

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES FÍSICO RECREATIVAS
PARA PACIENTES CON ADICCIONES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIO ALLIN KAWSAY, CURAHUASI; ABANCAY - 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

MARILY JHULIETA CABRERA LOPINTA

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAUQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 123-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 20 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional del Callao, por abrirme sus puertas para alcanzar mi desarrollo profesional.

A la Mg. Vanessa Mancha Alvarez, quien con su experiencia y profesionalismo me ha guiado durante la elaboración de este presente trabajo.

A mis docentes de la especialidad, quienes compartieron sus conocimientos adquiridos durante su vida profesional.

Índice

Introducción	4
Capitulo I: Descripción de la situación problemática.....	6
Capitulo II. Marco teórico.....	8
2.1. Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	8
2.2.2. Antecedentes nacionales.....	10
2.2. Marco teórico	12
2.2.1 Teorías del aprendizaje.....	12
2.2.2 Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales.....	15
2.2.3 Modelos basados en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos.....	16
2.2.4 El modelo social de Peele.....	18
2.3. Marco conceptual.....	19
2.3.1. Adicción a las drogas o alcohol.....	19
2.3.2. Fenomenología clínica.....	19
2.3.3. Fisiopatología.....	22
2.3.4. ¿Qué es la dependencia física y psicológica?.....	24
2.3.6. Factores de protección del consumo de drogas.....	27
2.3.7. Estrés, adicción y ejercicio.....	30
Capitulo III. Plan de intervención	35
3.1. Justificación.....	35
3.2. Objetivos del plan de intervención.....	36
3.2.1. Objetivo general.....	36
3.2.2. Objetivos específicos.....	36
3.3. Metas.....	36
3.4. Programación de actividades.....	37

3.5. Recursos.....	40
3.5.1. Materiales.....	40
3.5.2 Recursos humanos.....	40
3.6. Ejecución.....	41
3.7. Evaluación.....	43
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Bibliografía.....	46
ANEXOS.....	49

Introducción

Desde el punto de vista científico, la importancia de esta propuesta radica en que la adicción es una enfermedad de recaídas múltiples, pero susceptibles a ser prevenidas, y de que el estrés constituye uno de los principales factores que pueden llevar al paciente a una recaída, se requieren intervenciones terapéuticas que eliminen tal posibilidad y que sean brindadas de manera sistematizada. Una de estas modalidades la constituye la Terapia Física, importante factor de reducción de los principales síntomas del estrés (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, concentración, fatiga) y, por ende, de los procesos de recaídas en pacientes adictos a sustancias psicoactivas (1).

La UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito) menciona que: “En el mundo hay unos 35 millones de personas que padecen trastornos por consumo de drogas y necesitan tratamiento, cifra superior a la estimación anterior de 30,5 millones de personas. También ha aumentado el número de víctimas: 585.000 personas perdieron la vida en 2017 a consecuencia del consumo de drogas” (2).

Según el último reporte de consumo de drogas, elaborado por Devida, el 54.7% de peruanos consume regularmente drogas legales (alcohol y tabaco), mientras que el 1.5% ha consumido alguna ilegal en los últimos 12 meses (3).

Disminuir el riesgo de estrés psicológico supone, entonces, enseñar al paciente a lograr un estilo de vida balanceado, para evitar la formación de patrones de hábitos dañinos. Un estilo de vida balanceado está caracterizado por un equilibrio armonioso entre el trabajo y las actividades de esparcimiento, tales como el ejercicio físico y la meditación. Las modificaciones propuestas referentes al estilo de vida se relacionan con el balance entre los elementos impositivos (lo que uno debe hacer) y los elementos placenteros (lo que uno quiere hacer). Se trata de que el sujeto logre un cierto equilibrio entre ambos (1).

El presente trabajo académico, basado en la evidencia laboral tiene como objetivo: Desarrollar un Plan de Intervención de enfermería en actividades físico recreativas para pacientes con adicciones del Centro de Salud mental Comunitario Allin Kawsay-Curahuasi- Abancay 2019. El cual consta de: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes, Internacionales, Antecedentes, nacionales, Marco conceptual, bases teóricas, Capítulo III : Desarrollo de Actividades para Plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I: Descripción de la situación problemática

En el 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior. Aunque las estimaciones correspondientes a 2016 son muy similares, una perspectiva a más largo plazo revela que el número de personas que consumen drogas en la actualidad ha aumentado en un 30 % con respecto a 2009, en que 210 millones de personas habían consumido drogas en el año anterior (2).

La Organización Panamericana de la Salud menciona que por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos causados por el uso de drogas, como dependencia y otros padecimientos, en algún momento de su vida. Anualmente, son afectados 1,7 millones de hombres y 400.000 mujeres. Los trastornos debido al uso de drogas tienen considerables repercusiones en los sistemas asistenciales de muchos países de la Región, así como en la salud y en el tipo de discapacidad de las personas en los años más productivos de sus vidas. Si bien los trastornos relacionados al uso de drogas son más frecuentes en los países desarrollados de las Américas, la carga para la salud recae en forma desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde no existen o no son asequibles los programas de tratamiento y prevención (6).

En el Perú, según el último reporte de consumo de drogas, elaborado por DEVIDA (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas), el 54.7% de peruanos consume regularmente drogas legales (alcohol y tabaco), mientras que el 1.5% ha consumido alguna ilegal en los últimos 12 meses (3). Se ha estimado que actualmente hay aproximadamente 1,5 millones de personas con dependencia al alcohol en nuestro país. el abuso y la dependencia al alcohol figuran como la tercera causa más importante de pérdidas económicas por muerte prematura o discapacidad, superados solo por la neumonía y los accidentes de tránsito. Sin embargo, la contribución del consumo de alcohol puede ser aún mayor si tomamos en cuenta que este es también causa de una variedad de otros problemas de salud, como accidentes de tránsito (los cuales

son la primera causa de discapacidad y muerte prematura en nuestro país), violencia, accidentes caseros y de trabajo, uso de drogas ilegales e involucramiento en conducta sexual de riesgo. Además, el consumo crónico de alcohol ha sido consistentemente asociado con un mayor riesgo de otras enfermedades como depresión mayor, enfermedades cardiovasculares y el cáncer (7).

En la región Apurímac en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, el 62.6 % de las personas de 15 y más años de edad han consumido bebidas alcohólicas. Ocupando el doceavo lugar a nivel nacional en consumo de alcohol. En la región Apurímac en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta, el 18% de las personas de 15 y más años de edad han fumado cigarro. Ocupando el catorceavo lugar a nivel nacional en consumo de cigarro. Encuesta realizada por el INEI en el 2015 por departamento (4).

El Centro de Salud Mental Comunitario “Allin Kawsay” de Curahuasi-Abancay actualmente atiende por consulta externa a usuarios con Trastorno Mental y del comportamiento por consumo de alcohol (CIE 10: F10.2), usuarios con Consumo perjudicial de alcohol (CIE 10 F10.1) y Trastorno mental y del comportamiento por consumo de múltiples drogas(F19) (5); en donde la cantidad de usuarios con éstos problemas de salud mental va en aumento, quienes vienen recibiendo atención por psiquiatría, medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional y asistencia social. La gran parte de nuestros usuarios tiene como actividad primordial la agricultura y dentro de sus actividades diarias no realizan actividades físicas o de ocio que disminuyan la ansiedad de consumir alguna droga y combatir el estrés cotidiano. Por ende, ante la ausencia de un programa que promueva las actividades físicas recreativas en nuestros usuarios con adicciones nace la iniciativa de implementar un plan de intervención para dichos usuarios con la finalidad ya mencionada.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

MENESES, M.(2017) en Sevilla- España, realizó una tesis doctoral titulada “Agentes socializadores en actividad físico deportiva, consumo de alcohol y tabaco. Relación existente entre estas conductas en un estudio longitudinal de estudiantes de Costa Rica, México y España”, con la finalidad de encontrar las pautas que indiquen cómo generar en la niñez, y sobre todo en la adolescencia, hábitos para la promoción de actividad física regular, que aumente el gasto energético diario y mantenerlos durante toda la vida. Del mismo modo, aquellas que pueden constituir impedimentos y se establezcan como verdaderas barreras para la realización de una práctica física adecuada y saludable, propiciando la generación de colectivos de riesgo. Métodos: descriptivo-correlacional con el fin de poder detallar los hechos y características de la población de forma objetiva y comparable. Conclusiones: Se aprecia en las tres tomas, el alumnado que dice ser activo físicamente bebe más habitualmente y los fines de semana, no ejerciendo la actividad física de protector de la salud frente al consumo de alcohol. Considerando la frecuencia de consumo de alcohol por toma de datos, según modalidad de práctica físico-deportiva, recodificado a deportes individuales y colectivos, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la primera y tercera toma de datos. No se aprecian los mismos resultados en ambas tomas. En la primera beben más los que practican deportes colectivos. Sin embargo, en la tercera toma de datos, los que dicen más beber los fines de semana son lo que practican modalidades deportivas individuales aunque los que practican deportes colectivos beben más de manera habitual (11).

CAICEDO, J. (2016) en Guayaquil-Ecuador, realizó un trabajo de investigación titulado: “Programa de actividades físicas recreativas

comunitarias en el sector de “mucho lote 7° etapa orientado a reducir el consumo de drogas”, con el objetivo de proponer un programa de actividades físicas-recreativas orientado a la reducción del consumo de drogas en la comunidad de mucho lote 7° etapa. El método usado fue analítico –sintético científicos, entre los cuales se encuentran los métodos teóricos: analítico-sintético, histórico lógico e Inductivo-deductivo, métodos empíricos y métodos matemáticos- estadísticos. Concluye : La propuesta de actividades físicas-recreativas en función de reducir el consumo de drogas de los habitantes de la comunidad " Mucho Lote de la 7° etapa" en el período que se evalúa nos ha dado muestras de su aceptación por parte de la comunidad puesto que se evidencia un aumento e interés progresivo en la participación de los beneficiarios motivo de esta investigación contribuyendo de forma directa con la disminución del consumo de y drogas así como las mejoras de las relaciones sociales de los habitantes de la comunidad (8).

CASTILLO, A. Y OTROS, (2014), en la comunidad Jesús Menéndez - Municipio Manzanillo-Cuba, realizaron un trabajo de “Actividades recreativas para la reinserción social de jóvenes adictos al alcohol” con el objetivo de contribuir a la integración social de esta población. Durante el proceso se utilizaron los métodos de investigación científica del nivel teórico, métodos del nivel empírico y en su variante de pre experimento, encuesta, encuesta N°1 (de entrada), encuesta N° 2 (de salida), entrevista y Técnica Estadística: Descriptiva (cálculo porcentual). Concluyen que: El análisis de la evolución y tendencias históricas de los jóvenes adictos al alcohol en el contexto comunitario, así como el diagnóstico de la situación actual, evidenció que se pueden hacer más con las actividades recreativas ya que es un proceso integrado a los diferentes sujetos sociales que intervienen en la solución de dicha problemática que afecta cada día más a la sociedad en sentido general. La estructuración de actividades recreativas como alternativa de intervención psicológica para las personas diagnosticadas con adicción al alcohol, posibilitó una transformación expresada en la integración social de los sujetos (9).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CABANILLAS, S., HUATAY, N. (2017) en Cajamarca-Perú, realizaron un trabajo de investigación titulado “Causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el Centro de Salud Pachacutec del distrito de Cajamarca, 2017”, con el objetivo de determinar las causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el C.S. Pachacutec del distrito de Cajamarca, 2017. Metodología: Descriptiva, analítico y de corte transversal. Concluyen que: Al establecer la relación entre alcoholismo y drogadicción, se ha determinado que existen factores en el ambiente familiar, escolar, social, emocional, y sexual que son causales del alcoholismo y la drogadicción en los adolescente de 14 a 18 años, siendo los que más prevalecen el no ser feliz en su hogar, escaso dialogo con sus padres, familiares que consumen alcohol, ingreso económico insuficiente, alcohol y droga en compañeros del colegio, conductas negativas de compañeros, repetición de grado, problemas con el grupo social, no realiza actividad social, carecen de pareja sentimental, reunión con amigos en el parque, se ausentan de su hogar, soledad, insomnio, tristeza y desesperación, discriminación y haber tenido parejas sentimentales pasajeras.(12)

ARAMBURÚ, R. (2017) en Lima-Perú, realizó un trabajo de investigación titulado “Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana” con el objetivo de determinar la relación entre el sentido de vida y el consumo problemático de alcohol en estudiantes de universidades privadas de Lima Metropolitana que se encuentran cursando los dos primeros años de su carrera. Metodología: la presente investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo correlacional, el diseño es no experimental y transversal correlacional. Las conclusiones de dicho trabajo fueron: Un alto porcentaje de estudiantes (31.8%) presenta un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que puede ser considerado como problemático. El consumo problemático de alcohol no presenta una asociación

estadísticamente significativa con el sentido de vida. Por lo que no necesariamente un consumo problemático de alcohol está relacionado a una baja percepción de sentido. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del sentido de vida entre los hombres y las mujeres, se podría afirmar que el sexo no es una variable que influye de manera significativa en la percepción de sentido. Se halló una diferencia leve y significativa en el consumo problemático de alcohol entre los hombres y las mujeres, siendo los participantes del sexo masculino quienes presentan una mayor tendencia al consumo problemático de bebidas alcohólicas. (13)

DÍAZ , G.,(2015) en Trujillo-Perú, realizó un trabajo de investigación titulado “Taller pedagógico me siento bien para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a Centro de atención ambulatoria y clínica de día para pacientes consumidores de sustancias psicoactivas (CADES) - Hospital Regional Docente de Trujillo”, con el objetivo de determinar el impacto de la aplicación del taller pedagógico “Me siento bien” para mejorar la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES del Hospital de Trujillo . Metodología: Tipo de estudio experimental, diseño de investigación cuasi-experimental con dos grupos intactos (control y experimental),se aplicó una prueba inicial y una prueba final. Concluye: después de desarrollar el Taller Pedagógico “Me Siento Bien”, en el desarrollo de Calidad de Vida relacionada con la salud en los adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES, Hospital Regional Docente de Trujillo, el grupo experimental con un puntaje de 190.44 presentó diferencias altamente significativas con el grupo control con puntaje de 124.44. Para la Dimensión Física; el grupo experimental con puntaje de 53.44 presentó diferencias altamente significativas con el grupo control con puntaje 32.56. Para la Dimensión Psicosocial el grupo experimental con puntaje de 137.0 presentó diferencias altamente significativas con el grupo control con puntaje 91.88. (9)

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Teorías del Aprendizaje

En éste vamos a exponer la explicación del consumo de drogas, basándonos en el condicionamiento clásico y operante.

A. Condicionamiento Clásico

El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje que consiste en aparear un estímulo neutro (ej., toque de una campana) con un estímulo incondicionado (ej., comida) que produce una respuesta refleja (ej., salivación). Este estímulo neutro recibe en el proceso de condicionamiento el nombre de estímulo condicionado. Después de que el estímulo condicionado es seguido repetidamente por el estímulo incondicionado (en nuestro ejemplo toque de una campana-comida), la asociación entre ambos se aprende. Luego, el estímulo condicionado por sí solo producirá una respuesta, que se llama condicionada (salivación), sin estar presente el estímulo incondicionado (comida). Esto es, una vez establecido el proceso de condicionamiento se salivará ante el toque de la campana sin estar presente la comida. En el campo de las adicciones y drogodependencias se ha encontrado el modo en que se aprenden dichas conductas de ingestión de drogas. Uno de los ejemplos más conocidos es la observación por parte de Wikler (1965) de que aquellos individuos que habían sido adictos a los opiáceos, a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia, meses más tarde de haberse administrado la última dosis, como lagrimeo, bostezos y rinorrea. Esto le llevó a plantear un proceso de condicionamiento, que él llamó con el nombre de síndrome de abstinencia condicionada. Esto implicaba que los episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) se habrían apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados). Esto implica que la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos puede provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña,1994). Varios estudios han demostrado que distintos estímulos ambientales influyen en el desarrollo de la tolerancia a las drogas (ej., Siegel, 1976). Este tipo de tolerancia se

denomina conductual. La tolerancia conductual , no sólo depende de la experiencia directa con la droga sino también de la experiencia con las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia (Siegel, 1981). El desarrollo de la misma, tal como describe Graña (1994), es el siguiente: cuando una droga (estímulo incondicionado, EI) se administra, su efecto (respuesta incondicionada, RI) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (estímulo condicionado, EC). Si la respuesta condicionada (RC) que elicitaba la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces se produce una respuesta condicionada compensatoria. El ejemplo característico se ha encontrado en animales a los que se les había inyectado morfina que produce analgesia, y que se observaron respuestas de hiperalgesia en pruebas de condicionamiento (Siegel,1975). Si estas respuestas condicionadas compensatorias interactúan con los efectos incondicionados de la droga, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las respuestas condicionadas vayan creciendo. Esta atenuación de los efectos de una droga a lo largo de la repetición de sus administraciones define el fenómeno de la tolerancia condicionada. Dado que las respuestas condicionadas compensatorias producen una mayor disposición a administrarse la droga, ello implica que las mismas incrementan el deseo o querencia de la droga. Por tanto, este proceso nos permite explicar por qué una vez que la persona consume se va a mantener consumiendo. Sin embargo, hemos de hacer notar que están presentes otras variables que modulan esto y que viene a constituir lo que se denomina historia de aprendizaje de la persona, por lo que de los que prueban una sustancia unos seguirán consumiéndola y otros no, siendo un amplio conjunto de factores ambientales e internos los que van a interaccionar finalmente con consumir o no consumir o, en caso de consumir, seguir o no consumiendo (14).

B. Condicionamiento Operante

El condicionamiento operante permite explicar la conducta y especialmente la de autoadministración de drogas. Como sabemos, el condicionamiento operante ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. Cualquier evento estimulante que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. La droga es un potente reforzador. Un evento estimulante que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo. Los opiáceos pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos. Distintos estudios, tanto en animales como en humanos, han demostrado como la morfina es un reforzador positivo. En estos estudios se proporciona morfina a dosis pequeñas, con lo que no hay dependencia física dado que no había síndrome de abstinencia una vez retirada la misma. De igual modo funciona como un reforzador negativo. Este se relaciona con la náusea, típico componente aversivo de la conducta de autoadministración. Este componente aversivo desaparece con la continua administración de opiáceos, manifestándose de nuevo todas las características de reforzador positivo, una vez establecida la dependencia física. En este caso, al dejar de consumir la sustancia, aparece de forma impredecible el síndrome de abstinencia, que se puede evitar volviendo de nuevo a consumir. Por tanto, esta conducta (consumo) es reforzada negativamente e incrementa su probabilidad de ocurrencia, al eliminar el estado aversivo generado por el síndrome de abstinencia. De este modo, el opiáceo, al funcionar como reforzador negativo, mantiene la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga no por el estado que genera en el organismo sino para aliviar el estado de aversividad; esto es, para aliviar el síndrome de abstinencia (14).

2.2.2. Teorías Psicológicas basadas en causas intrapersonales

A. Modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986)

El modelo de Kaplan et al. (1986, 1987, 1988) tiene como premisa principal que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para

su conducta. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres, profesores y otras personas a las cuales consideran importantes sus opiniones, ello se convierte en una fuente de malestar psicológico que deben resolver. Cuando pierden el favor de los adultos que les dan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen sentimientos de autorrechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria. Esta respuesta puede tomar varias formas y se engloba en el modelo de mejora de la estima. Las respuestas sociales negativas y las sanciones pueden resultar en un cambio en la conducta del adolescente hacia la conformidad con las expectativas de los padres u otras figuras de autoridad, aliviando de este modo las fuentes de malestar y restaurar la autoestima. Pero estas acciones no siempre resuelven el malestar. Los adolescentes pueden encontrar que cambiar las opiniones negativas de otros no es completamente un acto volitivo personal. Pueden haber ocurrido acontecimientos que hayan cambiado la imagen que tienen del adolescente, que hace luego difícil cambiar su opinión sobre ellos. El adolescente puede apreciar este coste personal que le tiene moverse hacia la conformidad, dado que exige perder los refuerzos de su conducta anterior y cambiar su autoimagen, rechazando los valores de sus iguales, tal como se le pide. Por ello, una parte de los adolescentes encuentran más deseable continuar con la conducta que no es aceptada por sus padres o profesores. Cuando ocurre esto, para afrontar las reacciones negativas pueden desarrollar actitudes para mantener su conducta. Conforme pasa el tiempo, las sanciones negativas de las figuras de autoridad pierden el control social que tenían sobre el adolescente. Cuando ocurre, lo más probable es que el adolescente encuentra más deseable continuar con su conducta que es rechazada por padres y profesores, aceptando ahora la conducta de sus iguales desviados, incrementando así su justificación para la conducta desviada. Al tiempo, proporciona un contexto potencial de aprendizaje social para el uso de drogas (14).

B. Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996).

De modo semejante a lo que propone en su modelo de mejora de la estima (Kaplan, et al., 1986a, 1987,1988), de la que ésta es una mera actualización, es necesario que la persona encuentre el modo de poder

valorarse positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas que le rodean. Cuando no encuentra aceptación de las mismas, aún implicándose en conductas convencionales, entonces estará más motivada a implicarse en actividades no convencionales de tipo desviado. Con ello puede disfrutar de nuevas experiencias, refuerzos y sentimientos de autorrespeto. Llevar a cabo esto puede implicar realizar actos ilegales, lo que ahora no le preocupará, ya que rechaza las normas convencionales y se aleja de sus adultos de referencia. Esto puede ser debido a expectativas inadecuadas sobre sí mismo o a la ausencia de adecuados recursos para afrontar esas situaciones, tanto de tipo congénito (ej., fuerza, inteligencia), como fracasos en adquirir las habilidades y destrezas necesarias para enfrentarse al ambiente como resultado de una inadecuada socialización o falta de habilidades de afrontamiento, no tener un sistema de apoyo social adecuado, la ocurrencia de eventos vitales importantes o las atribuciones desviadas por otros sistemas sociales (14).

2.2.3. Modelos basados en el enfoque sistémico y en los modelos de familia derivados de ellos

Los primeros estudios sobre la familia y el abuso de drogas se centraron en el análisis del vínculo entre la madre y sus hijos con problemas de drogas y la ausencia o falta de participación de los padres. Fort (1954) señaló que estas madres eran sobreprotectoras, controladoras e indulgentes y que estaban dispuestas a hacer cualquier cosa por sus hijos, excepto dejarlos que fuesen independientes. Este autor también encontró una ausencia virtual frecuente de la figura del padre. Sin embargo, estudios con familias de clase media han apuntado la presencia de un padre autoritario (Alexander y Dibb, 1975). Kirschenbaum, Leonoff y Maliano (1974) señalaron que la situación del padre como un líder autoritario de la familia parecía ser ficticio, siendo la madre la verdadera cabeza de familia. Schwartzman (1975) encontró también que los padres eran figuras autoritarias o distantes, pero claramente secundarias a las madres en cuestión de poder. Algunos autores observaron que el consumo de drogas era imprescindible para mantener el equilibrio en la

interacción de los miembros de la familia, resolviendo la desorganización que existía en el sistema de la familia con anterioridad al consumo de drogas (Noone y Redding, 1976). Estos autores también encontraron que la mayoría de los jóvenes que abusaban de las drogas y los adictos mantenían vínculos estrechos con sus familias de origen años después de que ellos dejaran sus casas. Kaufman (1974) observó que los padres de los adictos a la heroína se podían describir como fríos, distantes, sádicos y competitivos con sus hijos, y seductores con sus esposas. Las madres eran percibidas como distantes o extremadamente seductoras. La familia como sistema traslada frecuentemente sus problemas sobre el joven con problemas de drogas, convirtiéndose éste en el chivo expiatorio sobre el que se centran todos los problemas internos de la familia (Kaufman, 1994). Por ejemplo, una pareja con problemas en su matrimonio puede fijar su atención en el problema que tiene su hijo con la droga, en lugar de hacerlo en sus dificultades matrimoniales. La culpabilidad es una moneda frecuente de manipulación y puede ser utilizada por el hijo consumidor de drogas para coaccionar a su familia para seguir teniendo apoyo económico y emocional para el consumo de drogas, o utilizada por los padres para frenar los intentos de independencia del hijo. Muchas madres que tienen problemas de depresión, ansiedad o síntomas psicossomáticos le echan la culpa de ellos al paciente identificado, de este modo se refuerza el patrón de culpa y manipulación mutua (14).

2.2.4. El modelo social de Peele

Stanton Peele (1985) ha propuesto un modelo para explicar la conducta adictiva muy sugerente, basado en el papel que tienen las adicciones en nuestro estilo de vida, sosteniendo que no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde, tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual, a la misma. El modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo influyen de manera clave en la experiencia adictiva. No deja de reconocer que las experiencias pasadas, así como la personalidad y el entorno social, determinan ese estilo de enfrentarse ante

la vida. Las características que para Peele (1985) tiene una adicción son cuatro: es un continuo; desvirtúa las otras implicaciones que una persona posee limitando todos los ámbitos de la vida; no es una experiencia placentera y a ella habitualmente se llega para eliminar el dolor sea físico o emocional (temor, ansiedad, culpa, malestar, etc.); y, es la incapacidad de escoger el no hacer algo. El alcohol permite dejar de lado las inhibiciones y ansiedades e incrementa el valor. En una sociedad tan compleja y difícil como la nuestra el alcohol tiene un campo de cultivo excelente para que se incremente su consumo, además de estar legalizado y ser fácil su obtención. Ante la sustancia o conducta unas personas se harán adictas y otras no en función de su personalidad, la situación y las motivaciones. Por ello unas personas se convierten en adictas y otras no. El factor que para Peele es clave, para no convertirse cualquier conducta en adictiva, es que la persona sea capaz de controlarla e introducirla y acomodarla en su funcionamiento vital, en su vida. Ello exige diferenciar lo bueno de lo perjudicial y tener en la vida modos de satisfacción distintos a las conductas adictivas y aceptarse uno mismo tal como es. La curación se daría cuando el individuo, sea cual sea el tratamiento que siga, deja atrás su adicción, no depende de ella y establece un nuevo modo de relacionarse consigo mismo y con el mundo. En suma, significaría tener la capacidad de escoger libremente por uno mismo (14).

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Adicción, a las drogas o alcohol

Se define como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una *tolerancia* acusada y un *síndrome de abstinencia* que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el

consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo (15).

2.3.2. Fenomenología clínica

Las adicciones, sea cual fuere su tipo, presentan una vasta fenomenología clínica común que a continuación se describe de manera sucinta:

- ❖ **Inconsciencia de enfermedad:** el adicto no se siente enfermo; no obstante la evidencia clínica de su incapacidad para abstenerse y de contenerse; además del síndrome de abstinencia y del deterioro psicorgánico cerebral que presenta. El adicto comprende que lo que hace es incorrecto, pero al no sentir dolor ni malestar no se siente enfermo, solo disfruta la experiencia placentera. Secuencialmente, primero niega su adicción enmascarándola; enseguida cuando ésta ya es inocultable, la minimiza, refiriendo que sólo es un “vicio pasajero” que él puede controlar o cesar cuando se lo proponga. Luego, despliega su conducta adictiva con el mayor desparpajo, justificándose que es su vida y que “todo el mundo lo hace”. Finalmente, puede acabar en la discapacidad psicosocial, pandillaje, barras bravas, prisión, abandono de sí mismo, degradado, en el refugio de los adictos terminales o en la muerte (16).

- ❖ **Carencia de voluntad:** el adicto carece de voluntad suficiente para controlar o cesar su hedonismo compulsivo. De manera solemne y reiterativa promete que cesará por sí mismo la conducta adictiva, reincidiendo una y otra vez en lo mismo. Progresivamente, la adicción lo degrada de manera implacable, convirtiéndolo en un ente carente de autonomía personal. Entonces, se convierte en el “esclavo feliz” y él mismo denomina esta condición mórbida como su prisión imaginaria (“cárcel sin rejas”) o simplemente “un vicio” (16).

- ❖ **Oposición al tratamiento:** debido a su inconsciencia de enfermedad, el adicto comúnmente muestra desmotivación o rechaza la ayuda terapéutica; en muchos casos simula aceptarla o la boicotea en forma abierta hasta que finalmente deserta del tratamiento profesional o de la “ayuda” empírica. En otras ocasiones, para aplacar la presión familiar, comienza simulando aceptar el tratamiento para luego discontinuarlo, invocando pretextos pueriles e inverosímiles (16).
- ❖ **Insensibilidad:** en estadios avanzados de la enfermedad el adicto de manera insidiosa y progresiva pierde sus sentimientos, principios y valores esenciales convirtiéndose en una persona deshumanizada. Entonces carece de empatía, sensibilidad y de compasión, mostrándose incapaz de amar, experimentar gratitud y sentir respeto por sus semejantes. Finalmente, depravado y pérfido, se conduce con ferocidad e impiedad, llegando a la degradación extrema (estado bestia), capaz de cometer homicidios crueles y abominables (16).
- ❖ **Doble vida:** doble patrón de vida, una de apariencias con su familia y entorno social sano y otra oculta, hedonista y autodestructiva compartida con un entorno amical pernicioso. Se las ingenia para llevar este doble estándar de comportamiento sin que su familia se percate (16).
- ❖ **Conducta disocial:** la conducta social del adicto se trastorna debido a la progresiva pérdida de valores ético morales, la misma que se expresa en una conducta caracterizada por mendacidad, manipulación, simulación y maquinación, así como el cinismo, el chantaje, la agresividad y las actitudes homicidas que lo convierten en una persona sumamente peligrosa para sí misma, su familia y el entorno social. Esta es la psicopatización (16).
- ❖ **Rol de víctima:** el adicto siempre responsabiliza o culpa a otros (victimizándose) de toda su tragedia personal, demostrando incapacidad para la reflexión, la autocrítica y el insight: “pobrecito yo”(16).
- ❖ **Estulticia:** la performance cognitiva de este enfermo es ilógica y contradictoria. No presenta psicosis, excepto en la situación de severa

intoxicación aguda o crónica; sin embargo su comportamiento es obcecado, irreflexivo, desordenado, perturbador y recurrente en grado sumo. No pierde el juicio de la realidad pero actúa como si careciera de ello. Actúa sintiéndose dueño de la razón para todo efecto, mostrándose incapaz de ejercer la más mínima autocrítica (16).

- ❖ **Intolerancia:** no acepta ideas distintas a las suyas. Anticipadamente las descalifica con soberbia e intemperancia. Irreductiblemente se aferra a la sinrazón, enfureciéndose cuando se le contradice (16).
- ❖ **Irritabilidad:** se exaspera fácilmente mostrándose hiperreactivo e intratable. Reacciona en forma explosiva y desproporcionada. Vocifera e intimida a sus familiares(16).
- ❖ **Agresividad:** de manera inmotivada ataca a los demás en forma actitudinal, verbal o física. Se muestra irascible, hostil y procaz y negándolo con desparpajo (16).
- ❖ **Actitud paradójica:** Encontrándose evidentemente enfermo, se siente inmoviblemente la persona más sana y fuerte. Se irrita, encoleriza y reacciona con violencia cuando se le insinúa que está enfermo. “Yo estoy bien, ustedes están locos”, afirma sin escrúpulos.
- ❖ **Autoendiosamiento:** el adicto se cree muy hábil, genial, único, especial, intocable y como tal asume el rol de omnisciente, omnipotente e invencible. Su soberbia y narcisismo son ilimitados: “Si estás conmigo estás con Dios”, “tócame que soy realidad”, son algunas de sus expresiones estultas.
- ❖ **Autodestructividad:** el adicto se destruye progresivamente a sí mismo. Inconscientemente cae en la autoeliminación placentera y lo hace a cuenta gotas. De este modo destruye en forma implacable los siete componentes esenciales de su unidad existencial: imagen, futuro, familia, personalidad, espiritualidad, salud y vida.
- ❖ **Comorbilidad:** Presencia concomitante de otras patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones; por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar,

trastorno alimentario compulsivo, ansiedad o trastornos de la personalidad, entre otros . Si se consideran los trastornos de personalidad, el cien por ciento de los adictos presentan patología psiquiátrica asociada (16).

2.3.3. Fisiopatología

La sensación placentera que se experimenta cuando, por ejemplo, comer o tener relaciones sexuales está regulada por el sistema de motivación y recompensa. Esta sensación gratificante hace que el sujeto repita el comportamiento para obtener el reforzador una vez más. Este sistema puede ser corrompido por las drogas de abuso al desencadenar un «intenso sentimiento de placer» e inducir cambios plásticos. En condiciones normales, un reforzador natural es un estímulo que genera un beneficio para el organismo. Por ejemplo, los alimentos proporcionarán energía y estructura entre muchos otros beneficios. El sexo, a su vez, cumple la función de dar nuevos seres a la especie y crear límites entre los sujetos para generar grupos y cultura. El sistema de motivación y recompensa está regulado por numerosos neurotransmisores, entre ellos la dopamina, que se libera en el núcleo accumbens (NAc) y se sintetiza por las neuronas ubicadas en el área tegmental ventral (VTA). Existen otras sustancias que modulan la actividad de las neuronas dopaminérgicas en el VTA, como la serotonina, la acetilcolina, el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y el glutamato. La activación de la VTA y su consiguiente activación de la NAc mejoran la liberación de neuromoduladores como las endorfinas y los endocannabinoides, generando así la sensación subjetiva de placer. Todas estas interacciones desencadenan la actividad de los sistemas de memoria que generan un rastro de memoria que codifica las características de la sustancia o el comportamiento que causa placer. Esto ocurre en el contexto de que el cerebro acepta estas sustancias o comportamientos como beneficiosos para el organismo (17).

El sistema de castigo también es un sistema muy importante que trabaja en estrecha comunicación con el sistema de placer. El miedo es uno de los comportamientos de adaptación más críticos para cualquier sujeto en

el reino animal. El miedo nos ayuda a evitar estímulos y comportamientos peligrosos. También hay placer involucrado en escapar de este tipo de situaciones. Parece que hay una interacción entre la motivación que recompensa y los sistemas de castigo. Como resultado, hay un equilibrio a veces a favor del placer, a veces a favor del castigo dependiendo de la calidad del estímulo. Este equilibrio da la valencia a la emoción desencadenada por el estímulo. Un estímulo con una valencia positiva aumentará la probabilidad de exhibir el comportamiento mostrado para obtenerlo, mientras que un estímulo con una valencia negativa aumentará la probabilidad de exhibir el comportamiento mostrado para evitarlo. En este contexto, los llamados reforzadores no naturales, como las drogas de abuso, actúan directamente sobre el sistema de placer. Por ejemplo, la nicotina actúa en el receptor nicotínico de ACh, alcohol, en el receptor de GABA_A y glutamato (NMDA), la marihuana en el receptor endocannabinoide (CB1 R), ubicado en el sistema de recompensa de motivación que desencadena una «sensación intensa de placer» . Sin embargo, dos deficiencias principales hacen que las drogas de abuso sean peligrosas: primero, su efecto es breve y, segundo, no transmiten ningún efecto beneficioso al organismo. Los mecanismos cerebrales no muy bien definidos detectan esta falta de beneficio; por lo tanto, el sistema de recompensa por motivación reduce su respuesta por medio de al menos dos cambios plásticos, reduciendo la disponibilidad de receptores (cambios epigenéticos inducidos por la droga) y aumentando la actividad del sistema de castigo para mantener el equilibrio. Como resultado, el sujeto no experimenta el mismo placer con la misma dosis de la droga. En la clínica llamamos a este fenómeno tolerancia. Si el individuo insiste en buscar la misma intensidad de placer, tiene que consumir más droga, lo que obliga al cerebro a fortalecer sus cambios plásticos. En este contexto, podemos decir que estos sistemas se están defendiendo de la acción de la droga (17).

2.3.4. ¿Qué es la dependencia física y psicológica?

Existen dos tipos de dependencia de las drogas:

La dependencia física: se produce por la tolerancia al consumo de drogas, entendida como una adaptación o “acostumbramiento” del organismo a una determinada sustancia (droga). La persona que consume una misma dosis de una droga, paulatinamente, deja de sentir los efectos iniciales y para sentir el mismo efecto deseado, con el tiempo, tiene que incrementar la dosis del consumo de la droga.

La dependencia psíquica o psicológica: es la situación en la que para producir placer o evitar el malestar surge un impulso que exige el consumo regular o continuo de la droga. La dependencia psíquica “...se trata de aquel vínculo con la droga caracterizado por el deseo apremiante de experimentar sus efectos, ya sea porque favorece experiencias positivas (relajación, sensación de fuerza, inhibición del cansancio y el sueño, pérdida de apetito, etc.), o porque permite rehuir reacciones negativas (aburrimiento, timidez, sensación de incapacidad, frustración, soledad, etc.) (18).

2.3.5. Consecuencias del consumo de drogas

❖ Consecuencias individuales

a) Consecuencias biológicas

Las consecuencias biológicas del consumo de drogas dependen del tipo de drogas, de la frecuencia y el tiempo de consumo, y del estado de salud de la persona, previo al consumo. Si bien los daños al organismo en general tardan en presentarse, en ocasiones pueden ser observados en la fase inicial (experimental) del consumo de drogas (18). Entre ellos tenemos:

- **Problemas en el corazón:** El consumo de drogas (como la cocaína) puede causar problemas como ataques al corazón y presión alta.
- **Problemas pulmonares y de respiración:** Algunas drogas pueden dañar los pulmones. Fumar cigarrillos causa enfermedades como el cáncer y el enfisema, una dolorosa enfermedad pulmonar. Fumar tabaco o marihuana puede producir infecciones pulmonares y tos. La heroína y los analgésicos pueden hacer que se detenga

la respiración. Las drogas que se inhalan pueden dañar los pulmones y las vías respiratorias Y también detener la respiración.

- **Problemas estomacales:** Muchas drogas, como la cocaína, la heroína y los analgésicos, pueden causar dolor de estómago y vómitos. Problemas en los riñones. Las drogas como la cocaína y la heroína pueden dañar los riñones.
- **Problemas en el hígado:** El abuso de alcohol y de drogas que se inhalan puede causar enfermedades en el hígado.
- **VIH/sida y hepatitis :** Inyectarse drogas con una aguja puede lastimar las venas. Al usar jeringas sucias se puede contraer VIH/sida y hepatitis. La hepatitis es una enfermedad grave del hígado. La mayoría de estos problemas pueden producir enfermedades graves o causar la muerte (20).

b) Consecuencias psicológicas

Las consecuencias psicológicas del consumo de drogas afectan de manera progresiva a las actitudes hacia sí mismo y su comportamiento, afectan directamente a su autoestima, falta de autoconfianza e insatisfacción. Descuido de su imagen personal, higiene y limpieza. La conducta del consumidor se modifica en función del hábito de consumo y paulatinamente sus actos son dirigidos por la sustancia, iniciándose un proceso de adicción y dependencia, que pueden derivar en suicidio.(18). Podemos nombrar algunas consecuencias como como: alucinaciones, depresión e ideas paranoides. De hecho, se puede llegar a desarrollar un tipo de esquizofrenia por consumo de sustancias y la esquizofrenia es una enfermedad irreversible. Se puede sufrir también de ansiedad y ataques de pánico. Las drogas pueden afectar también a la memoria, a la concentración y al aprendizaje (19).

❖ **Consecuencias sociales**

a) Consecuencias microsociales

Están referidas a las relaciones del consumidor con su entorno inmediato como son la familia, la escuela, el trabajo y los amigos. Las más comunes son la pérdida de su grupo de referencia y pertenencia, el consumidor cambia el grupo habitual de amigos por otro en el que se consume drogas, posteriormente cuando el consumidor se hace adicto o dependiente de las drogas, generalmente se aísla y se automargina. En la etapa de adicción o dependencia, comienza a incurrir en conductas antisociales y delictivas para poder adquirir la droga. Por otra parte, su vida familiar se altera porque ya no responde a sus expectativas ni a sus roles familiares. La familia es víctima del consumidor de drogas. Disminución de su rendimiento escolar porque baja el nivel de su motivación, los procesos de atención y memoria se ven afectados, se producen faltas permanentes e injustificadas que derivan finalmente en la deserción escolar o repetición del curso. En el ámbito laboral, el consumidor muestra bajos niveles de desempeño laboral, ausentismo del trabajo y accidentes en su desempeño, lo que inevitablemente conduce al abandono o despido de la fuente laboral.

b) Consecuencias macrosociales

Las consecuencias macrosociales corresponden a un entorno más amplio relacionados con aspectos socioeconómicos, políticos y culturales. Como por ejemplo, la generación de conductas antisociales, actividades delincuenciales organizadas derivadas del tráfico de drogas (robos, saqueos, secuestros, homicidios, etc.) que conllevan al incremento de la inseguridad ciudadana, la corrupción, el lavado de dinero y otros actos delictivos. Dichos actos ilegales significan un riesgo para la democracia y la estabilidad de los Estados (18).

2.3.6. Factores de protección del consumo de drogas

Se denominan factores de protección a ciertas situaciones o condiciones personales sociales que reducen o atenúan las probabilidades del consumo de drogas. A continuación se detallan los factores de protección más comunes:

A) Factores de protección individual:

- **Actitud crítica y reflexiva sobre el problema que representan las drogas.** Habilidad sobre la base del análisis de alternativas, es decir, los beneficios y riesgos de un comportamiento y lograr una decisión que resulte adecuada.
- **Construcción del Proyecto de Vida:** El orientar y facilitar la identificación de metas y estrategias para la construcción de un proyecto de vida saludable, constituye un factor protector importante. Los jóvenes aprenden a proyectar sus vidas a corto, mediano y largo plazo, lo cual los aleja de conductas inmedatistas y precipitadas.
- **Autonomía:** favorece la toma de decisiones y la responsabilidad por los propios actos de la persona. Le permite rechazar las presiones que en ocasiones ejerce el grupo de amigos iguales o las influencias de la publicidad y los medios de comunicación y redes sociales
- **Tolerancia:** Desarrollar la tolerancia, tanto ante las situaciones adversas como ante las ideas divergentes, es un componente esencial de la personalidad.
- **Habilidades y destrezas individuales:** Principalmente las de comunicación que permite a las personas expresar sus sentimientos y emociones de manera asertiva.
- **Adecuada autoestima:** Desarrollar la valoración personal es esencial para asumir responsabilidades y desafíos en la vida, así como para asumir posiciones críticas respecto al consumo de sustancias perjudiciales para la salud.
- **Ausencia de trastornos emocionales o de temperamento:** Una persona tolerante a situaciones adversas evitará reacciones impulsivas y conductas de riesgo o autodestructivas, como el consumo de drogas. (18)

B) Factores de protección microsocia

- **Estabilidad y cohesión familiar:** Si el grupo familiar practica una adecuada comunicación y relaciones intrafamiliares basadas en valores y normas, entonces se crea un ambiente familiar cálido y constructivo en el que cada persona se involucra en la vida de los demás miembros, en un marco de respeto haciendo de cada momento una experiencia gratificante.
- **Sentido de pertenencia familiar y relación intergeneracional:** donde las experiencias de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores (padres, hijos/as y abuelos/as), enriquecen la vida de los demás (apoyo mutuo entre todos).
- **Adecuado estilo de crianza:** Padres que logran equilibrar la disciplina con el afecto, facilitan un desarrollo integral de la personalidad de sus hijos e hijas. Permite que adquieran autonomía, responsabilidad e independencia de modo natural, de manera que pueda desenvolverse adecuadamente en la vida
- **Escuela que promueve y estimula el aprendizaje, la participación y la responsabilidad:** Escuela en la que se practican las relaciones horizontales, favorece la promoción y fortalecimiento del sistema de valores y la construcción colectiva del conocimiento.
- **Grupo de amigos/as que respeta las potencialidades individuales,** permite el crecimiento grupal e individual con hábitos de vida saludable.

C) Factores de protección macrosocia

- Establecimiento de normas de protección para el individuo ante la presencia de sustancias psicotrópicas naturales y sintéticas.
- Disponibilidad y fácil acceso a los servicios sociales.
- Adecuada seguridad ciudadana.
- Oportunidades de empleo, estudio y esparcimiento.
- Políticas adecuadas para el Desarrollo Humano y Social.

- Implementación de Programas de prevención del uso indebido de drogas, adecuadas al contexto y a las necesidades particulares de la población destinataria.

D) La resiliencia, otro factor de protección

Trasladado este concepto al comportamiento humano, permite entender que una persona o una familia o una comunidad, a pesar de las adversidades sufridas pueden alcanzar el desarrollo y niveles aceptables de salud y bienestar. Esta teoría señala que existen factores internos y externos que protegen contra el estrés social o el riesgo de la ansiedad o el abuso de drogas. Si un niño cuenta con varios y fuertes factores protectores podrá resistir las conductas poco saludables, que a menudo resultan de la ansiedad y el estrés.

Los aspectos de protección interna incluyen la autoestima y el autocontrol, mientras que los factores externos son el apoyo de la familia y la comunidad como modelos de comportamiento y la disponibilidad de servicios de salud (18).

2.3.7. Estrés, adicción y ejercicio

En el Manual de “Terapia Física en Adicciones” elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi , señala que uno de los principales factores de recaída en la adicción lo constituye el estrés, así como también se han reportado hallazgos en la reducción de sus principales síntomas como son la depresión, ansiedad, problemas del sueño, concentración y fatiga a través de la práctica del ejercicio. En la literatura se señala la práctica del ejercicio como una estrategia efectiva en la reducción de la probabilidad de recaída en el paciente adicto, la práctica regular del ejercicio reduce la sensación de privación y pérdida que acompaña la terminación del patrón adictivo gracias a que produce bienestar y placer, facilitando de este modo la transformación de hábitos de vida negativos en positivos. Reducir el estrés requiere, en general, que el paciente introduzca cambios significativos en su estilo de vida y, por ende, en su rutina diaria. El primer paso es poder identificar las posibles

fuentes de estrés y sus efectos negativos en su actitud, emociones y conducta; el siguiente, poner en práctica técnicas de reducción del estrés, entre las que se incluyen: ejercicio, deporte, hobbies, actividades programadas de tiempo libre, es decir, aquellas técnicas que implican actividades de signo positivo, que facilitarán predecir los factores específicos de riesgo y evitar o atenuar los fallos del proceso de recaída. Disminuir el riesgo de estrés psicológico supone, entonces, enseñar al paciente a lograr un estilo de vida balanceado, para evitar la formación de patrones de hábitos dañinos. Un estilo de vida balanceado está caracterizado por un equilibrio armonioso entre el trabajo y las actividades de esparcimiento, tales como el ejercicio físico y la meditación. Las modificaciones propuestas referentes al estilo de vida se relacionan con el balance entre los elementos impositivos (lo que uno debe hacer) y los elementos placenteros (lo que uno quiere hacer). Se trata de que el sujeto logre un cierto equilibrio entre ambos. Reducir el estrés a través del ejercicio y el deporte es posible dado que, como consecuencia de la ejecución de las actividades físicas, se obtiene una gama de efectos tanto físicos como psicológicos (1).

2.4. Definición de Términos

a) Abstinencia: Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores; esta definición puede no coincidir con la autodescripción como abstemio de un encuestado. No hay que confundir el término “abstinencia” con la expresión “síndrome de abstinencia” o con un término más anticuado como el de “síndrome de deprivación” (15).

b) Las actividades físicas recreativas: al concebir un conjunto de actividades de diversos tipos y ser ejecutada en el tiempo libre, brinda al individuo la satisfacción por su realización, la misma representa para el niño un medio a través del cual contribuye a su desarrollo físico, social e intelectual; para el joven la acción, la aventura, la independencia y para el

adulto un elemento higiénico y de descanso activo. En la actualidad constituye una necesidad para todos los seres humanos su participación activa y consciente, al contribuir a elevar la calidad y la creación de un estilo de vida, que beneficia al hombre en sus capacidades físicas, en la salud, en la economía, en los niveles de comunicación, en el desarrollo humano; factores esenciales en el desarrollo de la comunidad (22).

c) Adicción, a las drogas o alcohol: Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo (15).

d) Alcoholismo: Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas (15).

e) Consumo perjudicial: Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico (15).

e) Delirium tremens (delirium tremens): Síndrome de abstinencia acompañado de delirio; estado psicótico agudo que se produce durante la fase de abstinencia en las personas dependientes del alcohol y que se caracteriza por confusión, desorientación, ideas paranoides, delirios,

ilusiones, alucinaciones (normalmente visuales o táctiles y con menor frecuencia auditivas, olfativas o vestibulares), inquietud, distracción, temblor (que a veces es grosero), sudor, taquicardia e hipertensión. Suele ir precedido de signos de síndrome de abstinencia simple. El delirium tremens suele comenzar 48 horas o más después de la interrupción o la reducción del consumo de alcohol, aunque a veces tarda en aparecer una semana. Hay que distinguirlo de la alucinosis alcohólica (15).

f) Dependencia: En sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas (15).

g) Droga: Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas (15).

h) Intervención de enfermería: Se define como una Intervención de enfermería a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas. Intervención de Enfermería directa: es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo. Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o

de apoyo. Una Intervención de Enfermería indirecta: es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes (21)

i) Recuperación: Mantenimiento de la abstinencia del alcohol o/y otras drogas por el medio que sea. El término se asocia especialmente a los grupos de ayuda mutua y, en Alcohólicos Anónimos (AA) y otros grupos basados en los doce pasos, se refiere al proceso de conseguir y mantener un estado de sobriedad. Dado que la recuperación se considera un proceso que dura toda la vida, en el seno de AA se considera siempre que sus miembros son alcohólicos “en recuperación”, aunque de cara al mundo exterior se utiliza el término alcohólico “recuperado (15).

j) Tolerancia: Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual (15).

Capítulo III: Plan de intervenciones

3.1. Justificación

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Se estima que unas 585.000 personas murieron a consecuencia del consumo de drogas en 2017. Más de la mitad de esas muertes se debieron a una hepatitis C no tratada que degeneró en cáncer de hígado o cirrosis, casi un tercio de las muertes atribuibles a trastornos por consumo de drogas. La mayor parte (dos tercios) de las muertes que se atribuyen a trastornos por consumo de drogas estaban relacionadas con el consumo de opioides. Unos 42 millones de años de vida sana se perdieron (muertes prematuras y años vividos con discapacidad) a consecuencia del consumo de drogas, mayormente de los trastornos por consumo de drogas, en particular el consumo de opioides (3).

En el 2016, el consumo nocivo de alcohol causó unos 3 millones de muertes (5,3% de todas las muertes) en el mundo. La mortalidad resultante del consumo de alcohol es mayor que la causada por enfermedades como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y la diabetes. En el 2016, de todas las muertes atribuibles al consumo de alcohol en todo el mundo, el 28,7% se debió a traumatismos, el 21,3% a enfermedades digestivas, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el 12,9% a enfermedades infecciosas y el 12,6% a cánceres. (23).

El presente plan de Intervención de enfermería de actividades físico recreativas para pacientes con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Allin Kawsay, Curahuasi; Abancay – 2019 ,servirá en primer lugar para efectuar la aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” (Ver Anexo 1) y sensibilización a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas, también será útil para impulsar a los usuarios con adicciones a realizar actividades que disminuyan sus niveles de estrés y ansiedad, así como también para promover actividades que mejoren su condición física y por último para fomentar la perseverancia durante el tratamiento de nuestros usuarios.

El presente trabajo tiene relevancia por que es un aporte para la Unidad de Adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario “ Allin Kawsay “ como complemento a las psicoterapias y el tratamiento farmacológico que reciben nuestros pacientes en nuestro CSMC, para de éste modo lograr un tratamiento efectivo y prevenir recaídas en nuestros usuarios.

3.2. Objetivos

3.2.1 Objetivo general:

- Implementar un plan de Intervención de enfermería en actividades físico recreativas para pacientes con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario Allin Kawsay, Curahuasi; Abancay - 2019.

3.2.2 Objetivos específicos:

- Efectuar la aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” y sensibilización a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas.
- Impulsar a los usuarios con adicciones a realizar actividades que disminuyan los niveles de estrés y ansiedad.
- Promover actividades que mejoren la condición física en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.
- Fomentar la perseverancia durante el tratamiento de pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

3.3 METAS

- Al culminar el plan de intervención se habrá efectuado la aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” y sensibilización a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas en un 100%.
- Al culminar el plan de intervención de enfermería se habrá impulsado a un 70% de los usuarios con adicciones a realizar actividades que disminuyan sus niveles de estrés y ansiedad.
- Al culminar el plan de intervención de enfermería en actividades físico recreativas se habrá promovido en un 70% de usuarios con adicciones a realizar actividades que mejoren su condición física.

- Al culminar el plan de intervención de enfermería en actividades físico recreativas se alcanzará un 70% de fomento de la perseverancia en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

3.4. Programación de actividades

El proceso de intervención consistirá en brindar actividades físico recreativas a todos los pacientes con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario “Allin Kawsay” que ya hayan iniciado con sus psicoterapias y/o tratamiento farmacológico teniendo en cuenta un mínimo de 10 participantes. De acuerdo al siguiente cuadro:

Objetivo 1: Efectuar la aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” y sensibilización a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas.					
ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación en base a la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” (Ver Anexo1). • Sensibilización sobre la importancia de las actividades físico recreativas. 	<p>Aplicación de la ficha de Evaluación de terapia física.</p> <p>Psicoeducación a los usuarios.</p>	Usuarios han sido evaluados y sensibilizados.	100% de asistentes evaluados y sensibilizados.	01/06/2019	Enfermera-Terapeuta-Auxiliar
Objetivo 2: Impulsar a los usuarios con adicciones a realizar actividades que disminuyan los niveles de estrés y ansiedad.					
ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE

<ul style="list-style-type: none"> Relajación y recreación en Lucmos. (Paseo) 	Paseo.	Usuarios participan activamente en el paseo.	El 70% de los usuarios con adicciones se sienten impulsados a realizar actividades que disminuyan sus niveles de estrés y ansiedad.	21/06/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar
<ul style="list-style-type: none"> Tarde de Cine en el auditorio del C.S.M.C "Allin Kawsay" 	Proyección de video.	Usuarios participan atentos y aportan sus conclusiones luego de la proyección de video.		12/07/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar
<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en Biohuerto el C.S.M.C "Allin Kawsay" 	Actividad de biohuerto	Usuarios participan de manera activa, usando su creatividad y trabajando en equipo en actividades de biohuerto.		13/08/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar
<ul style="list-style-type: none"> Relajación y recreación en Capitán Rummy. (Paseo) 	Paseo ejecutado.	Usuarios participan activamente en el paseo.		11/09/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar

Objetivo 3: Promover actividades que mejoren la condición física en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> Deportes de bajo impacto en Cancha de Grass sintético Quiscapampa. 	Actividad deportiva.	Usuarios participan de manera activa y en equipo durante actividad deportiva.	El 70% de los usuarios con adicciones se sienten motivados a realizar actividades que mejoren su	16/10/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar

<ul style="list-style-type: none"> Ejercicios de Baile en el Auditorio del C.SM.C “Allin Kawsay” 	Bailoterapia.	Usuario utilizan sus destrezas para el baile y se relajan durante bailoterapia.	condición física.	15/11/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar
---	---------------	---	-------------------	------------	--------------------------------------

Objetivo 4: Fomentar la perseverancia durante el tratamiento de pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación en base a la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” (al término del programa). 	Aplicación de la ficha de Evaluación de terapia física.	Usuarios han sido evaluados.	El 100% de asistentes evaluados	13/12/2019	Enfermera- Terapeuta- Auxiliar
<ul style="list-style-type: none"> Clausura del Programa “Reconocimiento a la perseverancia.” 	Entrega de presentes.	Usuarios se sienten reconocidos por su participación proactiva y perseverancia (1 año de abstinencia y participación constante).	El 50% de participantes del programa reconocidos por perseverancia.		

3.5. Recursos:

3.5.1. Materiales

Descripción del material	Cantidad
Pelota de volleiboll	2 unidades
Pelota de futbol	2 unidades
Balones de bobath de 85 cm	10 unidades
Globos	1 ciento
Colchonetas para terapia física	10 unidades
Agua Mineral	100 unidades
Refrigerio	100 unidades
Papel Bond de colores	1 ciento
Discos de balance propiocepción	5
Hul –Hula	10
Proyector multimedia	1 unidad
Palas	10 unid
Pico	10 unid
Brocha	10 unid
Barniz	3 latas
Movilidad	2 paseos(ida y vuelta)

3.5.2.- Recursos humanos:

Nombre y apellidos	Profesional
Marily Jhulietta Cabrera Lopinta	Lic. en Enfermería
Maribel Marca Urpe	Terapeuta Ocupacional.
Martín Huamaní Luna	Técnico Administrativo.

3.6.- Ejecución:

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Efectuar la aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” y sensibilización a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación en base a la “Ficha de Evaluación de Terapia Física”. • Sensibilización sobre la importancia de las actividades físico recreativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” nos permite tener una clara idea de las potencialidades físicas y fisiológicas del paciente, que permitan discriminar el programa ideal del factible, considerando el estilo de vida del paciente, los obstáculos sociales, físicos, ambientales y psicológicos que impidan al paciente incorporarse o continuar en el programa (1). • Sensibilizar permite que alguien sea más consciente de un hecho, particularmente de un problema de especial trascendencia social (24).
<p>Impulsar a los usuarios con adicciones a realizar actividades que disminuyan los niveles de estrés y ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y recreación en Lucmos. (Paseo) • Tarde de Cine en el auditorio del C.S.M.C “Allin Kawsay” • Trabajo en Biohuerto el 	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades recreativas generan en el ser humano una serie de sensaciones, emociones y sentimientos positivos, reflejados cuando el individuo asume la disciplina, autocontrol, el goce espiritual, la autonomía, la autoestima, la

	<p>C.S.M.C “Allin Kawsay”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relajación y recreación en Capitán Rummy (Paseo). 	<p>confianza en sí mismo en cada experiencia recreativa, de tal forma que permite descargar agradablemente energías psicomotoras en el tiempo libre (25).</p>
<p>Promover actividades que mejoren la condición física en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deportes de bajo impacto en Cancha de Grass sintético Quiscapampa. • Ejercicios de Baile en el Auditorio del C.SM.C “Allin Kawsay” 	<ul style="list-style-type: none"> • A través del ejercicio físico existen respuestas corporales incluyen la disminución de las mialgias, frecuentes en pacientes alcohólicos. A nivel miocárdico, se favorece el abastecimiento o incremento de oxígeno, la disminución del gasto cardíaco y el incremento de la función eléctrica, mejora la eficiencia cardiovascular. Del mismo modo, el ejercicio baja los niveles elevados de triglicéridos y del colesterol de baja densidad e incrementa el colesterol protector de alta densidad (1).
<p>Fomentar la perseverancia durante el tratamiento de pacientes adictos a sustancias psicoactivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación en base a la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” (al término del programa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” nos permite evaluar el impacto del programa en el estilo de vida saludable del usuario. En base a los resultados se premia al usuario o se le motiva a seguir en el programa.

	<ul style="list-style-type: none"> • Clausura del Programa “Reconocimiento a la perseverancia.” 	<ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos de reforzamiento a la abstinencia se fundamentan en un cuerpo extenso de datos y la investigación en laboratorio y clínica que demuestran que el uso de drogas es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias. Los reforzadores contribuyen a alcanzar los objetivos del programa a cambio de mantenerse en el tratamiento (26).
--	--	---

3.7. Evaluación

- Se ha efectuado con éxito la aplicación de la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” y la sensibilización a los pacientes adictos a sustancias psicoactivas.
- Se ha logrado ejecutar todas las actividades que disminuyan los niveles de estrés y ansiedad.
- Se han ejecutado todas las actividades que mejoren la condición física en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.
- Se ha logrado clausurar el Programa de actividades físico recreativas con el “Reconocimiento a la perseverancia”, basándonos en el resultado final de la “Ficha de evaluación de Terapia Física” al culminar el programa.

CONCLUSIONES

- Del total de asistentes al programa, se ha aplicado la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” a un 100%, así como también se ha sensibilizado sobre la importancia del programa al 100% de los asistentes.
- Del total de participantes, se ha impulsado a un 50% de ellos a realizar actividades que disminuyan sus niveles de estrés y ansiedad, resultados en base a la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” que se les volvió a aplicar al finalizar el programa.
- Del total de asistentes al programa, se ha promovido en un 50% de usuarios con adicciones a realizar actividades que mejoren su condición física, resultados en base a la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” que se les volvió a aplicar al finalizar el programa.
- Al culminar todas las actividades, se ha reconocido a 50% de los asistentes por su perseverancia, basándonos en la “Ficha de Evaluación de Terapia Física” que se les volvió a aplicar al finalizar el programa.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que al finalizar el programa se continúe realizando el seguimiento continuo a los usuarios con adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario “Allin Kawsay”-Curahuasi, a través de visitas domiciliarias o seguimiento telefónico con el fin de evitar recaídas y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Se recomienda que el presente trabajo sirva como base teórica para implementar en la comunidad (centros de salud de atención primaria, instituciones educativas, centros laborales, etc.) las actividades físicas recreativas como factor protector frente a las adicciones.
- Se recomienda que la Municipalidad Provincial de Curahuasi, funcione como ente aliado para enfrentar el alcoholismo que va en ascenso en dicha población, a través de la supervisión y cierre de los numerosos locales que expenden alcohol metílico y “chicha de jora” de dudosa procedencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PÉREZ, R. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. "Manual de terapia física en adicciones" .Primera edición.2017.Lima-Perú. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/manuales/M-2010-TFA.pdf>
2. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra las droga y el delito) Informe Mundial sobre las Drogas.(Internet) 2019.Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
3. GESTION (Internet). Lima. (Actualizado el 19/01/2017 a las 05:20;(Internet) citado 16/04/2020).Disponible en: <https://gestion.pe/economia/puesto-ocupa-peru-indice-global-vicio-126904-noticia/?ref=gesr>
4. "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015".(Internet).Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/libro.pdf
5. Clasificación internacional de enfermedades 10.^a revisión, modificación clínica. edición española .(Internet).Disponible en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=F10&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1590019754885&indicAlfabetico=f102&listaTabular=F10&expand=0&clasification=&version=
6. "Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública.2009".(Internet) Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
7. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. "Reduciendo la carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en el Perú: propuestas basadas en evidencia". Lima, Perú, . 2012.http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100017
8. CAICEDO, J., "Programa de actividades físicas recreativas comunitarias en el sector de mucho lote 7° etapa orientado a reducir el consumo de drogas". (2016) en Guayaquil-Ecuador (Internet). Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/16281/1/Caicedo%20Burgos%20Jessica%20Esperanza%2070-2016.pdf>
9. CASTILLO, A., OSORIO, Y., PRADO, J., "Actividades recreativas para la reinserción social de jóvenes adictos al alcohol", (2014),Cuba.(Internet).Disponible en: [file:///C:/Users/Diex%20Gavilano/Downloads/Dialnet-ActividadesRecreativasParaLaReinsercionSocialDeJov-6210609%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Diex%20Gavilano/Downloads/Dialnet-ActividadesRecreativasParaLaReinsercionSocialDeJov-6210609%20(1).pdf)

10. DÍAZ, G., “Taller pedagógico me siento bien para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en adictos a sustancias psicoactivas que asisten a CADES - Hospital regional docente de Trujillo”, (2015), Trujillo-Perú .(Internet) Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2287/1/RE_MAESTRIA-EDU_GLORIA.DIAZ_TALLER.PEDAGOGICO.PARA.MEJORAR.LA.CALIDAD.DE.VIDA_DATOS.pdf
11. MENESES, M., “Agentes socializadores en actividad físico deportiva, consumo de alcohol y tabaco. Relación existente entre estas conductas en un estudio longitudinal de estudiantes de Costa Rica, México y España”. (2017) en Sevilla- España. (Internet). Disponible en: <https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/5383/meneses-montero-tesis-16-17.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. CABANILLAS, S., HUATAY, N. “Causales de alcoholismo y drogadicción en adolescentes de 14 a 18 años atendidos en el Centro de Salud Pachacutec del distrito de Cajamarca, 2017” , (2017), Cajamarca, Perú.(Internet). Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/427/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. ARAMBURÚ, R. “Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de universidades privadas de Lima Metropolitana” (2017), Lima, Perú.(Internet). Disponible en: http://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/ulima/4762/Arambur%C3%BA_Umbert_Rafael.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. BECOÑA, E. Universidad Santiago de Compostela. “Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas”.(Internet). Disponible en: <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>
15. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Glosario de términos de alcohol y drogas” https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
16. NIZAMA, M., “Innovación conceptual en adicciones”. (2015) (Internet), Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n1/a04v78n1.pdf>
17. MENDEZ, M. Y OTROS. “El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos”. (2010) Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500009
18. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). “Problemática de las drogas. Orientaciones Generales. Prevención del uso indebido de drogas”. (2015) BOLIVIA. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

19. “Los efectos psicológicos del consumo de drogas” (Internet). Disponible en: <https://www.psicologoencasa.es/los-efectos-psicologicos-del-consumo-drogas/>
20. National Institute Drug Abuse. “Otros efectos de la droga en el cuerpo”. (Internet). Disponible en: <https://easyread.drugabuse.gov/es/content/otros-efectos-de-las-drogas-en-el-cuerpo>
21. Actualización en enfermería. “Listado de Intervenciones NIC”. (Internet). Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-nic/#:~:text=Definici%C3%B3n%20de%20Intervenciones%3A,pueden%20ser%20directas%20o%20indirectas.>
22. AVILES, R. “La actividad física recreativa, vía sana para el disfrute de la comunidad.”. (2010). Buenos Aires. (Internet). Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd150/la-actividad-fisica-recreativa-para-la-comunidad.htm#:~:text=Las%20actividades%20f%C3%ADsicas%20recreativas%20al,intelectual%3B%20para%20el%20joven%20la>
23. Organización Panamericana de la Salud. “Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018”. Washington, D.C. 2019. (Internet). Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Castellano Actual .2014 .Disponible en : <http://udep.edu.pe/castellanoactual/duda-resuelta-concientizar-o-sensibilizar/>
25. GONGORA, F. y ARAQUE, E. “Programa de recreación para reducir los niveles de estrés en los profesores y administrativos del programa de licenciatura en educación física y deportes de la Universidad de los Llanos “. Villavicencio. (2019). Internet Disponible en: <https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/001/1298/1/EFD%200417%20PROGRAMA%20DE%20RECREACI%C3%93N%20PARA%20REDUCIR%20LOS%20NIVELES%20DE%20ESTRES%20EN%20LOS%20PROFESORES%20Y%20ADMINISTRATIVOS%20%20DEL%20PROGRAMA%20DE%20LICENCIATURA%20EN%20EDUCACION%20FISICA%20Y%20DEPORTES%20DE%20LA%20UNIVERSIDAD%20DE%20LOS%20LLANOS.pdf>
26. GARCÍA, O. “Eficacia del Programa de reforzamiento comunitario (CRA) más incentivos para el tratamiento de adicción a la cocaína” .2008.España.(Internet). Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11158/UOV0030TOGR.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE EVALUACIÓN DE TERAPIA FÍSICA

Nº HC EDAD FECHA / /

NOMBRE

DIRECCIÓN

Estado Civil Grado de Instrucción

Ocupación.....

Diagnóstico

Ultimo Consumo

Referido por:

1. Antecedentes en la práctica de actividades físicas deportivas:

.....
.....
.....

2. Actividades recreativas:

.....
.....
.....

3. Actividades tendientes a relajación:

.....
.....
.....

4. Actividades - laborales:

.....
.....
.....

5. Destrezas adquiridas:

.....
.....

*Fuente: Instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"-
Manual de terapia física en adicciones.*

Anexo 2

Actividades físicas, de relajación y recreación en usuarios con adicciones. Lugar: "Capitán Rummy"-Curahuasi-Abancay.



Anexo 3

“Trabajo de Biohuerto” en pacientes con adicciones. Lugar: C.S.M.C Allin Kawsay, Curahuasi, Abancay



Anexo 4

*Actividades de relajación y recreación en usuarios con adicciones.
Lugar: Lucmos, Curahuasi, Abancay.*



Anexo 5

“Tarde de Cine” con la participación de usuarios con adicciones y de otras patologías. Lugar: Aditorio del C.S.M.C. Allin Kawsay, Curahuasi.



Anexo 6:

“Reconocimiento a la perseverancia” de los usuarios con adicciones.
Lugar: C.S.M.C. Allin Kawsay, Curahuasi, Abancay

