dependencia del alcohol, el paciente claramente caerá en la

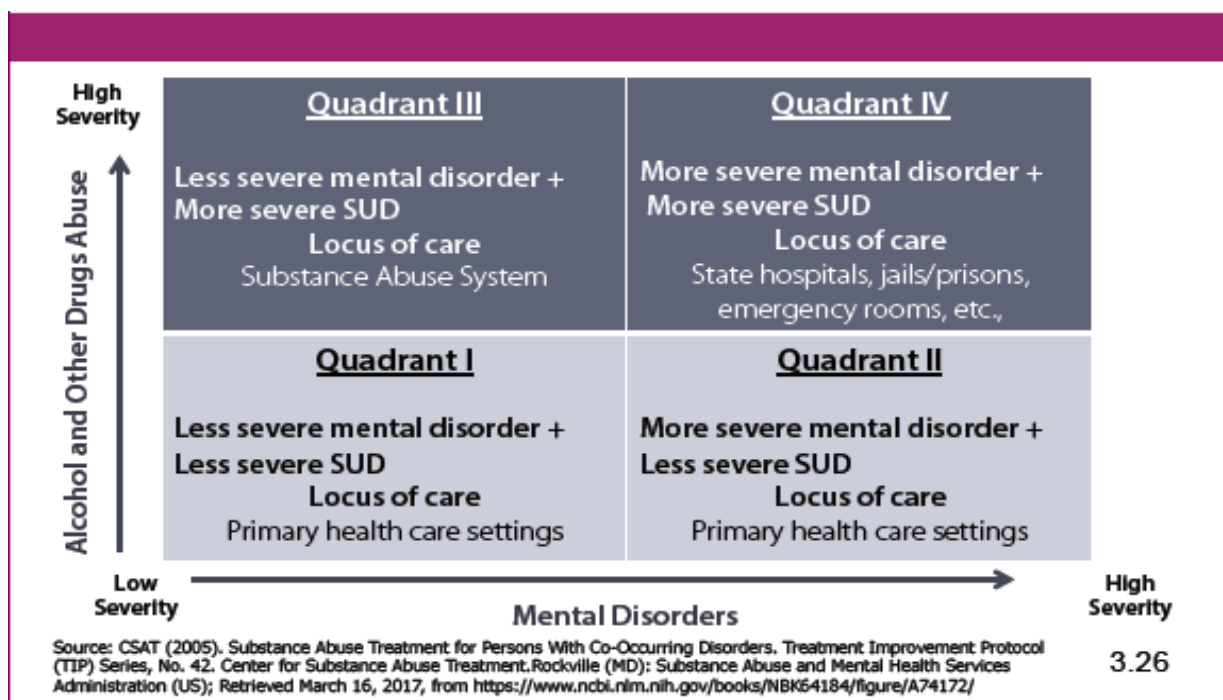
Categoría IV, es decir, trastorno mental severo y trastorno por uso de sustancias severo). Sin embargo, la gravedad de las necesidades, el diagnóstico, los síntomas y los impedimentos del cliente determinaran el nivel de ubicación de la atención.

- Para orientar las mejoras en la integración de sistemas, incluida la asignación eficiente de recursos. Este marco conceptual de cuadrantes de atención clasifica a los clientes en cuatro grupos basados en la gravedad de los síntomas, no en el diagnóstico.

También hay un concepto de cuadrante para el capital de recuperación:

- Cuadrante I: baja gravedad y complejidad del problema más alto capital de recuperación.
- Cuadrante II: baja gravedad y complejidad del problema más bajo capital de recuperación.
- Cuadrante III: alta gravedad y complejidad del problema más alto capital de recuperación.
- Cuadrante IV: Alta gravedad y complejidad del problema más bajo capital de recuperación.





3.26

Módulo 4: Trastornos mentales específicos y problemas comunes

Este módulo tiene como meta dar una visión general de los trastornos mentales. Los objetivos son identificar componentes clave de las seis categorías de trastornos mentales, describir enfoques simples para los consejeros del trastorno por uso de sustancias para usar con pacientes que experimentan trastornos mentales y demostrar la capacidad para reconocer síntomas de trastornos mentales utilizando un estudio de caso.

Los problemas psiquiátricos no tratados son una causa común de fracaso del tratamiento de los programas por abuso de sustancias psicoactivas.

Trastorno depresivo Mayor

Se caracteriza por un estado de tristeza persistente o pérdida de interés en las actividades la mayor parte del tiempo, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana., lo que puede llevar tener ideas de suicidio y cometerlo.

Trastorno afectivo bipolar

Se caracteriza por un estado en la cual una persona tiene cambios marcados o extremos en el estado de ánimo. Los períodos de sentirse triste y deprimido pueden alternar con períodos de excitación y actividad intensa o de sentirse malhumorado e irritable.

Trastorno de ansiedad

Se caracteriza por preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas. Es posible que se produzca taquicardia, respiración agitada, sudoración y sensación de cansancio.

Trastorno psicosis

Se caracterizado por una desconexión de la realidad, graves que causan ideas y percepciones anormales, perdiendo el contacto con la realidad.

Trastorno de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Estos comportamientos interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos.

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Trastorno crónico caracterizado por la dificultad para prestar atención, la hiperactividad y la impulsividad.

Módulo 5: Trastornos mentales inducidos por sustancias

Este módulo tiene como meta brindar una visión general del concepto de trastornos mentales inducidos por sustancias.

Los objetivos de este módulo son discutir por qué puede ser difícil identificar los trastornos inducidos por sustancias, identificar al menos dos características de diagnóstico de intoxicación por sustancias, abstinencia y trastornos inducidos por medicación de sustancias y discutir la aplicabilidad de esta información en el trabajo de los participantes y en sus comunidades.

Se explicarán las diferencias entre trastornos y alteraciones mentales secundarias a efectos tóxicos de las sustancias psicoactivas, ya que en ocasiones es difícil identificarlos, los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias pueden ir desde la ansiedad y la depresión moderada hasta psicosis y manía, estos dos últimos menos comunes, además es importante recordar que a veces las sustancias pueden enmascarar los síntomas de un trastorno mental subyacente.

Los efectos tóxicos de las sustancias que utilizan los pacientes pueden imitar los trastornos mentales en formas que pueden dificultar la identificación de las causas de un comportamiento en particular. Un trastorno mental inducido por sustancias puede identificarse por síntomas únicos que ocurren en un momento específico que los hace más probables como resultado del uso, abuso, intoxicación o abstinencia que la de un trastorno mental subyacente, aunque hay puede ser un trastorno mental adicional que no sea inducido por sustancias.

Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias pueden variar desde ansiedad leve y depresión (más común en todas las sustancias) a reacciones maníacas o psicóticas en toda regla (mucho menos frecuentes).

Existen algunas excepciones algunos síntomas inducidos por sustancias pueden persistir durante semanas o meses. Como por ejemplo los síntomas psicóticos causados por el abuso intenso y prolongado de anfetaminas; y la demencia (problemas de memoria, concentración y resolución de problemas) causada por el uso de sustancias que son directamente tóxicas para el cerebro (como el alcohol, algunos inhalantes, y anfetaminas).

Modulo 6: Trastornos médicos comunes co-ocurrentes

Este módulo tiene como meta brindar una visión general del VIH/SIDA, Tuberculosis, Hepatitis, resistencia a los medicamentos y dar a los participantes la oportunidad de debatir cómo se abordan los trastornos médicos co-ocurrentes en sus prácticas y comunidades.

Los objetivos de este módulo son describir tres trastornos médicos comunes concurrentes, la relación entre cada trastorno y los trastornos por uso de sustancias, definir la resistencia a los medicamentos y discutir la incidencia y los recursos para abordar estos trastornos médicos en sus comunidades.

VIH / SIDA, hepatitis; y la tuberculosis (o TB) con frecuencia están directamente relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (particularmente el uso de sustancias inyectables).

VIH/SIDA

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, que ataca y destruye un determinado tipo de célula T. Las células T son un tipo de glóbulos blancos que desempeñan un papel importante en el sistema inmunológico del cuerpo. El tipo de célula T afectada por el VIH es la célula CD4. La pérdida de células CD4 disminuye la capacidad del cuerpo para protegerse de infecciones u otros problemas médicos.

Sin tratamiento, una persona infectada por el VIH suele desarrollar el SIDA, que es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y es la etapa más avanzada de la infección del VIH.

El VIH se transmite de una persona a otra a través de los fluidos corporales, específicamente la sangre, semen, fluidos genitales y leche materna. Compartir agujas con una persona infectada por el VIH y tener relaciones sexuales sin protección son las formas más comunes de transmisión del VIH.

Tuberculosis

La resistencia a los medicamentos contra la tuberculosis es un importante problema de salud pública. Considerando que la mutación del virus es la causa principal de resistencia a los medicamentos con el VIH, el uso inadecuado de medicamentos antibióticos es la principal causa de tuberculosis farmacorresistente.

Los problemas asociados con el uso de sustancias incluyen:

Reducción de la capacidad del sistema inmunológico para combatir la tuberculosis; diagnóstico tardío debido al menor acceso a la atención médica de rutina por parte de las personas que abusan sustancias; menos probabilidad de que las personas que abusan de sustancias completen el tratamiento de la tuberculosis, lo que significa que la tuberculosis durará más o se volverá resistente a los medicamentos; y mayor tasa de transmisión entre

las personas que abusan de sustancias porque tienden a vivir y asociarse con grupos comunitarios localizados.

Hepatitis

Aquellos que consumen sustancias, especialmente aquellos que ya tienen TB o VIH, también están en alto riesgo de infectarse con hepatitis B o C. La hepatitis es una infección viral caracterizada por la inflamación del hígado. Viene en varias formas (A, B, C, D y E). Los tipos más comunes son A, B y C. Las hepatitis B y C pueden ser crónicas y tener consecuencias muy graves para la salud, incluso la muerte, debido a insuficiencia hepática o afecciones médicas relacionadas.

La hepatitis B se transmite a través de la sangre y otros fluidos corporales, incluidos los fluidos involucrados en el sexo. La hepatitis C se transmite principalmente a través de la sangre, en pacientes que tiene Trastorno por uso de sustancias aumenta la transmisión por este medio dado que generalmente comparten agujas.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Ansiedad

En personas con dependencia a cocaína hay mayor frecuencia de presentación de fobia social, agorafobia, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo.

El consumo de cocaína además de producir euforia, también genera incremento de ansiedad y suspicacia.

Al disminuir los efectos estimulantes de la cocaína se experimenta ansiedad, lo que frecuentemente lleva a consumir la siguiente dosis.

Los efectos euforizantes de la pasta base de cocaína se disipan rápidamente y aparecen manifestaciones psíquicas como angustia y ansiedad entre otras.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Depresión

Las drogas producen alteraciones en las vías y redes neuronales, por lo que se pueden presentar trastornos del estado del ánimo, como la depresión.

Estudios en población general han documentado la presencia conjunta de depresión y trastornos por consumo de alcohol.

Los trastornos por consumo elevado de alcohol se asocian con mayor riesgo de episodios depresivos temporales, ideas e intentos de suicidio y ansiedad e insomnio graves.

Fuentes:

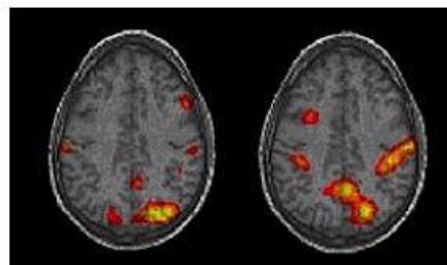
Conway KP, Compton W, Stinson FS, et al. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 67, 247 – 58.
Cranford JA, Nolen-Hoeksema S, Zucker RA. (2011). Alcohol involvement as a function of co-occurring alcohol use disorders and major depressive episode Evidence from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 117, 145 – 51.
Schuckit M. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet* 373, 492 – 501.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Esquizofrenia

Se ha documentado que el consumo de alcohol, anfetaminas, cannabis y cocaína incrementa el riesgo de presentar sintomatología psicótica y las personas con esquizofrenia que son dependientes a drogas presentan de manera más temprana síntomas y reportan una menor calidad de vida.



Resonancia Magnética Funcional donde se observan áreas con funcionalidad disminuida en cerebro con esquizofrenia (izquierda) y cerebro de usuario crónico de marihuana (derecha).

Fuente: Schizophrenia Research Institute
www.schizophreniaresearch.org.au

Fuentes:

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*; 264: 2511 – 2518.

Addington J, Addington D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry*; Suppl. 172(33): 134 – 136.

Comorbilidad

Consumo de drogas y trastornos mentales

Suicidio

Existe evidencia sólida de la asociación entre consumo de drogas y riesgo de suicidio.

Se ha reportado asociación entre la ideación suicida y el consumo de drogas.

El consumo agudo y crónico de cannabis se han señalado como factores de riesgo que influyen en la **suicidalidad**, aunque el análisis de la evidencia aún no es concluyente y continúa en estudio.

Lesiones autoinflingidas deliberadamente (LAD)

Se ha documentado relación con sintomatología depresiva y consumo de drogas, principalmente alcohol.

Fuente:

Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A, Borges G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*; 20(7): 20 – 27.
Dorges G, Dagge C, Orozco R. (2016). A literature review and meta-analysis of cannabis use and suicidality. *JAD*; 195: 63 – 74.
González-Forteza C, Romero-Basaldúa L, Jiménez-Tapia A. (2009). Lesiones autoinflingidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 47(Supl 1): S41 - S46.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Arritmias cardiacas

Las personas que consumen solventes inhalables llegan a experimentar arritmias cardiacas, debido a que se ha documentado que estas sustancias bloquean los canales de sodio en el sistema de conducción del corazón.



Fuente: Cruz S, Orta-Salazar G, Gauthereau M, Millán L, Salinas-Stefanon E. (2003). Inhibition of cardiac sodium currents by toluene exposure. *British Journal of Pharmacology*; 140: 653 – 660.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

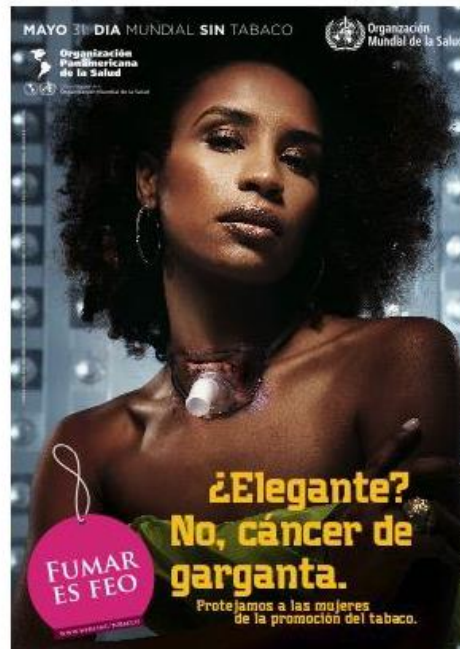
Cáncer

Cáncer de mama

Fumar incrementa el riesgo de cáncer de mama en mujeres que iniciaron el consumo de tabaco antes de embarazarse por primera vez.

Cáncer de pulmón

Fumar tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón. El riesgo aumenta con la dosis diaria, la dosis acumulada, el número de años de consumo y el inicio del consumo a edades tempranas.



Fuente: Gaudel M, Gapstur SM, Sun J. (2013). Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*, 105(8): 515 – 525.

Caicoya M, Mirón JA. (2003). Cáncer de pulmón y tabaco en Asturias. Un estudio de casos y controles. *Gac Sanit*; 17(3): 226 – 30.

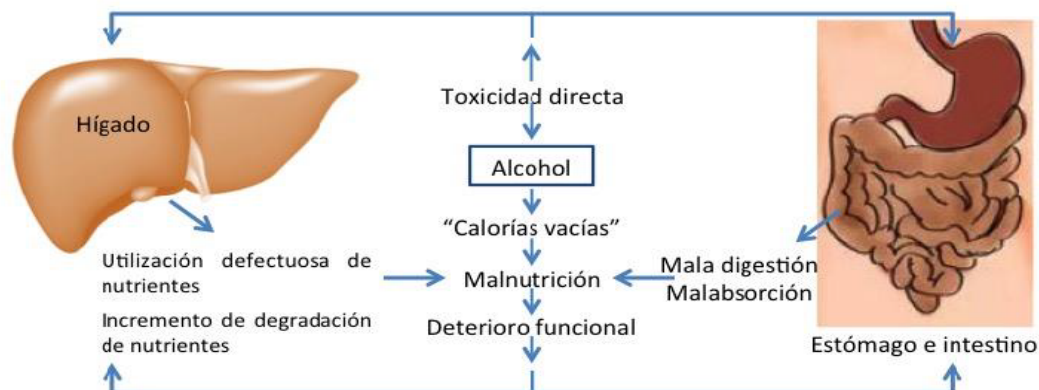
Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Diabetes

La relación entre consumo de alcohol y desarrollo de diabetes es bien conocida desde hace varios años y continúa documentándose, a pesar de que anteriormente se habían reportado supuestos beneficios del consumo en pequeñas cantidades.

Fuente: Pereiro C. (2006). Alcohol y diabetes: más evidencias sobre daños para la salud. *Acciones*; 18(3): 283 – 284.

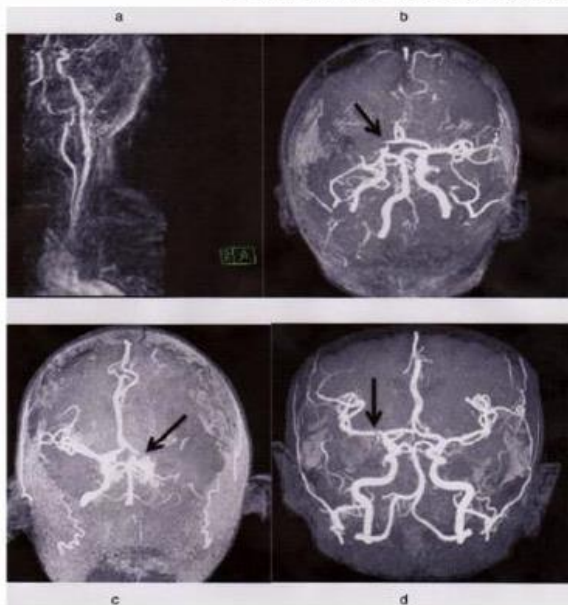


Fuente: Moreno R, Cortés J. (2008). Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutr Hosp*; 23(Supl. 2): 3 – 7.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Enfermedad cerebrovascular



Se ha asociado el fumar cannabis con el desarrollo de arteriopatías y enfermedad cerebrovascular.

En (a) y (b) se observa la limitación del flujo y estenosis de la carótida interna (c), y en (d) estenosis de la cerebral media

Fuentes:

Desbois AC, Cécoub P, France P. (2013). Cannabis-associated arterial disease. *Ann Vasc Surg*; 27: 996 – 1005.
 Wolff V, Armspach J-P, Leuer V *et al.* (2013). Cannabis-related stroke myth or reality? *Stroke*; 44: 558 – 563.
 Ntlholang O, McDonagh R, Nicholson S, Brett F, Bradley D, Harbison J. (2015). Is intimal hyperplasia associated with cranial arterial stenosis in cannabis-associated cerebral infarction? *Int J Stroke*; 10(6): E56 – E59.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades orgánicas

Hipertensión

Existe evidencia documentada de la relación del consumo de drogas como el alcohol y la cocaína con el riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

Fuente: Lozano JV. (2001). Hipertensión arterial por ingestión de sustancias exógenas. *Hipertensión*; 18(1): 25 – 29.

Ictus

El vasoespasmo por cocaína contribuye a que el consumo de la droga sea un factor de riesgo cerebrovascular independiente tanto para eventos isquémicos como hemorrágicos, en particular en menores de 55 años de edad.

Independientemente de la frecuencia o la duración del consumo de cocaína, es un factor de riesgo tanto para que se presenten accidentes cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos.

Fuentes: Larrosa-Campo D, Ramón-Carbajo C, Benavente-Fernández L, Álvarez-Escudero R, Zeidan-Ramón N, Calleja-Puerta S, *et al.* (2013). Diagnóstico del ictus por cocaína y sus complicaciones. *Rev Neurol*; 57: 167 – 70.
 Daras M, Tuchman AJ, Marks S. (1991). Central nervous system infarction related to cocaine abuse. *Stroke*; 22: 1320 – 1325.
 Westover AN, McBride S, Haley RW. (2007). Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry*; 64: 495 – 502.
 Brown E, Prager J, Lee HY, Ramsey RG. (1992). CNS complications of cocaine abuse: prevalence, pathophysiology and neuroradiology. *AJR Am J Roentgenol*; 159: 137 – 147.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades infecciosas

Hepatitis C

Entre la población que consume drogas por vía intravenosa existe el riesgo de contraer la infección por virus de la hepatitis C (VHC).

El tratamiento con interferón debe basarse en una serie de marcadores biológicos e histológicos, la valoración de la inflamación y fibrosis en el tejido hepático, con seguimiento a los niveles de las enzimas hepáticas. La infección concurrente con VIH debe abordarse de manera integral.

Tuberculosis

Entre las personas que se inyectan drogas, así como entre algunos consumidores crónicos de alcohol, se ha observado una mayor frecuencia de infección tuberculosa latente y activa.

Factores de riesgo: condiciones de cronicidad en el consumo, vía de administración y contexto de consumo. Se recomienda incorporar las pruebas de detección de tuberculosis en las poblaciones con mayor riesgo de exposición.

Comorbilidad

Consumo de drogas y enfermedades infecciosas

VIH/SIDA

Riesgo de infección al utilizar material contaminado para inyectarse drogas.

Mayor riesgo de infección por VIH en la conducta sexual de personas que consumen drogas.

Fuentes:

Wandeler G, Kraus D, Fehr J, et al. The J-curve in HIV: low and moderate alcohol intake predicts mortality but not the occurrence of major cardiovascular events. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;71(3):302–309.

Rasch R, Weisen C, MacDonald B, Wechsberg W, Perritt R, Dennis M. (2000). Patterns of HIV risk and alcohol use among African-American crack abusers. *Drug and Alcohol Dependence*; 58: 259 – 266.

Zhang X, Jiang S, Yu J, Kuzontkoski P, Groopman J. (2015). Cocaine Enhanced HIV Damage to Lung Lymphatics. *Physiol Rep*; 3(8): e17482, 1 – 16.



Habilidades básicas de asesoramiento para profesionales en adicciones

Las metas de capacitación en este curso están dadas para proporcionar herramientas en habilidades básicas de asesoramiento para el trabajo con pacientes con trastornos por sustancias psicoactivas y practicar habilidades de consejería de grupos

Los objetivos principales de este módulo son

1. Describir el concepto y la importancia del estilo del consejero.
2. Enumerar por lo menos cinco características de los consejeros efectivos.
3. Definir la relación de ayuda.

4. Describir los tres tipos de escucha reflexiva.
5. Demostrar las competencias básicas en escucha reflexiva.
6. Demostrar cómo hacer preguntas abiertas, afirmar, resumir y manejar la resistencia; 7. Identificar por lo menos dos estrategias efectivas de Consejería para cada etapa del cambio.
8. Demostrar las competencias básicas en tres tipos de Consejería basado en habilidades:
 - Prevención de recaídas; • Resolución de problemas • Establecimiento de metas
9. Describir por lo menos dos asuntos o tareas básicas para cada fase de grupo típica.
10. Demostrar las competencias básicas en la facilitación de grupo.

Módulo 1: Estilo del consejero

Los objetivos de este módulo son

1. Introducir a los participantes al concepto y la importancia del estilo del consejero y características de consejeros efectivos.
2. Enumerar al menos cinco características de consejeros efectivos: autenticidad, inmediatez, calidez y empatía, consideración positiva y respeto.

En este curso, estaremos hablando acerca de las habilidades y técnicas de consejería. Sin embargo, es importante saber que las características de los consejeros tienen un enorme efecto en el proceso de tratamiento y su posterior éxito o fracaso, especialmente en términos de la relación consejero - cliente. La motivación del cliente, su participación en el tratamiento y los resultados del tratamiento pueden ser afectados por las características

personales y estilo de interacción de un consejero tanto como -o aún más que- las características del cliente y las técnicas específicas del consejero

Una revisión de la literatura sobre las características del consejero relativas a la efectividad del tratamiento de TUS encontró que los clientes que tuvieron los mejores resultados de tratamiento tuvieron consejeros que tenían las mejores habilidades interpersonales, fueron los menos confrontativos y los más empáticos.

Investigaciones en el campo de los trastornos por sustancias han identificado las habilidades interpersonales más deseables para una persona que trabaja con personas con TUS:

1. Capacidad personal.
2. Autenticidad.
3. Inmediatez.
4. Calidez.
4. Empatía.
5. Consideración positiva.
6. Respeto.

1. CAPACIDAD PERSONAL

Por capacidad personal queremos decir que el consejero:

- a. Es psicológicamente saludable (esto no significa que el consejero no tiene problemas personales) , solamente quiere decir que tiene habilidades adecuadas para afrontarlos y vivir con ellos.).
- b. Se siente cómodo hablando acerca de una amplia gama de asuntos.
- c. Es auto-consciente y tiene la capacidad para establecer límites personales y profesionales.

d. Tiene un alto nivel de conocimiento y competencia con respecto a los TUS.

2. AUTENTICIDAD

a. Tiene gran interés en ayudar a los demás.

b. Puede ser él mismo o ella misma en una relación sin desempeñar un rol.

c. Tiene un sincero deseo de entender a los demás.

d. Es honesto en sus tratos con los demás.

3. INMEDIATEZ

a. Atiende y comparte lo que está sucediendo dentro de la relación profesional.

b. Se centra en el asunto que tiene a la mano.

c. Atiende lo que es importante para el cliente.

d. Se adapta bien y fácilmente a los temas cambiantes cuando es necesario.

4. CALIDEZ Y EMPATIA

a. Auténticamente amigable.

b. Demuestra “calidad humana”.

c. Acepta al cliente donde se encuentre.

d. Demuestra comprensión.

Tomemos un minuto para hablar acerca del término empatía y lo que significa. Los términos empatía y simpatía se intercambian comúnmente, pero no significan lo mismo. Cuando ustedes son compasivos, ustedes sienten lástima o piedad por las personas, pero no necesariamente entienden lo que ellos están sintiendo. La empatía es un proceso más activo de sentimiento con la gente. En alguna medida, ustedes se ponen en el lugar de las personas, tienen una buena sensación de lo que ellos sienten y tienen algún grado de comprensión de sus sentimientos sin hacer un juicio sobre ellos. Por supuesto, no es posible entender o sentir totalmente los sentimientos de otros, porque todos somos únicos en nuestras respuestas. Sin embargo, ser empático es hacer un esfuerzo para entender y

comunicar esa comprensión de la otra persona de una forma no crítica. Comunicar la empatía implica utilizar un conjunto de habilidades que se pueden aprender; estaremos hablando acerca de estas habilidades y practicándolas (igual que la escucha reflexiva) más adelante en el curso

5. CONSIDERACIÓN POSITIVA Y RESPETO

- a. La consideración positiva es una actitud de respeto, el respeto es la acción hacia el paciente que solicita ayuda.
- b. Una actitud de consideración implica suspender el juicio, ser de mente abierta y ser objetivo.
- c. Ser respetuoso significa demostrar sensibilidad y ser confiable y está asociada a la creencia de que la gente puede y resolverá sus problemas.

Módulo 2: La relación de ayuda

Este módulo tiene como objetivos:

- a. Definir la relación de ayuda.
- b. Discutir los posibles beneficios y problemas de la auto-divulgación del consejero.
- c. Definir y proporcionar al menos tres ejemplos de relaciones duales.
- d. Definir la transferencia y la contratransferencia.
- c. Discutir al menos tres elementos de la comunicación no verbal.

A. LA RELACION DE AYUDA

La relación de ayuda se basa en la Consejería, la cual busca realizar un proceso de empoderamiento en el paciente. La clave para la relación de ayuda es recordar que, como consejero, usted está trabajando para:

→ Facilitar el entendimiento que sus clientes tienen de ellos mismos y de sus problemas;

→ Enseñar a sus clientes estrategias para cambiar y las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas.

→ Apoyar a sus clientes en sus procesos de cambio.

EMPODERAMIENTO

Es un término que se utiliza frecuentemente en el campo de la Consejería. Lamentablemente, tiene muchas definiciones así que no siempre está claro lo que queremos decir cuando usamos el término.

Para nuestro propósito, definimos empoderamiento como tener el poder, la confianza y las habilidades para hacer elecciones sanas y productivas (mientras nos alejamos de las elecciones autodestructivas), estableciendo un rango de opciones a partir de las cuales puedan hacer estas elecciones, incluyendo alternativas para las elecciones autodestructivas. La meta última de la persona que brinda ayuda es permitir que los clientes lleguen a sus propias decisiones concernientes a un curso de acción que resolverá los problemas que ellos enfrentan. Es importante que los clientes aprendan a resolver sus propios problemas y resuelvan sus propios asuntos

b. AUTODIVULGACION DEL CONSEJERO

La auto-divulgación del consejero significa compartir cosas acerca de su propia vida y experiencias con un cliente. La auto-divulgación puede ser muy terapéutica para el cliente y puede ayudar a adelantar el proceso de tratamiento. Divulgar muy poco puede hacer el proceso aún más lento. Sin embargo, la auto-divulgación puede ser potencialmente dañina para el cliente y para la relación de ayuda. En el lado positivo, la auto-divulgación del consejero puede: → Reducir los sentimientos del cliente de que se encuentra solo en cierta situación; → Promover sentimientos de empatía en el consejero; → Incrementar la percepción del cliente de que el consejero es confiable; → Incrementar la auto-divulgación del cliente.

La auto-divulgación del consejero también puede tener efectos negativos. Por ejemplo:

- Se puede ver como amenazadora o que lleva a malas interpretaciones acerca de la naturaleza de la relación.
- Puede empañar los límites de la relación.
- Divulgar demasiado puede conducir a que el cliente perciba que el consejero en adicciones es indiscreto, que no se puede confiar en él o que se preocupa por sí mismo o que él mismo necesita terapia.

La misma divulgación que es positiva posteriormente en la relación, puede ser negativa al principio en la relación --problemas de lo oportuno del momento.

La retroalimentación prematura acerca de la actitud o conducta del cliente puede contribuir a que un cliente se sienta inferior o rechazado.

Demasiada divulgación no permite que el cliente hable.

Una regla fundamental es que la auto-divulgación del consejero se debe hacer para beneficio del cliente y no para cumplir con las necesidades o deseos del consejero. El consejero también necesita sentirse cómodo compartiendo información y no debería sentir que necesita contestar cada pregunta que haga un cliente.

Un ejemplo común de auto-divulgación en el campo de la Consejería en trastornos de uso de sustancias es que el consejero comparte con un cliente que él mismo está en recuperación. Esta información puede ser muy útil para un cliente y puede reforzar la relación. Sin embargo, no es necesario compartir esta información y algunos consejeros se sienten incómodos hablando con los clientes acerca de la situación de su recuperación. Recuerden que mientras más tiempo pase un consejero hablando acerca de él mismo menos tiempo queda para que el cliente hable. La auto-divulgación se debería usar de forma moderada; de otra forma, se puede convertir en una barrera para la Consejería

La auto-divulgación siempre debería ser un acto consciente. Antes de hacer una auto-divulgación, hágase estas preguntas:

¿Me siendo cómodo contando a mi cliente esta información acerca de mi persona?

¿Es seguro para mí revelar esta información?

¿Beneficiará esta divulgación a mi cliente?

¿Puede mi cliente usar esta información para avanzar en el tratamiento?

¿Verá mi cliente esta divulgación como útil?

Los pacientes que consumen drogas o que se están recuperando pronto del consumo de drogas a menudo no confían en las personas que dicen que las quieren ayudar, especialmente si han sido referidos por otra persona.

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es no, entonces, no deberían divulgar la información personal. Recuerden: Siempre existe un cierto riesgo tanto para el cliente como para el consejero en cualquier momento en que el profesional divulga algo de naturaleza personal.

La ventana para la auto-divulgación se abrirá muchas veces en la relación de Consejería; no hay necesidad de apresurarse. Para los nuevos consejeros, es mejor errar en el lado de no divulgar.

Relaciones Duales

El asunto de las relaciones duales está relacionado con la auto-divulgación. Una relación dual existe cuando un consejero se desempeña en la capacidad de consejero y al menos en algún otro rol (por ejemplo, social, financiero, profesional) con el mismo cliente. Una relación dual puede ocurrir al mismo tiempo como la relación de ayuda o después de que la relación de ayuda haya terminado formalmente.

Aunque los códigos de ética para la mayoría de los profesionales aconsejan claramente que las relaciones duales entre consejeros y clientes se deben evitar, no siempre es fácil evitarlas completamente. Algunas relaciones duales son claramente dañinas y pueden evitarse, como en el caso de un consejero que comienza una relación romántica o íntima

con un cliente. También ustedes pueden (y deberían) elegir no contratar a su cliente para que pinte su casa o elija no vender su automóvil a un cliente.

Transferencia

La transferencia en la Consejería es un proceso en el cual un cliente transfiere al consejero actitudes, sentimientos y deseos provenientes de relaciones personales significativas. A menudo ocurre como un proceso inconsciente basado en las experiencias infantiles del cliente donde sentimientos tales como el amor, el odio, la ambivalencia, el enojo y/o la dependencia surgen y son dirigidos hacia el consejero.

A medida que una relación de ayuda se profundiza, la Consejería puede desencadenar sentimientos relativos a las conexiones previas del cliente con otras personas importantes. El cliente puede comenzar a experimentar interacciones con el consejero de una forma bastante similar a la forma en que el cliente experimentó interacciones con una persona importante del pasado.

La transferencia puede ser positiva o negativa, dependiendo de las experiencias pasadas del cliente.

Por ejemplo, algunas veces la transferencia puede profundizar la relación de ayuda cuando el cliente atribuye rasgos positivos al consejero.

No obstante, la transferencia a menudo puede distorsionar de forma negativa cómo el cliente percibe y reacciona ante el consejero. Esto puede ser confuso para el consejero, a menos que esté consciente y se mantenga alerta de la posibilidad.

Los consejeros deben estar alertas a las señales de la transferencia. Un consejero consciente puede usar la transferencia para compenetrarse más con la personalidad del cliente y sus interacciones con sus familiares y compañeros. Por ejemplo, si el cliente trata de hacer que el consejero se vea mal en una situación, tal vez esto es cómo el cliente trata

a los demás. O si el cliente ve al consejero como una figura de autoridad y experimenta ansiedad e intimidación, el cliente puede ser fácilmente intimidado por otros.

Es importante que el consejero gane consciencia de la transferencia del cliente para que no reaccione a ésta de una forma que sea contraterapéutica para el cliente.

Contratransferencia

La contratransferencia ocurre cuando el consejero transfiere a un cliente los sentimientos y actitudes acerca de otras personas en su vida personal pasada o presente. Por ejemplo, un consejero que esté criando a un adolescente problemático puede reaccionar con un cliente adolescente de la misma forma en que reacciona con su propio hijo. La contratransferencia también puede ocurrir en respuesta al asunto de un cliente que también preocupa al consejero. Por ejemplo, un consejero que experimentó abuso en la infancia puede tener momentos difíciles para ser objetivo con un cliente que está experimentando abuso.

Independientemente de su origen, la contratransferencia puede dañar la relación terapéutica si no se identifica y se aborda. La contratransferencia puede conducir a que un consejero pierda su objetividad con respecto al cliente y a intervenciones que no sean en el mejor interés del cliente.

La contratransferencia es normal y es algo que cada consejero experimenta. El principal asunto para el consejero es ser capaz de reconocerla y procesarla efectivamente para que no tenga un impacto negativo en el cliente.

Para prevenir la contratransferencia, es importante que los consejeros:

- Hagan su propio trabajo emocional en sus asuntos pasados y presentes;
- Estén conscientes de la posibilidad de la contratransferencia

- Discutan sus sentimientos y actitudes hacia los clientes con un supervisor o compañero de trabajo de confianza para identificar la contratransferencia antes de que interfiera con la relación de ayuda.

Estaremos hablando mucho acerca de la comunicación verbal, pero primero consideraremos la comunicación no verbal. Nuestras expresiones faciales, el contacto visual, los gestos, la postura y la posición pueden “decir” tanto como nuestras palabras (de hecho, muchos piensan que comunican más). Hay un dicho que es apropiado aquí: “Una imagen vale más que mil palabras”.

Nuestra comunicación no verbal es mayormente inconsciente. Aprendemos la comunicación no verbal en una etapa temprana de nuestras familias, nuestros compañeros y nuestra cultura.

Sin embargo, un consejero debe aprender a prestar atención a las pistas no verbales de su cliente y al mismo tiempo estar consciente de sus propias pistas.

El contacto se relaciona con el concepto de espacio personal y está influenciado por la cultura, así como por las preferencias personales. Para algunas personas, un suave contacto en la mano o el hombro se sentirá reconfortante y afectuoso; para otros se puede sentir como una invasión.

Es importante que un consejero esté consciente del espacio personal de un cliente y no violarlo. El curso más seguro es no tocar al cliente (aparte de un rápido apretón de manos), al menos hasta que usted tenga una relación bien establecida y de confianza. Tenga en cuenta que las personas que han sido abusadas física o sexualmente a menudo tienen requisitos de espacio personal particularmente estrictos. Las personas con ciertas enfermedades mentales también pueden tener límites de espacio personal muy fuertes o débiles.

Como consejero, también es importante que usted mantenga claramente sus propios límites con respecto al espacio personal y al contacto y que usted aprenda lo que el

contacto significa para cada cliente. Es importante que los clientes sientan que están seguros en el entorno de la Consejería.

Consejos para una Comunicación No Verbal Exitosa

Preste atención a las incongruencias. La comunicación no verbal debería reforzar lo que se está diciendo. Si tiene la sensación de que alguien no está siendo honesto o que algo está “fuera de lugar”, es posible que esté captando una divergencia entre las pistas verbales y no verbales. ¿Está la persona diciendo una cosa y su lenguaje corporal está diciendo algo más? Por ejemplo, ¿están diciéndole que sí mientras que sacuden su cabeza indicando que no?

Vea las señales de comunicación no verbal como un grupo. No lea mucho de un solo gesto o pista no verbal. Considere todas las señales no verbales que están enviando y recibiendo, desde el contacto visual hasta el tono de la voz y el lenguaje corporal. ¿Son sus pistas no verbales congruentes -o incongruentes- con lo que está tratando de comunicar?

Tómese un tiempo si se está sintiendo abrumado por el estrés. El estrés compromete su habilidad para comunicarse. Cuando está estresado es más probable que lea mal a las otras personas, envíe señales no verbales confusas o confrontacionales y caiga en patrones de conducta refleja. Tómese un momento para calmarse antes de regresar a la conversación. Una vez que haya recuperado su equilibrio emocional, estará mejor equipado para tratar la situación de una forma positiva.

Principios Básicos para Trabajar con Clientes

Los clientes que usan drogas o que están en recuperación temprana de uso de drogas no confían en las personas que dicen que quieren ayudarles, particularmente si han sido derivados por alguien más. Desarrollar una relación toma tiempo y paciencia; es posible que se necesiten varias visitas antes de que un cliente discuta con usted el uso de drogas y otros problemas. El interés genuino en desarrollar la compenetración y entender asuntos

de uso de drogas y las vidas de los clientes avanzarán mucho cuando se trabaja con clientes.

Existen seis principios básicos para desarrollar relaciones de ayuda confiables y productivas.

Principio 1: Sea confiable y profesional

Dé seguimiento a los acuerdos y compromisos adquiridos. Nada daña más una relación de confianza que los acuerdos y promesas rotas.

Piense antes de hacer un compromiso. Cualquier cosa que usted prometa o acuerde debe ser realista y posible.

Llegue a tiempo para las citas.

Mantenga la confidencialidad: Cualquier información, incluyendo fotos, que podría implicar a un individuo o identificar sitios de uso de drogas debería mantenerse asegurada.

Tal información no debe ser compartida con personas o entidades que no están directamente involucradas con asuntos de uso de drogas.

Es improbable que los clientes compartan información si sospechan que la información será utilizada en su contra.

La confidencialidad es un importante componente ético de la práctica profesional.

Sea honesto. Es mejor decir “No puedo darte dinero para comprar drogas” que decir “No tengo dinero”.

Establezca límites para la relación.

No personalice.

No responda de forma negativa o agresiva. Los clientes pueden ser sospechosos o agresivos cuando no lo conocen a usted.

Principio 2: Sea respetuoso

No trate a los clientes como si fueran niños. La sociedad a menudo habla de forma condescendiente con los que usan drogas y los trata como que si necesitan que los regañen o que les enseñen a hacer las cosas correctas.

Hable con los clientes de manera atenta.

Reconozca y respete las vulnerabilidades y los sentimientos de los clientes. Hablar a las personas acerca de sus historias personales ayuda a entender la vulnerabilidad de las personas, pero también puede ser doloroso para las personas afectadas.

Evite las indicaciones visuales de que la historia de un cliente es chocante o desagradable.

Escuche respetuosamente las historias personales.

Reconozca y respete a los clientes como los “expertos” locales en asuntos de uso de drogas. Reconocer la experiencia del cliente refuerza que el consejero considere al cliente un individuo valioso y mejora la relación. Cuando los clientes son tratados con respeto y como “expertos” es más probable que proporcionen un entendimiento de los asuntos sociales y ambientales que afectan sus vidas.

Reconozca cuando usted ha aprendido algo nuevo durante una conversación.

Use gentilezas y elogios básicos. Las gentilezas y elogios básicos crean un sentido de humanidad y compañerismo.

Principio 3: Cree una atmósfera relajada

Haga los espacios de oficina y de grupos lo más acogedores posible. Las fotos o afiches en las paredes contribuyen a un entorno “hogareño” agradable.

Ofrezca refrigerios para crear una atmósfera amistosa.

Principio 4: Sea flexible y paciente

Acomódese a los clientes. Crear relaciones con los clientes con trastornos de uso de sustancias puede significar seguir horarios y reunirse con ellos en un lugar que se acomoda a ellos.

Espere que los clientes necesitarán tiempo para aprender nuevas habilidades; reconozca cualquier avance o pasos dados.

Esté preparado para repetir, repetir, repetir. La repetición es importante para aprender, particularmente cuando un cliente tiene impedimentos cognitivos debido al uso de drogas.

Asegúrese de que los clientes sepan que usted está interesado en ellos como personas. A menudo esto significa discutir una variedad de problemas por los que los clientes están preocupados, tales como sus necesidades de salud, asuntos sociales e involucramiento criminal, antes de que usted se pueda centrar en los asuntos de uso de drogas.

Principio 5: Comparta sus experiencias apropiadamente

No se centre en usted mismo y no asuma que su historia es similar a la de otra persona en todos los aspectos.

Mantenga límites apropiados. Compartir detalles no es necesario o deseable.

No cuente “historias de drogas” (por ejemplo, “Recuerdo una vez...”).

Tenga cuidado de compartir demasiada información personal.

Principio 6: Escuche, escuche, escuche

Pase tiempo escuchando; muestre un entendimiento de los sentimientos de los demás.

No se distraiga con otras actividades cuando esté hablando con los clientes.

Mantenga el contacto visual para afirmar que usted está escuchando.

Demuestre que usted está escuchando sin juicios. Los clientes a menudo no tienen a nadie con quien compartir sus sentimientos. Pueden sufrir de abuso en sus hogares y pueden haber sido tratados cruelmente por la sociedad, sus familias o la policía.

Escuche cuidadosamente para entender el contexto y las situaciones en las cuales han ocurrido los incidentes.

Exhiba un entendimiento de los sentimientos de los clientes. Esta habilidad muestra que usted está siendo empático y un buen consejero.

Pregunte acerca de las cosas buenas acerca del uso de drogas. Los clientes esperan que usted les pregunte acerca de las cosas malas asociadas con su uso de drogas; no esperan que usted muestre interés en conocer acerca de las cosas que ellos disfrutaban acerca del uso de drogas. Por ejemplo, pregunte: Las personas usualmente usan drogas porque les ayudan de alguna forma. ¿Cómo le han ayudado a usted?

¿Cuáles son algunas de las cosas buenas acerca de...?

¿Qué le gusta acerca de los efectos de...?

¿Qué le haría falta si usted no...?

¿Qué más le gusta acerca de...?

Pregunte acerca de los aspectos “menos buenos” del uso de drogas. Por ejemplo, pregunte: ¿Puede contarme acerca del lado malo?

¿Cuáles son algunas de las cosas con las que usted no está tan contento?

¿Cuáles son las cosas que usted no va a extrañar?

¿Cómo encaja el uso de drogas en su meta de...?

Si usted continúa tal como está, ¿cómo se ve dentro de 3 años?

Use técnicas motivacionales de mejora. Estas técnicas le darán una idea de en cuál etapa del cambio se encuentra su cliente.

Módulo 3: Habilidades básicas de asesoramiento

Las metas de entrenamiento son proporcionar información sobre la escucha reflexiva y otras habilidades básicas de asesoramiento para establecer una buena relación y brindar la oportunidad de practicar estas habilidades.

Este módulo se centra en algunas de las habilidades de asesoramiento más importantes:

- Escucha reflexiva;
- Hacer preguntas abiertas;
- Afirmar.
- Resumir
- Manejo de la resistencia.

Las llamamos habilidades “básicas” porque:

Son esenciales en todas las áreas de la Consejería: ustedes las usarán para evaluación, Consejería individual, Consejería de grupo, compromiso de la familia y en el trabajo con personas con trastornos co-ocurrentes;

Recuerde que uno de los principios de trabajar con clientes con TUS (Trastorno por uso de sustancias) era “escuchar, escuchar y escuchar”. Todos pensamos que sabemos lo que significa escuchar; escuchamos a la gente cada día. Sin embargo, en el contexto de las habilidades de consejería (¡o incluso nuestras relaciones!), Escuchar es en realidad es una habilidad compleja y necesita ser practicada. Incluso consejeros altamente experimentados no siempre lo hacen bien.

Hay muchas cosas que se pueden interponer en el camino de escuchar. Por ejemplo, en lugar de escuchar el mensaje completo de quien lo envía, muchos receptores comienzan a pensar acerca de sus propias respuestas o son demasiado rápidos para aplicar interpretaciones a las conductas verbales y no verbales. Estos tipos de pensamiento crean barreras en el proceso de comunicación y pueden conducir a un malentendido del mensaje.

Algunas posibles barreras a escuchar incluyen:

Indiferencia emocional o reactividad;

Pensar sobre cómo responder mientras el interlocutor aún está hablando;

Prestar atención a otra cosa en el entorno;

Insistir en actitudes preconcebidas o prejuicios;

Pensar acerca de algo en nuestras vidas;

Soñar despierto; o

Juzgar las acciones o pensamientos del interlocutor.

La Escucha Reflexiva implica:

Hacer una suposición razonable acerca de lo que el cliente quiere decir; y

Reformular lo enunciado por el cliente para reflexionar lo que el consejero piensa que escuchó, dando al cliente la oportunidad de aclarar cuando sea necesario.

La Escucha Reflexiva es crítica para la relación consejero/cliente. Esta:

- Reduce la probabilidad de resistencia;
- Alienta a los clientes a hablar;
- Comunica respeto y empatía;
- Solidifica la relación de ayuda; y
- Refuerza la motivación de los clientes para el cambio.

La Escucha Reflexiva requiere que el consejero piense reflejamente.

Un aspecto crucial de pensar reflejamente es entender que: las personas frecuentemente hacen suposiciones acerca de lo que otros quieren decir cuando hablan. Este proceso no siempre es consciente; y el reflexionar sobre el cliente es una forma de confirmar lo que el cliente quiere decir más que de asumirlo.

Hay tres tipos diferentes de escucha reflexiva: reflexión simple, amplificación reflexión y reflexión de doble cara.

Reflexión simple

La reflexión simple, o paráfrasis, es el tipo más básico de reflexión.

- Implica escuchar el contenido y observar el afecto;
- Refleja la declaración del paciente hacia él o ella en una forma simple y neutral sin solo repetir las palabras del paciente textualmente
- Se entrega como una declaración en lugar de una pregunta.
- Es útil para establecer una buena relación.

La reflexión simple reconoce y valida lo que el cliente ha dicho y deja que el cliente sepa que el consejero está atento y que está entendiendo lo que el cliente está tratando de comunicar. También ayuda a mantener centrado al cliente y fomenta la explicación detallada.

La reflexión simple es una herramienta particularmente buena para establecer un vínculo temprano cuando el consejero y el cliente se están conociendo y están generando confianza.

Unos ejemplos de reflexión simple serían enunciados como estos:

Cliente: No tengo planes para dejar de consumir por el momento.

Consejero: noto que no se puede verse no usando drogas ahora mismo.

Cliente: Y si eso no fuera suficiente, mi esposa y yo no nos estamos llevando bien estos días.

Consejero: También están teniendo algunos problemas en su matrimonio ahora.

Reflexión amplificada

La reflexión amplificada agrega a la reflexión simple al reflexionar sobre el enunciado del cliente de forma amplificada, pero sin ser sarcástico. Puede ayudar al cliente a pensar acerca de lo que está diciendo y puede mover al cliente hacia un cambio positivo en lugar de la resistencia. También es importante que una reflexión amplificada se haga de forma tal que evite hacer que el cliente se sienta peor.

Por ejemplo, un cliente puede decir: “No sé por qué mi esposa está tan preocupada por esto. Yo no fumo marihuana más que cualquiera de mis amigos”. Una reflexión amplificada ligeramente exagerada de esto podría ser:

“Así que no hay absolutamente ninguna razón para que su esposa esté preocupada”.

Esta reflexión podría causar que el cliente considere si “no hay absolutamente ninguna razón” para que ella se preocupe y responder: “Bueno, yo no dije que absolutamente ninguna razón”.

Dicha respuesta abre la puerta para que el consejero explore aún más. Por ejemplo: “¿Así que puede haber alguna razón para que ella esté preocupada? ¿Qué razón legítima para preocuparse piensa usted que ella podría tener?”

Y un ejemplo más:

Cliente: Usted se tiene que dar cuenta de que he estado con el mismo grupo de amigos durante 10 años—¡los conozco por más tiempo que el que conozco a mi esposa!

Consejero: Así que usted valora a sus amistades más que a su familia.

Cliente: No, no, no quise decir eso; mi familia es realmente importante para mí.

Un paciente podría decir: "Sé que he cometido errores, pero todo esto cosas que me están haciendo hacer es ridículo ". El consejero podría responder: "No estás de acuerdo con nada de lo que estás haciendo."

Esto podría llevar al paciente a reflexionar más y responder: “Bueno, sé que necesito hacer algunas cosas para corregir esto. Estoy realmente frustrado con todas estas reuniones ”.

Reflexión doble o a “doble cara”

El último tipo de Escucha Reflexiva es la de dos caras. La reflexión doble reconoce lo que el cliente ha dicho, pero también establece cosas contrarias que ha dicho en el pasado. Este tipo de reflexión requiere el uso de información que el cliente ha proporcionado anteriormente, aunque tal vez no en la misma reunión. Puede funcionar mejor—o, por lo menos, ser más fácil—más adelante en la relación de Consejería cuando el consejero tenga más historia donde basarse.

Aquí hay un ejemplo de reflexión doble:

Cliente: ¡Tal vez debo de dejar de consumir totalmente, pero no voy a hacer eso!

Consejero: Por una parte, usted puede ver que hay algunos problemas reales aquí, pero dejarlo enteramente no es lo que usted quiere hacer. Por otra parte, usted ha dicho que está preocupado por los efectos de su consumo en sus hijos. Debe ser confuso para usted.

Preguntas abiertas

Son preguntas que no se pueden responder con un “sí” o un “no”. No se pueden responder con una o dos palabras; requieren explicación; no son retóricas (lo que quiere decir que son preguntas que se hacen más para hacer una observación que en espera de una respuesta; como “¿Cuántos caminos debe recorrer un hombre/Antes de llamarlo un hombre?”); y

Algunas veces no se enmarcan como una pregunta. Por ejemplo, en lugar de preguntar “¿Cuándo fue la última vez que usó cocaína?” Un consejero pudiera decir: “Cuénteme acerca de la última vez que usó cocaína” para obtener más que una fecha.

Las preguntas abiertas:

Ayudan al consejero a entender los puntos de vista del cliente;

Suscitan los sentimientos de los clientes acerca de una situación;

Facilitan el diálogo porque no pueden ser respondidas con una sola palabra o frase y no requieren una respuesta particular; y

Solicitan información adicional de forma neutral.

Las preguntas abiertas también:

Alientan a que el cliente haga la mayoría de la conversación;

Ayudan al consejero a evitar hacer juicios anticipados; y

Mantienen avanzando la comunicación.

Afirmar

Afirmar es hacer una declaración sobre una persona que es sincera y positiva. ¡Afirmando es como un cumplido, pero dice algo sobre una persona que es más profundo que "Tu cabello se ve genial! "

Uno de los efectos más importantes de la afirmación es el de promover los sentimientos del paciente de autoeficacia.

El término autoeficacia fue acuñado por el psicólogo social Albert Bandura.

Lo definió básicamente como la creencia de una persona en su habilidad para tener éxito en una situación particular.

Aunque las creencias de una persona acerca de sus capacidades se comienzan a formar en la niñez temprana, continúan evolucionando durante el curso de la vida y pueden ser influenciadas. Por ejemplo, muchas personas encuentran a alguien a quien admiran (tal como un mentor) para emular o ser motivado; alguien a quien a ellos les gustaría parecerse.

Bandura creía que una forma crítica en la cual se puede mejorar la autoeficacia es a través de lo que él llamó "persuasión social²": que las personas pueden ser persuadidas para creer que tienen las habilidades y las capacidades para tener éxito. Recibir estímulo verbal y afirmación de otra ayuda a las personas a superar las propias dudas y mejora su autoeficacia, incrementando su confianza y su capacidad de tomar acción y cambiar la conducta.

La afirmación también puede fortalecer la relación de ayuda demostrando a los clientes que el consejero reconoce sus dificultades y valida sus experiencias y sus sentimientos. Además, enfatizar las experiencias de los clientes que demuestran fortaleza, éxito o poder, previene el desaliento.

Aquí hay unos cuantos ejemplos de enunciados de afirmación:

Aprecio lo difícil que debe haber sido para usted decidir venir aquí. Dio un gran paso.

Estoy impresionado con que usted fue capaz de decir “no” a su hermano este fin de semana.

Esa es realmente una buena sugerencia

Resumir

Resumir es destilar la esencia de lo que ha expresado un paciente, o lo que ha sucedido en una sesión de asesoramiento y comunicárselo al paciente. Es diferente de la simple reflexión en que no es un reflejo de una declaración, sino un resumen de una conversación o sesión de asesoramiento.

Los resúmenes ayudan a los clientes a:

- Reforzar lo que dijeron;
- Demostrar que el consejero ha estado escuchando atentamente;
- Ayudarles a considerar sus respuestas y experiencias; y
- Preparándolos para seguir adelante.

Un resumen que vincula los sentimientos positivos y negativos del paciente sobre el consumo de sustancias también puede ayudar al paciente a ver su ambivalencia y cualquier discrepancia entre el comportamiento y las metas sobre el uso de sustancias.

Resumir también es una buena forma de revisar sesiones anteriores y finalizar una sesión de consejería. Resumir es útil tanto para sesiones grupales como individuales. También es un buen vínculo entre la última sesión y la actual.

Resumir puede:

- Afirmar el progreso que está haciendo un paciente o grupo;
- Recordar a los pacientes cualquier compromiso que hayan asumido; y

- Reforzar la asignación de tareas.

Manejo de la resistencia

El concepto de manejo de la resistencia viene del material de entrevista motivacional de Miller y Rollnick³.

Estamos hablando acerca de ello como una habilidad básica, porque es un concepto y conjunto de habilidades extremadamente útil. También representa un cambio en la forma en que pensamos acerca de la resistencia de un cliente.

Una perspectiva histórica de la resistencia de un cliente fue que un cliente resistente estaba comportándose de forma desafiante o estaba “en negación”. En respuesta, los consejeros a menudo usaban la confrontación o el argumento en respuesta a la resistencia.

La perspectiva más nueva (y más constructiva) es que la resistencia es simplemente un indicador de ambivalencia y esa ambivalencia es una parte normal de cualquier proceso de cambio. Estaremos hablando más acerca de la ambivalencia mañana, pero por ahora una simple definición es “sentimientos mezclados”. En otras palabras, las personas a menudo quieren cambiar y no quieren cambiar, ambas al mismo tiempo. Es como tener un estira y encoge (tal como se visualiza en la diapositiva). Un buen consejero ayudará al cliente ambivalente a “equilibrar la balanza emocional”.

La resistencia también puede ser una señal de que el consejero necesita cambiar de dirección frente a la entrevista o escuche más atentamente al paciente.

Tipos de Resistencia

- Argumentar El cliente objeta la exactitud, la competencia profesional o la integridad del consejero.
- Desafío. El cliente desafía directamente la exactitud de lo que el consejero ha dicho.
- Descontar. El cliente cuestiona la autoridad personal y competencia profesional del consejero.
- Hostilidad. El cliente expresa hostilidad directa hacia el consejero.

-
- Interrumpir El cliente irrumpe e interrumpe al consejero de forma defensiva.
 - Hablar a la vez. El cliente habla mientras el consejero todavía está hablando sin esperar por una pausa o un silencio apropiado.
 - Cortar. El cliente irrumpe con palabras obviamente con la intención de cortar al consejero (por ejemplo, "Espere un minuto. Ya escuché suficiente").
 - Negación El cliente expresa su falta de voluntad para reconocer los problemas, cooperar, aceptar la responsabilidad o recibir consejos.

Culpar. El cliente culpa otros de los problemas.

Estar en Desacuerdo. El cliente está en desacuerdo con una sugerencia que el consejero ha hecho sin ofrecer una alternativa constructiva. Esto incluye el conocido "Sí, pero...", que explica lo que hay de malo con las sugerencias hechas.

Dar Excusas. El cliente da excusas por su comportamiento.

Reclamar impunidad. El cliente reclama que no está en ningún peligro por el uso de sustancias.

Minimizar. El cliente sugiere que el consejero está exagerando los riesgos o peligros y que su uso de sustancias realmente no es tan malo.

Pesimismo. El cliente hace declaraciones acerca de sí mismo o de otros con un tono pesimista, derrotista o negativo.

Renuencia. El cliente expresa reservas y renuencia acerca de la información o consejo dado.

Falta de voluntad para cambiar. El cliente expresa una falta de deseo o falta de voluntad para cambiar.

Ignorar

El cliente muestra evidencia de ignorar o no seguir al consejero.

Desatención. La respuesta del cliente indica que no ha estado prestando atención al consejero.

No contestar. Al responder una consulta del consejero, el cliente da una respuesta que no contesta la pregunta.

No respuesta. El cliente no da una respuesta verbal audible o una clara respuesta no verbal a la consulta del consejero.

Desviarse. El cliente cambia la dirección de la conversación que el consejero ha estado siguiendo.

Estrategias para el manejo de la resistencia

Cambiar de enfoque

Cambiar de enfoque cambia la energía y la atención del cliente alejándolas de los obstáculos y barreras. Es una forma de evitar un punto “atascado” para mantener al cliente hablando y progresando. Algunas veces es mejor ignorar simplemente el enunciado negativo de un cliente; otras veces, es importante reconocer brevemente lo que el cliente ha dicho y seguir adelante. Una forma de cambiar el enfoque es tener muy claro lo que usted está haciendo y por qué. Por ejemplo:

Cliente: No puedo dejar de fumar marihuana cuando todos mis amigos lo están haciendo.

Consejero: Usted está mucho más adelante que yo; no estamos listos para hablar acerca de eso todavía. Estamos explorando sus inquietudes acerca de sus calificaciones y si seguirá en la escuela.

Otras veces, puede ser mejor simplemente seguir adelante sin explicación. Por ejemplo:

Cliente: “Sé que he cometido un error, pero esto que me están haciendo hacer es ridículo”.

Consejero: “Usted está molesto por todo lo que tiene que hacer ahora. ¿Puede decirme más acerca del error que piensa que usted cometió?”

Estar de acuerdo, pero con un giro

La siguiente estrategia, estar de acuerdo con un giro, es una estrategia sutil que es similar a la reflexión amplificada. El consejero está de acuerdo con el cliente, pero con un leve giro o un cambio de dirección que impulse la discusión hacia adelante. Por ejemplo, usar la misma frase del cliente:

Cliente: “Sé que he cometido un error, pero esto que me están haciendo hacer es ridículo”.

Consejero: “Todas estas expectativas son frustrantes. Usted también está ansioso de tener éxito con algunas cosas para poder seguir hacia adelante”.

Reformular

Reformular ofrece una interpretación nueva y positiva de la información negativa proporcionada por el cliente. Reconoce la validez de la percepción del cliente, pero a la misma vez ofrece un nuevo significado para su consideración. Por ejemplo:

Cliente: “Sé que he cometido un error, pero esto que me están haciendo hacer es ridículo”.

Consejero: “Usted no está feliz con que otros tengan demasiado control ¡pero hasta ahora usted ha podido cumplir con todas sus expectativas y ha tenido mucho éxito”

La educación también puede ser una forma útil de usar la reformulación. Por ejemplo, muchos bebedores empedernidos creen que no tienen un trastorno por uso de sustancias porque pueden “tolerar el alcohol”. Cuando el consejero explica objetivamente que la tolerancia es un factor de riesgo y una señal de advertencia, las perspectivas del cliente pueden cambiar con respecto al significado de su habilidad para tolerar el alcohol.

ENFATIZAR LA ELECCION PERSONAL Y CONTROL

Enfatizar la elección personal y control puede ayudar a los clientes a reconocer que, en efecto, ellos están haciendo una elección. Los clientes en última instancia eligen un curso de acción y esta técnica simplemente reconoce este hecho. Por ejemplo:

Cliente: “Sé que he cometido un error, pero esto que me están haciendo hacer es ridículo”.

Consejero: “A usted no le gusta lo que otros le están pidiendo que haga pero hasta ahora usted está eligiendo continuar con lo que ellos le están pidiendo. Se necesita mucha fortaleza para hacer eso”.

Reconocer las elecciones positivas que un cliente ha hecho también genera sus sentimientos de autoeficacia.

Tipo de Escucha Reflexiva	Descripción y Ejemplo
<p>Reflexión simple</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Reflexiona sobre el enunciado del cliente de forma neutral. → Puede usar las palabras exactas del cliente o puede parafrasear. → Reconoce y valida lo que el cliente ha dicho. <p>Cliente: No tengo planes de dejar de usar en el futuro cercano. Consejero: Usted no ve la abstinencia en su futuro cercano. Cliente: ¡Eso es!</p>
<p>Reflexión ampliada</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Reflexiona sobre el enunciado del cliente de forma exagerada (pero no sarcástica). → Puede mover al cliente hacia un cambio positivo en lugar de resistencia. <p>Cliente: No sé por qué mi esposa está preocupada por esto. Yo no bebo más que mis amigos. Consejero: Así que no hay absolutamente ninguna razón para que su esposa esté preocupada. Cliente: Bueno, tal vez puedo ver cómo ella se preocuparía un poco.</p>
<p>Reflexión doble</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Reconoce lo que los clientes han dicho, pero también dice cosas contrarias que ellos han dicho en el pasado. → Requiere el uso de información que los clientes han proporcionado anteriormente, aunque tal vez no en la misma sesión. <p>Cliente: ¡Tal vez debería de dejar de consumir totalmente, pero no voy a hacer eso! Consejero: Por una parte, usted puede ver que hay algunos problemas reales aquí, pero dejarlo enteramente no es lo que usted quiere hacer. Por otra parte, usted ha dicho que está preocupado por los efectos de su consumo en sus hijos. Debe ser confuso para usted.</p>

Módulo 4: Etapas y estrategias de cambio



El concepto de ambivalencia

La ambivalencia o tener pensamientos y sentimientos en conflicto, es parte de cualquier proceso de cambio. Es un proceso que se da en todas las etapas de cambio

Los clientes (¡y los consejeros!) tienen que saber que la ambivalencia es normal.

Cada etapa trae su propia ambivalencia o conflicto motivacional y los clientes necesitan diferentes tipos de apoyo motivacional en cada etapa.

Precontemplación

La precontemplación es la primera etapa hacia el cambio, durante esta etapa:

- El paciente aún no está considerando el cambio, no quiere o no puede hacerlo.
- Establezca una buena relación y genere confianza.
- Genere dudas o inquietudes en el paciente sobre los patrones de uso de sustancias explorando el significado de los eventos que llevaron al paciente al tratamiento o los resultados de los tratos.
- Obtenga las percepciones del paciente sobre el problema.
- Ofrezca información objetiva sobre los riesgos del consumo de sustancias.
- Proporcione comentarios personalizados sobre los resultados de la evaluación.
- Explore los pros y los contras del consumo de sustancias.
- Ayude a una pareja a intervenir.
- Exprese preocupación y mantenga la puerta abierta.

Contemplación

La segunda etapa descrita es la contemplación, en la cual se busca que:

- El paciente reconozca sus preocupaciones y está considerando la posibilidad de cambio, pero esto es ambivalente e incierto.
- Se normalice la ambivalencia., explicándole al paciente que hace parte del proceso al cambio.
- Se ayude al paciente a "inclinarse la balanza decisiva" hacia el cambio provocando y sopesando los pros y los contras del uso de sustancias y el cambio.
- Se examine los valores personales del paciente en relación con el comportamiento y el cambio
- Se enfatice la libre elección, la responsabilidad y la autoeficacia del paciente para el cambio.

-
- Se obtenga declaraciones de automotivación (discurso de cambio) de intención y compromiso del paciente.
 - Se motiven las ideas sobre la autoeficacia percibida del paciente y las expectativas con respecto al tratamiento.
 - Se estimulen las declaraciones de automotivación.

Preparación

- El paciente está comprometido y planea hacer un cambio en el futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.
- Aclare los propios objetivos y estrategias de cambio del paciente.
- Ofrecer un menú de opciones de cambio o tratamiento.
- Con permiso, ofrezca experiencia y asesoramiento.
- Negociar un plan de cambio —o tratamiento— y un contrato de conducta.
- Ayude al paciente a conseguir apoyo social.
- Explore las expectativas de tratamiento y el rol del paciente.
- Obtener del paciente lo que ha funcionado en el pasado, ya sea para él o para otras personas.
- Ayudar al paciente a negociar las finanzas, el cuidado de los niños, el trabajo, el transporte u otras barreras potenciales para el cambio.
- Haga que el paciente anuncie públicamente sus planes de cambio.

Acción

- El paciente está tomando medidas de forma activa para cambiar, pero aún no ha alcanzado un estado estable.
- Involucrar al paciente en el tratamiento y reforzar la importancia de permanecer en recuperación.
- Apoye una visión realista del cambio a través de pequeños pasos.
- Reconozca las dificultades del paciente en las primeras etapas del cambio.
- Ayude al paciente a identificar situaciones de alto riesgo a través de un análisis funcional y desarrolle estrategias de afrontamiento adecuadas para superarlos.
- Ayude al paciente a encontrar nuevos reforzadores del cambio positivo.
- Ayude al paciente a evaluar si tiene un fuerte apoyo familiar y social.

Mantenimiento

-
- El paciente ha logrado metas iniciales como la abstinencia y ahora está trabajando para mantener las ganancias.
 - Ayude al paciente a identificar y probar fuentes de placer libres de drogas (es decir, nuevos reforzadores).
 - Apoyar los cambios de estilo de vida.
 - Afirmar la determinación y la autoeficacia del paciente.
 - Ayude al paciente a practicar y utilizar nuevas estrategias de afrontamiento para evitar que vuelva a consumir.

Recaída

- El paciente ha experimentado una recurrencia de los síntomas y ahora debe hacer frente a consecuencias y decidir qué hacer a continuación.
- Ayude al paciente a volver a entrar en el ciclo de cambio y elogie cualquier disposición a reconsiderar un cambio positivo.
- Explore el significado y la realidad de la recurrencia como una oportunidad de aprendizaje.
- Ayude al paciente a encontrar estrategias alternativas de afrontamiento.
- Mantenga un contacto de apoyo.

Módulo 5: Consejería de grupo: habilidades básicas

Metas de la capacitación

Proporcionar una perspectiva general de las diferencias entre la consejería individual y de grupo;

Proporcionar información sobre las fases de desarrollo del grupo y los roles de los participantes del grupo; y

Brindar la oportunidad a los participantes de observar y practicar la facilitación de grupo básica.

Objetivos de aprendizaje

Los participantes que completen el Módulo 5 serán capaces de:

Describir el proceso de preparar clientes para grupos;

Describir por lo menos dos asuntos o tareas básicas para cada fase del grupo típica; y

Describir una forma básica para estructurar una sesión de grupo;

Mencionar por lo menos tres formas de evitar grupos centrados en el líder; y

Demostrar formas de manejar la conducta perturbadora en grupos.

Preparación de clientes para el trabajo en grupo.

La investigación ha mostrado el valor de preparar a los clientes para los grupos. La mayoría de los autores están de acuerdo con que preparar a los clientes ayuda a que los grupos se vuelvan más terapéuticos más rápidamente y también parece tener un efecto positivo en la mejora del cliente.

Las reuniones previas al grupo son muy útiles para:

- Aclarar las expectativas (tanto del paciente como del programa de tratamiento);
- Establecer reglas básicas;
- Explorar las ventajas de la terapia de grupo
- Corregir cualquier concepto erróneo sobre los grupos.

El éxito de un individuo en la terapia de grupo depende de la colocación de los clientes en un grupo apropiado. Antes de colocar a un cliente en un grupo particular, deberían considerar:

- Las características, necesidades, preferencias, etapa de cambio y etapa de desarrollo del paciente.
- Los recursos del programa; y
- La naturaleza del grupo o grupos disponibles en su entorno.

- No todos los tipos de pacientes son adecuados para todos los tipos de grupos. Cada paciente debe ser evaluado para sus propias necesidades individuales en el tratamiento.
- Pacientes con un trastorno mental concurrente, como un trastorno depresivo o social severo, trastorno de ansiedad, es posible que no pueda funcionar bien en un entorno grupal.
- Los pacientes con un trastorno de personalidad concurrente pueden necesitar un grupo con límites para evitar una experiencia grupal negativa o para evitar afectar negativamente a otros miembros del grupo.
- Los pacientes que han experimentado un trauma, especialmente abuso sexual, pueden necesitar un grupo homogéneo (es decir, un grupo solo para mujeres o solo para hombres o un grupo con otros que han tenido experiencias similares).
- Los pacientes que atraviesan una crisis vital pueden requerir una atención más concentrada que los grupos pueden proporcionar.

Finalmente, los clientes que eligen no participar en una terapia de grupo no deberían ser criticados o sancionados aún si esto significa que usted necesita derivarlos a otro programa de servicios. Los programas de tratamiento efectivos que se centran en las necesidades individuales no requieren que todos los clientes asistan a un grupo. Las necesidades individuales de los clientes deben tener prioridad.

Preparar clientes para el trabajo en grupo puede tomar solamente una sesión o hasta varias semanas. En una sesión o sesiones individuales, los consejeros pueden preparar clientes para el grupo en una variedad de formas. Por ejemplo, seleccionen a los clientes por la idoneidad: Evalúen la capacidad de funcionar en el grupo; Evalúen su etapa del cambio; y Evalúen su voluntad y motivación para participar.

El consejero debería reconocer y afirmar las expectativas de los clientes acerca de la

Consejería de grupo al:

- Preguntar acerca de las expectativas;
- Corregir cualquier concepto equivocado;

- Afirmar las expectativas positivas; y
- Abordar y reformular los temores.

ACUERDOS DE GRUPO

Los acuerdos de grupo por escrito también pueden ayudar a preparar a los clientes para el trabajo en grupo al aclarar lo que se espera de ellos. Esto se puede volver parte de su Consejería para el grupo y se les puede entregar en un folleto. Los acuerdos de grupo típicamente incluyen puntos específicos acerca de:

- Asistencia. Por ejemplo, llegar a tiempo y asistir un número mínimo de sesiones.
- Confidencialidad. Por ejemplo, “lo que se dice en el grupo permanece en el grupo”.
- Contacto físico. Por ejemplo, si abrazar u otro contacto físico está bien con permiso y expectativas con respecto a evitar el contacto físico negativo tal como codazos, empujones o golpes.
- Uso de sustancias. Por ejemplo, un cliente no es admitido en el grupo si está bajo la influencia de una sustancia.
- Participación. Por ejemplo, una expectativa de compartir al menos lo mínimo en cada sesión de grupo.
- Expectativas de tiempo. Por ejemplo, la puntualidad del consejero; comenzar y terminar a tiempo.

Tipos generales de grupos

Existen tipos generales de grupos en términos de sus miembros, cronograma y enfoque.

Grupos en términos de sus miembros

Primero, hay dos formas de manejar los miembros de los grupos: miembros estáticos o miembros rotativos:

Los grupos con miembros estáticos conservan los mismos miembros durante la vida del grupo sin la incorporación de nuevas personas. Los grupos con miembros rotativos tienen personas que van y vienen y el grupo continúa a pesar del cambio de miembros.

Grupos en términos de cronograma

En términos del cronograma, podemos ver grupos con tiempo limitado versus grupos continuos.

Los grupos con tiempo limitado tienen un número fijo de sesiones. Por ejemplo, un grupo educativo puede tener de 10 a 15 sesiones con tópicos específicos a cubrir en cada sesión. Los grupos continuos no tienen una fecha específica de finalización.

Tanto los grupos con tiempo limitado como los grupos continuos tienen miembros estáticos y rotativos, dependiendo del enfoque del grupo; sin embargo, es más probable que los grupos continuos tengan miembros rotativos.

Grupos en términos de enfoque

El enfoque de un grupo puede estar orientado al contenido u orientado al proceso, aunque la diferencia es un asunto de grado.

Los grupos orientados al contenido se centran en temas identificados para cada sesión, pero todavía es importante prestar atención a la dinámica del grupo y cómo los miembros interactúan entre sí y con los consejeros. Los grupos educativos o de capacitación en habilidades son ejemplos de grupos orientados al contenido.

Los grupos orientados al proceso se enfocan en la interacción entre los miembros del grupo y los consejeros y se centran en el “aquí y el ahora”. Lo que se dice en el grupo proviene de las necesidades del grupo—no hay un tema específico identificado para cada sesión.

Algunos grupos también pudieran tener un enfoque dividido. Por ejemplo, un grupo para clientes con VIH/SIDA pudiera estar centrado en el contenido en cuanto a que pone énfasis en asuntos específicos sobre cómo vivir con el virus, pero también está orientado al proceso en cuanto a que es posible que no se haya identificado ningún tema específico

para una sesión en particular y los clientes también están invitados a compartir sus sentimientos.

FASES DE LA CONSEJERIA DE GRUPO

FASE INICIAL

Durante la fase inicial de la Consejería de grupo, surgen asuntos alrededor de temas tales como consejería, ansiedad del principiante y el rol del líder. Se destaca el propósito del grupo, se establecen las condiciones de trabajo del grupo, se presentan los miembros y se establece un tono positivo para el grupo y el trabajo en grupo comienza.

Esta fase puede durar de 10 minutos a varias sesiones. En un grupo de miembros rotativos, este proceso sucederá cada vez que un nuevo miembro se incorpore al grupo.

Las tareas principales en la fase temprana de desarrollo del grupo son:

Presentar los miembros y facilitadores;

Establecer y/o revisar un acuerdo de grupo;

Proporcionar un entorno seguro, cohesivo;

Establecer normas; e

Iniciar el trabajo del grupo.

FASE INTERMEDIA

En su fase intermedia el grupo hace frente y logra la mayoría del trabajo real de terapia. Durante esta fase, el líder del grupo equilibra el contenido, el cual es la información y sentimientos expresados en el grupo, y el proceso, el cual es cómo los miembros interactúan en el grupo. La terapia está en ambos, el contenido y el proceso. Ambos contribuyen a las conexiones entre los miembros del grupo y son esas conexiones las que son terapéuticas.

La fase intermedia del grupo es típicamente la fase más larga en la vida del grupo. Los asuntos y tareas de la fase intermedia para el líder del grupo en esta fase incluyen:

Equilibrar el contenido y el proceso

Notar y manejar la resistencia, una de nuestras habilidades básicas;

Mantener al grupo enfocado en el “aquí y el ahora”;

Modelar un estilo de interacción sana;

Facilitar en lugar de manejar o dirigir el grupo. Hablaremos más acerca de estos en unos minutos.

FASE FINAL

La fase final de un grupo, o finalización, es una oportunidad particularmente importante para que los miembros honren el trabajo que han realizado, para lamentar la pérdida de asociaciones y amistades y para mirar hacia un futuro positivo. Al igual que con la fase inicial, aún un grupo continuo pasará por una fase de finalización a medida que cada participante deja el grupo.

Los asuntos y tareas de la fase final incluyen:

Poner un cierre a la experiencia;

Examinar el impacto del grupo en cada persona;

Reconocer los sentimientos desencadenados por la partida de un miembro;

Dar y recibir retroalimentación acerca de la experiencia de grupo y el rol de cada miembro en el grupo;

Completar cualquier asunto pendiente; y

Explorar formas de continuar el aprendizaje iniciado en el grupo.

ESTRUCTURACION DE UNA SESION DE GRUPO

Intencionalidad significa seleccionar conductas de ayuda y estrategias específicas con un claro propósito y dirección en mente.

También significa tener un claro objetivo en mente para una sesión y no permitir que la sesión asuma su propio dinamismo. Por supuesto, es importante que un consejero sea lo suficientemente flexible para cambiar dirección cuando esté verdaderamente garantizado, pero permitir que el tratamiento camine sin rumbo no es productivo.

Una forma de ser intencionales en la consejería de grupo es pensar cuidadosamente acerca de lo que a ustedes les gustaría que el grupo lograra durante una sesión en particular.

Otra forma de ser intencional es asegurarse de que cada sesión tenga una cierta estructura.

Al tener una estructura, el líder de grupo puede asegurar que los aspectos importantes del trabajo estén protegidos y los miembros del grupo saben qué esperar de una sesión. Este es un grupo que “comienza bien y termina bien” usando rituales de inicio y final

Una estructura común de grupo es:

Apertura y bienvenida

Comprobación

Revisión de normas y reglas del grupo

Trabajo activo

Resumen y tarea

Cierre.

Hemos hablado acerca del enfoque de diferentes tipos de grupos. Algunos grupos están orientados al contenido y algunos están más orientados al proceso. Los deberes del consejero de liderazgo del grupo usualmente incluyen ambos tipos de grupos.

En un grupo orientado al contenido, tal como un grupo psicoeducativo, un líder usualmente toma el control y enseña el contenido. En un grupo orientado al contenido es totalmente apropiado que el grupo esté principalmente centrado en el líder.

En un grupo de proceso, sin embargo, el rol y responsabilidades del líder deberían cambiar dramáticamente del contenido al proceso. Un grupo de proceso que permanece centrado en el líder limita el potencial de aprendizaje y crecimiento; aún así, con demasiada frecuencia, el líder permanece en el centro del grupo.

Por ejemplo, algo común en un grupo centrado en el líder es una serie de interacciones individuales entre el líder y miembros individuales del grupo. Estas intervenciones individuales no usan todo el potencial del grupo para apoyar el cambio experiencial o para generar auténticas relaciones interpersonales de apoyo.

Los buenos facilitadores también enseñan a los miembros del grupo las habilidades necesarias para apoyarse y alentarse mutuamente porque demasiado apoyo o el apoyo demasiado frecuente de parte del facilitador puede conducir a la búsqueda de aprobación, lo cual bloquea el crecimiento y la independencia.

Por supuesto, el apoyo mutuo es una habilidad que se desarrollará con el tiempo a través de las fases de desarrollo del grupo (estaremos hablando más acerca de las fases de desarrollo del grupo en unos cuantos minutos). Por ejemplo, el facilitador puede:

Modelar la comunicación del apoyo en las etapas tempranas de un grupo. Esto incluye el contacto visual apropiado, la postura, la escucha atenta no verbal y otra conducta que usted quiere que los miembros del grupo exhiban;

Enseñar habilidades específicas en los grupos orientados al contenido;

Reforzar y afirmar a los participantes cuando comuniquen apoyo en las etapas intermedias de desarrollo del grupo; por ejemplo: “¿Cómo es, Wilson, comunicar sus pensamientos tan claramente a Linah y hacerla que lo entienda a usted tan bien?” o “¿Cómo es poder comunicar su frustración tan directamente?”; y

No apresurarse a ofrecer apoyo a un participante en las últimas etapas del grupo, pero permitir que el grupo lo haga. Si es necesario, un facilitador puede simplemente motivar al grupo. Por ejemplo: “José, mi idea es que por lo menos otras seis personas aquí son expertos en este tipo de sentimiento. ¿Qué es lo que esto plantea para otros aquí?”

Por supuesto, el facilitador del grupo es en última instancia responsable de mantener al grupo funcionando y seguro. Las intervenciones del facilitador pueden ayudar a avanzar a los individuos y al grupo.

El facilitador del grupo también debe dar un paso adelante cuando hay una amenaza para el funcionamiento y seguridad del grupo. La amenaza puede venir en la forma de conducta perturbadora de parte de un miembro del grupo; hablaremos más acerca de eso más tarde. Otra amenaza es la del contagio emocional.

Por ejemplo, lo compartido por alguien, tal como un relato agonizante de abuso sexual, puede suscitar recuerdos atemorizantes y emociones intensas en los que escuchan. En esta atmósfera poderosa y emocional, la propagación de la emoción del momento o el contagio emocional, pueden abrumar a los miembros del grupo y al proceso del grupo.

Módulo 6: Grupos de psicoeducación para pacientes y sus familias

Las metas de este módulo son proporcionar una comprensión básica de la psicoeducación y su propósito, identificar los tipos de información que generalmente se cubren en una psicoeducación y suministrar una comprensión de cómo realizar psicoeducación a las personas que están recién recuperadas.

Dentro de los objetivos están definir "psicoeducación" y diferenciarla de la terapia grupal, desarrollar temas para un grupo basado en habilidades y un grupo basado en información, desarrollar contenido para un grupo de psicoeducación, evaluar los servicios de psicoeducación de sus programas e identificar posibles mejoras.

Grupos psicoeducativos:

- Eduque a los pacientes sobre el abuso de sustancias: es decir, proporcione información sobre tales temas como sustancias específicas y adicción.
- Eduque a los pacientes sobre los comportamientos relacionados y las consecuencias: aquí estamos hablando de cómo el consumo de sustancias puede conducir a comportamientos que interfieren con la vida de las personas que consumen sustancias, sus familias, empleo y otras partes de sus vidas.
- Presentar contenido estructurado y específico para el grupo: la psicoeducación sigue un plan de estudios establecido y horario, a diferencia de la terapia de grupo y otras formas de tratamiento.
- Utilice a menudo ayudas visuales: como cintas de vídeo o folletos, CD o conferencias.
- Facilite las discusiones: un líder de grupo experimentado juega un papel importante en el grupo.

Acercarse:

- Cada tipo de grupo consta de dos o más personas (pacientes) que tienen similares características. En nuestro caso, estas características son los trastornos por uso de sustancias (TUS).
- Los miembros del grupo tienen un objetivo común: la recuperación.
- En consecuencia, el enfoque de cada tipo de grupo está en los (TUS) y la recuperación.
- Cada grupo es facilitado por un líder capacitado y experimentado.

- Cada grupo fomenta cierto nivel de interacción entre los pacientes.

Podrías hacer las mismas comparaciones con el trato familiar, agregando el enfoque en las relaciones.

Sin embargo, existen algunas diferencias muy importantes entre los dos tipos de grupos:

- Como su nombre lo indica, la psicoeducación se centra en la educación. Estos grupos no son los lugares para una discusión de experiencias, emociones, problemas personales o relaciones.
- El énfasis está en la información, el conocimiento y los pensamientos. Este no es el lugar para hablar de sentimientos.
- También se incluye el desarrollo de habilidades en lo que respecta a la recuperación.
- Por ejemplo, un grupo de psicoeducación puede discutir cómo la química cerebral puede causar antojos. En el tratamiento grupal, los clientes pueden describir sus propios antojos y ayudar a uno y otro aprender a lidiar con ellos.

Finalmente, el líder puede hablar con el personal de tratamiento para discutir cómo se tratan estos temas manejados en grupos de terapia y cómo se pueden coordinar mejor con el tratamiento.

- Los pacientes deben recibir tanto psicoeducación como tratamiento grupal (y quizás tratamiento). Luego pueden abordar su enfermedad tanto desde el punto de vista intelectual como emocional.
- Recuerde, el propósito de la psicoeducación no es brindar a los pacientes una guía individual o abordar los problemas de una persona o familia en estas áreas.
- La idea es presentar ideas que los participantes pueden utilizar para complementar su terapia. Esto incluye el desarrollo de habilidades para apoyar la recuperación.

Contenido

¿Qué información debería cubrir el grupo? Algunas de las áreas temáticas que deberían ser abordadas:

- Información sobre sustancias específicas;
- Prevención de recaídas;

- Encontrar apoyos.
- Evitar los desencadenantes.

TEMAS DE LA PSICOEDUCACION

Signos físicos y efectos de sustancias.

- Tos crónica o empeoramiento de la condición asmática (marihuana);
- Enrojecimiento de los ojos (marihuana);
- Tos y estornudos persistentes (cocaína);
- Aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial (cocaína o anfetaminas);
- Frecuencia cardíaca más lenta y respiración reducida (heroína, benzodiazepinas);
- Muy ansioso; temblores y temblores (abstinencia de alcohol); y
- En general: cambios de humor extremos, dormir más o menos, pérdida o aumento de peso, aparentemente enfermo o enfermo, las pupilas de los ojos parecen más grandes o pequeñas de lo normal.

Efectos del uso en la familia

- Codependencia;
- Disfunción familiar;
- Abuso conyugal;
- Problemas de conducta en los niños;
- Problemas financieros; y
- Separación y / o divorcio.

Mantener la recuperación

- Continúe con la medicación recetada;
- Evite los amigos que consumen drogas;
- Evite el aislamiento;
- Siga el plan de tratamiento;
- Mejorar las relaciones interpersonales;

- Establezca metas realistas y alcanzables;
- Mantenga una dieta saludable;
- Desarrollar nuevos intereses;
- Vaya a las reuniones de ayuda mutua y esté atento a los desencadenantes y las señales de advertencia de recaída.

Grupos de ayuda mutua: existen muchas organizaciones de ayuda mutua tanto formales e informales como:

- Narcóticos Anónimos y otros grupos de 12 pasos;
- Recuperación inteligente;
- Mujeres por la sobriedad;
- Organización secular para la sobriedad;
- Grupos religiosos patrocinados por iglesias y mezquitas; grupos comunitarios locales que se centran en la recuperación.

Posibles temas para la participación en el tratamiento

- Estrategias de aprendizaje para dejar de fumar: lo que ha funcionado para otras personas;
- Encontrar la motivación para parar: una vez más, lo que ha funcionado para otros;
- Etapas de cambio;
- Signos y síntomas de abstinencia;
- Aprender a extinguir los pensamientos sobre el abuso;
- Estructurar el tiempo personal para sustituir el tiempo empleado anteriormente;
- Ventajas del tratamiento; desventajas de no estar en tratamiento;
- Equilibrio decisional;
- Hacer frente a situaciones de alto riesgo, como atravesar un barrio antiguo y comprensión de los grupos de apoyo mutuo.

Posibles temas para la recuperación temprana

- Enfermedad y recuperación, particularmente efectos físicos de la abstinencia;
- Síntomas de abstinencia
- Efectos de sustancias de abuso común;

- Actividades alternativas de aprendizaje;
- Etapas de recuperación y atención continua, en particular lo que sucede después de una recuperación;
- Tratar con la familia y las relaciones; identificar señales y desencadenantes, en particular las situaciones, las personas y otros factores que puede llevar a un paciente a que vuelva a consumir y comprender los antojos y los impulsos, enfatizando que son el resultado de factores psicológicos y situacionales.

Posibles temas para la recuperación continua

- Comprender el proceso de recaída y los primeros signos y pasos que se pueden tomar para reducir el riesgo;
- Desarrollar habilidades para la vida tales como manejo de conflictos y manejo del tiempo;
- Mejorar las habilidades de afrontamiento y manejo del estrés;
- Manejo de los antojos; cómo resistir;
- Manejo de los desencadenantes;
- Respondiendo a los deslices, enfatizando que es posible hacerlo y dando técnicas para recuperar la abstinencia;
- Importancia de los grupos de apoyo; y estructurar el tiempo libre, pero encontrar actividades a más largo plazo: actividades recreativas, trabajo voluntario, clases, etc.

Psicoeducación familiar

- Los principios para la psicoeducación familiar son los mismos que para el paciente basado en información de grupos. Pero la psicoeducación para las familias puede ser una parte muy importante de un tratamiento.
- El término “familia” incluye una amplia gama de personas. La familia puede incluir una pareja romántica, un patrocinador, un amigo u otras personas cercanos al paciente y están preocupados por su recuperación.
- Aunque el grupo basado en información no es terapia familiar, puede ayudar a restablecer relaciones a medida que la familia se entera de que el cliente sufre una enfermedad y que hay esperanza.

- De manera similar, el grupo puede ayudar a apoyar la recuperación: los miembros de la familia aprenden más sobre qué implica la recuperación y cómo pueden ayudar al paciente a lo largo del proceso.
- Finalmente: los miembros de la familia a menudo sienten que el (TUS) de su pariente es su culpa y se sienten culpables. También pueden creer que son los únicos que están pasando por esto.
- La psicoeducación puede ayudarles a comprender que no es su culpa y no están solos. De hecho, la psicoeducación puede ayudarles a llegar a comprender que muchas otras las familias están experimentando los mismos sentimientos, por lo que es posible que se sientan menos culpables y desesperanzadas.

Curriculum de capacitación

Serie 5

Ingreso, Tamizaje, Evaluación, Planificación del Tratamiento y Documentación para Profesionales en Adicciones.

Entorno acogedor, compromiso con el tratamiento y retención

La mayoría, si no todos los pacientes, se sienten reacios y asustados al entrar al tratamiento; el desarrollo de vínculos con los pacientes es un paso importante para la recolección de información, ya que ayuda a crear un entorno de seguridad y aceptación.

Los programas de tratamiento han logrado aumentar sus tasas de retención al volver sus entornos más acogedores, positivos y de apoyo haciendo lo siguiente:

- Mejorando la sensibilidad del tratamiento
- Creando un entorno culturalmente más aceptable
- Usando un enfoque de equipo multiprofesional
- Fomentando el respeto mutuo entre los miembros del personal
- Proporcionando la admisión en el mismo día o tiempos de espera cortos
- Aumentando la capacidad de respuesta a múltiples necesidades de los pacientes
- Prestando servicios sensibles al género

Ingreso, Tamizaje e Intervención Breve

En el momento de ingreso del paciente al programa debe realizarse una reseña del resumen narrativo que haga el paciente, donde debe incluir datos personales e información

demográfica, los problemas que le llevan a consultar, las fortalezas, habilidades de afrontamiento y redes de apoyo, describir en qué etapa del cambio se encuentra el paciente, la impresión diagnóstica por parte del clínico donde se incluya como los síntomas que experimenta el paciente afecta su funcionamiento en general y por último se realiza una hipótesis donde se recogen los temas centrales en el tratamiento del paciente, percepciones, entendimientos que establecen la etapa para esfuerzos de cambios efectivos.

Se debe llegar a un acuerdo sobre el tratamiento del paciente con el mismo paciente, describiendo las posibles barreras y necesidades evaluadas, así como las fortalezas de este estableciendo metas y objetivos para su tratamiento a un plazo determinado, debe ser firmado por el paciente y por el clínico como acuerdo de tratamiento. Se debe hacer seguimiento al paciente centrado en las necesidades y objetivos de este mismo.

El tamizaje es un procedimiento breve usado para determinar la probabilidad de la presencia de un problema, corrobora que existe una razón de preocupación o identificar la necesidad de más evaluaciones. (1)

La OMS (Organización mundial de la salud) desarrollo mediante un grupo de expertos investigadores internacionales y médicos especialistas en adicciones una prueba de tamización: “La prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés). Esta prueba de tamización se diseñó para el contexto de la atención primaria de salud, la utilidad de esta herramienta es que es de fácil aplicación, breve y económica. Esta herramienta es de gran utilidad para detectar los problemas de abuso, dependencia o futuros problemas. Cualquier personal del área de la salud puede capacitarse en la aplicación de la herramienta de forma gratuita en la página oficial de la Organización panamericana de la salud (OPS).

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

Se dará un esbozo del cuestionario ASSIST, dado que la explicación de esta prueba de tamizaje excede los temas de este curso.

Definiciones del ASSIST de uso peligroso, perjudicial y dependiente

Las definiciones del ASSIST son las siguientes:

- El uso peligroso es un patrón de uso que incrementa el riesgo de consecuencias negativas para la persona. Por ejemplo, alguien que fuma marihuana y luego maneja.

- El uso perjudicial es un patrón de uso que está dañando la salud física y/o mental de la persona. Por ejemplo, alguien que usa mucho estas sustancias los fines de semana o se endroga con sustancias todos los días.
- La dependencia de sustancias usualmente se desarrolla después del uso repetido e involucra un grupo de síntomas que pueden incluir un fuerte deseo de usar la sustancia, un control deficiente sobre su uso, el uso persistente de la sustancia aun cuando está causando daño, una tolerancia incrementada a los efectos de la sustancia y una reacción de privación cuando el uso se detiene o se reduce.

Los patrones de uso peligroso, dañino o dependiente de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales significativos para la persona tales como problemas con la familia, amigos, la ley y las finanzas. Por ejemplo, si una persona se intoxica (aun la primera vez) y tiene un accidente automovilístico.

¿Qué significa su puntaje?

Bajo: Usted está en bajo riesgo de salud y otros problemas debido a su patrón de uso actual

Moderado: Usted está en riesgo de salud y otros problemas debido a su patrón de uso actual

Alto: Usted está en alto riesgo de experimentar graves problemas de salud sociales. financieros, legales, de relaciones) como resultado de su patrón actual de uso y es probable que sea dependiente

Sustancias Psicoactivas

- a. Productos de tabaco (cigarrillos, rape, tabaco para mascar, puros, etc.)
- b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, espíritus, etc.)
- c. Cannabis (marihuana, "ganja", hashish, etc.)
- d. Cocaína (coca, crack, etc.)
- e. Estimulantes del tipo anfetamina (pastillas para adelgazar, éxtasis, Khat, etc.)
- f. Inhalantes (pegamento, gasolina, adelgazante de pintura, etc.)
- g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium, nimetazepán, diazepam, lorezepán, etc.)
- h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, ketamina, etc.)
- i. Opiáceos (opio, heroína, morfina, metadona, codeína, etc.)
- j. Otro – especificar

Existen varios problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, entre ellos encontramos:

Salud: Salud se refiere a cómo se siente generalmente. Ha tenido problemas en los últimos 3 meses con

- Respiración
- Estreñimiento
- Diarrea

- Mareos
- Confusión
- Malestar estomacal
- Palpitaciones
- Lesiones de la piel
- Abscesos
- Sudoración de las manos y/o pies
- Visión borrosa
- Convulsiones
- Temblor en las manos
- Temblores
- Sentirse muy triste, decaído, deprimido
- Problemas para dormir

Problemas Sociales:

- Entrar en discusiones o peleas con la familia u otros
- Meterse en problemas con líderes de la comunidad
- Su familia lo trata a usted de forma diferente
- Ha perdido amistades
- Se pierde de eventos familiares o de la comunidad porque está usando o recuperándose de usar drogas
- Ha dejado de hacer las cosas que solía hacer para encontrar, usar o recuperarse de las drogas

Problemas legales: Los problemas legales en los últimos 3 meses serían cosas tales como:

- Ser arrestado
- Ir a los tribunales
- Tener una denuncia contra usted de parte de un vecino
- Robar para mantener su uso de drogas

Problemas Financieros: Los problemas financieros en los últimos 3 meses se refieren a problemas que usted está teniendo con su capacidad de pagar sus facturas o comprar artículos que son necesarios para mantener su hogar. (Cuando decimos "pagar" o "comprar", queremos decir con dinero o intercambio).

- ¿Ha sido capaz de comprar los alimentos que usted y su familia necesitan?
- ¿Ha sido capaz de comprar materiales para la calefacción de su casa?
- ¿Ha sido capaz de pagar sus facturas para mantener su hogar y otros servicios para su casa?

Tarjeta de Riesgos de Inyectarse de ASSIST

Información para los pacientes:

El uso de sustancias por inyección incrementa el riesgo de daño por uso de sustancias.

Este daño puede provenir de:

1. La sustancia:

- Si usted se inyecta una droga, es más probable que se vuelva dependiente.
- Si usted se inyecta anfetaminas o cocaína, es más probable que experimente psicosis.
- Si se inyecta heroína u otros sedantes, es más probable que tenga una sobredosis.

2. la conducta de inyectarse:

- Si usted se inyecta, puede dañar su piel y venas y tener infecciones.
- Puede causarse cicatrices, hinchazón, abscesos y úlceras.
- Sus venas pudieran colapsar.
- Si se inyecta en el cuello, podría causar un derrame.

3. Compartir el equipo para inyectarse: Si usted comparte el equipo para inyectarse (agujas y jeringas, cucharas, filtros, etc.), es más probable que se infecte y que propague infecciones virales de transmisión sanguínea tales como hepatitis B y C y VIH.

Es menos riesgoso no inyectarse:

1. Si usted se inyecta:

- Siempre use equipo limpio (por ejemplo, agujas y jeringas, cucharas, filtros).
- Siempre use aguja y jeringa nuevas.
- No comparta el equipo con otras personas.
- Limpie el área de preparación
- Limpie sus manos.
- Limpie el lugar donde se inyecta.
- Use un lugar diferente para cada vez que se inyecta.
- Inyéctese lentamente.
- Coloque la aguja y jeringa usadas en un contenedor duro y elimínelo de forma segura.

2. Si usted usa drogas estimulantes tales como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir su riesgo de psicosis:

- Evite inyectarse y fumar.
- Evite usar todos los días.

3. Si usted usa drogas depresivas tales como heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir su riesgo de sobredosis:

- Evite usar otras drogas, especialmente sedantes o alcohol, el mismo día.
- Use una pequeña cantidad y siempre haga una "probada" de prueba de un nuevo lote.
- Tenga a alguien con usted cuando esté usando.
- Evite inyectarse en lugares donde nadie pueda llegar si se da una sobredosis.

- Conozca los números telefónicos del servicio de ambulancia.

En el riesgo bajo determinado por pacientes que obtuvieron puntuaciones menores a tres puntos (menores a 10 puntos para el alcohol), se les debe felicitar y dar psicoeducación sobre estrategias de prevención para prevenir desarrollar problemas en el futuro.

Los pacientes con riesgo moderado determinado con una puntuación de entre 4 a 26 puntos (entre 11 a 26 para alcohol), tiene la probabilidad de desarrollar dependencia, con estos pacientes se debe realizar una intervención breve.

En los pacientes con riesgo alto que se define con una puntuación mayor a 27 puntos para cualquier sustancia, el paciente tiene alto riesgo de desarrollar dependencia y probablemente ya tiene problemas de salud en varios ámbitos (físico, mental y social), los pacientes que presenten un puntaje menor a 27 puntos pero que hayan usado sustancias inyectables en el último mes se consideran también de alto riesgo. En los pacientes que presentan alto riesgo se debe realizar una intervención breve y ser derivados para valoración por especialistas (Medico psiquiatría, médico toxicólogo, psicólogo especializado en adiciones).(2)

El Ingreso del paciente es el proceso de recopilación de Información del paciente. Por lo general comienza con la recolección de la información demográfica, biopsicosocial / espiritual y otra pertinente. Sirve como el proceso preliminar en la recopilación y el ordenamiento de la información acerca del paciente. El contacto inicial debe limitarse a una hora con un tiempo adicional para preguntas y una introducción al proceso de tratamiento. Si el ingreso no se puede completar durante el contacto inicial, la información preliminar se debe programar en el tiempo más temprano mutuamente conveniente para las partes, preferible un plazo de 24 horas.

La entrevista de admisión debe realizarse por el consejero o el personal que esté capacitado en los procedimientos de admisión. En algunos programas de tratamiento se asigna a una persona para llevar a cabo el ingreso. El ingreso lo puede realizar un funcionario de admisión, un trabajador social o un consejero.

Las entrevistas de admisión pueden requerir varios enfoques para garantizar que los pacientes potenciales se sientan conectados con el programa. La entrevista debe utilizarse para recoger información y sentar las bases para el tratamiento. La admisión debe llevarse a cabo en un ambiente seguro, libre de amenazas y confortable, donde el paciente se sienta a gusto y confiado para discutir el o los problemas. Para asegurar la privacidad, el profesional de admisiones le proporciona al paciente los formularios que deben completarse y acompaña a la persona a un área privada donde el paciente puede llenar los formularios.

El tamizaje es un proceso que identifica a las personas en riesgo de la "enfermedad o trastorno". Es un procedimiento breve utilizado para determinar la probabilidad de la

presencia de un problema, confirmar que existe un motivo de preocupación, o identificar la necesidad de una evaluación adicional.

El tamizaje es un instrumento que no da un diagnóstico clínico, sino que simplemente indica si existe la probabilidad que la condición estudiada esté presente.

Las opciones que surgen de los resultados del tamizaje deben limitarse a lo siguiente:

- Es probable que se beneficie la persona de una derivación para una evaluación integral individual
- Mayor evaluación no se justifica en este momento
- El tamizaje se repetirá en un momento posterior.

El tamizaje también:

- Proporciona una oportunidad para la educación y la intervención temprana
- Alerta al clínico acerca del riesgo de interacciones con otros medicamentos u otros aspectos del tratamiento
- Ofrece la oportunidad de involucrar al paciente aún más
- Ha demostrado ser beneficioso en la reducción de las actividades de alto riesgo para las personas que no son dependientes

El tamizaje usualmente identifica al individuo como:

- Ningún o bajo riesgo de TUS
- Riesgo Moderado de TUS
- Riesgo severo de TUS

Los siguientes consejos pueden mejorar la veracidad de la ficha clínica de un paciente:

- Utilice un acercamiento sin prejuicios y respetuoso
- No utilice un lenguaje estigmatizante
- Incorpore las preguntas de tamizaje en una evaluación más amplia de los hábitos de salud

Si las personas tamizadas resultan con riesgo nulo o bajo de tus se les puede dar retroalimentación, información adicional, y estímulo para seguir siendo como son Si un miembro de la familia del paciente (madre, padre, tío, tía, abuelo) que posea un historial de dependencia de sustancias, deberá proporcionar información sobre los componentes genéticos de la adicción.

Los que se encuentran en situación de riesgo moderado se les debe dar retroalimentación y una breve intervención.

Los que se encuentran en alto riesgo se les debe dar retroalimentación, una intervención breve, y una derivación para su evaluación y tratamiento.

El tamizaje se debe hacer utilizando un instrumento validado. La validez de un instrumento de tamizaje yace en el grado en que realmente mide lo que dice medir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado dos instrumentos de análisis o tamizaje que han sido probados y validados con poblaciones internacionales:

- El AUDIT es una herramienta de detección de 10 ítems desarrollado para identificar a las personas cuyo consumo de alcohol se ha convertido en peligroso o nocivo para su salud.
- La prueba de tamizaje para el alcohol, tabaquismo y la prueba de sustancias (ASSIST), desarrollado por un grupo internacional de investigadores TUS para la OMS, identificaron el consumo de sustancias y problemas relacionados, en los centros de atención médica primaria y generales

El tamizaje es sólo el comienzo para muchos clientes, por lo que es importante tener en cuenta la relación entre el tamizaje y la intervención breve:

Los resultados del tamizaje se le pueden dar a los pacientes, formando la base para una conversación acerca de los impactos del uso de sustancias.

Evaluación

El propósito de la evaluación es identificar el patrón de uso de sustancias, el funcionamiento social y psicológico y las necesidades de tratamiento del paciente, también se determinará el alcance y la severidad del problema de abuso de sustancias, determinar el nivel de disposición y preparación del paciente para el tratamiento y reconocer problemas concomitantes como trastornos mentales.

Existen 4 dominios principales de evaluación, el primer dominio trata sobre la naturaleza y severidad del uso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias negativas como daño físico, condiciones médicas y deterioro cognitivo. El dominio dos: evaluación de motivación para el cambio, donde se indaga sobre el deseo, la capacidad y compromiso del paciente para realizar un cambio. El dominio tres: fortalezas y recursos, en este dominio se explora las habilidades, fortalezas y recursos personales para hacer un cambio, también se evalúa los recursos y contexto sociales. El dominio cuatro: análisis funcional, en este módulo se evalúa el rol que el consumo de sustancias tiene en la vida del paciente.

Índice de Severidad de la Adicción

El curriculum de capacitación propone explorar el índice de severidad en adicciones (ISA), una entrevista relativamente breve, semiestructurada diseñada como una herramienta de evaluación que proporciona información importante acerca de los aspectos de la vida del paciente que pueden ser tantos factores que contribuyen a su trastorno por uso de sustancias (TUS) o factores que se ven afectados por su trastorno por uso de sustancias.

El Índice de Severidad de la Adicción versión 6.0 en español (ASI-6, por sus siglas en inglés), es un instrumento que ha demostrado cumplir con criterios psicométricos, para medir la gravedad de la adicción, por lo cual resulta ser una pieza clave en la práctica clínica para la atención de las personas que sufren de trastornos por uso de sustancias, pues permite realizar un diagnóstico multidimensional e individualizado de los problemas de cada paciente, valorar su gravedad e interpretarlos dentro de un contexto biopsicosocial. Siendo esto fundamental para la planificación, adaptación e implementación de medidas terapéuticas necesarias para cada persona, teniendo en cuenta además la percepción de esta y el grado de importancia que le asigna al tratamiento. (3)

Está constituida por 257 ítems, distribuidos en dos grandes secciones. Una de ellas correspondiente a la información general del paciente, referente a datos sociodemográficos fundamentalmente, la otra incluye las áreas de la vida en las que el paciente puede tener problemas, tales como: salud física, empleo y recursos, drogas y alcohol, situación legal, red familiar y social, salud mental, y una sección final en la que se le solicita al entrevistador que aporte su opinión sobre la validez y fiabilidad global de la información que suministra el paciente. Con un tiempo promedio de aplicación de 45 a 60 minutos.

Al finalizar la recolección de la información mediante el ASI-6.0, es posible obtener puntuaciones objetivas estandarizadas (POE), que representan el perfil de gravedad de cada paciente, constituido por quince escalas, de las cuales nueve son primarias y seis secundarias. Se obtiene un puntaje por cada escala, con un rango teórico de 0 a 100; a mayor puntuación, mayor gravedad. Las escalas primarias son: Salud Física, Empleo, Alcohol, Drogas, Legal, Familia- Hijos, Familia/ Red social – Apoyo, Familia/Red social – Problemas, Salud Mental. Las escalas secundarias son: Pareja- Apoyo, ParejaProblemas, Amistades- Apoyo, Amistades- Problemas, Familiares adultos- Apoyo, Familiares adultos- Problemas (4)

Planificación centrada en la persona

La planificación centrada en el paciente describe el rol que la evaluación basada en las fortalezas tiene en la creación de un plan centrado en la persona. Esto se hace mediante el resumen narrativo que entreteje los datos de forma que crea un entendimiento completo de lo que está sucediendo con la persona en este caso el paciente. La inclusión de los apoyos naturales del paciente en el proceso de planificación de atención, articulación de metas personales a corto y largo plazo claramente definidas y con objetivos mensurables; asignación de la responsabilidad para diferentes tareas y medidas de acción para los diferentes miembros del equipo de atención incluyendo la persona en recuperación, uso de herramientas, ayudas para la toma de decisiones compartida y empleo con apoyo. Las practicas clave en la planificación centrada en el paciente es la toma de decisiones compartida: el paciente y el clínico son socios en todas las actividades y reuniones de planificación, considerar las medidas de acción del paciente y lo que su clínico va a hacer

hacia la obtención de la meta propuesta. El paciente tiene un control razonable sobre la logística incluyendo invitados, lugar y aviso anticipado.

Mantenimiento de registros

La documentación es importante porque proporciona un archivo central conteniendo información (de una variedad de fuentes) con respecto al tratamiento del paciente que pueda usarse para mejorar la atención, se recoge información del tamizaje, evaluación y diagnóstico, también se documenta la elegibilidad y la necesidad de tratamiento, para así dar seguimiento al proceso del paciente a través del tratamiento, la documentación clara y profesional también es importante para la protección legal y ética de la entidad y del clínico.

Bibliografía:

1. SAMHSA(1999) Protocolo mejorado del tratamiento (TIP), serie 31N. Centro para el tratamiento de abuso de sustancias, Rockville MD www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64396
2. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria (OMS) (OPS) https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
3. Díaz EM, García-Portilla P, Sáiz P, Bobes T, Casares MJ, Fonseca E, et al. Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*. 2010;3(22): 513-19
4. Bobes J, Bascarán M, Bobes MT, Carballo JL, Díaz EM, Flórez G. et al. Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Oviedo. 2007. Contrato No.: 2007-G056 (CO-269-2007). Financiado por el PNSD.

PRETEST Y POSTEST

Pretest Modulo 01

1. Corresponde a las sustancias psicoactivas
 - a. Son sustancias hidrofílicas
 - b. Afectan el sistema nervioso central
 - c. Cambian el comportamiento de la gente o la forma en que perciben lo que está sucediendo alrededor

-
- d. B y C son ciertas
 - e. Ninguna de las anteriores
2. ¿Qué es la vida media de una sustancia?
 - a. Es la capacidad del cambiar el metabolismo del cuerpo
 - b. El tiempo que toma eliminar del cuerpo la mitad de la dosis original de la sustancia
 - c. La capacidad de cambiar receptores alostericos
 - d. Ninguna de las anteriores

 3. Las sustancias psicoactivas alteran:
 - a. Conducta
 - b. Pensamientos
 - c. Percepciones sensoriales
 - d. Estados de animo
 - e. Todas las anteriores

 4. Dentro de los depresores del SNC se encuentran excepto:
 - a. Alcohol
 - b. Benzodiazepinas
 - c. Morfina
 - d. Ketamina
 - e. Heroína

 5. Corresponde a la adicción, excepto
 - a. Es una enfermedad
 - b. Genera consecuencias perjudiciales
 - c. Se caracteriza por la búsqueda y uso compulsivo de una sustancia
 - d. Es una falla moral
 - e. Todas las anteriores

Postest

1. Las personas comienzan a el consumo de sustancias psicoactivas por, excepto:
 - a. Curiosidad
 - b. Para mejor rendimiento
 - c. Para sentirse mejor
 - d. Por obligación
 - e. Para celebrar
2. Los efectos en el feto por consumo de sustancias por parte de la madre, a. Bajo pero al nacer

- b. Trastornos de la conducta
 - c. Resistencia periférica a la insulina
 - d. Posible abstinencia
 - e. Problemas de aprendizaje
3. Cual de las siguientes vías de administración es la más lenta
- a. Oral
 - b. Nasal
 - c. Inyección intravascular
 - d. Cutánea
 - e. Inyección intramuscular
4. Donde se encuentra el circuito de recompensa del cerebro
- a. Hipotálamo
 - b. Sistema límbico
 - c. Corteza prefrontal dorso lateral
 - d. Tálamo
 - e. Protuberancia
5. El Trastorno por uso de sustancias (TUS), incluyen, excepto:
- a. Suicidios
 - b. Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis
 - c. Violencia
 - d. Enfermedades autoinmunes
 - e. Perdida de productividad

Modulo 02

Postest

1. Las personas comienzan a el consumo de sustancias psicoactivas por, excepto:

- a. Curiosidad
 - b. Para mejor rendimiento
 - c. Para sentirse mejor
 - d. Por obligación
 - e. Para celebrar
2. Los efectos en el feto por consumo de sustancias por parte de la madre, a. Bajo pero al nacer
- b. Trastornos de la conducta
 - c. Resistencia periférica a la insulina
 - d. Posible abstinencia
 - e. Problemas de aprendizaje
3. Cual de las siguientes vías de administración es la más lenta
- a. Oral
 - b. Nasal
 - c. Inyección intravascular
 - d. Cutánea
 - e. Inyección intramuscular
4. Donde se encuentra el circuito de recompensa del cerebro
- a. Hipotálamo
 - b. Sistema límbico
 - c. Corteza prefrontal dorso lateral
 - d. Tálamo
 - e. Protuberancia
5. El Trastorno por uso de sustancias (TUS), incluyen, excepto:
- a. Suicidios

- b. Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis
- c. Violencia
- d. Enfermedades autoinmunes
- e. Pérdida de productividad

Modulo 02

1. Que implica el concepto de recuperación con relación al consumo de sustancias psicoactivas
 - a. No volver a consumir sustancias psicoactivas
 - b. Consumo controlado sin presencia de abstinencia
 - c. Implica el reconocimiento personal de la necesidad de transformarse y mantenerse en cambio.
 - d. Es el momento en el cual el paciente no presenta intoxicaciones agudas

2. Según el concepto de dimensiones de bienestar, son las siguientes excepto:
 - a. Administrativo
 - b. Social
 - c. Mental
 - d. Espiritual

3. Hacen parte del proceso en la rueda del cambio, excepto:
 - a. Remisión
 - b. Recaída
 - c. Precontemplación
 - d. Excitación

4. El concepto de capital de recuperación implica:
 - a. El modelo institucional que manejan los gobiernos
 - b. Identifica y edifica sobre los recursos personales y sociales del individuo
 - c. Es una etapa en la rueda del cambio
 - d. Identifica los recursos financieros de los pacientes que se encuentran en recuperación
5. Hace parte de las etapas de la rueda del cambio, excepto:
 - a. Mantenimiento
 - b. Preparación
 - c. Acción
 - d. Estimulación
6. Con respecto a la termino de motivación, que es dinámica y no estática, además de, excepto:
 - a. Positiva
 - b. Modificable
 - c. Rígida
 - d. Con un propósito
7. Los componentes de tratamiento se refieren a las siguientes afirmaciones, excepto:
 - a. Educación
 - b. Asesoramiento
 - c. Movilización de redes de apoyo
 - d. Obligación del paciente con el tratamiento

8. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “El proceso de cambio no es lineal y holístico, adaptado a cada paciente”

- a. Falso
- b. Verdadero

9. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “Según la noción de la recuperación todas las metas de la vida son posibles para las personas con trastornos severos de salud conductual.”

- a. Falso
- b. Verdadero

10. La recuperación del capital humano incluye, excepto

- a. Auto-conocimiento
- b. Conocimiento
- c. Experiencia
- d. Autoestima

11. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “La familia y el capital de recuperación social incluyen las relaciones íntimas, familiares y relaciones de parentesco, y cualesquiera relaciones sociales que respaldan los esfuerzos de recuperación.”

- a. Falso
- b. Verdadero

12. Indique los dominios del capital de recuperación, excepto:

- a. Apoyo entre pares

- b. Salud física y mental
- c. Asistencia a cineforos
- d. Integración comunitaria

13. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “Es muy importante apoyar la determinación para modificar el consumo a través de la retroalimentación del discurso de las personas”

- a. Falso
- b. Verdadero

14. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “En la etapa de determinación, Las personas reportan que existe un problema por usar drogas, reporta la intención de modificar el consumo, pero no han generado un nivel importante de compromiso”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: En la etapa de cambio de determinación, los comentarios de las personas reflejan un grado de motivación al cambio, las verbalizaciones reflejan la identificación de reforzadores o ganancias de la conducta alternativa al consumo

15. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “En la etapa de Acción. Se modifica el comportamiento y los elementos de la vida que giran en torno a las conductas de buscar y usar las drogas. Se selecciona una estrategia para el cambio y se comienza a seguirla”

- a. Falso
- b. Verdadero

Modulo 03

- 1. Es una característica del delirio, excepto:
 - a. Idea fija

- b. Idea parasito
- c. Idea irreductible
- d. Es una idea propia

Retroalimentación: Una idea parasito es característica de las ideas obsesivas

2. Indique qué es una alucinación
- a. Percepción de una imagen, un objeto o un estímulo exterior inexistentes que son considerados como reales.
 - b. Es la alteración en la tonotopia que se desencadena con estímulos internos
 - c. Es una idea que no pertenece a la realidad
 - d. Percepción de una imagen, un objeto o un estímulo exterior existente que son considerados como reales.

Retroalimentación: Una alucinación es la alteración en la sensopercepción en donde se toman como reales estímulos inexistentes.

3. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “Enfermedades infecciosas pueden presentar alteraciones mentales”
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: Cuando una infección que altera la bioquímica y/o la estructura del sistema nerviosos central se presentan alteraciones comportamentales.

4. Defina qué es la anhedonia
- a. Es la incapacidad de sentir emociones
 - b. Es la incapacidad de sentir placer
 - c. Es la incapacidad de imaginar
 - d. Es la incapacidad del autocontrol

Retroalimentación: La incapacidad de sentir placer (anhedonia) es uno de los síntomas nucleares del Trastorno depresivo

5. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero.” La ansiedad es la preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: La ansiedad es un mecanismo de defensa, cuando se vuelve desbordante e interfiere con la funcionalidad del paciente se convierte en un síntoma.

6. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero.” El modelo de los cuadrantes de cuidado se basa en el diagnostico del paciente para su clasificación”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: El modelo de los cuadrantes de cuidado se basa en la gravedad de los síntomas del paciente para su clasificación, no su diagnostico

7. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “Los pacientes con esquizofrenia tienen tasas más altas de consumo de alcohol, tabaco y abuso de otras sustancias en comparación con la población en general.”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Las hipótesis proponen que estas múltiples sustancias pueden disminuir la ansiedad y la presencia de síntomas psicóticos.

8. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “Los problemas psiquiátricos no tratados son una causa común de fracaso del tratamiento de los programas por abuso de sustancias psicoactivas.”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Se debe realizar un tratamiento en paralelo de la enfermedad mental y del trastorno por uso de sustancias psicoactivas

9. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “El tratamiento paralelo tiene la ventaja sobre el tratamiento secuencial porque no hay discusión sobre qué trastorno debe tratarse primero”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Se debe tratar ambos trastornos (mental y por abuso de sustancias) al mismo tiempo.

10. Señale cual de las siguientes puede vías de administración es más frecuente para el contagio por VIH

- a. Oral
- b. Intravenoso
- c. Nasal
- d. Tópico

Retroalimentación: la vía de administración intravenosa por la reutilización de jeringas.

11. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias psicoactivas pueden generar reacciones maníacas o psicóticas en toda regla (más común en todas las sustancias)”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias psicoactivas pueden generar ansiedad leve y depresión (más común en todas las sustancias), los síntomas maníacos y depresivos son mucho menos frecuentes.

12. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “Los síntomas inducidos por sustancias psicoactivas pueden persistir durante semanas o meses”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Existen algunas excepciones algunos síntomas inducidos por sustancias pueden persistir durante semanas o meses. Como por ejemplo los síntomas psicóticos causados por el abuso intenso y prolongado de anfetaminas; y la demencia (problemas de memoria, concentración y resolución de problemas) causada por el uso de sustancias que son directamente tóxicas para el cerebro (como el alcohol, algunos inhalantes, y anfetaminas).

13. El comportamiento y lenguaje desorganizado hace parte de alguno de los siguientes trastornos

- a. Trastorno Delirantes
- b. Trastorno psicótico
- c. Trastorno bipolar
- d. Trastorno de ansiedad

Retroalimentación: El trastorno psicótico se caracteriza por una desconexión con la realidad, por ende, los pacientes con este trastorno se comportan de forma extraña y tienen un pensamiento desorganizado

14. Indique, que es logorrea

- a. Incapacidad para sentir emociones
- b. La falta de expresión del lenguaje expresivo
- c. Empleo excesivo y desordenado de las palabras
- d. Baja tolerancia a la frustración

Retroalimentación: La logorrea y la taquilalia se encuentran presentes en síndromes maniformes los cuales están presentes en el trastorno bipolar

15. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero.” En los trastornos de personalidad, las personas tienen un patrón modificable de comportamientos, emociones y pensamientos”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Los trastornos de la personalidad se caracterizan por tener un patrón prolongado y rígido de comportamientos, emociones y pensamientos que interfieren con la capacidad de la persona para desempeñarse en las relaciones interpersonales, el trabajo y otros contextos.

Modulo 04

1. Son efectos y síntomas de la marihuana, excepto:
 - a. Tos crónica o empeoramiento de la condición asmática
 - b. Enrojecimiento de los ojos
 - c. Tos y estornudos persistentes
 - d. Enlentecimiento motor

Retroalimentación: La tos y sobre todo los estornudos persistentes son debido a la ingesta de la cocaína que se esnifa, los estornudos se dan por la irritación de la mucosa nasal.

2. Son posibles temas para la recuperación temprana, excepto:
 - a. Efectos de sustancias de abuso común
 - b. Actividades alternativas de aprendizaje
 - c. Síntomas de abstinencia
 - d. Manejo de los desencadenantes

Retroalimentación: El manejo de los desencadenantes hace parte de los temas de recuperación continua; la recuperación temprana habla sobre los temas iniciales de la recuperación

3. Hace parte de la fase de precontemplación, excepto:
 - a. El paciente aún no está considerando el cambio o no quiere o no puede hacerlo.
 - b. Ofrezca información objetiva sobre los riesgos del consumo de sustancias.
 - c. El paciente está comprometido y planea hacer un cambio en el futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.
 - d. Explore los pros y los contras del consumo de sustancias.

Retroalimentación: La fase de precontemplación es la fase inicial, cuando el paciente aun no esta considerando el cambio, es la fase donde el consejero ofrece la primera información acerca de los pros y contras del consumo de sustancias psicoactivas.

4. Hace parte de la fase de recaída, excepto:
 - a. Enfatice la libre elección, la responsabilidad y la autoeficacia del paciente para el cambio.
 - b. Ayude al paciente a volver a entrar en el ciclo de cambio y elogie cualquier disposición a reconsiderar un cambio positivo
 - c. Mantenga un contacto de apoyo.
 - d. Los pacientes que atraviesan una crisis vital pueden requerir una atención más concentrada que los grupos pueden proporcionar.

Retroalimentación: La fase de la recaída hace parte de la rueda del cambio, es necesario proporcionar ayuda para que el paciente vuelva a entrar al proceso de recuperación; enfatizar en la libre elección, responsabilidad y la autoeficacia hace parte de la fase de contemplación

5. Según la técnica de resumen puede, excepto:
 - a. Demostrar que el consejero está escuchando atentamente
 - b. Preparar al paciente a salir adelante
 - c. Inducir al paciente a hacer ciertas actividades
 - d. Afirmar el proceso que está realizando el paciente

Retroalimentación: La técnica de resumen en la entrevista es destilar la esencia de lo que ha expresado el paciente, dado que es un resumen de lo detallado por el paciente, no se debe inducir al paciente a realizar acciones, el paciente es experto y dueño de sus propias acciones.

6. Algunas barreras para escuchar incluyen; excepto:
 - a. Indiferencia emocional
 - b. Prestar atención a algo más en el medio ambiente
 - c. Animar al paciente a hablar

- d. Juzgar las acciones o pensamientos del hablante

Retroalimentación: Las barreras para escuchar son las que hacen perder la atención en la comunicación, animar al paciente a hablar es un estímulo para la comunicación, no una barrera.

7. Hace parte de las características de la escucha reflexiva son, excepto:
- a. Reduce la probabilidad de la resistencia
 - b. Animar a los pacientes a hablar
 - c. Aumenta la ambivalencia
 - d. Comunica respeto y empatía

Retroalimentación: La técnica de la escucha reflexiva aumenta el enlace terapéutico con el paciente, y ayuda a disminuir la ambivalencia.

8. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “Un posible tema para la recuperación temprana, es tratar con la familia y las relaciones, identificar señales y desencadenantes, en particular las situaciones y otros factores que puede llevar al paciente a volver a consumir”
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: Es importante tener en cuenta los posibles desencadenantes e identificarlos para prevenir la recaída de consumo.

9. El efecto de consumo de sustancias en la familia son los siguientes, excepto:
- a. Disfunción familiar
 - b. Abuso conyugal
 - c. Empatía intrafamiliar
 - d. Codependencia

Retroalimentación: El consumo de sustancias por parte del paciente trae efectos negativos en la familia.

10. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “el propósito de la psicoeducación es brindar a los pacientes una guía individual”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: La psicoeducación hace referencia a la información que se ofrece a las personas que sufren un Trastorno por uso de sustancias, no es una guía individual.

11. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero” Hace parte de la etapa de cambio de preparación, el paciente está comprometido y planea hacer un cambio en el futuro cercano, pero aún está considerando que hacer”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: En la etapa de cambio de preparación el paciente reflexiona los beneficios y ventajas de llevar un cambio en el futuro cercano

12. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “Haga que el paciente anuncie públicamente sus planes de cambio”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Esta hace parte de la etapa de cambio de preparación, esto se hace para motivar al paciente y movilizar a sus redes de apoyo.

13. Hace parte de los tipos básicos de resistencia, excepto:

- a. Visualizar
- b. Interrumpir
- c. Negar
- d. Ignorar

Retroalimentación: La resistencia se considera como una forma de obstaculizar las intervenciones y preguntas realizadas por el consejero.

14. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “La autoeficacia es la creencia de una persona en su capacidad para tener éxito en una situación en particular.”

- a. Falso
- b. Verdadero

Retroalimentación: Se puede persuadir a la gente para que crea que tienen las habilidades y capacidades para tener éxito.

15. Las reuniones de previas al grupo son muy útiles para, excepto:
- a. Aclarar las expectativas
 - b. Establecer reglas básicas
 - c. Explorar las ventajas de la terapia de grupo
 - d. Facilitar el reconsumo

Retroalimentación: Las reuniones previas al grupo son espacios para esclarecer las dudas, establecer las normas, corregir cualquier concepto erróneo sobre los grupos.

1. Son efectos y síntomas de la marihuana, excepto:
- a. Tos crónica o empeoramiento de la condición asmática
 - b. Enrojecimiento de los ojos
 - c. Tos y estornudos persistentes
 - d. Enlentecimiento motor

Retroalimentación: La tos y sobre todo los estornudos persistentes son debido a la ingesta de la cocaína que se esnifa, los estornudos se dan por la irritación de la mucosa nasal.

2. Son posibles temas para la recuperación temprana, excepto:
- a. Efectos de sustancias de abuso común
 - b. Actividades alternativas de aprendizaje
 - c. Síntomas de abstinencia
 - d. Manejo de los desencadenantes

Retroalimentación: El manejo de los desencadenantes hace parte de los temas de recuperación continua; la recuperación temprana habla sobre los temas iniciales de la recuperación

3. Hace parte de la fase de precontemplación, excepto:
 - a. El paciente aún no está considerando el cambio o no quiere o no puede hacerlo.
 - b. Ofrezca información objetiva sobre los riesgos del consumo de sustancias.
 - c. El paciente está comprometido y planea hacer un cambio en el futuro cercano, pero aún está considerando qué hacer.
 - d. Explore los pros y los contras del consumo de sustancias.

Retroalimentación: La fase de precontemplación es la fase inicial, cuando el paciente aun no esta considerando el cambio, es la fase donde el consejero ofrece la primera información acerca de los pros y contras del consumo de sustancias psicoactivas.

4. Hace parte de la fase de recaída, excepto:
 - a. Enfatique la libre elección, la responsabilidad y la autoeficacia del paciente para el cambio.
 - b. Ayude al paciente a volver a entrar en el ciclo de cambio y elogie cualquier disposición a reconsiderar un cambio positivo
 - c. Mantenga un contacto de apoyo.
 - d. Los pacientes que atraviesan una crisis vital pueden requerir una atención más concentrada que los grupos pueden proporcionar.

Retroalimentación: La fase de la recaída hace parte de la rueda del cambio, es necesario proporcionar ayuda para que el paciente vuelva a entrar al proceso de recuperación; enfatizar en la libre elección, responsabilidad y la autoeficacia hace parte de la fase de contemplación

5. Según la técnica de resumen puede, excepto:
 - a. Demostrar que el consejero está escuchando atentamente
 - b. Preparar al paciente a salir adelante

- c. Inducir al paciente a hacer ciertas actividades
- d. Afirmar el proceso que está realizando el paciente

Retroalimentación: La técnica de resumen en la entrevista es destilar la esencia de lo que ha expresado el paciente, dado que es un resumen de lo detallado por el paciente, no se debe inducir al paciente a realizar acciones, el paciente es experto y dueño de sus propias acciones.

6. Algunas barreras para escuchar incluyen; excepto:
- a. Indiferencia emocional
 - b. Prestar atención a algo más en el medio ambiente
 - c. Animar al paciente a hablar
 - d. Juzgar las acciones o pensamientos del hablante

Retroalimentación: Las barreras para escuchar son las que hacen perder la atención en la comunicación, animar al paciente a hablar es un estímulo para la comunicación, no una barrera.

7. Hace parte de las características de la escucha reflexiva son, excepto:
- a. Reduce la probabilidad de la resistencia
 - b. Animar a los pacientes a hablar
 - c. Aumenta la ambivalencia
 - d. Comunica respeto y empatía

Retroalimentación: La técnica de la escucha reflexiva aumenta el enlace terapéutico con el paciente, y ayuda a disminuir la ambivalencia.

8. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. "Un posible tema para la recuperación temprana, es tratar con la familia y las relaciones, identificar señales y desencadenantes, en particular las situaciones y otros factores que puede llevar al paciente a volver a consumir"
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: Es importante tener en cuenta los posibles desencadenantes e identificarlos para prevenir la recaída de consumo.

9. El efecto de consumo de sustancias en la familia son los siguientes, excepto:
- a. Disfunción familiar
 - b. Abuso conyugal
 - c. Empatía intrafamiliar
 - d. Codependencia

Retroalimentación: El consumo de sustancias por parte del paciente trae efectos negativos en la familia.

10. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “el propósito de la psicoeducación es brindar a los pacientes una guía individual”
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: La psicoeducación hace referencia a la información que se ofrece a las personas que sufren un Trastorno por uso de sustancias, no es una guía individual.

11. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero” Hace parte de la etapa de cambio de preparación, el paciente está comprometido y planea hacer un cambio en el futuro cercano, pero aún está considerando que hacer”
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: En la etapa de cambio de preparación el paciente reflexiona los beneficios y ventajas de llevar un cambio en el futuro cercano

12. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero “Haga que el paciente anuncie públicamente sus planes de cambio”
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: Esta hace parte de la etapa de cambio de preparación, esto se hace para motivar al paciente y movilizar a sus redes de apoyo.

13. Hace parte de los tipos básicos de resistencia, excepto:
- a. Visualizar
 - b. Interrumpir
 - c. Negar
 - d. Ignorar

Retroalimentación: La resistencia se considera como una forma de obstaculizar las intervenciones y preguntas realizadas por el consejero.

14. Del siguiente enunciado, seleccione si es falso o verdadero. “La autoeficacia es la creencia de una persona en su capacidad para tener éxito en una situación en particular.”
- a. Falso
 - b. Verdadero

Retroalimentación: Se puede persuadir a la gente para que crea que tienen las habilidades y capacidades para tener éxito.

15. Las reuniones de previas al grupo son muy útiles para, excepto:
- a. Aclarar las expectativas
 - b. Establecer reglas básicas
 - c. Explorar las ventajas de la terapia de grupo
 - d. Facilitar el reconsumo

Retroalimentación: Las reuniones previas al grupo son espacios para esclarecer las dudas, establecer las normas, corregir cualquier concepto erróneo sobre los grupos.

B. Anexo: Nombrar el anexo B de acuerdo con su contenido

A final del documento es opcional incluir índices o glosarios. Éstos son listas detalladas y especializadas de los términos, nombres, autores, temas, etc., que aparecen en el trabajo. Sirven para facilitar su localización en el texto. Los índices pueden ser alfabéticos, cronológicos, numéricos, analíticos, entre otros. Luego de cada palabra, término, etc., se pone coma y el número de la página donde aparece esta información.

Bibliografía

1. Currículo de Tratamiento Universal. (2020). Recuperado 26 de junio de 2020, de international society of substance use professionals website: <https://www.issup.net/es/capacitacion/universal-treatment-curriculum>
2. José M. Correa y Juan de Pablos (2009). «NUEVAS TECNOLOGÍAS E INNOVACIÓN EDUCATIVA New Technologies and Educational Innovation». Revista de Psicodidáctica Año 2009. Volumen 14. Nº 1. Págs. 133-145 Correspondencia: José Miguel Correa. E.U. Magisterio de Donostia. Plaza de Oñati 3, 20018. Donostia Juan M Correa y Juan de Pablos *Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea ** Universidad de Sevilla.
3. «Generando una cultura de transformación digital – IDx Transformación Digital». IDx Transformación Digital. 10 de agosto de 2017. Consultado el 15 de agosto de 2017.
4. Seresco. «Habilitadores digitales: herramientas Industria 4.0 | INDUSTRIA 4.0». Consultado el 25 de febrero de 2020
5. SAMHSA(1999) Protocolo mejorado del tratamiento (TIP), serie 31N. Centro para el tratamiento de abuso de sustancias, Rockville MD www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64396
6. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) Manual para uso en la atención primaria (OMS) (OPS) https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
7. Díaz EM, García-Portilla P, Sáiz P, Bobes T, Casares MJ, Fonseca E, et al. Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). Psicothema. 2010;3(22): 513-19
8. Bobes J, Bascarán M, Bobes MT, Carballo JL, Díaz EM, Flórez G. et al. Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Oviedo. 2007. Contrato No.: 2007-G056 (CO-269-2007). Financiado por el PNSD.

