



Capacitación para personal que labora en establecimientos residenciales de adicciones

Dr. Mario Citalán



Presentación



Expectativas

¿Qué sabes sobre el tema?

¿Qué esperas del curso?

¿Cómo te sientes hoy?

Temario

Conceptos básicos en adicciones

- Uso, abuso, dependencia y proceso adictivo
- Clasificaciones de las sustancias adictivas
- Formas de administración de sustancias adictivas
- Adicciones conductuales
- Bases Neurobiológicas de la adicción

Epidemiología de las adicciones

- Principales fuentes de información epidemiológica en adicciones
- Informe Mundial sobre Drogas
- Datos epidemiológicos en México

Temario

Como se identifica el modelo de ayuda mutua.

Importancia del padrino y/o consejero en el tratamiento residencial.

Instrumentos para realizar una prevaloración para un tratamiento residencial.

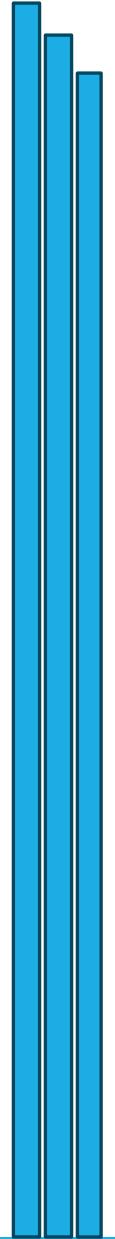
Plan de atención de consejería.

Definir en conjunto con el usuario/a las metas de tratamiento y las tareas que le llevaran a la consecución de estas.

Elementos que integran las notas de evolución.



- Asistencia y puntualidad
- Atención y participación
- Honestidad, Claridad, Humildad, Disposición
- Confianza y apoyo mutuo
- Respeto a las diferencias
- Sinergia
- Compartir conocimiento



Conceptos básicos en adicciones





Droga

Sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones (OMS, 1974; CONADIC, 1992).

Uso experimental

Se consume por curiosidad, para probar sus efectos

Uso Ocasional

Se consume sólo cuando se está realizando una actividad social.



USO

Conducta de consumo moderado que no provoca daño (Medina-Mora, 1994).

Sin efectos médicos, sociales, laborales, familiares.

Consumo aislado .

HÁBITO

Punto entre uso y abuso. Sin tendencia a aumentar la dosis, ni síndrome de abstinencia

Abuso

Autoadministración de una droga con efectos psicoactivos (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998)

- Deterioro o malestar
- Incumple obligaciones
- Situaciones riesgosas
- Consumo a pesar de tener problemas continuos
- **Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad**

Consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual (CONADIC, 1992).





En 1952, la OMS creó la definición de toxicomanía, siendo revisada en 1957

Dependencia. “Estado originado por la administración o el consumo repetidos de la sustancia en cuestión en forma periódica o continua” (OMS, 1964) se caracteriza por:

- Deseo dominante de obtener la droga
- Tendencia a incrementar la dosis
- Dependencia física y psíquica, síndrome de abstinencia
- Tolerancia
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad

Dependencia.

Grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos, el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas relacionados con un patrón de autoadministración repetido, que lleva a la tolerancia, abstinencia y a la ingesta compulsiva de la sustancia (DSM-IV,1995).

Indicadores de dependencia

- Compulsión de uso.
- Incapacidad de control.
- Tolerancia.
- Abstinencia.
- Uso para aliviar la abstinencia.
- Reducción del repertorio conductual.
- Abandono de actividades y placeres alternativos por el uso.
- Persistencia del abuso a pesar de las consecuencias.

Craving

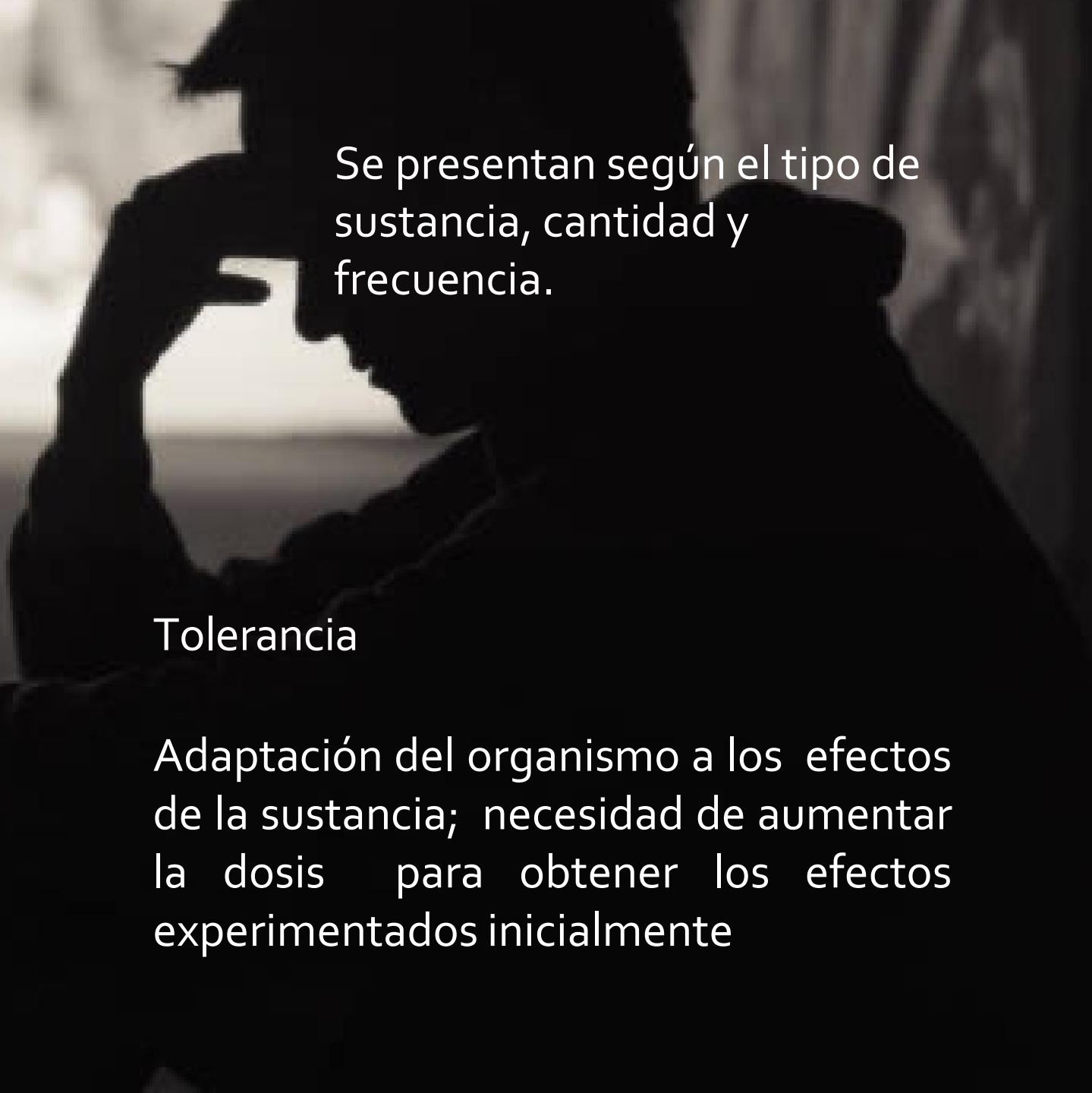
- Necesidad de consumo
- Falta de control
- Tiene una base neuroquímica
- Aspectos fisiológicos: tolerancia, abstinencia, búsqueda del efecto
- Aspectos psicológicos: interacción social



Síndrome de Abstinencia

Cuadro de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de la droga ha sido suspendida.

- Episodios intensos de ansiedad
- Sudoración
- Taquicardias
- Alucinaciones
- Temblores



Se presentan según el tipo de sustancia, cantidad y frecuencia.

Tolerancia

Adaptación del organismo a los efectos de la sustancia; necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos experimentados inicialmente

Psicológica. Estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales, relacionadas con los efectos de las drogas y que se manifiesta por una conducta de búsqueda continua.

Física. Estado en el que el organismo se ha adaptado a la presencia de una droga que y cuando se le suspende, provoca síndromes físicos de abstinencia.

Dependencia





Desarrollo de la Dependencia a Sustancias

No es un proceso inmediato, pasa por distintas etapas (Becoña, 2002).

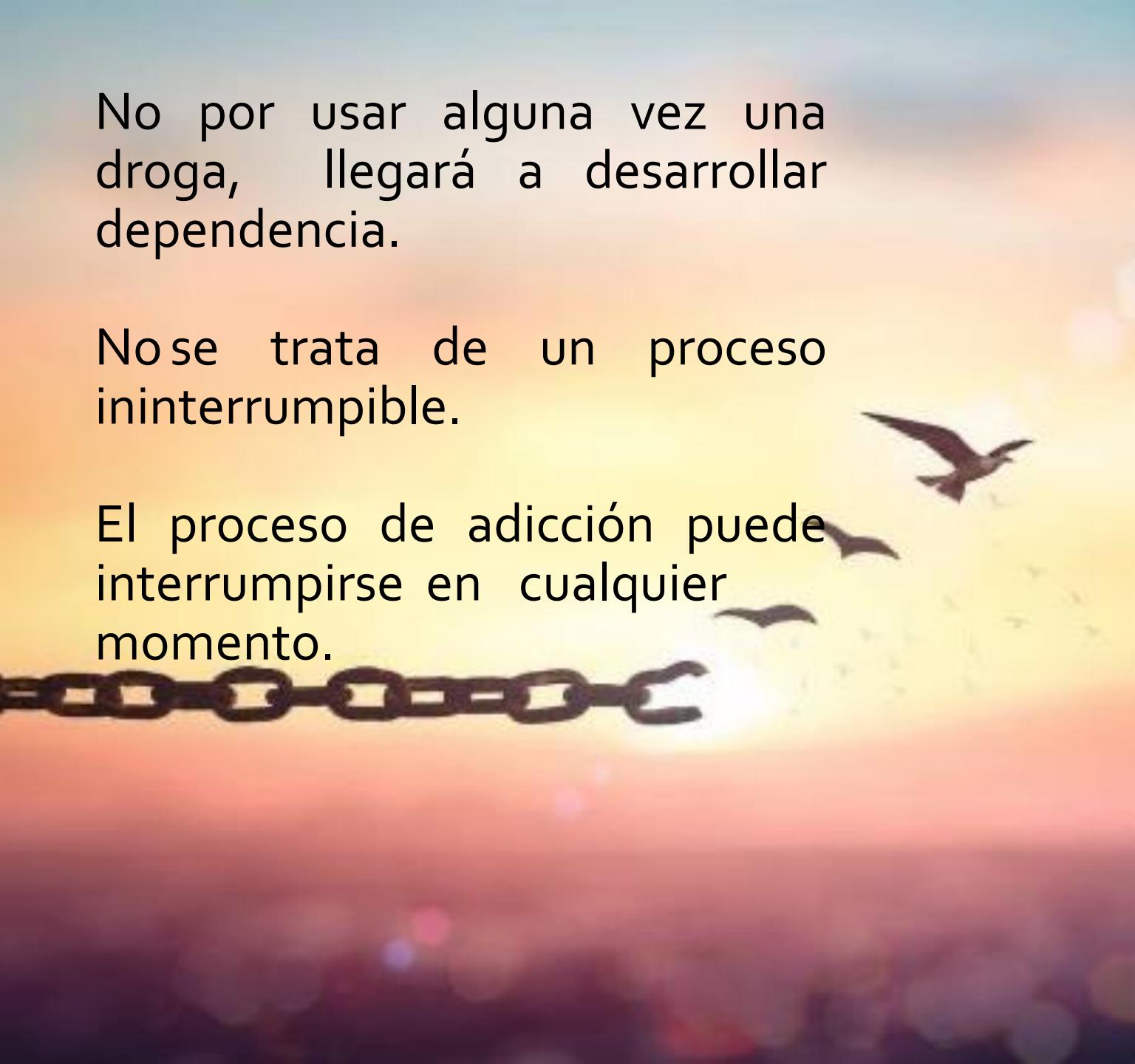
- 1. Fase previa o de predisposición.** Factores de riesgo y protección.
- 2. Conocimiento.** Vinculada a la disponibilidad de la sustancia.
- 3. Experimentación e inicio al consumo.** Relacionada con constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, e intelectuales y académicos.
- 4. Consolidación.** Se da un paso del uso al abuso y a la dependencia. Está en función de las consecuencias positivas y negativas asociadas al consumo.
- 5. Recaída**

Uso

Hábito

Abuso

Dependencia
Adicción



No por usar alguna vez una droga, llegará a desarrollar dependencia.

No se trata de un proceso ininterrumpible.

El proceso de adicción puede interrumpirse en cualquier momento.



Dependencia

Adolescentes

- Todo uso de sustancias se considera abuso.
- El cerebro no ha llegado a completar su maduración.
- La adicción puede aparecer más rápidamente o interrumpir su proceso natural.



Drogas de Inicio

Son aquellas con las que la persona inicia un proceso de consumo.

Las que son aceptadas socialmente, legales y que en general no preocupa el consumo o pasa desapercibido.



Inician con
mariguana
(17.8%)

89.7%
continuaron con
una 2^a droga
(Alcohol 24.2%)

71.9%
continuaron con
una 3^a droga
(Cocaína 19.4%)



Fisiología

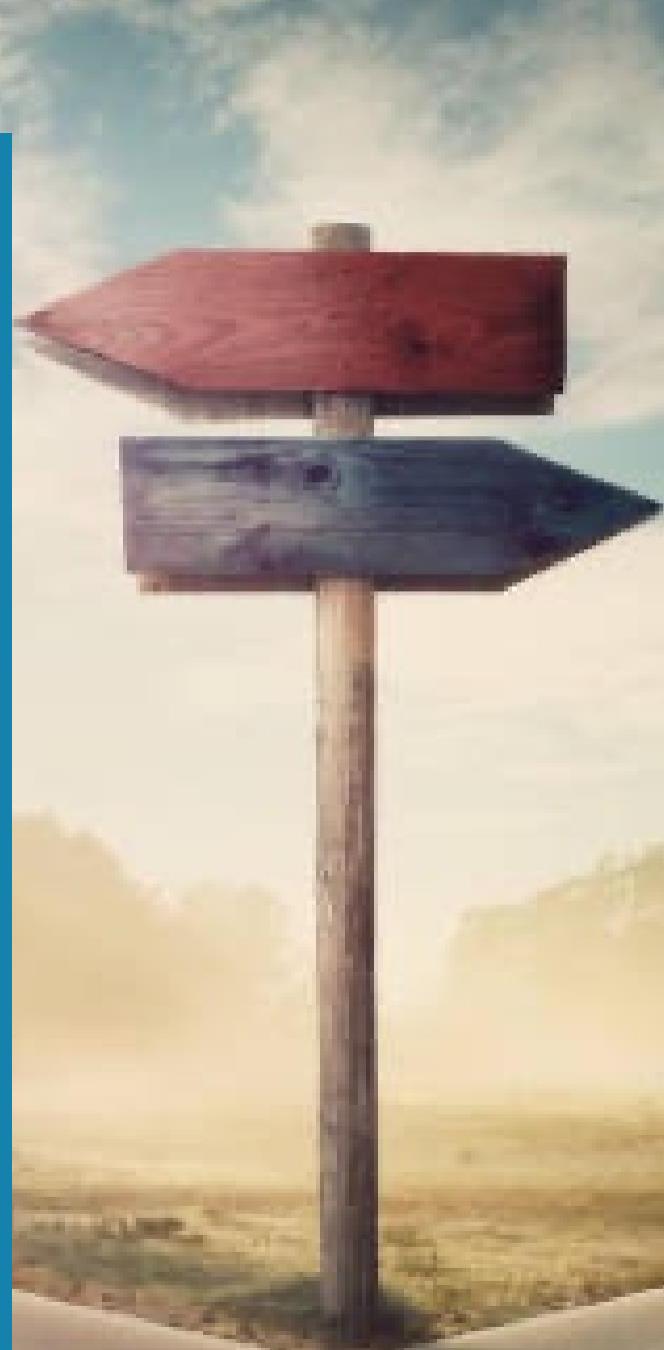


Farmacodinamia

Interacción de la droga con sus receptores en el organismo.

Da como resultado los efectos farmacológicos, fisiológicos y conductuales.

Para producir estos efectos, la droga debe interactuar con receptores especializados en la superficie de las neuronas dentro del cerebro.

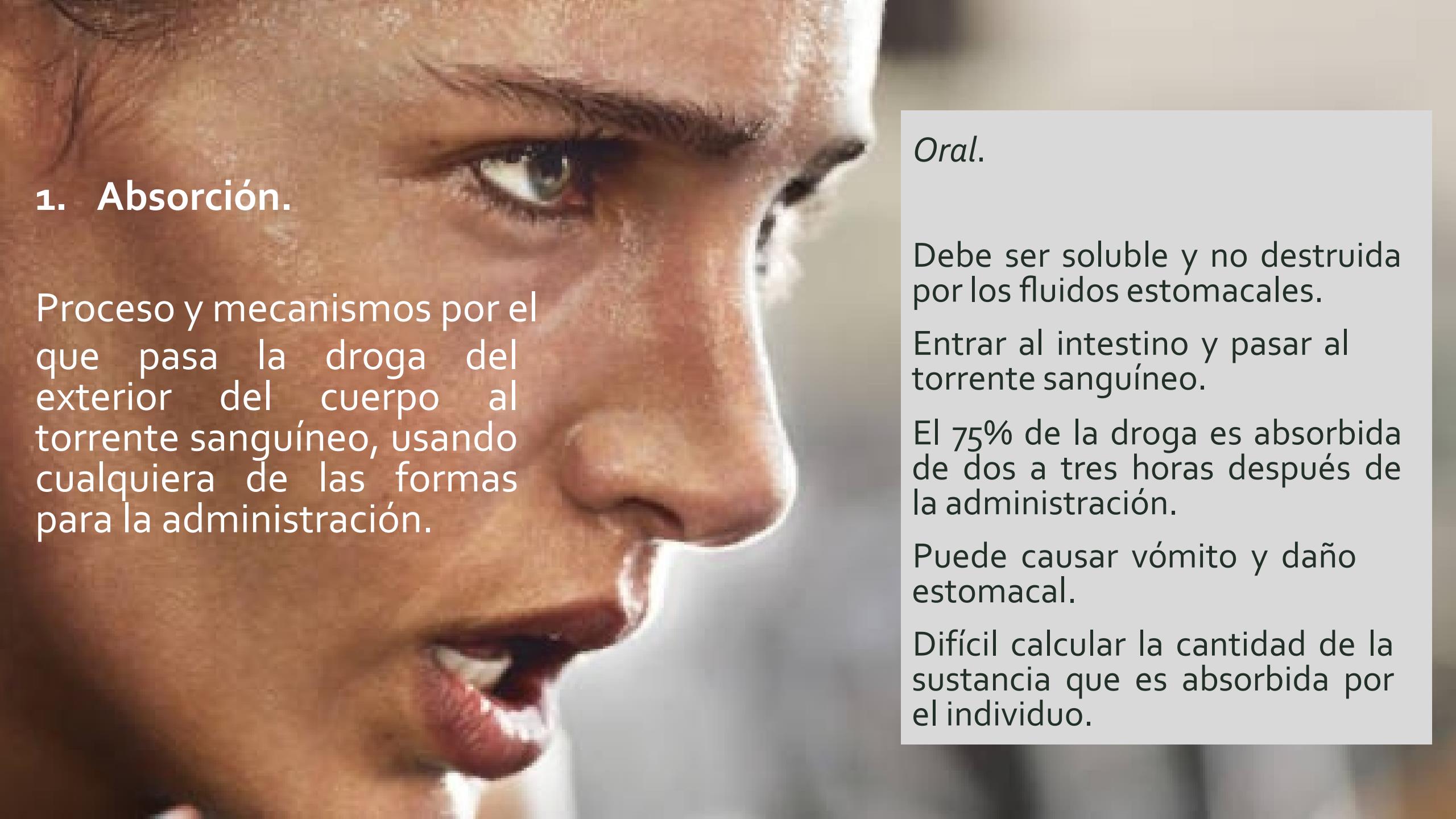


Farmacocinética

Estudio del movimiento de las drogas en el cuerpo (Julien, 2001), se compone de cuatro procesos:

- Absorción.
- Distribución.
- Metabolismo.
- Eliminación.

Describe el tiempo en el que se presentan los efectos y la duración de estos.



1. Absorción.

Proceso y mecanismos por el que pasa la droga del exterior del cuerpo al torrente sanguíneo, usando cualquiera de las formas para la administración.

Oral.

Debe ser soluble y no destruida por los fluidos estomacales.

Entrar al intestino y pasar al torrente sanguíneo.

El 75% de la droga es absorbida de dos a tres horas después de la administración.

Puede causar vómito y daño estomacal.

Difícil calcular la cantidad de la sustancia que es absorbida por el individuo.

Rectal.

Tienen una absorción irregular, impredecible, incompleta y en algunos casos puede irritar las membranas del recto.

Parenteral (Inyección).

Intravenosa, intramuscular y subcutánea.

Respuesta rápida, permite tener mayor control de la dosis administrada.

Periodo de tiempo muy pequeño para reaccionar ante una sobredosis.

Infecciones como hepatitis o VIH.

A través de las mucosas

Cocaína esnifada, descongestionantes nasales, la nicotina en algunas de sus presentaciones y algunas otras.



Inhalación.

Fácil integración a la sangre en sólo unos segundos.

De los pulmones son transportadas en las venas directamente al corazón y de ahí a la aorta y las arterias que van al cerebro.

Efectos mucho más rápidos que a través de la inyección intravenosa.

Dérmica (A través de la piel).

Se absorbe lentamente dentro del torrente sanguíneo.

La droga es lenta, predecible y continuamente liberada.



2. Distribución. Del torrente sanguíneo la droga se distribuye por todo el cuerpo y luego a los sitios de acción o receptores.

Esta distribución causa los efectos colaterales de la droga, diferentes del efecto primario.

3. Metabolismo. La descomposición de la sustancia en metabolitos.

4. Eliminación. Las rutas por las que las drogas pueden abandonar el cuerpo, pueden ser los riñones, los pulmones, la bilis, la piel.



Clasificación de las sustancias adictivas



Efecto en el SNC

Estimulantes

Depresoras

Alucinógenas

Opiodes

Uso

Médico

No Médico

Ley

Legal

Illegal

Origen

Natural

Sintética

Nuevas Sustancias Psicoactivas

Categorías de Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)



Cannabinoides sintéticos

Receptores agonistas de cannabinoides

Efectos similares a los del THC

Mezclados en productos herbarios

Spice, K2, Kronic

Catinonas Sintéticas

Derivados de la catinona, componentes de la planta khat

Efectos estimulantes

Ketamina

Anestésico humano y veterinario

Estimulante en dosis bajas y alucinógeno en dosis altas

Categorías de Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)



Fenetilamina

Sustancias relacionadas con la anfetamina y metanfetamina

Produce efectos estimulantes

Se modifican para crear potentes alucinógenos

Piperazinas

Se venden como éxtasis

Propiedades estimulantes del SNC

Sustancias de Origen Vegetal

Kratom

Planta de Asia

Estimulante en dosis bajas y sedantes a dosis elevadas

Salvia Divinorum

Planta de Oaxaca, México

Alucinógena

Khat

Planta de África

Contiene los estimulantes catinona y catina

Categorías de Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)



Opioides

De origen sintético

Analgesia, Euforia, Tranquilidad

Por su efecto en el SNC



Estimulantes

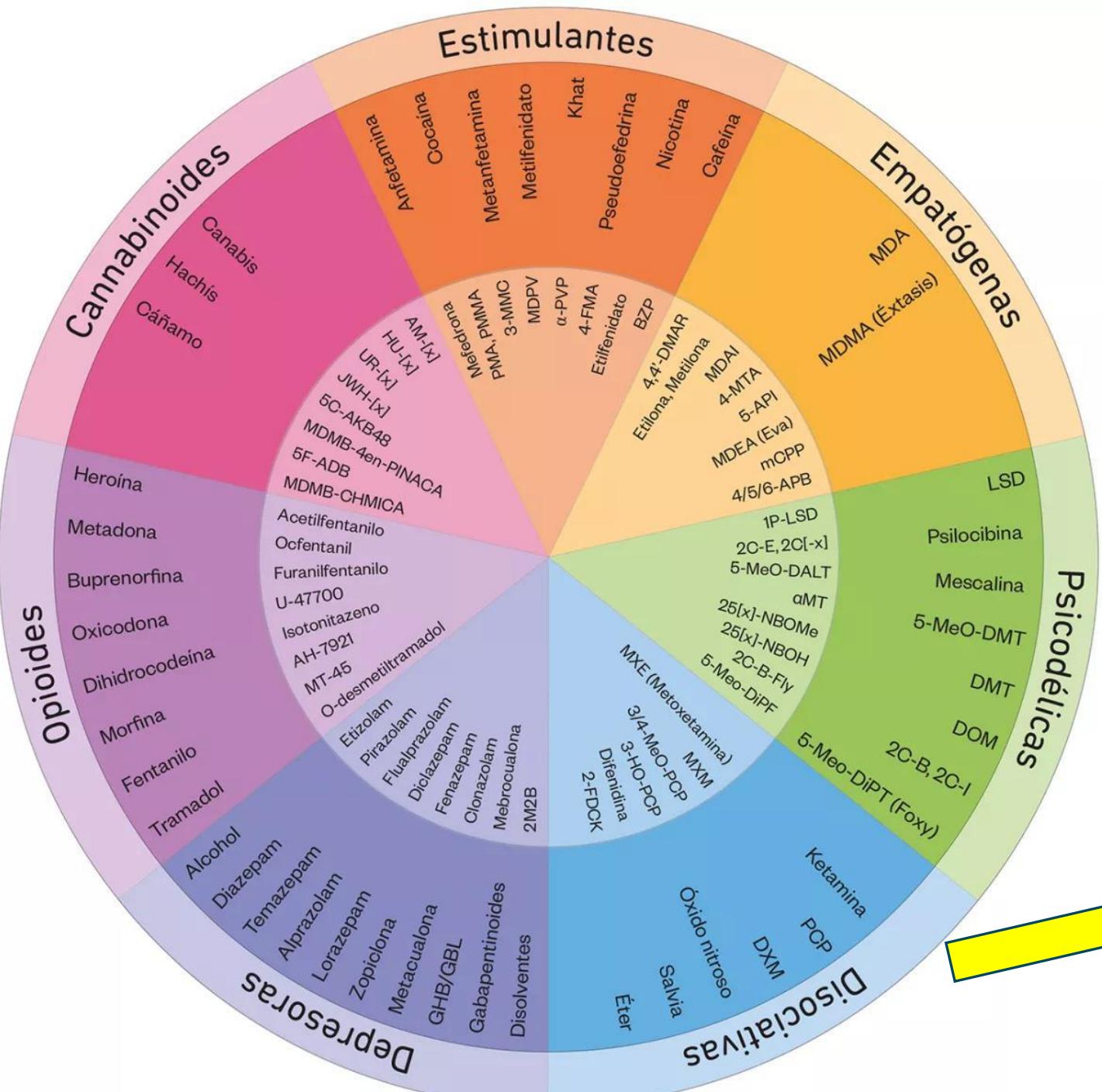
- Cocaína
- Anfetaminas, metanfetaminas y MDMA (éxtasis).
- Nicotina y cafeína.

Depresoras

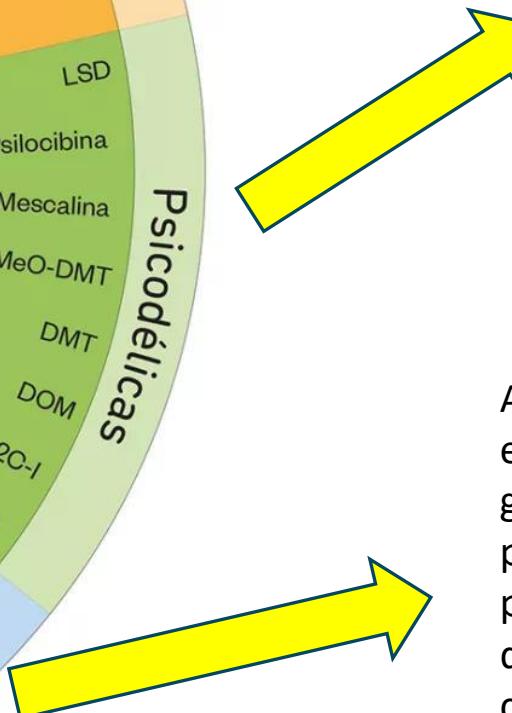
- Alcohol
- Tranquilizantes o sedantes hipnóticos
- Inhalables
- Opioides (morphina, heroína y codeína).

Alucinógenas

- LSD, psilocibina
- Mezcalina (peyote)
- Marihuana



Afectan a la forma en que el cerebro procesa la Serotonin. Pueden provocar visiones vívidas y afectar el sentido de sí mismo de una persona



Afectan al modo en que el cerebro procesa el glutamato. Estas drogas pueden hacer que las personas se sientan desconectadas de su cuerpo y de su entorno.



Las adicciones se dividen en 2 grupos:

- **Adicciones químicas.**
 - **Adicciones comportamentales.**
-
- Juego patológico.
 - Comer compulsivo.
 - Sexo compulsivo
 - Trabajo compulsivo.
 - Compras compulsivas.
 - Adicción a las nuevas tecnologías.



Adicción al Juego



Es la que más atención ha recibido desde los años 80 del siglo XX y sus criterios diagnósticos están en el DSM-IV-TR.

Es la única adicción sin sustancias recogida en el mismo.

En España, la adicción al juego se relaciona sobre todo con las máquinas tragamonedas:

- Fácil accesibilidad
- Apuestas pequeñas
- “Ganancias” proporcionalmente importantes
- Inmediatez
- Manipulación personal de la máquina

La adicción a sustancias

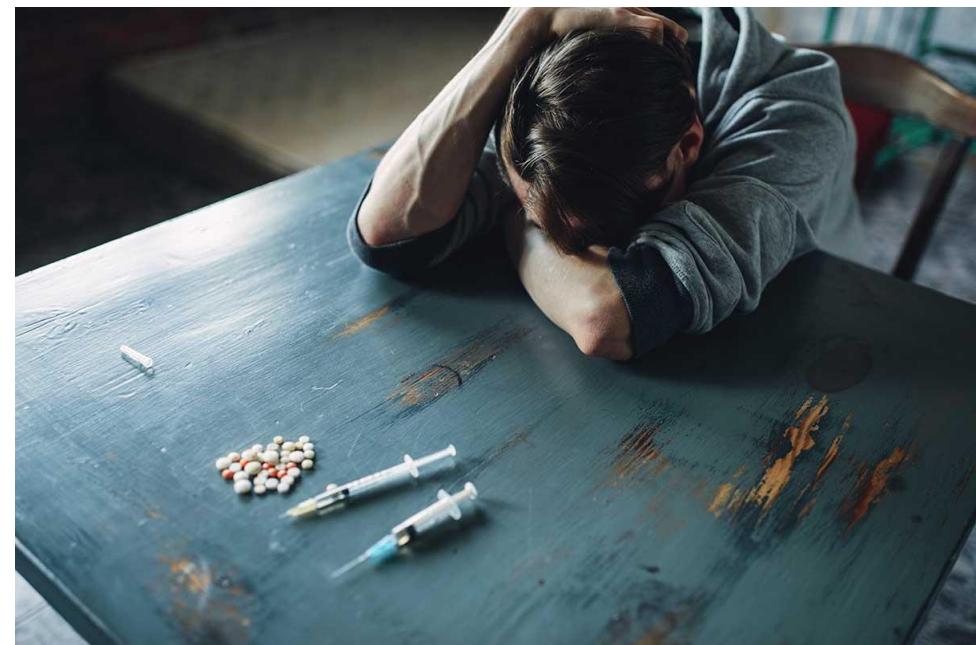
Enfermedad crónica.

Recidivante.

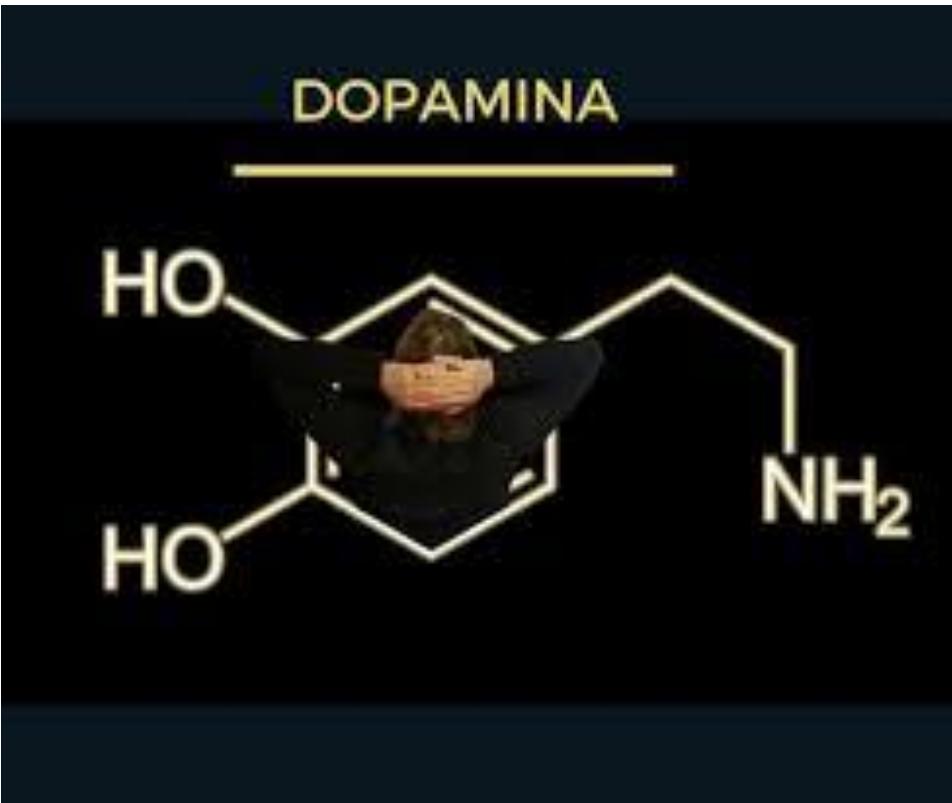
Se caracteriza por la pérdida del control sobre la sustancia.

Pasa a ocupar un lugar preferencial en la vida del individuo.

Se alteran los mecanismos de **control de la conducta**, en especial, el control **motivacional y emocional**.



Fases de la adicción



Inicio del consumo: liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*. Estado de euforia desencadenado por la droga.

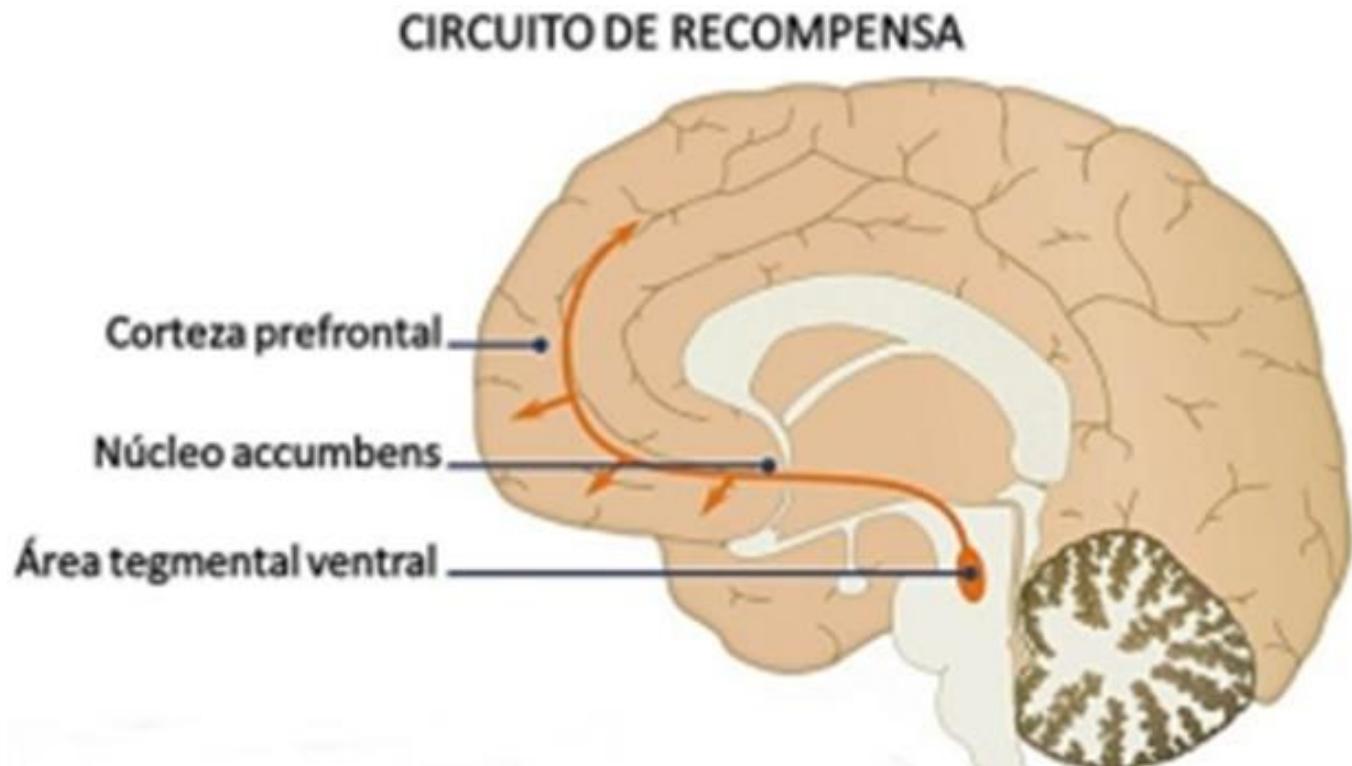
Consumo reiterado de droga: Utilización progresiva de la corteza prefrontal y de sus eferentes glutaminérgicos por parte del núcleo *accumbens*.

Este circuito de recompensa vincula una serie de estructuras cerebrales.

En los mamíferos regula la capacidad de sentir placer.

Motiva a la repetición de comportamientos que son fundamentales para la existencia (como puede ser comer o socializar).

Sistema límbico



Sistema límbico

Ejerce un papel fundamental en los procesos homeostáticos

Regula los procesos emocionales

Organiza los comportamientos motivados (alimentación, comportamiento social o el reproductor)



Círculo de recompensa (o placer)



Desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia.

Círculo cerebral existente en humanos y animales.

Sistema primitivo.

Básico para la supervivencia del individuo y de la especie, de él dependen actividades placenteras como la alimentación, la reproducción y el aprendizaje.

El consumo de sustancias secuestra este circuito del placer.

Drogas y circuito de recompensa

Asociamos estas actividades con el placer o la recompensa.

Las sustancias adictivas estimulan el mismo circuito.

Aprendemos a abusar de las drogas de la misma manera.



Neurotransmisores implicados: Dopamina

El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina



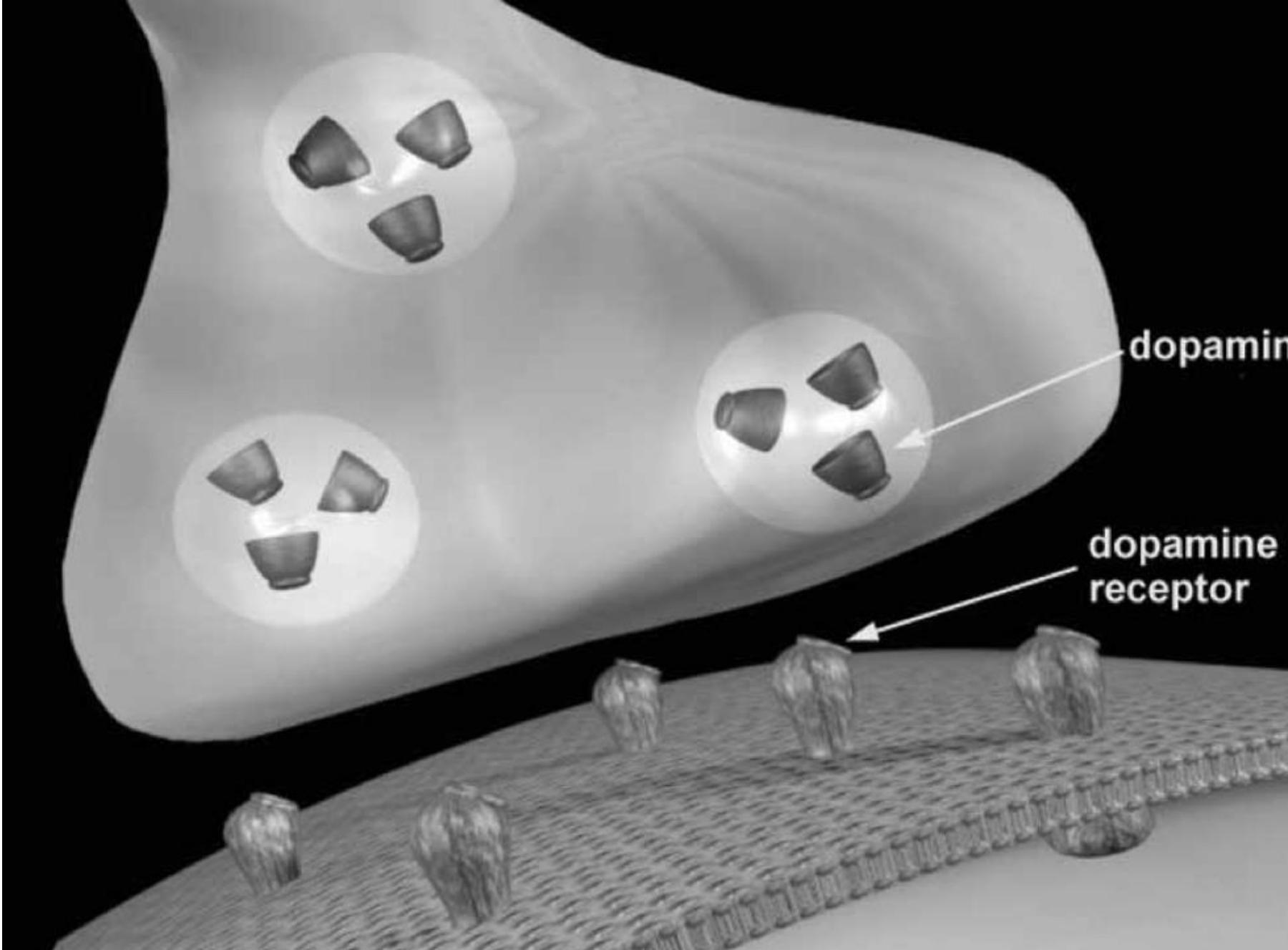
intensificación en la sensación de placer

Pero el consumo crónico ya no produce mayor liberación de dopamina.

Consumidor “anestesiado”, sin vida o deprimido, siendo incapaz de disfrutar de cosas que antes le resultaban placenteras.



Dopamina



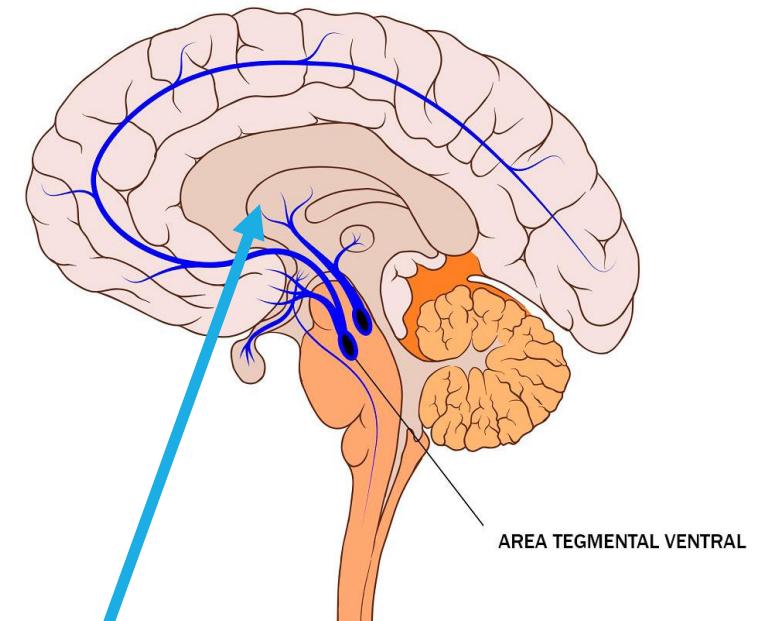
Circuitos alterados en las adicciones

Circuito de Recompensa (Núcleo Accumbens y ATV).

Circuito de Dirección y Motivación (tálamo, corteza orbito frontal y giro anterior del cíngulo).

Circuito de Memoria y Aprendizaje (amígdala e hipocampo).

Circuito de Control de Impulsos (corteza prefrontal y giro anterior del cíngulo).



El giro anterior del cíngulo se encarga de establecer respuestas automáticas y endócrinas de la emoción y de la memoria.



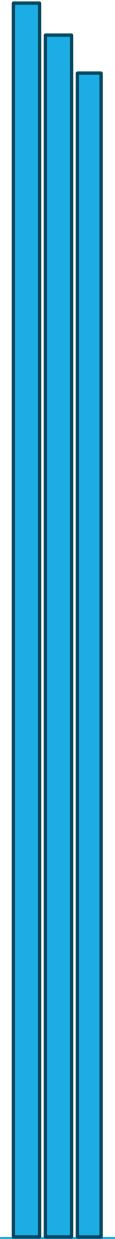
Cerebro y consumo de drogas a largo plazo

La persona dependiente continúa consumiendo una y otra vez para tratar de que su función dopaminérgica regrese a la normalidad.

Este mantenimiento del consumo empeora el problema como un círculo vicioso.

La persona tendrá que consumir mayores cantidades para satisfacer el efecto deseado, es decir, desarrolla tolerancia.

La tolerancia genera cambios profundos en las neuronas y los circuitos del cerebro y se afecta seriamente la salud del cerebro a largo plazo.



Epidemiología de las Adicciones en México



Epidemiología



- Estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades).
- La aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud (OMS).
- Herramienta clave para entender el problema del abuso de sustancias.
- Sirve para desarrollar respuestas.
- Sirve para medir efectividad.
- Influye en la política y en la planeación estratégica.

¿Cuál es la extensión del problema?

¿Quién usa drogas?

¿Cuál es la naturaleza del problema?

¿Cuáles son los costos que se derivan del abuso de sustancias?

¿Cuáles son las tendencias del problema?

¿Cuáles son las causas de los cambios en los patrones de uso?

¿Qué se puede hacer?

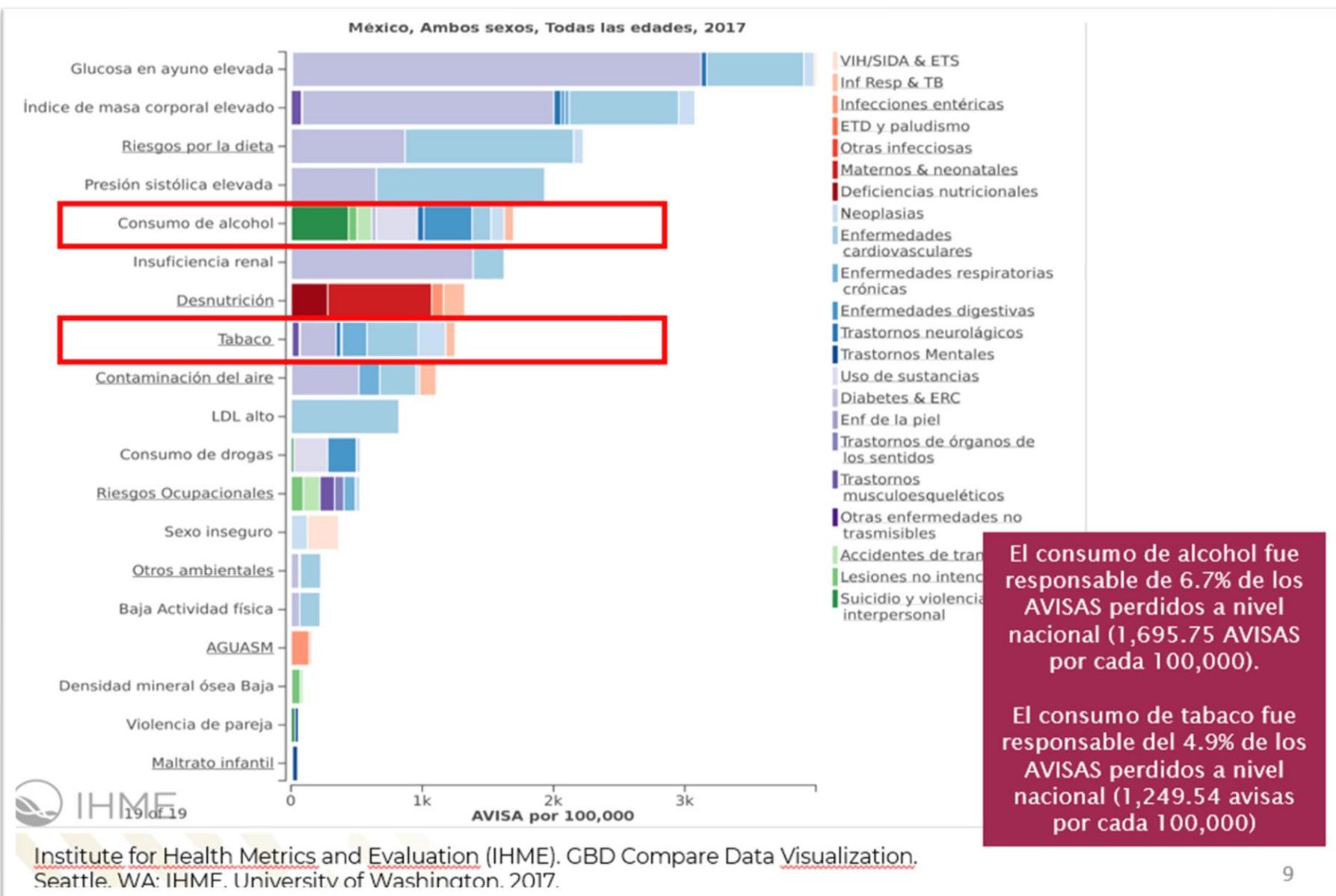
¿Cuál es el impacto de las políticas?



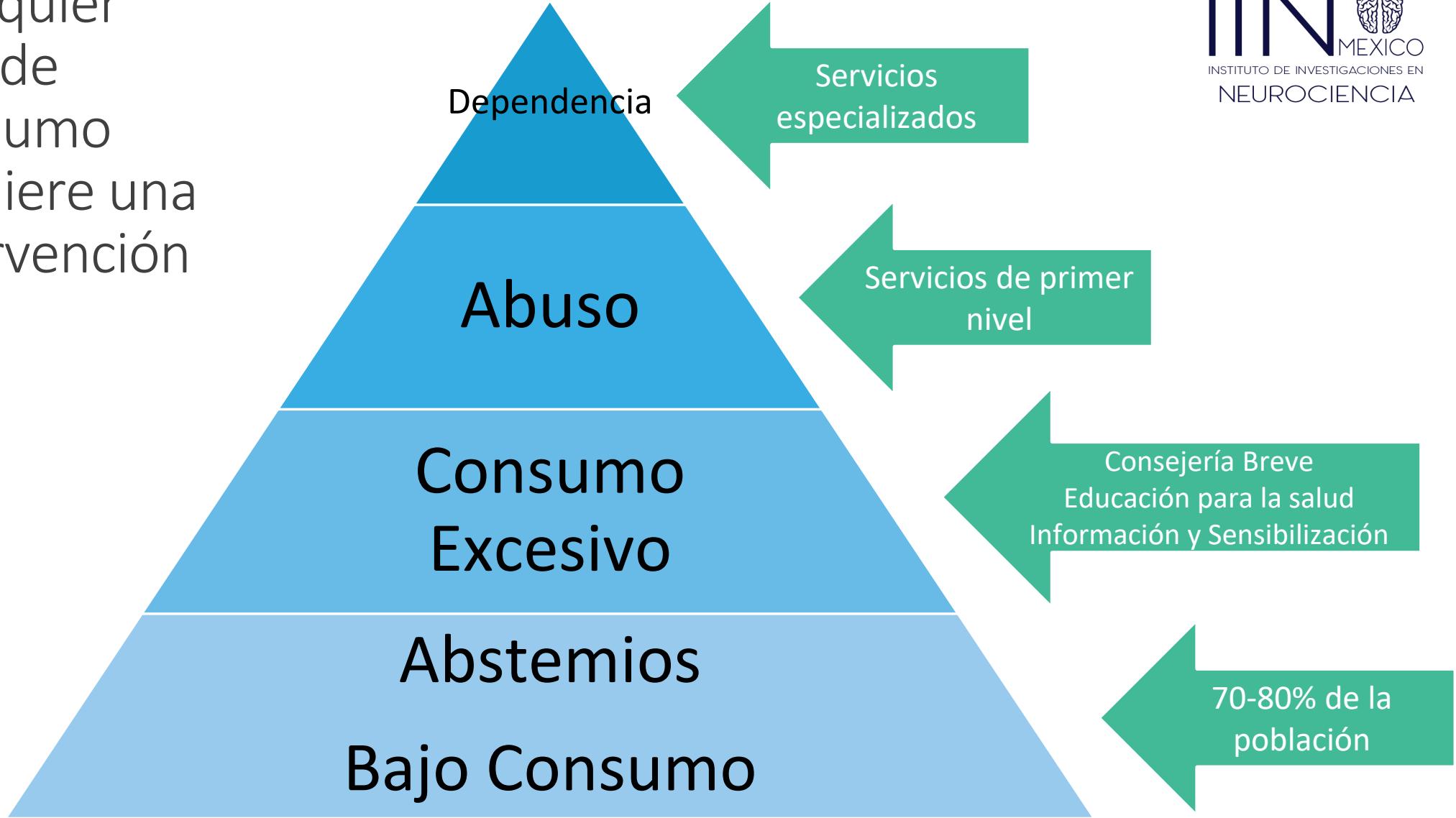


Fuentes de Información Epidemiologica en Adicciones

- Estadísticas de mortalidad
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)
- Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID)
- Registro de casos en tratamiento, Centros de Integración Juvenil (CIJ) y UNEME-CECOSAMA (Antes UNEME-CAPA).
- Estudios en Población Juvenil
- Estudios en Poblaciones marginales, ocultas y de alto riesgo
- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, ENCODAT, ENASAMA)



Cualquier tipo de consumo requiere una intervención



Aumento significativo respecto a la ENA 2011.
Tendencia de crecimiento importante desde 2008 y que continúa en 2011 y 2016.

Figura 1. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de cualquier droga de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.

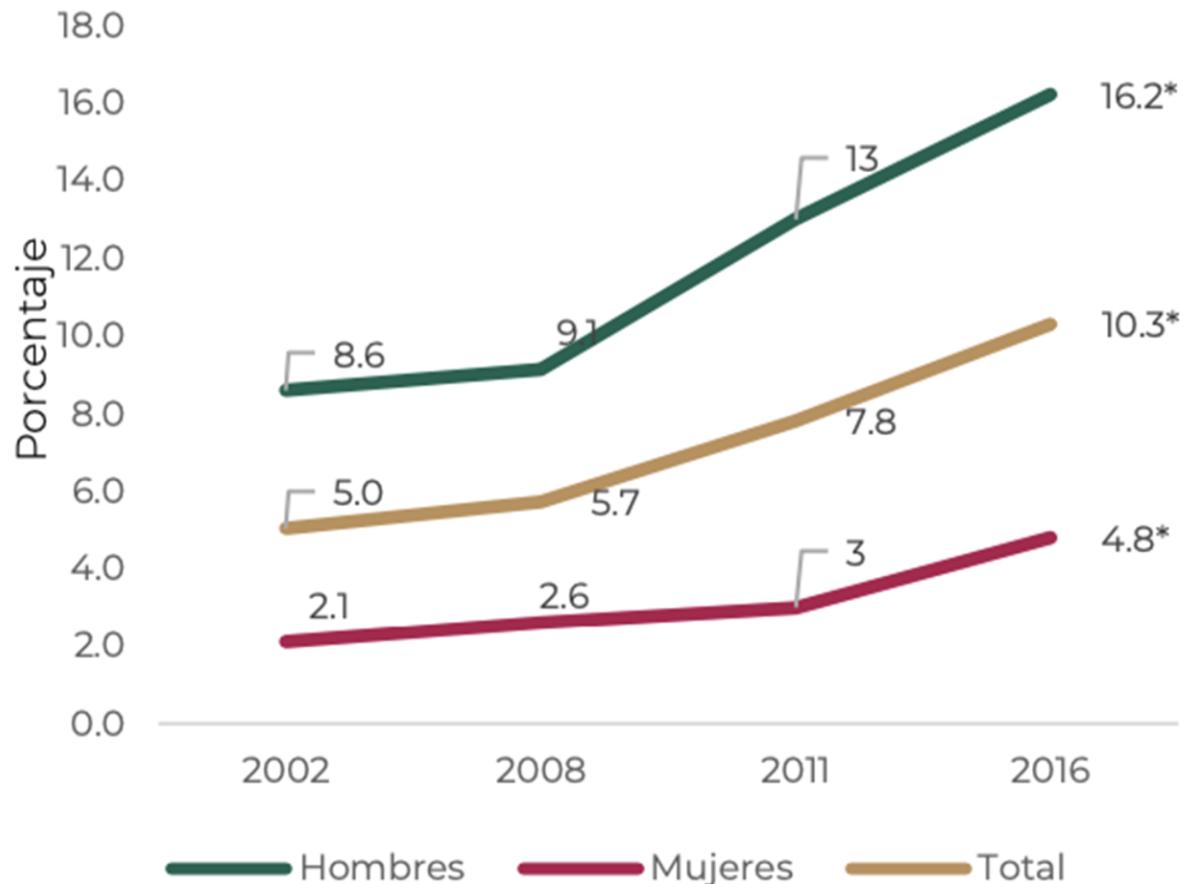
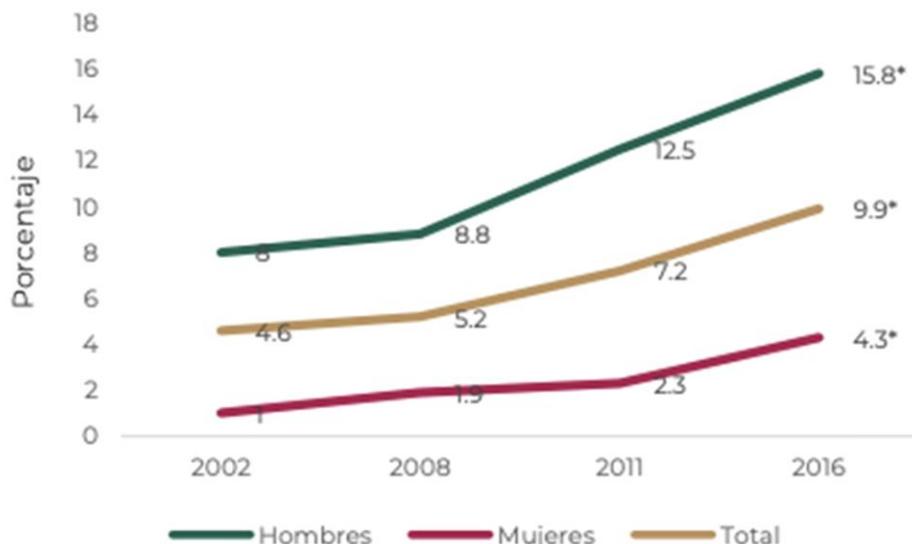


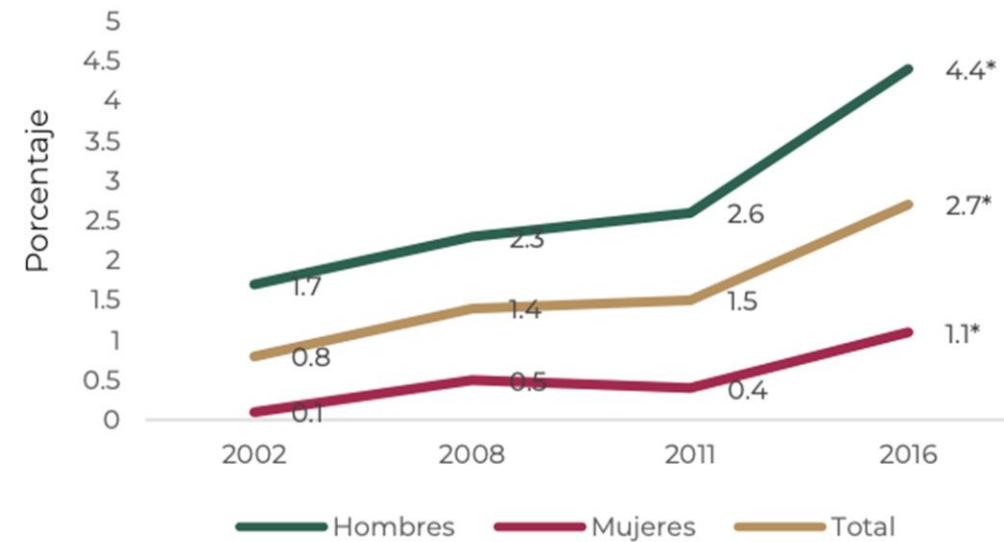
Figura 2. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



* Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017

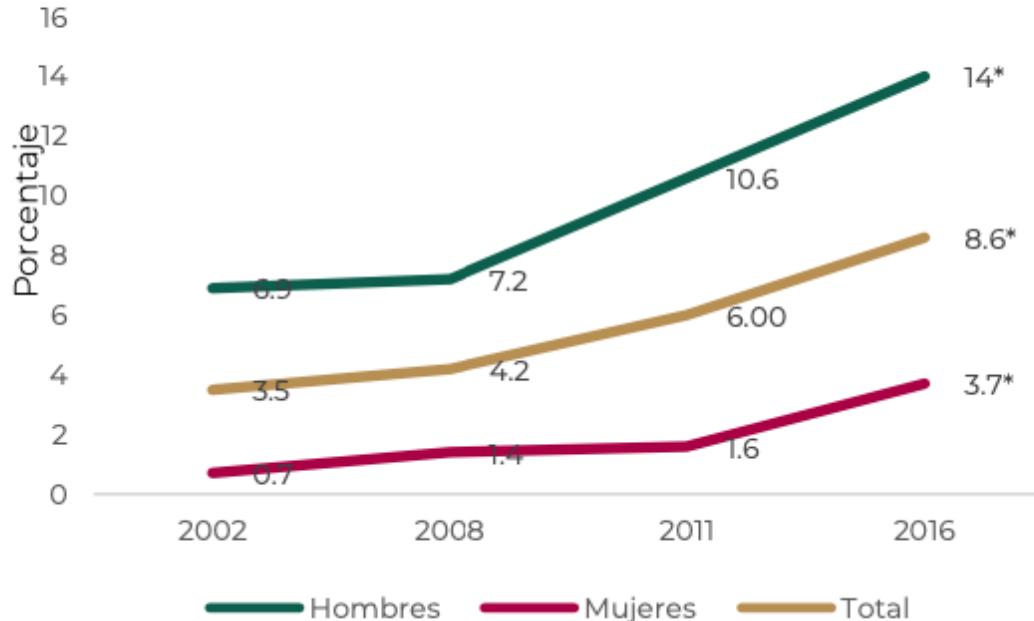
Drogas ilegales alguna vez en la vida presenta tendencia de aumento (4.6% en 2002 a 9.9% en 2016). Tanto para hombres (8 a 15.8%) como en mujeres (1 a 4.3%).

Figura 3. Tendencia de consumo último año de drogas ilegales de 2002 a 2016. Población de 12 a 65 años por sexo.



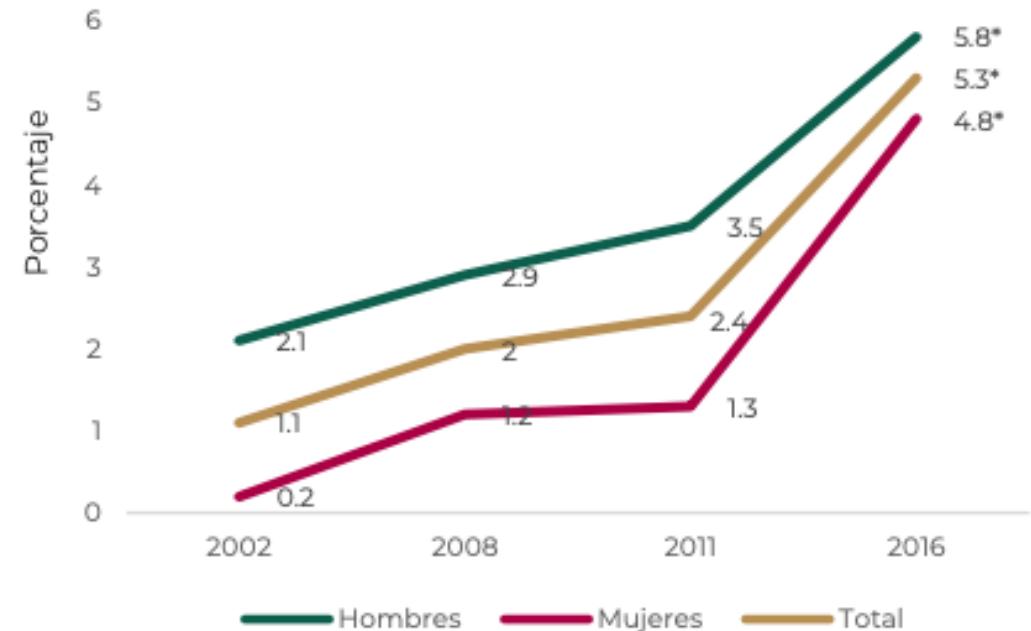
t*Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017

**Figura 9. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de marihuana de 2002 a 2016
Población de 12 a 65 años por sexo.**



- 3.5% en el año 2002 (2 millones 430 mil 285)
- 4.2% en 2008 (3 millones 146 mil 796)
- 6.0% en 2011
- 8.6% en 2016 (7 millones 374 mil 195).

**Figura 10. Tendencia de consumo alguna vez en la vida de marihuana de 2002 a 2016
Población adolescente de 12 a 17 años por sexo.**



- La tendencia de consumo también ha aumentado
- El consumo es mayor en hombres que en mujeres
- La diferencia entre hombres y mujeres es cada vez menor en la población joven.

Droga de impacto (por la que se solicita atención)

Centros de Integración Juvenil, 2018-1



1. Marihuana	38.2%
2. Metanfetaminas	18.5%
3. Alcohol	12.8%
4. Crack	7.6%
5. Tabaco	6.1%
6. Inhalables	5.7%
7. Cocaína	5.2%
8. Tranquilizantes	1.3%
9. Heroína	1.2%
10. Alucinógenos	0.7%
11. Éxtasis	0.3%

Centros Residenciales, 2016



1. Alcohol	39.3%
2. Cristal (metanfetamina)	22.9%
3. Marihuana	14.3%
4. Cocaína	9.4%
5. Inhalables	5.5%
6. Heroína	3.3%
7. Tabaco	2.6%
8. Otras drogas	1.4%
9. Tranquilizantes	0.6%
10. Anfetaminas	0.1%
11. Drogas médicas	0.1%

Fuente: Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas de CIJ, 2018

Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

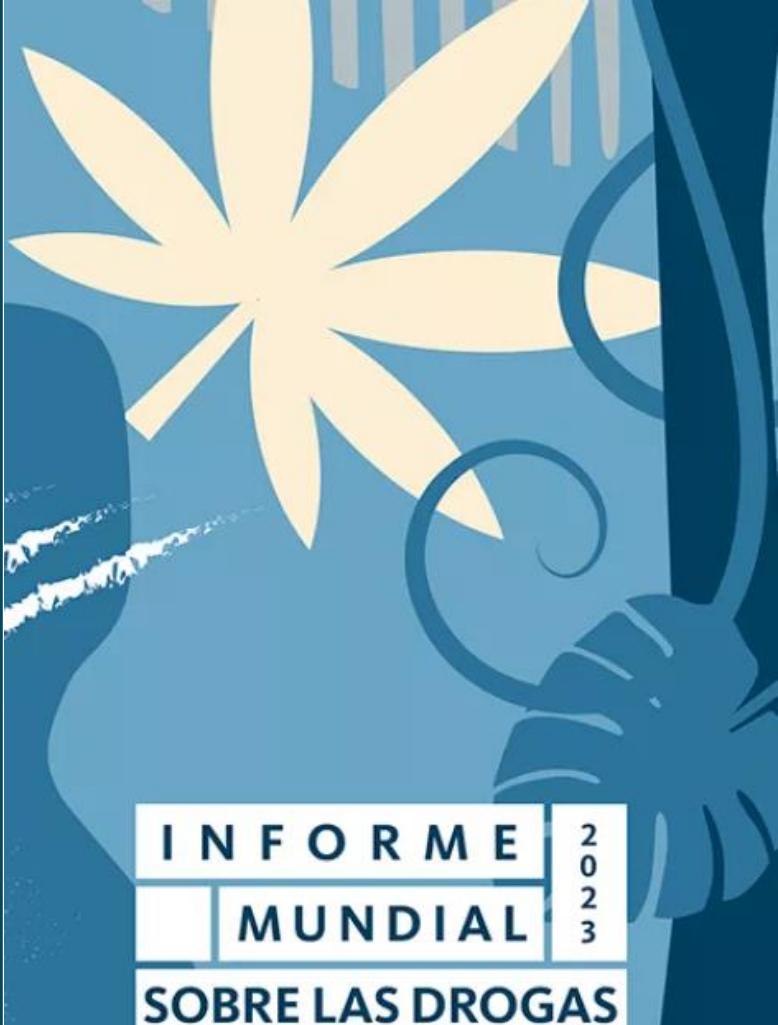


**Advierte sobre la crisis
mientras los mercados de drogas
ilícitas siguen expandiéndose**

**INFORME
MUNDIAL
SOBRE LAS DROGAS**

2023

Advierte sobre crisis a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose



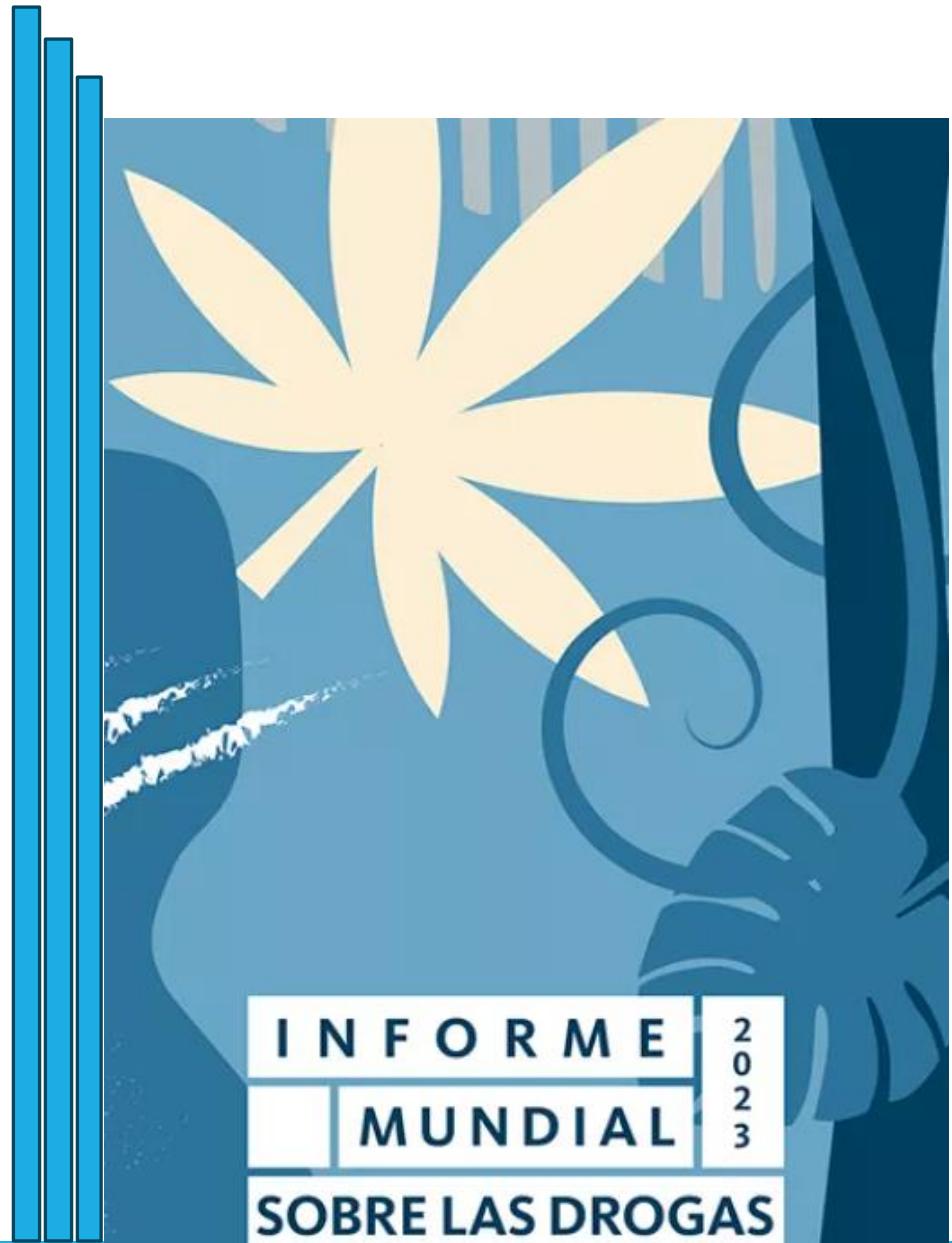
296 millones de personas consumieron drogas
(23% más que en la década anterior)

39.5 millones de personas con trastornos por consumo de drogas (45% más en 10 años).

La oferta de drogas ilícitas sigue registrando cifras sin precedentes.

13.2 millones de personas usaron drogas inyectadas
18% más de lo estimado

Las drogas sintéticas "baratas y fáciles" están cambiando los mercados de la droga con resultados letales.



Aumento de trastornos
por consumo de drogas

La demanda de
tratamientos continúa
insatisfecha
(Una de cada cinco)

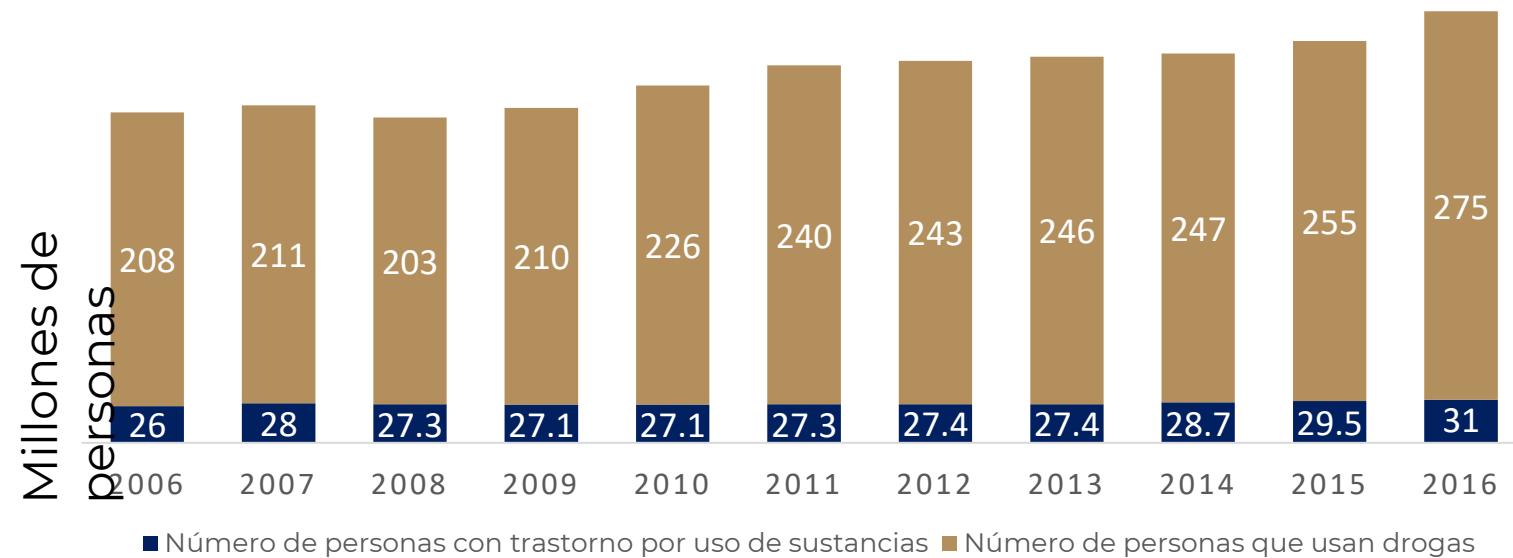
Creciente predominio
de las drogas
sintéticas.

En 2021, 90,000
muertes por sobredosis
relacionadas con
opioides en
Norteamérica.

La cannabis es la droga
de impacto en el 34 %
de las personas que
solicitan tratamiento.

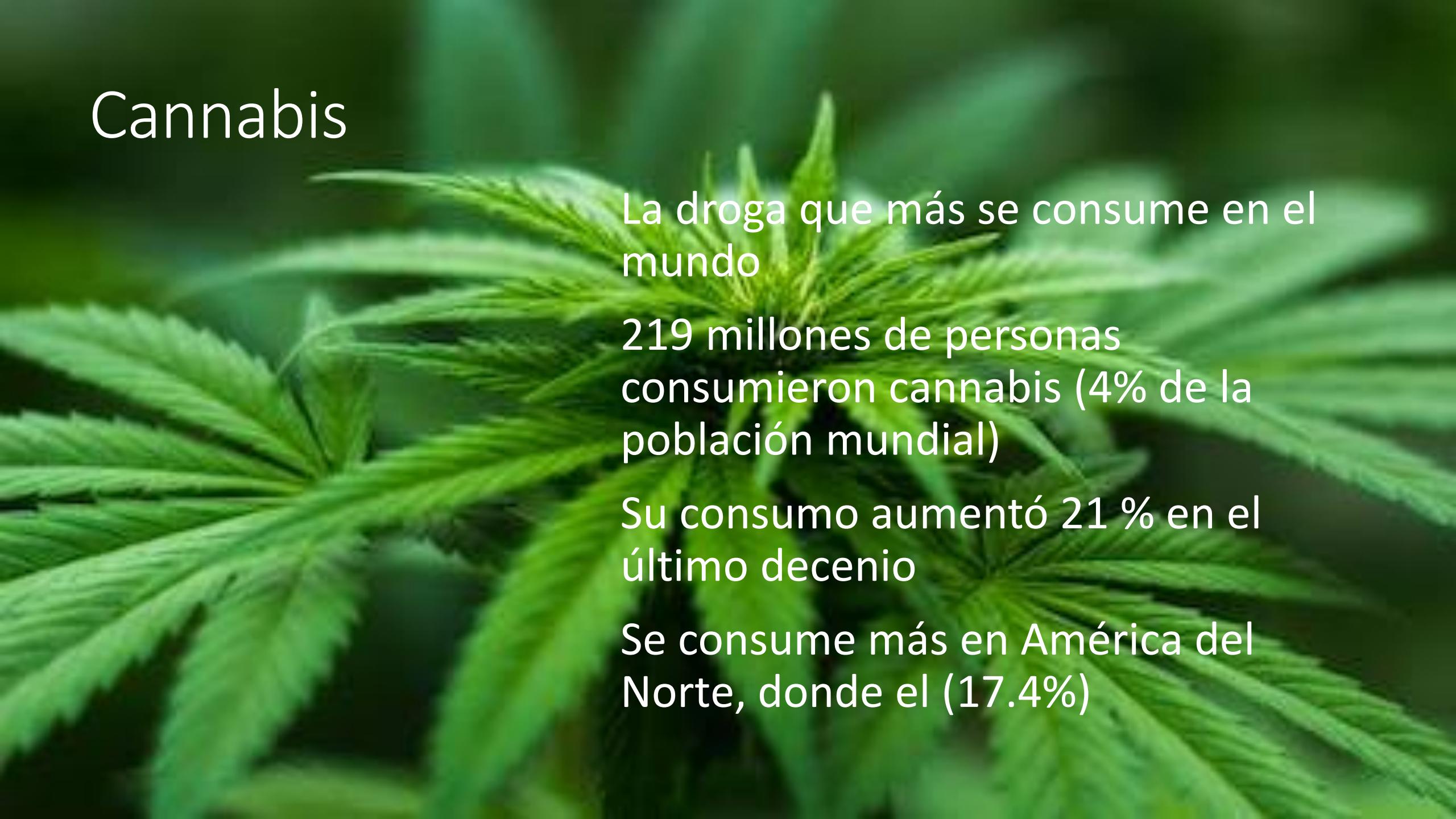
Tendencia mundial de personas que usan drogas

296 millones de personas en el mundo utilizan drogas (5.8% de la población entre 15 y 64 años)



Fuente: Informe Mundial sobre Drogas 2023

Cannabis



La droga que más se consume en el mundo

219 millones de personas consumieron cannabis (4% de la población mundial)

Su consumo aumentó 21 % en el último decenio

Se consume más en América del Norte, donde el (17.4%)

Opioides

A close-up photograph of several dried, brownish-purple poppy pods (capsules) hanging from their stems. The pods are at various stages of dryness, some appearing more shriveled than others. The background is blurred, creating a soft, out-of-focus effect.

60 millones de consumidores
(1.2% de la población mundial).

La mitad residen en Asia
Meridional o Asia Sudoccidental

31.5 millones consumieron
heroína

38 % de las personas en
tratamiento

Es el grupo de drogas más letal.
Causaron dos tercios de las
muertes por drogas.

Cocaína



22 millones de personas consumieron cocaína en 2021 (0.4% de la población mundial)

Las Américas y Europa Occidental y Central siguen siendo los dos principales mercados

La demanda ha aumentado en África y Asia en los últimos veinte años

Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA's)

36 millones de personas consumieron anfetaminas en 2021 (0.7% de la población mundial)

El consumo de anfetaminas aumentó en 2021 y en el último decenio

La prevalencia del consumo y el número de personas que consumen anfetaminas son más elevados en América del Norte

20 millones de personas consumieron sustancias de la familia del éxtasis en 2021 (0.4% de la población mundial)

Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP)



El consumo de NSP es inferior a la de las drogas sometidas a fiscalización internacional

Cannabinoides sintéticos y ketamina son las más consumidas

Podría estar disminuyendo en América del Norte y Europa

A mediano plazo se espera un aumento en Europa Oriental, Asia y África



1,304,100 (5.7%) de adolescentes fumadores

16,124,167 (15.3%)
Millones de fumadores en México

1 millón de muertes en América, 1 muerte cada 34 segundos

1 millon de muertes en personas NO fumadoras

1^a Causa de muerte en el S. XX y XXI

1^a Causa de muerte prevenible en el mundo

1,300 millones de fumadores en el mundo

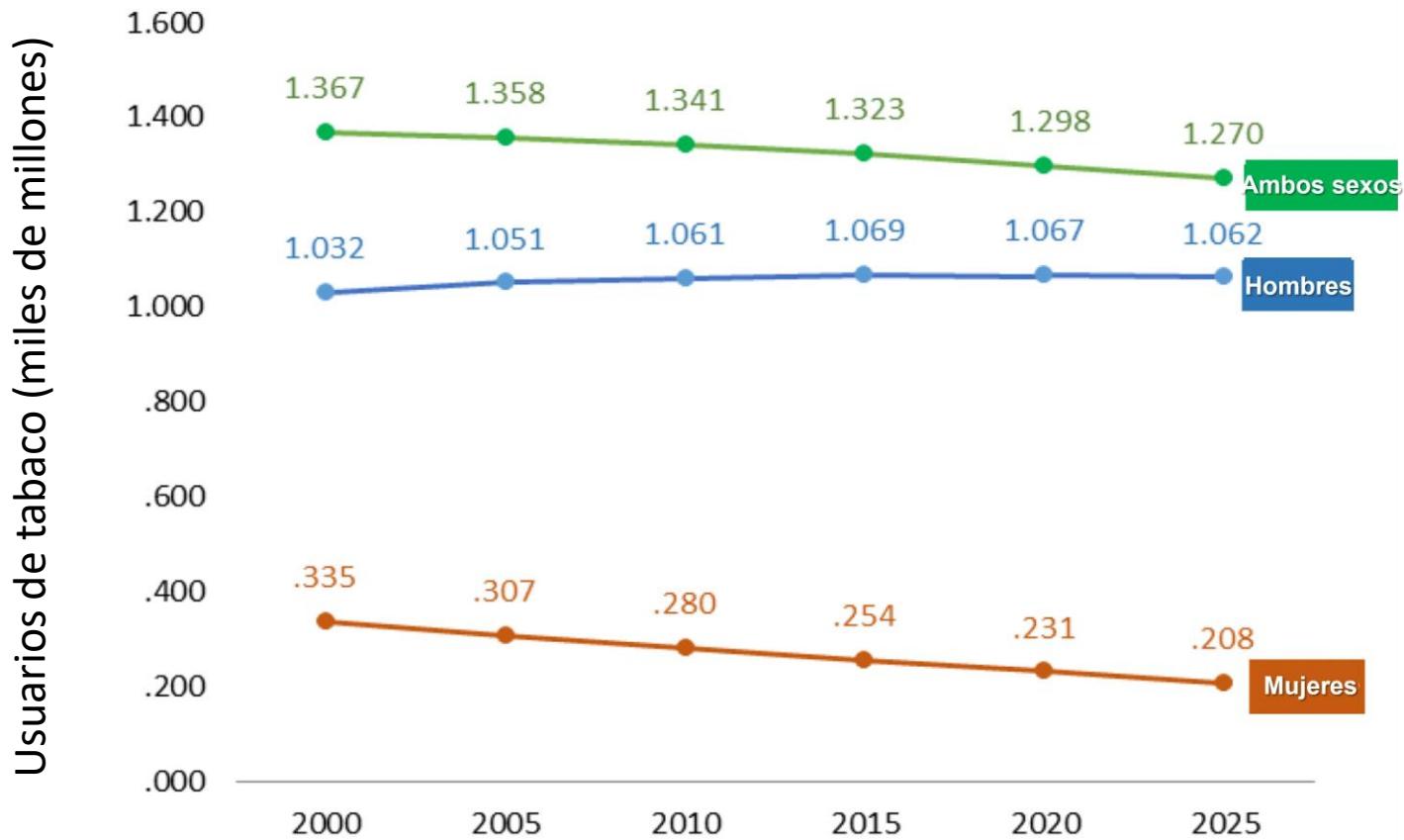
Mata a la mitad de sus consumidores

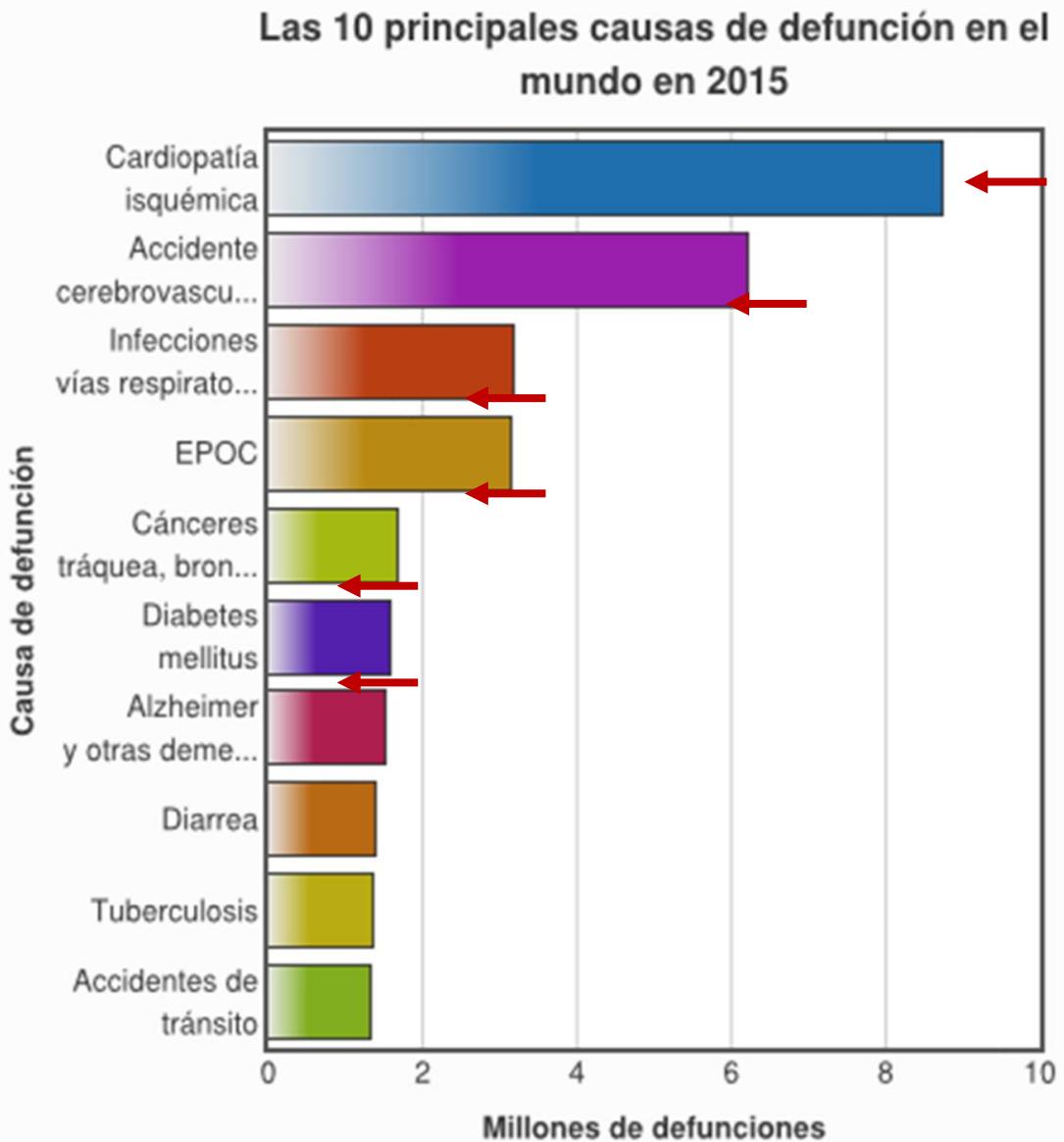
142 millones de consumidores y 122 millones de fumadores en las Américas

8 Millones de muertes anuales

A nivel mundial causa la muerte de una persona cada 6 segundos

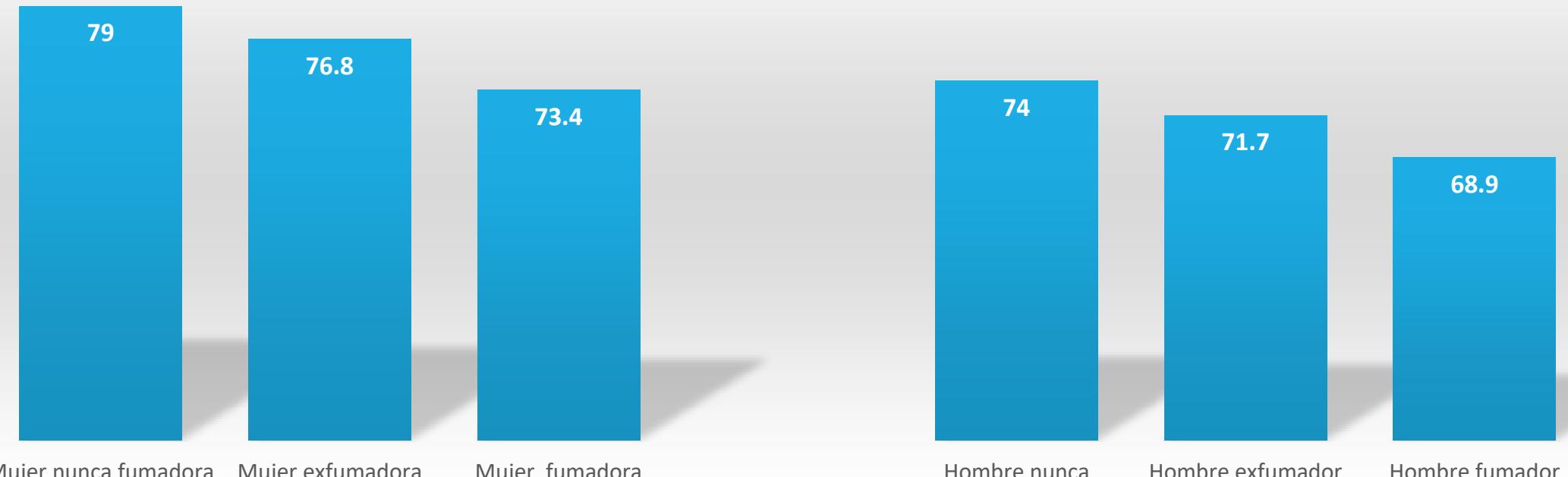
Tendencias en el número mundial de consumidores de tabaco mayores de 15 años





- El consumo de tabaco es un **factor de riesgo** para seis de las ocho causas principales de muerte en el mundo entero.
- Así como para las cuatro **enfermedades no trasmisibles** más prevalentes:
 1. Enfermedades cardiovasculares
 2. Cáncer
 3. Enfermedades respiratorias crónicas
 4. Diabetes.
- **El consumo de tabaco es la causa de muerte prevenible más común en el mundo.**

Esperanza de vida en México en nunca fumadores, exfumadores y fumadores por sexo (años)



Fuentes: cifras actualizadas según la inflación de Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales- Shigematsu LM, Pinto MT, et al. Economic impact of smoking on health systems in Latin America: A study of seven countries and its extrapolation to the regional level. Pan-American Journal of Public Health 2016;40(4):1–9.



Consejería en Establecimientos de Atención a las Adicciones



Consejero en Adicciones

Acompañamiento
durante el
proceso de
rehabilitación.



Ofrece servicios de
persona a persona
“apadrinamiento”

Consejería



Proceso de acompañamiento que facilita el progreso del usuario.

Establece metas y objetivos.

Implementa actividades y ejercicios terapéuticos.

Consejería

Es un proceso colaborativo
Procura la motivación del usuario.
El usuario toma las decisiones de su tratamiento.
La consejera o consejero acepta, aprecia y valora a la persona en su totalidad.



Asertividad

Confidencialidad

Honestidad

Respeto

Amabilidad

Objetividad

Empatía

Tolerancia

Ingreso al Centro de Tratamiento





Ingreso al Centro de Tratamiento

(Lo recomendable)



Valoración médica (no a más de 48 horas de su ingreso)

Valoración psiquiátrica

Valoración psicológica

Valoración de trabajo social



Evaluación Clínica

Edad, sexo, escolaridad

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
 - Laboral
 - Legal y Jurídica
 - Escolar
 - Socioeconómica
 - Etapa de Cambio
- Historial del uso de drogas
- Historial de tratamiento
- Salud física y mental
- Familiar

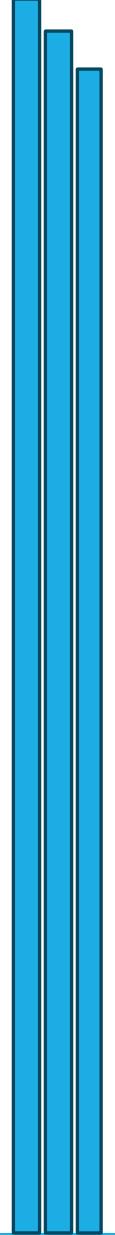
Evaluación Clínica

ENCUADRE

- Informar los derechos y obligaciones que asumen al aceptar la atención que del establecimiento
- Informar sobre las características de la consejería

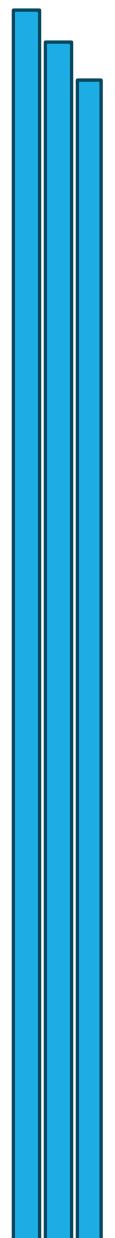
VALORACIÓN

- Aplicar instrumentos para valoración de la severidad
- Informar sobre el ingreso o no
- Identificar disposición al cambio
- Explicar los resultados de la valoración
- Documentar los hallazgos de la valoración



Valoración de la severidad de la Dependencia





El consejero/a debe desarrollar competencias que le permitan:

- Valorar la severidad de la adicción
- Determinar la pertinencia de proporcionar tratamiento residencial
- Identificar la necesidad y las instancias de referencia
- Promover la disposición al cambio
- Elaborar planes de consejería individual, grupal y familiar
- Poner en práctica estrategias y técnicas de consejería
- Fortalecer habilidades para la vida, recursos de afrontamiento y reinserción social
- Cerrar la consejería y establecer el seguimiento

Evaluación Etapas de cambio

Caso 1



Luis es un adolescente que comenzó a asistir al tratamiento porque sus padres lo llevaron, dado que lo sorprendieron bebiendo alcohol y fumando marihuana en su casa.

Al inicio del tratamiento no estaba muy seguro, pero al identificar en qué le convenía y en qué le afectaba consumir, se dio cuenta que podía perder más cosas si continuaba igual.

Evitar problemas en casa y terminar la preparatoria fue su motivación para dejar de fumar.

Pretende lograrlo dejando de estar con quienes consumía, atendiendo sus actividades de la escuela y saliendo a caminar.

Se dio cuenta de que la tristeza era una situación que le hacía fumarla y ahora sabe que cuando se sienta triste debe pensar en ideas que lo hagan sentir mejor, distraerse y platicar con un amigo con quien se sienta en confianza y que lo apoye.

Evaluación Etapas de cambio

Caso 2



Andrés, de 22 años, mantuvo su abstinencia al crack, a la marihuana y al rohypnol durante un año tras asistir a tratamiento.

Su novia también se había recuperado, pero juntos comenzaron a beber alcohol, primero en pequeñas dosis y luego en mayores cantidades.

Un día tomó 20 copas de alcohol, no había comido y estaba muy enojado, comenzó a marearse y su visión no era clara; entonces cruzó la calle y fue atropellado.

Después del accidente decidió volver a tratamiento y analizar qué era lo que había pasado.

Evaluación Etapas de cambio

Caso 3

Susana es una mujer joven que comenzó a beber alcohol desde los 15 años.

Ahora que tiene 37 comienza a experimentar algunos problemas con su pareja por su forma de beber.

Seguido llega tarde a casa y se gasta en esas salidas el dinero de la semana. Todo eso le ha hecho pensar que necesita cambiar, aunque no está muy segura.

Su pareja le consiguió el teléfono de un terapeuta especializado en problemas de consumo.

Susana hizo una cita y asistió en dos ocasiones y dejó de ir porque no estaba segura de que fuera el momento indicado.

Evaluación Etapas de cambio

Caso 4



Juan asistió a tratamiento durante varios meses, alcanzando la abstinencia al alcohol y a las anfetaminas.

Logró enfrentar con éxito las situaciones de riesgo como fiestas, reuniones familiares y cuando se sentía decaído.

Retomó sus relaciones familiares y sociales; actualmente practica fútbol y cuando se siente deprimido platica con su familia y amigos.

Asiste regularmente a sus consultas de seguimiento y toma sus medicamentos antidepresivos.

Evaluación Etapas de cambio

Caso 5

María consume crack desde hace seis años aproximadamente, dos piedras sólo cuando va a fiestas.

Desde que comenzó a consumir dice que no ha tenido ninguna consecuencia negativa.

Cuando habla de su consumo comenta lo estimulante que es y lo bien que la hace sentir. Incluso cuando su consumo implica una inversión de dinero, tal situación no representa un problema para ella.

Su hija adolescente le ha expresado preocupación porque la ve desesperada y su humor cambia, pero María afirma que puede dejarlo cuando ella quiera.



Manejo de la consejería en ingresos involuntarios

La NOM-028-SSA2-2009 estipula que los establecimientos de ayuda mutua solamente pueden realizar ingresos voluntarios.

Los mixtos y profesionales pueden llevar a cabo ingresos voluntarios, involuntarios y obligatorios.

En ingreso voluntario: Consentimiento Informado para mayores de edad o menores de edad, Hoja de Ingreso y el Registro de Ingresos



Manejo de la consejería en ingresos involuntarios

El usuario representa un peligro grave para sí mismo o para los demás o no se encuentra en condiciones de tomar decisiones

El consejero debe integrar en el expediente clínico:

1. La indicación por parte de una autoridad médica que señale la necesidad de internamiento (El médico del establecimiento tiene la facultad de firmar la indicación médica).
2. La solicitud de internarlo por parte de un familiar responsable, tutor o representante legal.
3. El responsable del establecimiento notifique el ingreso involuntario al Ministerio Público en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la admisión.

Ingreso involuntario (atención urgente)

- Nunca utilizar agresión física ni verbal
- Evitar gestos o palabras que pudieran intimidar al usuario
- Informar sobre conductas inadmisibles establecidas en el reglamento del establecimiento
- Procurar el bienestar del usuario
- Exponer la intención de lograr un entendimiento a través del diálogo
- Actuar en equipo



Manejo de la consejería en ingresos involuntarios

El familiar firmará el consentimiento informado para menores de edad o solicitud de ingreso involuntario.

El establecimiento proporciona el servicio de desintoxicación:

- Preservar su vida y/o estabilizar sus signos vitales
- Recuperarse física y mentalmente
- Reestablecer la tranquilidad, estado emocional, claridad de ideas y atención

Para brindar el servicio de **Desintoxicación** se requiere contar con el personal y el equipo médico especializado.

Posterior a la desintoxicación se procederá al ingreso al establecimiento.



Viabilidad de brindar atención en el establecimiento

Valorar si la problemática, necesidades, perfil, los recursos terapéuticos y la infraestructura son los idóneos para que sea atendido en dicho establecimiento.

Garantizar una atención integral de calidad y la satisfacción de sus necesidades.

Para cumplir con el objetivo de identificar la viabilidad de brindar atención en el establecimiento, el consejero realizará una valoración que tiene dos componentes: **pre selección y valoración inicial o de admisión.**

1. Pre-selección

Confirmar o descartar la posibilidad de que el usuario necesite ser ingresado en el establecimiento residencial.

Criterios de exclusión:

- Presencia de un cuadro psicótico
- Que no exista dependencia.
- Otra problemática (alimenticios, ludopatía, violencia, situación de calle).
- No se cumplen las características de los criterios de ingreso (sexo, edad).
- No se cuenta con el personal capacitado o infraestructura.
- Se rebasan las condiciones físicas o de recursos humanos del establecimiento.

2. Valoración inicial o Admisión:

Identificar las características y alteraciones asociadas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Preselección:

- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)
- Síntomas de psicosis (SCL-90R)
- Inventario de síntomas de ansiedad (Beck: BAI)
- Inventario de síntomas de depresión (Beck-BDI)

Admisión

- Entrevista inicial
- Satisfacción de vida

Expediente clínico

- Documentos organizados de todas las acciones realizadas.
- Tiene carácter legal, es confidencial y refleja todo el procedimiento del proceso terapéutico.
- Solamente se puede compartir información por requerimiento de autoridades judiciales y de órganos de procuración de justicia y sanitarias.
- La NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, establece su obligatoriedad.
- Registro de los avances más significativos del proceso de consejería.
- Mide el desempeño, las omisiones o deficiencias del equipo multidisciplinario.
- Es la evidencia del trabajo terapéutico.

DATOS GENERALES

Fecha: _____ No. de expediente: _____

Nombre completo: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Dirección completa: _____

Teléfono (s): _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Salario mensual: _____

Tiempo trabajando en el empleo actual: _____

Si se encuentra desempleado actualmente, ¿Cuánto tiempo lleva así? _____

¿Depende económicamente de alguien? Si () No () ¿De quién? _____

¿Alguien depende económicamente de usted? Si () No () ¿Quién o quiénes? _____

Personas con las que vive: _____

¿Tiene pareja?: _____ Tiempo de relación: _____

Nombre de la persona responsable: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS

1. Consumo durante el último año:

TIPO DE SUSTANCIA	Consumo 1 = No 2 = Si	FORMA DE CONSUMO 1 Ingerida 2 Inyectada 3 Fumada 4 Inhalada 5 Otras	FRECUENCIA DE DÍAS DE CONSUMO (SEMANAL)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MÁS FRECUENCIA (POR OCASIÓN)	EDAD DE INICIO DEL CONSUMO
Alcohol					
Marihuana					
Cocaina					
Heroína					
Metanfetaminas -Anfetaminas					
Inhalables					
Alucinógenos					
Drogas de diseño					

10. De las siguientes situaciones de la vida diaria, ¿cuáles son las que más lo llevan a consumir? Ordénelas del 1 al 8, de acuerdo al tipo de situación que con más frecuencia le ocasiona consumir, siendo 1 la más frecuente y 8 la menos frecuente.

SITUACIÓN QUE CON MÁS FRECUENCIA LE OCASIONA CONSUMIR	NÚMERO (1 al 8) 1 = MÁS FRECUENTE 8 = MENOS FRECUENTE
1. Emociones desagradables (triste, ansioso, preocupado, etc.)	
2. Por alguna enfermedad	
3. Emociones agradables (feliz, contento, satisfecho, etc.)	
4. Necesidad física (síndrome de abstinencia, que su cuerpo necesite la sustancia)	
5. Probando autocontrol (ponerse a prueba, sentir que puede controlar y parar su consumo)	
6. Conflictos con otros (pleitos o problemas con alguna persona)	
7. Momentos agradables con otros (disfrutar de la compañía de otras personas)	
8. Presión social (cuando otras personas lo invitan a consumir)	



DISPOSICIÓN AL CAMBIO

12. ¿Cuánto es el mayor tiempo que se ha propuesto y ha logrado no consumir alcohol/drogas? (mayor periodo de abstinencia). Si nunca se ha abstenido, marque "0".

13. ¿Cuándo ocurrió? (mes y año)

14. ¿Por qué se abstuvo en esa ocasión y qué hizo para mantenerse sin consumir?

SITUACIÓN SOCIAL - FAMILIAR

23. ¿Quiénes integran su familia (con la que se tiene mayor contacto)?

ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

42. ¿Cuánto tiempo le dedica a consumir sustancias y qué actividades ha dejado de hacer por consumir? _____

43. ¿Qué actividades de diversión o entretenimiento que usted realiza están relacionadas al consumo de alcohol/drogas?

SITUACIÓN LABORAL

44. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado del consumo de alcohol/ drogas? (De 0 a 365 días)

SALUD MENTAL Y FÍSICA

46. Durante el último mes, ¿ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?

- (1) No _____ (2) Sí _____

47. En caso afirmativo, durante el último mes, ¿ha intentado suicidarse?

- (1) No _____ (2) Sí _____

48. ¿Alguna vez en la vida ha intentado suicidarse?

- (1) No _____ (2) Sí _____

49. ¿Presenta alguna enfermedad o padecimiento físico y/o mental?

- (1) No _____ (2) Sí _____ ¿Cuál? _____

50. ¿Esta enfermedad o padecimiento físico fue derivada del consumo de sustancias?

- (1) No _____ (2) Sí _____

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

56. A continuación se enlistan una serie de problemas que pueden estar relacionados con el consumo de alcohol/drogas en los últimos 12 meses, mencione ¿cuáles de ellos le han pasado y qué tanto le afectan?:

ÁREA	EJEMPLOS	¿LO HA PRESENTADO EN EL ÚLTIMO AÑO? 0 = No 1 = Si	¿QUÉ TANTO LE HA AFECTADO EN SU VIDA? 0 = Nada 1 = Poco 2 = Regular 3 = Bastante
1. SALUD FÍSICA	Alteraciones en el ritmo cardíaco		
Problemas en la circulación	Presión arterial (baja o elevada)		
	Insuficiencias cardíacas		
	Infarto		
	Várices esofágicas (se hacen más anchas las venas del esófago)		
	Otro:		

57. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol/ drogas?

(1) No, nunca. _____ (2) Sí. _____

58. ¿Cuáles y cuántos tratamientos ha recibido?

TIPO DE TRATAMIENTO	ALCOHOL	DROGAS	¿HACE CUANTO TIEMPO?	¿LO CONCLUYÓ?	EN CASO NEGATIVO ¿CUÁLES FUERON LAS RAZONES?
Centro de desintoxicación					
Tratamiento de consulta externa (ayuda mutua, profesional, mixto, alternativos o religiosos)					
Internamiento (ayuda mutua, profesional, mixto, alternativos o religiosos)					
Tratamiento médico					
Tratamiento psiquiátrico					
Tratamiento psicológico					
Otro:					

60. ¿Cuáles son sus metas para el futuro?

AREA DE VIDA	METAS
1. Consumo de Drogas	
2. Salud Física (alimentación, ejercicio físico, sueño)	
3. Trabajo / escuela	
4. Manejo del dinero	
5. Relaciones familiares o matrimoniales	
6. Situación Legal	
7. Vida Emocional	
8. Comunicación	
9. Social/Recreativas (relación con amigos y actividades de diversión y entretenimiento)	
10. General	

Ejercicio Entrevista



- Datos personales (Edad, sexo, escolaridad)
- Datos Sociodemográficos
- Motivo de Consulta
- Disposición al cambio
- Historial del uso de drogas
- Historial de tratamiento
- Salud física y mental
- Familiar
- Laboral
- Legal y Jurídica
- Escolar



PREGUNTAS

Preguntas abiertas

Actitud facilitadora

Resumir información

Entender prioridades

Expresar comprensión

Reflexionar y legitimar

Apoyar, establecer una alianza



Y RESPUESTAS

Técnicas para recabar información

EVITA

Calificar las cosas como “problemas” a menos de que la persona los acepte como tales.

Hacer hipótesis o dar consejos antes de que la persona esté lista para aceptarlos.

Apresurar las decisiones.



Técnicas para recabar información

¿En qué te puedo ayudar?

¿Cuáles son los motivos por los que busca tratamiento?

Historia de consumo

- Años consumiendo
- Tiempo de consumo excesivo y problemático
- Principales características del consumo
- Principales consecuencias del consumo
- Sustancia consumida

Detectar en qué etapa de cambio se encuentra y responsabilizarlo de la decisión que tome en el futuro.





Preguntas para identificar problemas relacionados con el consumo



¿Ha tratado de disminuir su consumo de sustancias?

¿Se ha sentido molesto porque otras personas le dicen que disminuya su consumo?

¿Se ha sentido culpable por su consumo?

¿Ha necesitado tomar un trago en las mañanas para ayudarse a iniciar el día?

¿Ha pensado que tiene un problema con las drogas?

Hacer las preguntas de manera no amenazadora

1. Historia de consumo

- Promedio de tragos por semana.
- Promedio de días de consumo a la semana.
- Cantidad consumida.
- Consumo máximo en una ocasión durante el último mes.
- Tiempo que normalmente utiliza para consumir.
- Tipo de sustancia.
- Consumos moderados.
- En qué situaciones pierde el control del consumo.
- Consume solo o acompañado.
- Consume en lugares públicos o privados.

2. Consecuencias del consumo



Efectos en los principales campos de la vida.

Efectos sutiles:

- Cansado por las mañanas
- Menos tiempo con la familia
- Dificultad para concentrarse
- Problemas económicos
- Incumplimiento de obligaciones
- Mentiras

3. Características clínicas de dependencia severa



Distinguir entre uso, abuso y dependencia.

Características clínicas:

- El síndrome de abstinencia.
- Consumo muy elevado.
- No hay consumos moderados.
- Cirrosis, demencia, alucinaciones, sangrados, enfermedades asociadas
- Aislamiento social.
- Perdida de redes de apoyo.
- Pérdidas económicas.

5. Historial adicional

Uso de drogas.

- Tranquilizantes
- Opiáceos
- Mariguana
- Cocaína
- Heroína

Historia familiar de uso y abuso de sustancias.

Consumo de pareja o familiares.

Violencia familiar.

Problemas jurídicos



Entrevista

- Herramienta para la obtención de información.
- Es el método más directo y económico.
- Produce información verídica y en casos específicos, puede ser la única manera de lograr una confesión.
- Su meta principal es obtener información:
 - Relevante
 - Confiable
 - Válida



Rapport



El éxito de la entrevista depende del rapport.

Crear una atmósfera cómoda y segura que permita hablar sin temor a juicios o críticas.

Mostrar que se está dispuesto a aceptar cualquier información que la persona proporcione.

Haga sentir que la entrevista es una tarea conjunta.

Entrevista Semiestructurada

Pautas generales y flexibles.

Casi en cualquier situación.

Se deben cuidar y atender situaciones como:

- El entrevistado no desee hablar
- Dudoso de analizar algún tema
- Se le dificulte entender
- Se altere
- No recuerde algo
- Esté enfermo



Fases de la entrevista

PREPARACIÓN.

Objetivos.

Estrategias.

Formulación de preguntas.

Recabar información: Porque se programo, que se espera, que se sabe.

APERTURA.

Recepción formal.

Creación de la primera impresión.



Fases de la entrevista

RAPPORT

- Disminución de tensión.
- Ganar confianza.
- Cortesía, interés, empatía.

Se debe conseguir:

- Relajación.
- Comprensión.
- Establecimiento de reglas.
- Motivación
- Empatía, respeto, entendimiento.
- Reconocimiento de experiencia y autoridad.
- Cooperación.



Fases de la entrevista

DESARROLLO

Registro de conductas.

Estilo y contenido de la comunicación.

Momento para obtener información.

CIERRE

Todos los puntos cubiertos.

Temas generales y dudas.

Tranquilizar.

Agradecer.

Confidencialidad.

CIMA

Proporciona información confidencial.

Lineamientos de la entrevista

A lo largo de la entrevista deberá:

- Comunicarse con claridad
- Preguntas concretas
- Dar seguimiento al discurso
- Avanzar en los temas
- Alentar respuestas
- Responder preguntas
- Modular la entrevista



Lineamientos de la entrevista



- Prepararse para la entrevista
- Tener claros los objetivos de la entrevista
- Obtener información previa
- Reducir probabilidad de interrupciones y distracciones
- Considerar nivel cognitivo y de desarrollo del entrevistado
- Considerar capacidad para hablar de sus sentimientos o temas en particular.
- Mostrar imagen pulcra, neutra y profesional.



Lineamientos de la entrevista

- Actitud amistosa, respetuosa y abierta
- Establecer rapport
- Procurar sencillez y confianza
- Hablar claramente utilizando un tono tranquilizador
- Analizar lenguaje no verbal
- Mostrar interés genuino en el entrevistado
- Ansiedad, alteración, resistencia e incapacidad para concentrarse



Lineamientos de la entrevista

- Aclarar dudas
- Concentrarse en lo que dice el entrevistado
- Permitir silencios
- Evaluar periódicamente
- Notas breves y no perder el contacto visual
- Concluir la entrevista de manera amistosa. Dignidad y autoestima intactas

Como escuchar

- Concentrarse en la respuesta del entrevistado
- No prejuicios
- No interrupciones
- Intraquilidad o preocupación del entrevistador
- Necesidades cubiertas
- Mantener el interés, parafrasear comentarios, reflejar sentimientos





ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL CONSEJERO



Labor del Consejero

- El usuario acepte recibir el tratamiento
- Siga las indicaciones para conseguir su recuperación
- Alcance y mantenga la abstinencia
- Procure la participación de la familia
- Animar cambios en diferentes áreas de la vida

Funciones del consejero en adicciones



- Establecer una relación de ayuda, basada en la cordialidad, respeto, honestidad y empatía.
- Facilitar el compromiso del usuario con el tratamiento
- Motiva al cambio
- Establece junto con el usuario metas realista y alcanzables
- Reconoce conductas positivas
- Desalienta las conductas que no apoyan la rehabilitación
- Decide cuando y porque involucrar a la familia
- Facilita el desarrollo de habilidades para la vida

Funciones del consejero en adicciones

- Aplica actividades para el manejo de crisis
- Coordina grupos de ayuda mutua, asambleas, reuniones
- Promueve la integración de nuevos usuarios y su participación en las actividades
- Facilita el cumplimiento de reglas o normas del grupo
- Se coordina con el equipo multidisciplinario
- Realiza sesiones de consejería individual y grupal
- Documenta y archiva las acciones que se realizan, en el expediente clínico

La Consejería NO reemplaza a la Psicoterapia

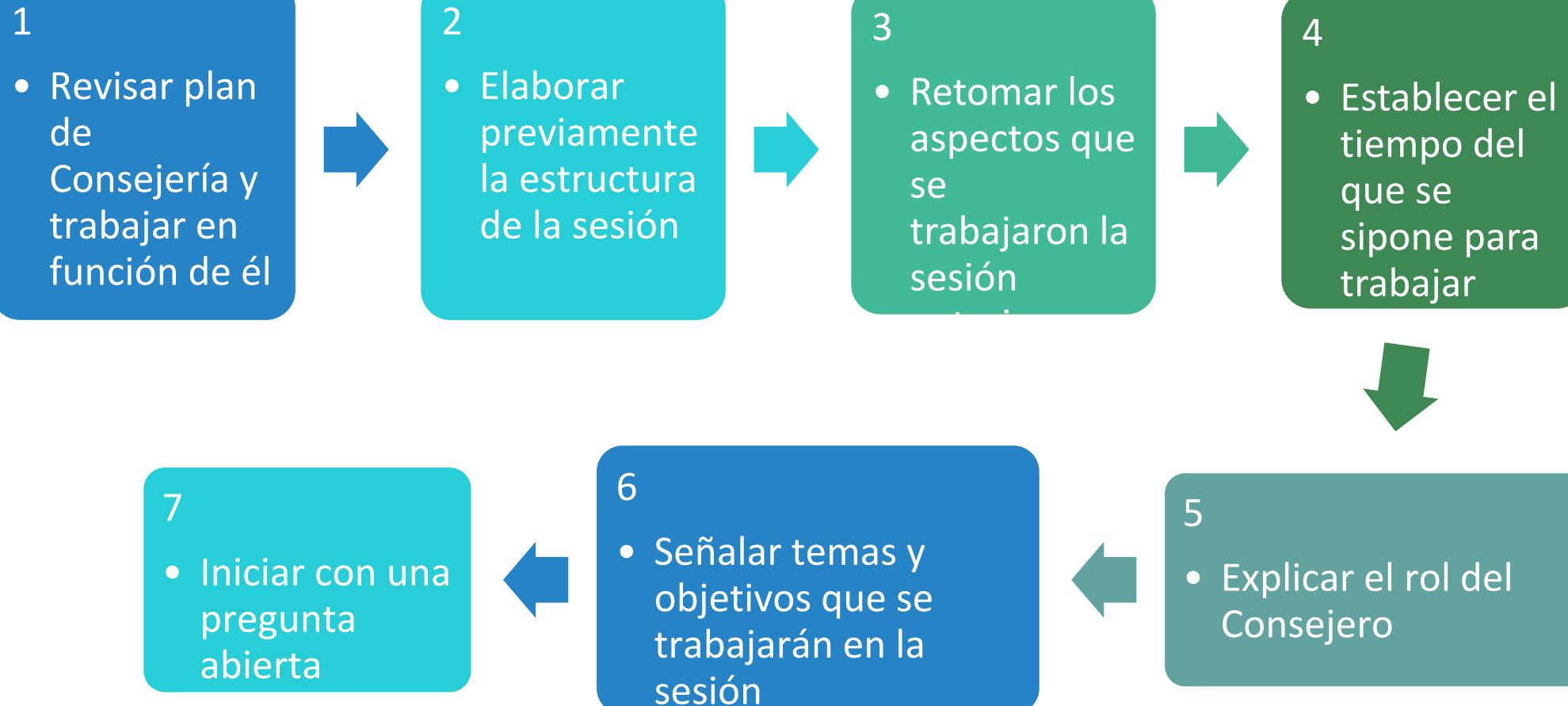


- Analiza problemas con base en experiencias previas
- Elabora, aplica, califica e interpreta instrumentos psicométricos
- Establece diagnóstico clínico
- Integra reportes de factores asociados al consumo
- Aplica y evalúa técnicas terapéuticas para facilitar el cambio

Sesiones de Consejería Individual



Inicio de la Sesión



Conclusión de la Sesión

1. Identificar los contenidos importantes que se trabajaron en la sesión

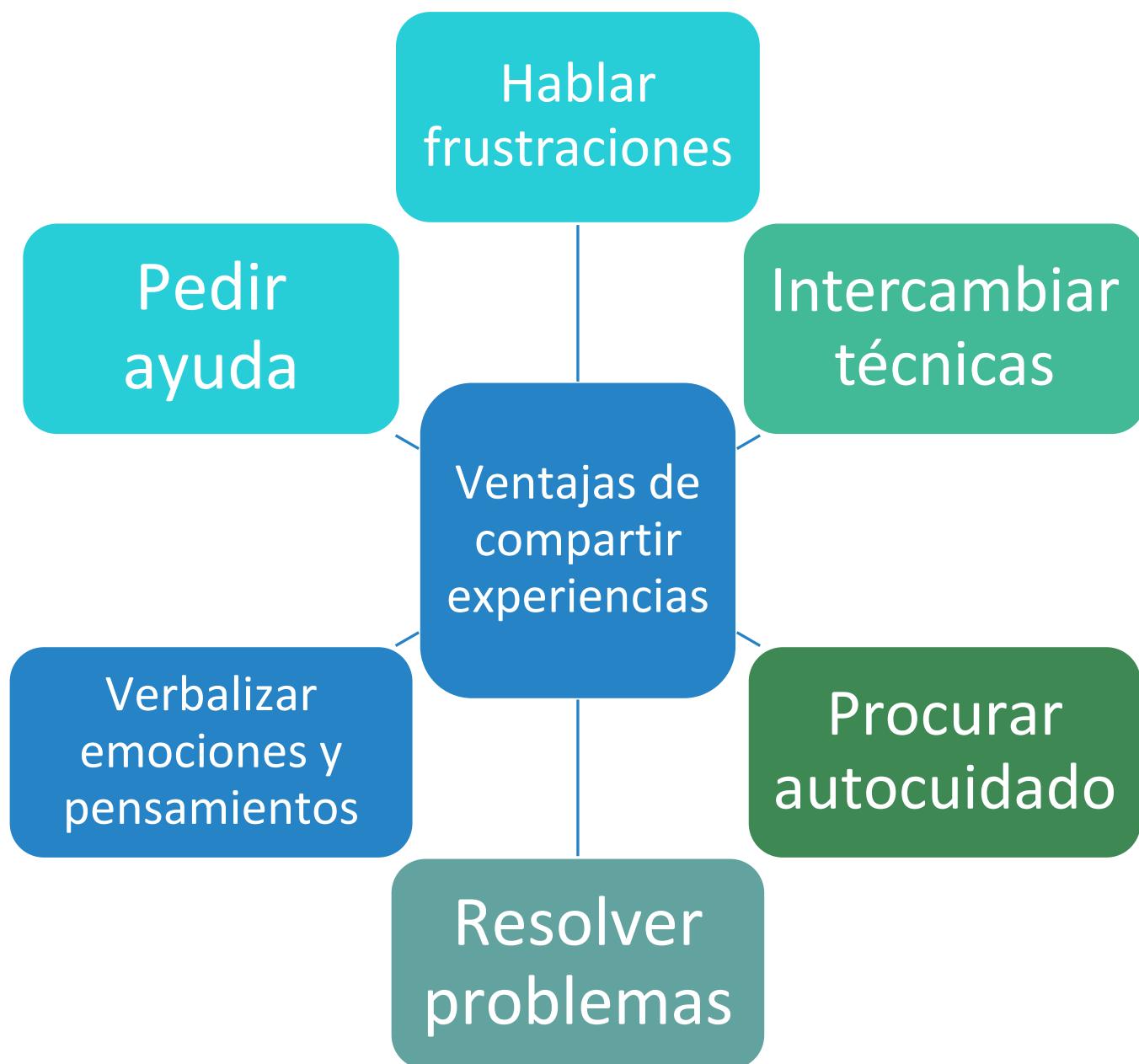
2. Indicar que ha concluído la sesión

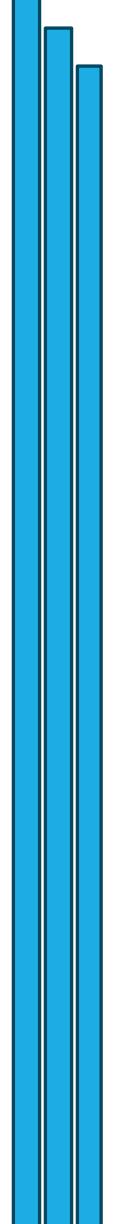
3. Sugerir acciones o tareas que den continuidad a la rehabilitación

4. Preguntar sobre lo que identificó en la sesión

5. Preguntar por aspectos que debe trabajar

6. Indicar fecha y hora para la siguiente sesión





Componentes de la consejería

- I. Sesiones de desarrollo del plan de vida
- II. Sesiones de habilidades para la vida
- III. Sesiones de desarrollo de vínculos con personas significativas y redes de apoyo
- IV. Sesiones de reinserción social y prevención de recaídas

I. Desarrollo del plan y metas de vida

Es la proyección de propósitos y objetivos que se tienen para el futuro.

Durante el abuso o dependencia de drogas el usuario pierde sus propósitos y objetivos.

Le permite recuperar la orientación o el sentido de su vida al reflexionar lo que no ha logrado, lo que ha dejado de hacer y lo que desea hacer

Es necesario proponerse tiempos específicos para alcanzar sus objetivos y para verificar su cumplimiento.

El consejero ayudará al usuario a identificar cuáles son los propósitos o metas que quiere cumplir

I. Desarrollo del plan y metas de vida



Las metas se pueden dividir en tres tipos

Especificar los propósitos (metas) a los que quiere llegar.

II. Desarrollo de habilidades para la vida



Son un concepto que fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993.

Las habilidades para la vida indispensables se dividen en tres pilares.

Cada uno de ellos tiene ciertas características:

- Habilidades Emocionales
- Habilidades Sociales
- Habilidades Cognitivas



Habilidades Emocionales

1. Empatía

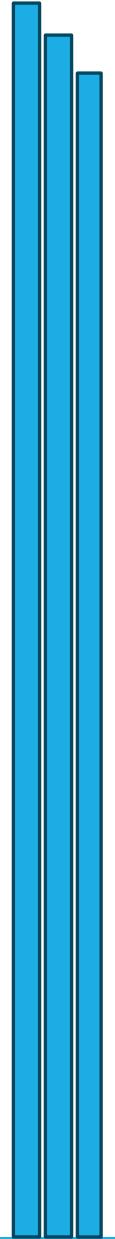
Capacidad innata de las personas que permite tender puentes hacia universos distintos al propio.

Imaginar y sentir cómo es el mundo desde la perspectiva de las otras personas.

Conectar con las necesidades de las demás personas.

Comprender mejor las reacciones, emociones y opiniones ajenas, ir más allá de las diferencias.

- Escucha atenta
- Apagar el juicio
- Reconocer otras formas de ser persona



Habilidades Emocionales

2. Manejo de emociones y sentimientos



Comprender lo que comunican las emociones propias y las ajenas.

Las emociones y sentimientos nos envían señales constantes que no siempre escuchamos.

A veces no nos damos permiso para sentir, como si no tuviéramos derecho a tener miedo, tristeza o ira.



Habilidades Emocionales

3. Manejo de tensiones y estrés



Las tensiones son inevitables en la vida de todas las personas.

El estrés genera fuerza adicional cuando se requiere.

Aprender a afrontarlas de manera constructiva.

Esta habilidad permite identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana.

Reconocer sus manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.

Habilidades Sociales

4. Comunicación Asertiva

Expresar con claridad lo que se piensa, siente o necesita.

Al comunicarse da a conocer y hace valer sus opiniones, derechos, sentimientos y necesidades, respetando las de las demás personas.

Ejerce el derecho a expresarse y a establecer límites en las relaciones sociales.

Se requiere:

- La persona
- La persona con la que desea comunicarse
- El contexto: las palabras, el momento, el lugar y las circunstancias adecuadas

Habilidades Sociales

5. Relaciones interpersonales



Establecer y mantener relaciones basadas en el respeto, la igualdad y la autenticidad de las partes.

Identificar si la relación que se tiene es fuente de bienestar o de malestar.

Conservar relaciones interpersonales significativas, y a la vez ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal.

1. Aprender a iniciar, mantener o terminar una relación
2. Aprender a relacionarse en forma positiva con las personas con quienes se interactúa a diario



Habilidades Sociales

6. Manejo de problemas y conflictos



Reconocer los problemas es el paso previo para empezar a manejarlos.
Asumirlos como oportunidades para transformarnos.

No es posible ni deseable evitar los conflictos.

Puede ser doloroso pero también una oportunidad de crecimiento.
Los problemas nos piden flexibilidad, claridad, desechar prejuicios, tener la mente abierta.

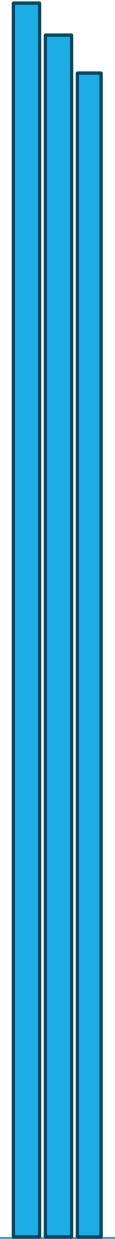


Habilidades Cognitivas

7. Autoconocimiento



Saber de qué fortalezas dispongo y qué carencias y debilidades tengo.
Identificar la persona que quiero ser, la que he sido y soy
Lo que me hace parecerme y diferenciarme de otras personas.
Saber qué quiero en la vida e identificar los recursos personales con que cuento para lograrlo.



Habilidades Cognitivas

8. Toma de decisiones



Actuar proactivamente para marcar el rumbo de la propia vida.

Hacer que las cosas sucedan, no por azar, las costumbres, tercera personas.

Se aprende a decidir escuchando nuestras reflexiones y emociones.



Habilidades Sociales

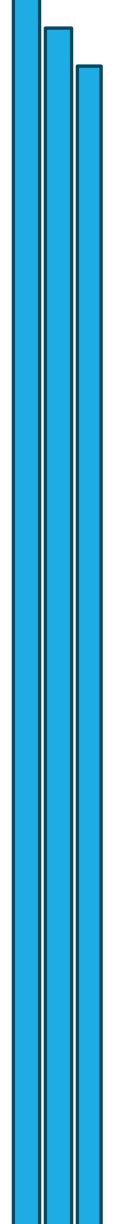
9. Pensamiento creativo

Capacidad para idear algo nuevo, relacionar algo conocido de forma innovadora o apartarse de esquemas de pensamiento o conducta habituales.

Usar la razón y la “pasión” (emociones, sentimientos, intuiciones, fantasías).

Cuestionar hábitos, abandonar inercias y abordar la realidad de formas novedosas.

Estrenar ideas, costumbres, maneras de ser y hacer la vida.



Habilidades Sociales

10. Pensamiento crítico



Analizar experiencias e información y ser capaz de llegar a conclusiones propias.

Desarrollar el pensamiento crítico abre abanicos de posibilidades.



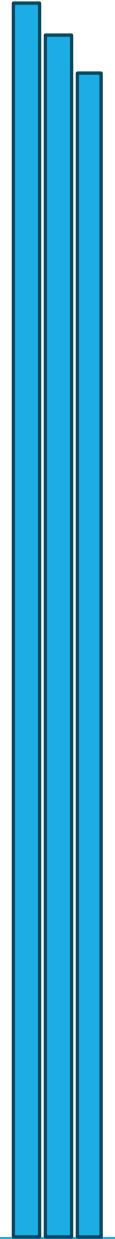
III. Desarrollo de vínculos con personas significativas y redes de apoyo

Los vínculos con personas significativas son fundamentales en la reinserción social.

En ocasiones los familiares y personas significativas han perdido la confianza en la recuperación del usuario.

Esta incredulidad puede transformarse en actitudes y conductas positivas.

- Las redes de apoyo pueden ayudar a que el usuario encuentre el sentido y el entusiasmo para dejar de consumir
- Las redes de apoyo son grupos donde el usuario forma nuevas amistades



IV. Re inserción Social

Conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor y a lograr un óptimo funcionamiento interpersonal y social.

Se pretende que el usuario utilice los recursos individuales que adquirió durante el tratamiento y la rehabilitación.

Ponga en práctica competencias laborales y sociales.

Áreas a fortalecer en la Reinserción Social

Laboral

Económica

Emocional

Relacional

Salud

Teoría del Aprendizaje Social (TAS)



El comportamiento humano es principalmente aprendido

Los mismos procesos cognoscitivos que intervienen en la adquisición de hábitos, pueden ser utilizados para cambiarlos

Toma en cuenta la experiencia, el contexto en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad



Tratamientos
Breves
Cognitivo
Conductuales
en Adicciones

Prevención de
Recaídas

Habilidades de
Enfrentamiento

Autoeficacia

Entrevista
Motivacional

1. Entrevista Motivacional

Miller y Rollnick 2002.

Método no directivo para promover la motivación hacia el proceso de cambio terapéutico. Sus principios básicos:

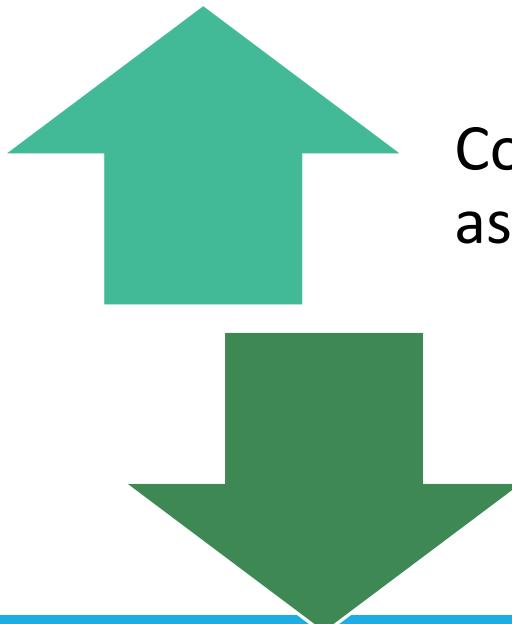
1. Expresar empatía
2. Crear la discrepancia
3. Evitar la discusión
4. Manejar la resistencia
5. Fomentar la autoeficacia



Juicios acerca de las capacidades para organizar y ejecutar acciones
(Bandura, 1977, 1986).



2. Autoeficacia



Conduce a actuar de manera asertiva y fortalece la resiliencia

Induce pensamientos negativos y una motivación pobre para lograr cambios de conducta

Se forma a partir de:

2. Autoeficacia

- Su aumento o disminución depende de las experiencias.
- Se fortalece mediante el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento ante situaciones de riesgo de consumo.

(Bandura, 1997)



Enfrentamiento. Empleo de pensamientos y conductas para manejar situaciones de estrés (Folkman y Moskowitz, 2004).

Aumentan el control en situaciones de riesgo de consumo.

3. Habilidades de enfrentamiento





Los problemas asociados al consumo son resultado de un déficit de habilidades para manejar el estrés.

El estrés ocurre cuando la persona percibe que las demandas del ambiente superan sus recursos para enfrentar la situación.

Estres

Factores
biológicos

Recursos
de la
persona

Demandas
situacionales

3. Habilidades de enfrentamiento

1. Habilidades interpersonales. Socializar sin sustancia, comunicación de emociones.
2. Habilidades Intrapersonales. Manejo de pensamientos, solución de problemas, toma de decisiones, manejo de situaciones de angustia
 - Situación de riesgo
 - Cambio en el estilo de vida

El usuario debe identificar situaciones de riesgo de consumo y luego decidir el manejo: evitando o enfrentando.

El estudio de las situaciones de riesgo se basa en el análisis funcional de la conducta:

- Antecedentes
- Consecuencias

4. Prevención de Recaídas

La recaída no se le considera un fracaso.

Caída. Romper la abstinencia usualmente con un consumo moderado.

Recaída. Episodio de consumo prolongado o elevado.

El usuario identifique las situaciones de riesgo de y actúe para mantener la abstinencia o interrumpa el episodio de recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

Tres situaciones principales de riesgo de recaída:

- Estados emocionales negativos
- Conflictos interpersonales
- Presión social

A large, powerful ocean wave is shown in mid-break, creating a tunnel-like structure. A surfer in a black wetsuit is positioned inside the wave's face, performing a maneuver. The water is a deep blue on the left and white and foamy on the right where the wave has broken. The background shows more of the ocean and a clear sky.

¿Como
enfrentar la
situación de
consumo?

Reconocer y ubicar los momentos de consumo (Automonitoreo)

Consecuencias positivas y negativas

Pensamientos positivos y negativos

Habilidades. Lo que se puede hacer ante la situación de consumo

Estrategias. Medios para poner en acción sus habilidades

Actividades alternas



Pensamientos
relacionados
al consumo

Evitación

- Capacidad para modificar pensamientos y deseos relacionados con el tabaco

Enfrentamiento

- Capacidad para manejar adecuadamente una situación de riesgo

¿Pensamientos positivos?

RECUERDA AL USUARIO:

El consumo trae
consecuencias negativas

(físicos, psicológicos y
sociales)



Relaciona el consumo con un
estado negativo

Desafía los pensamientos

- Un pensamiento negativo
por cada pensamiento
positivo

Repasa consecuencias
negativas

Distracción

Hablar

Obstáculos

Aspectos y/o situaciones que pueden interferir con el plan de acción para el cambio

Razones

Motivos por los que quiere cambiar su consumo



Pasos

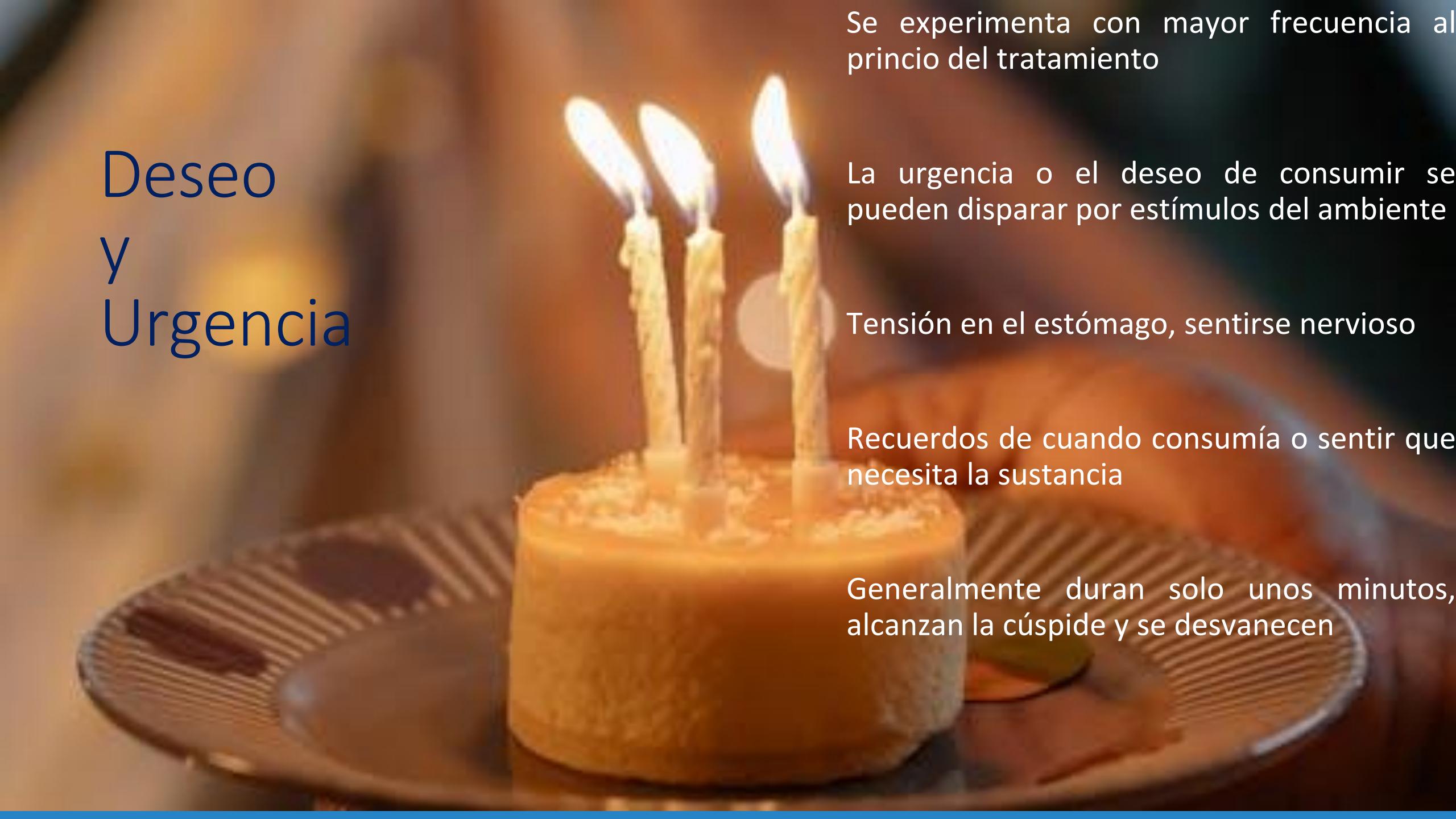
Dividir en partes más pequeñas las actividades

Modificaciones positivas relacionadas con la abstinencia del consumo de tabaco

Apoyo social

¿Cómo mantener los cambios?

Deseo y Urgencia



Se experimenta con mayor frecuencia al principio del tratamiento

La urgencia o el deseo de consumir se pueden disparar por estímulos del ambiente

Tensión en el estómago, sentirse nervioso

Recuerdos de cuando consumía o sentir que necesita la sustancia

Generalmente duran solo unos minutos, alcanzan la cúspide y se desvanecen

Disparadores / Detonantes del deseo

Aprender a reconocerlos para que pueda reducir su exposición.

NO exposición a la sustancia.

NO Observar a otras personas consumir.

NO Gente, lugares, momentos y situaciones asociados al consumo.

NO Frustración, fatiga, estrés, excitación, sentimientos, logros.

La manera más sencilla de tratar con el deseo y la urgencia es evitarlos.





Documentación del desempeño y progreso del usuario en la consejería

La consejería en adicciones tiene una metodología que permite medir avances del usuario.

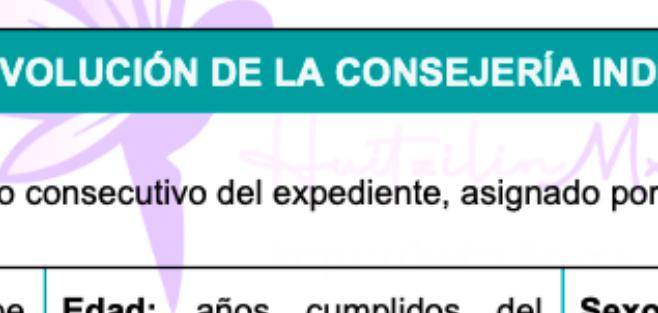
Este registro da cuenta del cumplimiento de objetivos individuales y, en su caso, los replantea para poder llegar a la meta.

No documentar incumple con las NOM 028-SSA2-2009 y la NOM-004 del expediente clínico.

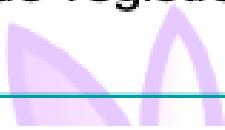
Sin el registro, el consejero no puede identificar cuáles han sido las intervenciones más eficientes.

Se debe registrar lo sucedido en la sesión de consejería inmediatamente después de finalizada para que no se olvide.

Lo sucedido en la sesión no puede compartirse con nadie del establecimiento.

NOTA DE EVOLUCIÓN DE LA CONSEJERÍA INDIVIDUAL		
		Número de expediente: se incluye el número consecutivo del expediente, asignado por el propio establecimiento. Ejemplo: expediente 203
Nombre del usuario: se debe escribir el nombre completo, sin abreviaciones, ni apodos. Ejemplo: Pedro A. Noriega Basurto	Edad: años cumplidos del usuario. Ejemplo: 39 años.	Sexo: al que corresponda biológicamente. Ejemplo: hombre.
Fecha: día de la semana, mes y año en que se realiza la consejería. Ejemplo: lunes 10 de noviembre del 2014.	Hora: momento del día cuando se realiza la consejería. Ejemplo: 5 p.m. o 17 hrs.	Número de sesión: sesión consecutiva desde el inicio de la consejería. Ejemplo: sesión 3.
Días de estancia en el establecimiento: el total de días que el usuario ha permanecido en el establecimiento a partir de su ingreso. Ejemplo: 29 días.		
Objetivo de la sesión: se registra el objetivo de la intervención en relación con los objetivos individuales del usuario. Ejemplo: "Enseñar qué es la comunicación asertiva y cómo utilizarla en la relación de pareja".		
Aspectos que se trabajaron con el usuario durante la sesión (temas, acciones específicas): se registran los temas, ejercicios, intervenciones e información proporcionada durante la consejería encaminados al cumplimiento del objetivo.		

Resultados de la sesión de consejería (conducta que mostró el usuario y su disposición): se debe anotar el avance o retroceso mostrado por el usuario, en función del objetivo de la sesión (especificar preferentemente lo que aprendió en términos de nueva información adquirida y/o de lo que ya es capaz de realizar y que se observa en su conducta). También se puede registrar la valoración general observada en el usuario al término de la sesión.



Tareas que debe realizar el usuario: aquí se registran los ejercicios, las tareas y/o las encomiendas que se dan al usuario para que refuerce lo aprendido hasta la próxima sesión de consejería, y que están relacionadas con la adquisición de nuevos hábitos y conductas que permitan el cumplimiento de objetivos.

Temas/contenidos a trabajar con el usuario en la próxima sesión (Plan de consejería individual): se registra lo que se quiere trabajar o seguir trabajando en la siguiente sesión de consejería; puede ser el mismo objetivo de la sesión actual si es que no se logró culminar o proponer uno nuevo si ya se alcanzó el objetivo propuesto.

Observaciones: se registran los datos que se desean resaltar y que no pueden ir en otra parte de la Nota.

Fecha de la próxima sesión: se registra el próximo día en el que será atendido el usuario. Ejemplo: 17 de noviembre del 2014.

Nombre completo y firma del consejero: se registra el nombre completo del consejero, sin apodos ni abreviaturas. Ejemplo: José Antonio Ramírez Robles.

Sesiones de consejería grupal





Consejero en la consejería grupal



ASUME LA DIRECCIÓN AL FAVORECER LA INTEGRACIÓN GRUPAL.

ACUERDA CON LOS INTEGRANTES LAS METAS Y LOS OBJETIVOS DE TRABAJO.

PROMUEVE Y COORDINA LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS.

FAVORECE EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS PERSONALES.

APLICA TÉCNICAS GRUPALES ESPECÍFICAS.

RETROALIMENTA LAS PARTICIPACIONES DE LOS INTEGRANTES.



No es lo mismo Tribuna que Consjería Grupal

Tribuna

El usuario tiene la posibilidad de hablar sin importar el orden de ideas
Sin un objetivo específico y sin que algún compañero le pueda cuestionar nada
Es el espacio personal para que el usuraio se exprese libremente ante los demás

Consejería Grupal

Puede recibir sugerencias y retroalimentación del grupo
Así puede confrontar sus propias experiencias con los demás
Ensayar nuevas habilidades de afrontamiento

Características que definen a los grupos de Consejería

- Los miembros del grupo tienen la misma jerarquía, nadie está por encima de nadie. Existe un trato igualitario entre sus miembros.
- Lo que expresa cada miembro es valioso a pesar de que se equivoque; en las interacciones posteriores del grupo podrá corregir.
- No existe una sola forma de pensar, sentir o actuar; cada miembro puede ser auténtico.
- El escuchar con atención, sin interrupción y con respeto ayuda a que los miembros del grupo se sientan aceptados.

Características que definen a los grupos de Consejería



- Cada miembro cuenta con el grupo para apoyarse en la adquisición de nuevas conductas, hábitos, pensamientos y emociones.
- El grupo retroalimenta a sus miembros, respetando siempre lo que se ha expresado.
- El grupo es un espacio seguro para ensayar nuevas conductas y modelar nuevos aprendizajes.



Temas sugeridos

Compromiso en el proceso de cambio

Integración social

Relación con la pareja

Toma de decisiones

Solución de conflictos

Pensamiento creativo

Pensamiento critico

Comunicación asertiva

Relaciones familiares

Empatía

Autoconocimiento

Manejo del estrés

Manejo de emociones y sentimientos

Prevención de recaídas



**Informar acerca de los daños y riesgos
relacionados con el consumo de alcohol,
tabaco y otras drogas.**

**Informar de los servicios de atención
dirigidos a los familiares dentro y fuera
del establecimiento.**

**Informar acerca de los daños y riesgos
relacionados con el consumo de alcohol,
tabaco y otras drogas.**



Prácticas inadmisibles en la Consejería en Adicciones



Cualquier acto u omisión que genere en el usuario resistencia a abandonar la adicción.

Que provoque resistencia para mantener la sobriedad.

Malas prácticas, que no apoyen la recuperación y afecten la decisión de mantener la sobriedad.

Acciones contrarias a los hallazgos científicos.



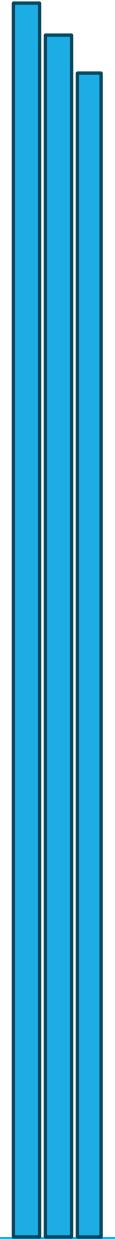
Prácticas inadmisibles en la Consejería en Adicciones

- Involucrarse emocional y/o sexualmente con el usuario.
- Someter al usuario a través de amenazas y/o violencia física.
- Abuso y violencia sexual.
- Aplicar ayuno obligado u ofrecer alimentos en mal estado.
- Encierro y/o aislamiento como medida de control y manejo del usuario.
- Responder con violencia física o verbal ante provocaciones del usuario.
- Castigos físicos para disciplinar (trabajos forzados).



Prácticas inadmisibles en la Consejería en Adicciones

- Evidenciar, humillar, ofender y denigrar al usuario frente a los demás.
- Prohibir la comunicación del usuario con su familia o persona significativa.
- Chantajear y manipular al usuario para recibir beneficios económicos.
- Sermonear u ofender para "motivar el cambio" y dirigirse al usuario con malas palabras.
- Bañar con agua fría para someter.
- Amarrar, encadenar, golpear, morder, o patear al usuario.
- Cualquier conducta señalada como prohibida en la legislación nacional.



Autocuidado en
profesionales que
atienden a personas
que sufren



Estrés

Las causas del estrés pueden no ser las que te casuen el estrés.

Cuando no dura mucho te llena de energía y de emoción, y te sientes listo para dar la pelea.

Cuando es prolongado, te empiezas a cansar y los efectos en el cuerpo pueden ser muy peligrosos.

El cuerpo reacciona: “Luchar o huir”.





Estrés

Puede generar varios problemas de salud:

- Debilitamiento del Sistema Inmunológico, que aumenta tu vulnerabilidad a las infecciones
- Enfermedades cardíacas
- Problemas digestivos
- Problemas para dormir
- Depresión o ansiedad
- Obesidad
- Cáncer, diabetes o enfermedades de los pulmones
- Uso de drogas, abuso del alcohol o el cigarrillo
- Comer más de lo necesario



Síntomas físicos

- Dolor de cabeza o migraña
- Mareos
- Indigestión, acidez o malestar estomacal
- Estreñimiento o Diarrea
- Tensión en los músculos de la espalda, los hombros y el cuello
- Fatiga
- Presión alta (hipertensión)
- Falta de aire, Taquicardia
- Apretar las mandíbulas y rechinar dientes constantemente
- Sudar excesivamente
- Problemas para dormir
- Pérdida o aumento de peso
- Problemas sexuales
- Erupciones en la piel, acné o eczemas



Síntomas mentales y emocionales

- Ansiedad
- Intranquilidad, desasosiego
- Preocupación y nerviosismo
- Irritabilidad, mal genio o enojo constantes
- Depresión, frustración, insatisfacción
- Cambios de ánimo frecuentes y sin explicación
- Tristeza
- Confusión
- Inseguridad
- Agotamiento
- Resentimiento y culpa
- Pensamientos negativos
- Problemas de concentración
- Aislamiento
- Desórdenes alimenticios
- Aumento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas
- Problemas para relacionarse con otros
- Culpar a otros
- Olvidos frecuentes



Claves para manejar el estrés

- Identificar las situaciones que te estresan y porqué
- Piensa la mejor forma de manejarlas
- Establece prioridades: No pretendas hacer demasiadas cosas a la vez
- Dedícate a las más importantes y aplaza o cancela las demás según su importancia
- Cambia hábitos cotidianos: salir más temprano para evitar el tráfico, etc.
- Aplaza o delega
- Maneja tu tiempo: Si tienes muchas cosas por hacer, organízalas por horario
- Aprende a decir que no
- Prepárate para los momentos estresantes y no esperes hasta el último momento
- Sé realista: Ponte metas que puedes cumplir

Cuidado de la mente y las emociones

- No te preocupes por los problemas que no puedes solucionar
- Evita a las personas que te molestan o te irritan
- Mejora tus relaciones: no te quedes callado ante los problemas, habla y trata de solucionarlo o encuentra formas para relajar la relación
- Habla con alguien de confianza sobre tus sentimientos o tus problemas
- Busca el lado positivo: Evita los pensamientos negativos
- Ríete: La risa libera endorfinas que te ayudan a sentirte mejor y a mantener una actitud positiva



Cuidado de la mente y las emociones

- Relájate: Cuando sientas el estrés en tu cuerpo, para y relájate por 5 minutos
- Come saludablemente y duerme bien
- Descansa: Reserva unos minutos al día para descansar la mente y el cuerpo, y renovar tu energía
- Aprende algunas técnicas de relajación
- Desarrolla un interés, una pasión, una afición
- Trátate bien



Estrategias para aliviar el estrés

Ejercicio

- Cualquier actividad física te ayuda a aliviar el estrés.
- Ayuda a liberar la energía acumulada y la tensión de los músculos.
- Reduce la producción de las hormonas del estrés y aumenta la producción de endorfinas que generan sensación de bienestar.
- Mejora el ánimo y reduce la ansiedad
- También puede aumentar la autoestima



Estrategias para aliviar el estrés

Técnicas de relajación

- Liberas la tensión de los músculos, tu corazón deja de estar tan acelerado, respiras más tranquilo y descansas la mente
- Las técnicas de relajación también tienen efectos positivos en la salud
- Meditación: te concentras en pensamientos específicos que te relajan
- Estiramiento: estiras los diferentes músculos del cuerpo para aliviar tensiones
- Biorretroalimentación: desarrollas habilidades para controlar ciertas partes del cuerpo
- Respiración: te concentras en respirar de forma lenta y profunda
- Música: concentras tu mente en escuchar música tranquila que te inspire



Estrategias para aliviar el estrés

Yoga & Tai Chi

- Combinan técnicas de respiración, meditación y estiramiento.
- Son muy efectivos para aliviar el estrés

Masajes

- Todos ayudan a aliviar la tensión y el dolor de los músculos, reduciendo el estrés y la ansiedad.

Psicoterapia

Medicamentos



Muchas gracias

