

**DISEÑO DE APLICACIÓN PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD DURANTE EL
PROCESO DE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SPA**

TRABAJO DE GRADO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**

BOGOTÁ D.C., MAYO DEL 2018

**DISEÑO DE APLICACIÓN PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD DURANTE EL
PROCESO DE REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SPA**

**Ps. MSc. IVONNE EDITH ALEJO CASTAÑEDA
ASESORA**

**LINA MARCELA BLANDÓN HERNÁNDEZ (423799)
JENERSON LEANDRO CRIALES OCAMPO (423548)**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN
BOGOTÁ D.C., MAYO 2018**



Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:
Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

Agradecimientos

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que colaboraron en la realización del presente trabajo, a nuestra asesora Ivonne Alejo Castañeda, por la orientación, seguimiento y supervisión. También a los encuestados ya que fueron parte importante en la evaluación de mercadeo para el desarrollo de nuestro producto.

Dedicatoria

“Mi tesis la dedico con mucho cariño a mi hijo Enzo, por su cariño y amor, por ser mi motivación para nunca rendirme en mis estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él, de parte mía: Lina Marcela Blandón le doy todo mi agradecimiento a él y le dedico éste trabajo”.

“Por mi parte Jenerson Leandro Críales Ocampo le dedico mi tesis a mi madre Ana María Ocampo ya que gracias a su apoyo incondicional, amor y confianza durante todos estos años he logrado llegar a éste punto que es la culminación de una etapa de mi vida que son mis estudios profesionales”

Tabla de contenido

Resumen,	1
Justificación,	2
La adicción y consumo de SPA a través de los años,	3
Sustancias psicoactivas una realidad en Colombia,	16
Objetivos,	31
Objetivo General,	31
Objetivos Específicos,	31
Estudio del Mercado,	32
a. Objetivo General del Estudio de Mercado,	32
b. Objetivos Específicos del estudio de Mercado,	32
c. Presentación del producto,	32
d. Nombre y logo,	33
e. Producto básico,	33
f. Producto real,	33
g. Producto ampliado,	34
h. Clientes – segmentación,	35
i. Clientes potencial,	35
j. Clientes objetivo,	35
k. Clientes meta,	36
l. Competencia,	40
m. Directa,	40
n. Sucedánea,	41
o. Canal de distribución,	43
Resultados del estudio de Mercado,	44
Discusión del estudio de Mercado,	69
Presupuesto,	70
Resultados,	71

Conclusiones, 86

Referencias, 89

Apéndices, 94

Lista de tablas.

- Tabla 1. Diferencias entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica, 5
- Tabla 2. DSM IV Características diagnosticas inducidas por sustancias, 24
- Tabla 3. UPZ de Teusaquillo, 38
- Tabla 4. Análisis DOFA, 42
- Tabla 5. Datos Demográficos de los participantes, 46
- Tabla 6. Conoce una aplicación web que contenga reducción y manejo de síntomas de ansiedad, 47
- Tabla 7. Tiempo que le dedicaría al uso de la APP, 48
- Tabla 8. Integrar redes sociales, 49
- Tabla 9. Interactuar con más usuarios en la APP, 50
- Tabla 10. Lugares o medios donde adquirir la APP, 51
- Tabla 11. Sistema de servicio al cliente para dudas y sugerencias, 52
- Tabla 12. Características principales del producto, 53
- Tabla 13. Indicadores de progreso, 55
- Tabla 14. Ventajas de la APP, 56
- Tabla 15. Colores de la APP, 57
- Tabla 16. Enfoque principal sobre el contenido, 58
- Tabla 17. Estrategias y técnicas más apropiadas, 60
- Tabla 18. Áreas de preferencia a evaluar, 61
- Tabla 19. Dinero que invertiría una institución, 62
- Tabla 20. Tiempo de las asesorías, conferencias y seguimiento, 63
- Tabla 21. Beneficiarios de la APP, 64
- Tabla 22. Función del psicólogo en el desarrollo de la APP, 65
- Tabla 23. Monitoreo de riesgos actuales y detección de recaídas, 66
- Tabla 24. Servicio para ser remitido a psicología, 67
- Tabla 25. Revisión de estilos de vida, 68
- Tabla 26. Presupuesto de la creación de la APP, 70

Lista de figuras

- Figura 1. Logo y Slogan, 33
- Figura 2. Mapa de Teusaquillo, 36
- Figura 3. Mapa de localidad Antonio Nariño, 39
- Figura 4. Nivel educativo de los consumidores, 46
- Figura 5. Conoce APP para el manejo de ansiedad, 47
- Figura 6. Tiempo que le dedicaría a la APP, 48
- Figura 7. Integrar redes sociales, 49
- Figura 8. Interactuar con más usuarios en la APP, 50
- Figura 9. Lugares o medios donde adquirir la APP, 51
- Figura 10. Sistema de servicio al cliente para dudas y sugerencias, 52
- Figura 11. Características principales del producto, 54
- Figura 12. Indicadores de progreso, 55
- Figura 13. Ventajas de la APP, 56
- Figura 14. Colores de la APP, 57
- Figura 15. Enfoque principal sobre el contenido, 59
- Figura 16. Estrategias y técnicas más apropiadas, 60
- Figura 17. Áreas de preferencia a evaluar, 61
- Figura 18. Dinero que invertiría una institución, 62
- Figura 19. Tiempo de las asesorías, conferencias y seguimiento, 63
- Figura 20. Beneficiarios de la APP, 64
- Figura 21. Función del psicólogo en el desarrollo de la APP, 66
- Figura 22. Monitoreo de riesgos actuales y detección de recaídas, 67
- Figura 23. Servicio para ser remitido a psicología, 68
- Figura 24. Revisión de estilos de vida, 69
- Figura 25. Compra de aplicación, 71
- Figura 26. Inicio de aplicación, 71
- Figura 27. Presentación inicial, 72
- Figura 28. Qué son los SPA, 72
- Figura 29. Nicotina, 73

Figura 30. Alcohol, 73

Figura 31. Marihuana, 74

Figura 32. Inhalantes, 74

Figura 33. Cocaína, 75

Figura 34. Anfetaminas y éxtasis, 75

Figura 35. LSD, 76

Figura 36. Heroína, 76

Figura 37. Esteroides, 77

Figura 38. Hablemos de las emociones, 77

Figura 39. Identificación de emociones, 78

Figura 40. Qué son las emociones y para qué sirven, 78

Figura 41. Emociones adaptativas, 79

Figura 42. Emociones sociales, 79

Figura 43. Emociones motivacionales, 80

Figura 44. Conciencia emocional, 80

Figura 45. Identifica la emoción, 81

Figura 46. Evitación emocional, 81

Figura 47. Aceptémonos y comprometámonos, 82

Figura 48. ¿Cómo te sientes ahora?, 82

Figura 49. Sientes ansiedad, 83

Figura 50. Síntomas de la ansiedad, 83

Figura 51. Comprométete contigo mismo, 84

Figura 52. Tus metas, 84

Figura 53. Contacto, 85

Lista de Apéndices

Apéndice A. Encuesta de mercado, 95

DISEÑO DE APLICACIÓN PARA MANEJO DE ANSIEDAD DURANTE PROCESOS DE REDUCCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El objetivo del presente trabajo fue diseñar una aplicación que permita a las personas con historial de consumo reducir la ansiedad a través del uso de estrategias psicológicas durante los períodos de deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas. Estas personas suelen cursar procesos de síndrome de abstinencia y malestar físico manifestados por la supresión de alguna sustancia, igualmente, sus estrategias ayudaran a; identificar, evitar, reducir y eliminar el consumo no terapéutico de sustancias, mediante conductas de afrontamiento, aumento de autoeficacia para así, disminuir la probabilidad de recaída. La ansiedad consiste en una serie de respuestas emocionales adaptativas y habituales de la vida cotidiana, posteriormente se designa el nombre de ansiedad patológica; a la activación del organismo manifestada por respuestas desadaptativas, subjetivas y estados emocionales displacenteros presentados ante la ausencia de un estímulo, manifestados por procesos mentales como; pensamientos irracionales, distorsiones cognitivas, interferencia en la capacidad de análisis, preocupaciones excesivas, percepción negativa de la realidad, síntomas psíquicos; intranquilidad, inquietud motora, entre otros. Es así, como los trastornos de ansiedad están también ligados a otros desórdenes mentales como el consumo de alguna sustancia los cuales producen malestar psicológico e incremento de ansiedad, al igual que agravar un desajuste ya iniciado e incluso producir uno nuevo. El presente producto se basó en un estudio de mercado para establecer los elementos centrales del mismo sobre la psicoeducación en estas vertientes (ansiedad y consumo de sustancias positivas) y sus derivaciones y adecuado manejo reduce la probabilidad de desarrollo.

Palabras Clave: Ansiedad (SC 03315), sustancias psicoactivas (SC 15220 - 73), síntomas de ansiedad (SC 51140 - 71).

Justificación

La importancia de este diseño es crear los contenidos de una aplicación web, para ayudar a dar manejo a síntomas de ansiedad en procesos de deshabituación de sustancias psicoactivas, por consiguiente, se brinda herramientas de utilidad para que el usuario; identifique, regule, evite y reduzca el malestar que le produce la privación de la sustancia anteriormente utilizada, mediante conductas de afrontamiento y regulación emocional presentada en ejercicios de psicoeducación emocional, reconocimiento, mediante psicoeducación y técnica en Mindfulness, reducirá notablemente la evitación emocional, en relaciona esto el objetivo principal es brindar permanencia en abstinencia y mayor ajuste sobre los procesos de intervención.

Es pertinente contextualizar sobre el uso y el abuso de sustancias psicoactivas. En la sociedad actual, el consumo de sustancias legales e ilegales se ha convertido en un tema de salud pública: siguiendo el informe mundial de las oficinas de naciones unidas contra la droga y el delito, 2015, aproximadamente 28 millones de personas en el mundo son drogodependiente, razón por la cual debe considerar su uso como una situación social que requiere de prevención, tratamiento y atención continua con el fin de reducir daños y promover el bienestar del ser humano (Sierra et al. 2016).

El impacto social de este diseño, radica en potenciar el conocimiento con relación a la importancia de promover actitudes positivas frente al consumo de sustancias psicoactivas, a través del uso diario de la aplicación una vez comprendida dicha importancia, puede presentarse un proceso de cambio, transformación personal y social de la comunidad que se evidenciaran tanto en el núcleo social, como en la sociedad en general. Igualmente generar impacto en nuevas generaciones de acuerdo a una prevención e intervención oportuna, siendo entonces de uso fácil mediante Smartphones y tablets, dado el gran uso de tecnología en la sociedad actual se crea esta aplicación web, al alcance de muchas personas con acceso y el uso diario de técnicas que servirán como prevención a personas que aún no han iniciado consumo, igualmente reducir consecuencias siendo esta parte fundamental en la prevención y tratamiento de esta problemática.

La adicción y consumo de SPA a través de los años.

Conviene mencionar que las emociones son reacciones desencadenadas por la experiencia emocional, cambios corporales y conducta, vivenciada como un conmoción del estado del ánimo afectivo, marcado por un acento placentero o desagradable, percepción de cambios orgánicos y corporales, caracterizado por elevada activación fisiológica, especialmente por el sistema nervioso autónomo; sudoración excesiva, aumento de la tasa cardiaca, sistema nervioso somático; tensión muscular, al igual, expresiones faciales típicas fácilmente identificadas por cualquier observador externo; movimientos posturas y cambios en el tono de voz. Por consiguiente, la Psicología reconoce las emociones negativas como todas aquellas que generan experiencias desagradables, en donde una de las más reconocidas es la ansiedad; siendo una reacción emocional que surgen ante situaciones de alarma preparando al organismo para actuar (Cano, 2011).

De acuerdo a Cano (2011), la ansiedad es la emoción negativa más frecuente en situaciones realmente importantes relacionadas con el proceso salud y enfermedad. Es decir, los cambios fisiológicos emocionales son respuestas adaptativas de inicio a las demandas de situaciones que generan ansiedad, en principio no es patológica pero, si su intensidad es excesiva, crónica y permanente en el tiempo, puede causar varias afectaciones en la salud conocidas como; desórdenes físicos; presentada por altos niveles de ansiedad agrupados por varios trastornos cardiovasculares, digestivos, dermatológicos, respiratorios y musculares, con relación a estos trastornos se puede evidenciar la aparición de ansiedad y con esto el empeoramiento del trastorno físico, disfunciones orgánicas; produce malestar psicológico al igual que ansiedad y por lo tanto un aumento de actividad y la probabilidad de desarrollar y mantener un alto grado de la disfunción orgánica, trastornos físicos; trastornos de ansiedad (crisis de ansiedad, ataques de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo), en donde si nos atendidos a tiempo suelen desarrollarse en trastornos afectivos o trastornos el estado del ánimo. Asu vez, la ansiedad también está ligada a otros desordenes como los trastornos de consumo de sustancias en donde el padecimiento de estos desórdenes produce malestar psicológico y con ello más ansiedad, es decir cronificación produciendo un

empeoramiento en el desorden que ya se haya iniciado e incluso el inicio de un nuevo desorden (Cano, 2011).

En relación con lo anterior, es necesario nombrar las diferentes definiciones de ansiedad desde diferentes autores con el objetivo de reconocer su importancia y vinculación en consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar, la conceptualización de la ansiedad, haciendo referencia a antecedentes lingüísticos del vocablo para luego dar cuenta de cualidades y características que se incluyen en este concepto, por lo tanto, la definición de ansiedad tiene una historia directa del latín, *anxietas* y a su vez de la raíz doeuropea, *angh*, donde se deriva la palabra *ango*, señalado por Pichot (1999) como se cita en Sarudiansky (2013), asimismo, este hecho dio pie a diferentes discusiones en torno a la distinción de los conceptos, dadas las confusiones que se dieron en las traducciones respecto del alemán y del inglés dos de las principales fuentes teóricas y praxis en la psiquiatría, psicología y psicoanálisis, un ejemplo claro es el célebre diccionario de medicina editado por Berrios (2008) citado por Sarudiansky (2013), el cual definió *angoisse* como, sensación de constricción o presión en la región epigástrica, acompañada de una gran dificultad para respirar y de inmensa tristeza esta como grado más avanzado de la ansiedad, mientras que *anxièté*; como un estado agitado y sensación de dificultad respiratoria y presión sobre la región precordial, inquietud motora y angustia. Por su lado, Hardy y Kerneis (1985) citado por Sarudiansky (2013), quien definió la angustia como un estado físico caracterizado por una sensación de contricción, mientras que la ansiedad corresponde a un trastorno psíquico que contiene sentimientos de inseguridad, contrariamente (Sarudiansky, 2013).

Con respecto a, Asociación Psiquiátrica American (APA, 2013), en el DSM-V, definen la ansiedad como preocupación excesiva y anticipación aprensiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, al igual que la relación con diversos sucesos o actividades laborales y académicas, acompañada de sentimiento de disforia y síntomas como; tensión muscular, alteraciones en el organismo, preocupaciones excesivas las cuales no se atribuyen a los efectos de alguna sustancia o medicamento, ni otra afección médica, de acuerdo a lo anterior y necesidades identificadas a la luz de ritmo acelerado de las sociedades actuales, se ha identificado un aumento de signos significativos en personas como; inestabilidad, tensión y malestar experimentado en diferentes contextos y situaciones. Igualmente, desde la

perspectiva funcional de la ansiedad, se concluye que son estados que permiten la activación de los mecanismos de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro. Igualmente se trata de una reacción que prepara o activa al organismo para dar respuestas y solución a las demandas de la situación que evaluamos como potencialmente peligrosa (Caballero, Brezo & Gonzales, 2015).

De otra forma, se define la ansiedad como un componente de activación o una reacción no necesariamente negativa o patológica la cual cumple una función esencial para la supervivencia del ser humano determinada como mecanismo de alerta y preparación ante posibles peligros o amenazas facilitando una serie de recursos excepcionales para un afrontamiento rápido, ajustado y eficaz en situaciones límites (Rodríguez, 2011; Cazalla & Molero, 2014).

En la tabla 1 podemos observar la diferencia entre la ansiedad adaptativa y ansiedad patológica.

Tabla 1.

Diferencias entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica

	Ansiedad Adaptativa	Ansiedad Patológica
Análisis topográfico	Frecuencia ocasional Intensidad leve/media Duración limitada	Frecuencia recurrente Intensidad Duración prolongada
Origen	Situaciones objetivas de amenaza, desafío o peligro potencial.	Situaciones donde el peligro es sobrevalorado o injustificado
Consecuencias	Interferencia leve o moderada en las actividades cotidianas	Interferencia grave y significativa

Nota: Tomado de Rodríguez, 2011.

De este modo, se describe la ansiedad como un principio de conjuntos de procesos desadaptativos con reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia, al igual que la reacción que produce la mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales y psicofisiológicos. De acuerdo, Fernández- Abascal (1997) citado por Robeya y González (2008), consideran que la ansiedad es una característica central en casi todos los trastorno; posteriormente Snadin y Chorot (1995) citado por Robeya y González (2008), definen los trastornos de ansiedad como un

continuo en donde sus diferentes tipos no serán más que la manifestación de un trastorno básico, basado en los aspectos nucleares del mismo como proceso fundamental de todos los trastornos emocionales, igualmente Barlow y Zinbarh (1991) citado por Robeya y González (2008), el concepto que contribuye al rasgo de ansiedad es la noción de sensibilidad a la ansiedad definido desde el enfoque cognitivo como miedo a sensaciones corporales que son interpretadas como consecuencia de daño físico o psicológico potencial, dando lugar a una ansiedad significativa. De igual manera Rachman (1998), McNally (1995) como se cita en Robeya y González (2008) argumentan que la sensibilidad a la ansiedad es una sensación específica para responder con miedo a las propias sensaciones, mientras el rasgo de ansiedad es una tendencia más al alta de amenaza potencial; asimismo, Taylor (1995) como se cita en Robeya y González (2008), definen que la sensibilidad a la ansiedad es uno de los principales factores que contribuyen al rasgo de ansiedad los cuales se identifican como; sensibilidad a la ansiedad, sensibilidad a la enfermedad y miedo a evaluación negativa, de esta forma todos contribuyen a su rasgo general, indicando que las personas ansiosas muestran exagerada tendencia a decodificar selectivamente la información amenazante, de esta forma todos contribuyen al rasgo general de ansiedad en términos generales estos datos convergen en indicar que las personas ansiosas muestran exageradas tendencia a decodificar selectivamente la información amenazante (Robeya & González, 2008).

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad y Consumo como refiere Alonso (2009), define la ansiedad como un estado emocional normal ante determinadas situaciones con respuestas habituales y cotidianas, igualmente, definen los trastornos de ansiedad; como un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, temor, miedo excesivo o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo, determinadas por la influencia de factores; biológicos como alteraciones en los factores neurobiológicos, y anomalías estructurales en sistema límbico, factores ambientales; estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y respuestas aprendidas, factores psicosociales, situaciones de estrés, ambiente familiar, de igual manera experiencias amenazantes de la vida, preocupaciones excesivas por temas cotidianos pueden ser factores predisponentes y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (MSC, 2008).

Además, la ansiedad es definida como un trastorno neurológico y subjetivo manifestado con una respuesta a situaciones continuas de estrés o una reacción de alerta en la que el individuo se instaura de una manera defensiva ante diversas situaciones, igualmente, un estado de defensa que puede volverse patológico cuando altera el estado normal y hace que el individuo no pueda enfrentarse fácilmente a situaciones de la vida diaria. De igual manera etimológicamente se define la ansiedad a una sensación de estrechez y angustia razón por la cual el individuo tiende a presentar preocupación excesiva permanentes, cualquier estímulo presentado ocasionará la ruptura del equilibrio, transformación de conducta, reacción subjetiva ante el peligro, manifestaciones psicofisiológicas, problemas cardiovasculares, digestivos, respiratorios y dermatológicos e incluso relaciones a trastornos del sistema inmunológico, manifestaciones mentales; alteraciones del estado de ánimo, depresión elevada, adicción a sustancias, trastornos de alimentación, trastornos del sueño, pérdida de control de impulsos, igualmente dificultad en áreas de ajustes, control psicológico, inquietud motora, miedo, estados de alerta, bloqueo afectivo, trastorno del lenguaje y compromiso intelectual observado por dificultad en el procesamiento de la información por invasión de pensamientos preocupantes y negativos (Torres & Chávez, 2013).

También, descrita como un conjunto de respuestas del organismo ante diferentes situaciones con objetivo único de responder a amenazas del ambiente, al mismo tiempo, dicha respuesta se puede diferenciar de adaptativa y patológica, de acuerdo, a la intensidad y frecuencia sus respuestas dependiendo de las capacidades del individuo, Por lo tanto la ansiedad se experimenta en diferentes niveles: Nivel fisiológico; donde se destacan síntomas frecuentes como palpitaciones, sensación subjetiva de ahogo, hormigueo, inquietud, insomnio, sudoración, temblor, mareo, cefaleas y opresión centro torácica, así como molestias digestivas. nivel cognitivo; alteración en las capacidades cognitivas de atención, concentración y memoria, nivel psíquico; irritabilidad, temores y frustración. Igualmente como otros síntomas a la ansiedad, se pueden observar manifestaciones como alteraciones del sueño siendo así, la más frecuente en la población en general, por lo tanto en consecuencia de ello se puede presentar de forma secundaria; irritabilidad, falta de atención, concentración, sensación de temblores, igualmente, se destaca en los trastornos del estado del ánimo presentado en forma de tristeza o disforia los

cuales son acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan capacidad funcional de quien la padece (Fernández, Rodríguez & López, 2017).

Por otro lado, según Machorro y Souza (2008), definen la ansiedad como una alteración y reacción que se produce ante situaciones interpretadas como amenazantes o posibilidad de obtener resultados negativos derivada de una respuesta adecuada de la vida cotidiana, manifestada por una acción reactiva que prepara al sujeto a movilizar sus recursos energéticos de atención con disponibilidad inmediata ante alguna situación de peligro la cual es esencial para la supervivencia humana, de otro modo, si muestra una respuesta intensa y frecuente es considerada como patógena, por consiguiente las principales teorías conductuales y cognitivas la explican a través de distintas circunstancias vitales; el área cognitiva considera la ansiedad como una mala interpretación cognitiva catastrófica de sensaciones física y malestar emocional, de igual forma el área conductual la define como un emparejamiento a un estímulo incondicionado que produce una respuesta cotidiana y duradera que en ocasiones permanentes se puede manifestar reiteradamente (Machorro & Souza, 2008).

Igualmente, Rodríguez, Rodríguez y Martínez (2001) citado por Acosta y Vera (2010), define la ansiedad como una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza que se manifiesta mediante un grupo de respuestas agrupadas en tres sistemas; cognitivo, fisiológico y corporal, en las que hay situaciones que son vistas por el individuo como desafiantes con respuestas de adaptación o defensa que pueden estar asociadas a estados ansiosos y causar; taquicardia, sudoración, vacío en el estómago, sequedad en la boca, palpitaciones, vaso de dilatación periférica entre otras que se asocian a una sensación desagradable, puede decirse entonces, que las angustias y las preocupaciones o diferentes cargas del día a día son generadoras de ansiedad lo que impide tener un equilibrio saludable entre la vida laboral, académica y familiar, lo cual, conlleva a dedicarse a actividades no tan saludables como es el consumo de sustancias psicoactivas (Acosta & Vera, 2010).

Así pues, la ansiedad es una emoción natural y normal del ser humano, que cuando se torna en aumento efectúa un desequilibrio en las personas como; pérdida de control, dificultades en la memoria, lenguaje y pensamiento, en término general, es una respuesta emocional

adaptativa y cotidiana, sin embargo, en niveles excesivos produce malestar clínicamente significativo (Acosta & Vera, 2010).

Por consiguiente, para lograr algunas aproximaciones se expondrán diferentes definiciones de ansiedad, en relación a esto; el miedo; hace referencia a una emoción desagradable con respuesta normal ante peligros reales, que inicia con la percepción subjetiva de peligro seguida por cambios fisiológicos los cuales pueden aumentar la sensación subjetiva, ansiedad; emoción similar al miedo que comienza sin ninguna fuente objetiva de peligro con respuesta de evitación a la situación temida, siendo un estado emocional normal que aparece ante las exigencias de la vida cotidiana de acuerdo a Mecías (2010) citado por Londoño (2011), los cuales definen ansiedad; a un estado de ánimo distinguido con síntomas corporales y aprensión hacia el futuro manifestados por estados de preocupación, angustia e inquietud motora. Barlow (2008) como se cita en Londoño (2011), describe la ansiedad al estar orientada al futuro relacionada con la imposibilidad de predecir o controlar eventos próximos. Igualmente, Pallarés (2009) como se cita por Londoño (2011), define la ansiedad como una activación total en el organismo presentada por cambios corporales, cambios en el pensamiento y conducta, enmarcada por una interpretación que se hace de algún evento como amenazante de manera automática. Posteriormente se encuentran otras definiciones como; fobia, pánico, obsesiones y preocupaciones al igual que su clasificación: trastornos de angustia, trastornos de ansiedad social, fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo. Es así como la detección temprana y la intervención oportuna aumenta la probabilidad de disminuir la tasa de su recurrencia (Goodwin & Gorman, 2002 citado por Londoño, 2011).

Igualmente, Ey (2008) citado por Sarudiansky (2013), destaca la postura de Boutonier en sus apartados quien siguiendo la tradición humanista, no hace distinción entre ansiedad y angustia reservando este último término para describir la variante física de la emoción, igualmente empleo estos términos de forma distinta a lo largo de sus estudios otorgando el nombre de ansiedad mórbida a la reacción afectiva patológica, así mismo. Berrio (2008) citado por Sarudiansky (2013), explica que las conductas de tipo ansioso como la inquietud y desasosiego a la reacción que acompaña el curso de distintas enfermedades (Sarudiansky, 2013).

Posteriormente y entrados en el siglo XIX Pinel, citado por Sarudiansky (2013), definen la ansiedad como un cuadro específico al cual le asigna como complemento de enfermedad incluyendo distintos cuadros que actualmente corresponde a la ansiedad, como; epilepsia, melancolía o ciertas neurosis, al igual, Georget (1996) citado por Sarudiansky (2013), encontrando la relación entre angustia y ansiedad la cual tiene una proximidad con el miedo, nerviosismo y varios estados psicológicos nombrada como un cuadro nosológico en relación con aumento de la tensión en el organismo ocasionado por la activación psíquica y biológica frente a la presencia de un peligro (real, imaginario y/o anticipado) o alguna expectativa de diversa índole que trae como consecuencia un abanico de sensaciones, emociones y cogniciones difícil de delimitar (Sarudiansky, 2013).

De cuanto a Goncalves, González y Castro (2008), define la angustia como una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno, por otro lado, los trastornos de ansiedad son dos veces más frecuentes en mujeres presentando una edad de inicio de 20 a 40 años, con una duración media después de iniciar tratamiento, es entonces como su aparición disminuye con la edad, correspondiente a un sentimiento vago y desagradable de temor acompañado de diversas sensaciones corporales, siendo una emoción compleja con respuestas fisiológicas, vivenciales, conductuales y cognitivas, enmarcadas en un estado de hiperactividad o alerta del mismo modo, existe una ansiedad normal relacionada con las situaciones que vivimos que constituye una respuesta fisiológica y adaptativa proporcional al estímulo que la origina, de otra forma, cuando esta no cumple su función adaptativa se convierte en patológica, de este modo no es un pensamiento sino un sentimiento de malestar difuso que se manifiesta en el ámbito psíquico y somático con repercusiones en la vida de quien lo padece así el sentimiento psíquico puede ser tan intenso que se percibe sensación inminente de muerte, se presenta de forma continua aunque existan cambios de intensidad como ocurre así en la trastorno de ansiedad generalizada (Goncalves, González & castro, 2008).

Posteriormente y de acuerdo a diferentes autores no existe una definición específica para responder al concepto de ansiedad pero su conjunto de síntomas puede definirla como una reacción ante varias circunstancias manifestado por pensamiento negativos de peligro o

amenaza, pensamientos de inseguridad física, percepción de baja de estima o preocupación por lo que puede acontecer, otros tipos de ansiedad se reconocen como; fobia: definida a un gran temor que paraliza en relación a un objeto o situación determinada, inconsciente o flotante; definida como condición creada por algo desconocido lo que se manifiesta con ansiedad intensa atacando inesperadamente el individuo en el momento que menos lo espera en lo cual se experimentan sentimientos de estrés y tensión sin embargo no se puede asociar a ninguna condición que desencadene este hecho, pánico; sensación intensa de ansiedad con pérdida de control de sí mismo y de la situación (Amaro, 2008).

Al igual, la ansiedad es un concepto difícil de definir sin confundirlos con otros términos como estrés o angustia, al mismo tiempo sus características principales son de carácter anticipatorio, en la que puede señalar un peligro, teniendo una clara función activadora de la respuesta de un individuo como mecanismo adaptativo de protección en la cual, su exceso puede suponer manifestaciones patológicas tanto a nivel emocional como funcional en términos generales en relación con el consumo de sustancias, cabe señalar que la ansiedad es uno de los síntomas más claros durante el periodo de abstinencia al abandonar el consumo (Pérez, 2011).

Como refieren Cárdenas, Feria, Palacios y Peña (2010), la prevalencia en los trastornos de ansiedad tienen un inicio temprano entre los 25 y 45 (años) con alta incidencia en mujer, al igual que su inicio en la adolescencia, teniendo su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral, social y afectiva, de igual forma la Organización Mundial de la Salud (2005) citada por Cárdenas, Feria, Palacios y Peña (2010), define la ansiedad como un estado emocional displacentero acompañado de cambios somáticos y psíquicos los cuales presentan una reacción adaptativa o síndrome acompañado de diversos padecimientos médicos y/o psiquiátricos, igualmente, la ansiedad patológica; es definida como irracional, sin ningún estímulo, intensidad y duración injustificada, con manifestaciones somáticas presentadas; aumento de tensión muscular, sensación de cabeza vacía, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial palpitations, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de frecuencia y urgencias urinarias y diarrea, síntomas psíquicos: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón, el control y sensación inminente de muerte,

afectado procesos mentales, produce distorsiones en la percepción de la realidad el entorno y de sí mismo, interfiere en la capacidad de análisis y funcionalidad. Posteriormente dentro de los factores que pueden favorecer la presentación de los trastornos de ansiedad se encuentran: biológicos como alteraciones en sistema neurobiológico así como anomalías del sistema límbico, ambientales; estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida, psicosociales; situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida, preocupaciones excesivas por temas cotidianos así mismo las características de la personalidad se han considerado también un factor predisponente en la aparición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad de igual manera los factores de riesgos en la presencia de ansiedad; historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad durante la niñez o la adolescencia, la cual incluye timidez marcada, eventos de vida estresantes y traumáticos incluyendo el abuso, ser mujer, comorbilidad con otros trastornos, existencias de enfermedad médica o el consumo de sustancias. En el diagnóstico la ansiedad es considerada como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que se perciben como amenazante y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones, es adaptativa posteriormente y cuando su frecuencia es alta se manifiesta irracional es así, como los trastornos de ansiedad son un grupo de padecimientos caracterizado por la presencia de preocupación, miedo, tensión y activación que provoca malestar significativo en la actividad del individuo (GesEPOC, 2012).

Posteriormente, la teoría interactiva; configura la ansiedad como situacional y rasgo latente, definiendo el estado ansiedad como interacción de dimensiones específicas y rasgo al peligro situacional congruente en donde cualquier reacción depende de la interacción entre rasgo y características estresantes cotidianas en donde tiene lugar la conducta y la forma en que se percibe e interpreta dichas situaciones, por otro lado, la teoría conductual; hace referencia a la ansiedad como un constructo que reúne un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas provocadas por determinadas variables al igual que antecedentes a todos los estímulos del medio y respuestas del propio sujeto. Acorde a estas perspectivas teóricas se puede considerar entonces que la ansiedad se puede determinar como una reacción o respuesta emocional que abarca múltiples manifestaciones y determina transiciones entre individuo y ambiente. Así la teoría interactiva permite evaluar la ansiedad ya que su planteamiento diseña situación respuestas en los cuales se evalúa la variabilidad de situaciones, respuestas e interacción de ambas, siendo

entonces posible evaluar globalmente las diferencias individuales, observando la ansiedad de una persona desde un contexto determinado, igualmente, no solo se debe hablar de ansiedad como rasgo sino también estímulos y la manera como estos son percibidos dependiendo del alto o bajo rasgo de ansiedad (Martínez & Rodríguez, 2013).

De acuerdo a Fernández, Pérez, Schmid y Verdejo (2010), definen la ansiedad como un conjunto de respuestas químicas, neuronales, viscerales y hormonales que se producen cuando se detecta un estímulo emocionalmente competente siendo un elemento previo al sentimiento, igualmente, definen la emoción como un proceso automático sin necesidad de conciencia las cuales están ligadas al cuerpo observadas de formas directa, siendo entendida como un proceso automático sin necesidad de conciencia, posteriormente se ha demostrado que las personas con problemas de consumo de sustancias tienden a sobreestimar la intensidad de la emoción, presentando poco reconocimiento en su expresiones dificultando la capacidad para discriminar las manifestadas por alteración en la percepción en experiencia de diversas emociones, desde este enfoque se concluye que las personas consumidoras de sustancias tienden a tener problemas para experimentar o percibir ciertas emociones tanto de carácter positivo como negativo (Fernández, Pérez, Schmidt & Verdejo, 2010).

Teorías de la Adicción

De acuerdo con Volkow (2008), la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, la cual, es considerada como una enfermedad del cerebro con cambios y modificación en su estructura ejerciendo cambios duraderos. Siendo entonces, parecida a otras enfermedades las cuales interrumpen el funcionamiento normal y saludable del organismo evidenciado por las consecuencias; sin embargo, puede ser prevenida y tratada a tiempo, se hace necesario mencionar que una de sus características principales es la pérdida de control, que al inicio se presenta como placentera, pero al final gana terreno en sus referencias hasta llegar a dominar comportamiento y funcionalidad del individuo. En general las personas inician consumo por diferentes razones; búsqueda inalcanzables de sensaciones intensas de placer (euforia) seguida de otros efectos los cuales difieren según el tipo de droga, sosteniendo que lleva consigo una percepción de poder,

autoconfianza, aumento de energía, sensación de relajación y satisfacción; igualmente las personas que poseen antecedentes de ansiedad y trastornos relacionados con el estrés establecen un factor de vulnerabilidad que puede conllevar al inicio y permanencia del consumo en su intento de disminuir síntomas de angustia o por el simple hecho de sentirse bien, al igual que la búsqueda inalcanzable de satisfacción, aumento en el rendimiento; físico, cognitivo. Por otro lado, se encuentra la etapa de la adolescencia como un factor de vulnerabilidad, gracias a la fuerte influencia del medio y con ella los sentimientos de aprobación y aunque la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria se convierte en un abuso con incapacidad individual de ejercer auto-control sobre ella (Volkow, 2008).

Desde la neurobiología la adicción forma parte de un circuito de placer o recompensa que desempeña un papel importante en el desarrollo de dependencia, mantenimiento y futuras recaídas, lo que facilita el aprendizaje de conducta de acercamiento y consumo, así como mantener en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes, en términos generales, este circuito es una vía de reforzadores comunes naturales y artificiales, donde se instaura el reconocimiento de neurotransmisores implicados que son claves en el circuito de recompensa, es así como el consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina en el cual su consumo crónico produce alteraciones a nivel de receptores como manifestaciones clínicas en la tolerancia, es decir la necesidad de un mayor consumo para producir el mismo efecto. Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor involucrado en el circuito de recompensa, es entonces también como la serotonina actúa regulando este circuito a través de la acción sobre el hipotálamo, por consiguiente, el consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de estos neurotransmisores, en el cual su consumo crónico produce alteraciones (Becoña, et al., 2010).

Por otro lado, desde los aspectos psicológicos el abuso de sustancias psicoactivas la ansiedad está asociada con el cómo alivio de malestar por sus efectos directos sobre el sistema nervioso central. Por consiguiente, existen cuatro teorías sobre la comorbilidad de trastornos relacionados con sustancias y ansiedad: El modelo de ansiedad inducida por sustancias propuesto por Kushner, Abrams y Borchardt (2000) como se cita en Zahradnik y Stewart (2009), sugieren que los síntomas de ansiedad son una consecuencia biopsicosocial del consumo crónico de sustancias, asimismo los síntomas pueden ser una consecuencia fisiológica directa debido al

abuso o la abstinencia de la sustancia. Hipótesis de mantenimiento; Khantzian (1985) citado por Leyro, et al., (2009), postulan que el consumo de sustancias psicoactivas obedece principalmente al objetivo de calmar el efecto negativo y a otras respuestas fisiológicas relacionadas con la aparición de una posible amenaza que genera ansiedad en la cual, parece que las personas aprenden administrarse la sustancia psicoactiva para obtener dichos efectos. Otros estudios ofrecen apoyo a la hipótesis de la tercera variable; que a su vez encuentra comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con sustancias no es debido a una relación causal entre otros, más bien el resultado de la tercera variable cuya influencia sobre ambos trastornos termina moderando dicho trastorno como se cita en Calvete (2008) citado por Mae, Iruarrizaga, Cano y Dongil (2009).

Igualmente, Blasco et al., (2008), definen la conducta adictiva como un proceso de aprendizaje, a largo plazo con procesos cognitivos rápidos y automáticos de manera que, para lograr inhibir esta conducta es necesario realizar procesos cognitivo, por consiguiente es necesario mencionar que, en los primeros consumos, la persona actúa a través de procesos controlados surgiendo un patrón de habituación el cual, pasa a ser automático, así las actitudes que se forman de manera automática influyen en el comportamiento. En términos generales la naturaleza no-voluntaria de la adicción se explica a través de un constructo psicológico de procesos mentales automáticos Schiffrin y Schneider (1977) citado por Blasco et al., (2008), llevándose a cabo por procesos intencionales, sin esfuerzo con dificultad para controlar, así esquemas de acción mal adaptativos son activados de forma automática ante estados afectivos negativos, malestar, ansiedad o estrés, también activados cuando no existen habilidades de afrontamiento o estas no son eficaces en la cual, resulta ser un sesgo atencional a las señales del ambiente relacionada con el consumo y la alta reactividad psicofisiológica a las mismas, que pueden desencadenar el craving y el consecuente consumo para reducir malestar, igualmente, ante el deseo de consumir se genera en el sujeto unas expectativas de gratificación basadas en la experiencia anterior con la sustancia, lo que hace que su atención se focalice en los efectos inmediatos y así, cuando se toma la decisión de no consumir se inicia la abstinencia en la cual se activa un deseo por la sustancia poniendo en marcha una conducta sobre aprendida y automatizada (Blasco et al., 2008).

Sustancias psicoactivas una realidad en Colombia

Es necesario mencionar cómo se percibe el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, por consiguiente, de acuerdo al

Según García, Tobón y Ramírez (2011), se observa que el uso de tabaco o cigarrillo; muestra a Colombia con una de las tasas más bajas en comparación a otros países, marihuana; la sustancia más consumida en siete países, en cuanto a la cocaína; la tasa de consumo es superior. Igualmente, González, Hernández, Velásquez y Mejía (2013), en cuanto al estudio Epidemiológico Andino sobre el Consumo de Drogas en la población universitaria, se enfocan en los problemas relacionados con las drogas y su evolución en la población universitaria de los países andinos llevado a cabo por la comunidad andina a través del proyecto PRADICAN ejecutado por la Comisión Interamericana para el control del abuso de Drogas y la Organización de los Estados Americanos (CIDAD/OEA) donde se concluye que la sustancia más consumida en todos los países andinos es la marihuana ya sea de modo exclusivo o combinado con otras drogas, igualmente, se estableció una baja percepción de riesgo y alta disponibilidad de drogas en Colombia, ya que presenta las tasa más altas también, según Pérez., et al. (2010), se expone una aproximación del 90% en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes infractores, lo que es muy superior al que se observa en la población general siendo entonces la cocaína veinte veces superior al de la marihuana. Igualmente, el bazuco efectúa un consumo superior al de tranquilizantes; sin embargo, a diferencia de otros estudios las mujeres presentaron niveles más altos en el consumo de bazuco, inhalantes, éxtasis y heroína superior al de los hombres; por otro lado, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, realizado por Esguerra, Peñaloza y Campo (2011), su objetivo fue estimar la magnitud del uso de sustancias en la población escolar seguido de la percepción de riesgo frente al uso de drogas cuyo resultado presenta el diagnóstico del consumo de sustancias de esta población es un componente esencial y prioritario de la Política Pública en Colombia en la cual se deben implementar programas de prevención al consumo y de factores asociados al consumo.

En la actualidad, Colombia ha realizado diversas investigaciones sobre el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, el cual refleja la magnitud del consumo y el comportamiento que exponen los trastornos por abuso y dependencia, sugiriendo que existe

comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, lo que conlleva a la severidad del problema repercutiendo en el individuo, la familia y el entorno. Igualmente, el abuso de sustancias interfiere en el cuidado personal de los individuos que sufren un trastorno psiquiátrico, donde el diagnóstico se encuentra de forma tardía, ya que se prolonga el tiempo para describir los efectos interactivos del abuso de sustancias. En consecuencia, muchas personas que abusan con regularidad de las drogas también son diagnosticadas con trastornos psiquiátricos. Así los datos muestran que las personas con diagnósticos del estado del ánimo o trastornos de ansiedad son dos veces más propensas a padecer también un trastorno por consumo de drogas comparadas con la población general (Torres, Posada, Bareño & Berbesi, 2010).

Igualmente, el consumo de sustancias psicoactivas, ha sido un fenómeno universal y constante en la historia de la humanidad, por lo que refiere que las sustancias psicoactivas, son de origen natural que tienen la intención de alterar la percepción, conciencia o cualquier otro estado psicológico, incluyendo sustancias ilícitas o lícitas que cumplen con criterios de abuso, dependencia, desarrollo de tolerancia y síndrome de abstinencia, para lo cual las tasas de experimentación de una sustancia están relacionadas con factores como el ambiente que asocian la disponibilidad, accesibilidad y motivaciones individuales; curiosidad, necesidad de evasión a situaciones, necesidad de sentirse aceptado por algún grupo, búsqueda de placer, rebeldía y sentido de riesgo. Por consiguiente, algunas investigaciones sugieren que el inicio y la experimentación con una sustancia se explica mejor por factores externos, mientras la permanencia de consumo hasta alcanzar los niveles de dependencia se relaciona con vulnerabilidades determinada por factores genéticos. Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas no es unicausal ya que se procede mediante la interacción de diferentes factores en conjunto con las condiciones de oferta (Morales, Plazas, Sánchez & Arena, 2011).

Potencialmente, el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) es una situación que se ha generalizado y es objeto de atención en todos los sectores de la sociedad debido a sus implicaciones, teniendo en cuenta que las estadísticas muestran aumento constante con la magnitud del problema en las cuales se manifiestan; graves consecuencias sociodemográficas y gubernamentales. En términos generales la sustancia psicoactiva, como toda sustancia introducida al organismo: produciendo su alteración en el sistema nervioso central, es así como el

consumo de drogas y específicamente su dependencia, es visto como; un trastorno mental, descontrol de impulsos y predisposición a otros trastornos psicológicos. Entre los factores de riesgo asociado a consumo de sustancias (SPA) el abuso de las drogas implica la presencia en algunos sujetos de ciertas características, atributos individuales o factores de riesgos psicosociales que facilitan la transición de un consumo esporádico, irregular, abuso compulsivo de drogas, es así como se enmarca que los abusadores de drogas son individuos que manifiestan dificultades como el no poder dejar de consumir la sustancia de forma permanente, de modo general, los factores de riesgo son; atributos individuales, características personales, condición situacional, contexto social que incrementa la probabilidad de uso y abuso de drogas. Por otro lado, los indicadores de riesgo abarcan una serie de dimensiones que va desde los aspectos sociodemográficos a dimensiones subjetivas, tal como, fenómenos cognitivos, creencias y expectativas (Ceballos, Villa, Sacristán & Marulanda. 2011).

A partir de esto Gómez (2008), plantea que las personas reaccionan ante su entorno según la percepción singular que tienen de este, desarrollando distintos niveles en sus propios pensamientos (pensamientos automáticos), los cuales no surgen de una reflexión sino de una manera breve, constituyendo el nivel más superficial de la cognición que proviene de esquemas cognitivos cuyo contenido son creencias centrales e ideas globales e inflexibles caracterizadas por su estabilidad, persistencia, donde cada individuo tiene un perfil único de personalidad para responder a una situación en particular. Por lo tanto, uno de los factores para el mantenimiento del consumo de drogas es la creencia habitual de que acabar con su consumo producirá una serie de efectos secundarios intolerables; sin embargo, estos efectos varían de una persona a otra, así como uno de los obstáculos principales a la hora de terminar con el consumo es entonces la red de creencias irracionales que se centra alrededor del consumo de drogas, las personas consumidoras suelen tener un conjunto de creencias que llegaron a ser más intensas cuando justamente dejan de usar las drogas en las cuales comienza el consumo; se inicia una anticipación del estado de privación seguido de otro conjunto de creencias centrado alrededor de la sensación de indefensión con respecto a la capacidad de controlar el craving (Gómez, 2008).

Por otro lado, el fenómeno del craving es uno de los temas centrales en la mayoría de los modelos teóricos de los trastornos adictivos, incluso es uno de los criterios más

importantes del síndrome de dependencia dentro de la décima edición de Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) la cual se define como las ganas, ansias o pretensiones compulsivas a consumir una sustancia o experimentar sus efectos tóxicos de igual forma, se ha intentado definir y explicar desde diferentes enfoques, como lo es el modelo neurobiológico el cual identifica el sustrato neurofisiológico del craving ya que este persiste durante períodos largos de tiempo, de acuerdo a diferentes teorías; aprendizaje, explican el deseo en función de refuerzos contingentes a la conducta de consumo que incrementan la probabilidad de esta, así los modelos basados en condicionamiento clásico; explican el mantenimiento del deseo a largo plazo con base a la exposición repetida de la droga, por último desde la aproximación cognitivista; el aprendizaje social se enfatizan constructos como expectativas, atribuciones, imitaciones y autoeficacia. En cuanto a los modelos de la ciencia cognitiva; se centran en el procesamiento de la información, como estilos cognitivos, memoria y toma de decisiones (Blasco, Martínez, Carrasco & Didi-Attas, 2008).

Con respecto a, el manejo de craving es determinante para el tratamiento psicológico en adicciones y de igual forma para la adherencia al tratamiento; en general, destaca que los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia generan por la intensidad y naturaleza, en la cual el paciente deje o reincida en el consumo gracias al poder que ejerce sobre el mismo, incluso tras varios años de abstinencia ya que se insta una gran dificultad para las personas que presentan abuso de sustancias, al exponer el consumo como una necesidad irresistible que se tiene a la realización para alcanzar conductas consumatorias. Por lo tanto, los craving y los impulsos tienden a ser automáticos y llegar a ser autónomos; es decir, pueden continuar incluso, aunque la persona intenta suprimirlos. En consecuencia, se identifican cuatro tipos de craving que se deben tener en cuenta durante la intervención, los cuales son: (respuestas a los síntomas de la abstinencia), lo que se define a la disminución del grado de satisfacción que se encuentra en el uso de la droga, pero el incremento de la sensación de malestar interno cuando deja de consumir la droga; (respuesta a falta de placer) cuando sucede el aburrimiento o déficit de habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo; (respuestas condicionadas) cuando los pacientes asocian estímulos neutros condicionados por una intensa recompensa obtenida de la

utilización de drogas y (respuestas a los deseos hedónicos) combinación de experiencias natural placentera con el uso de las drogas (Salazar, 2009).

De acuerdo al DSM-V, American Psychiatric Association (1994) citado por Becoña, et al. 2010), se define como dependencia a un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican pérdida de control del uso de una sustancia psicoactiva y en la cual el sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, al síndrome de abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia (necesidad imperiosa de consumo). El proceso básico en el que una persona se hace adicta a una sustancia inicia con pequeños consumo de sustancias, que favorece la compulsión de seguir consumiendo (efecto priming) y la aparición del craving o necesidad imperiosa de consumo y falta de control sobre sí mismo, asentada sobre una base neuroquímica cuando este se hace crónico produce en el cerebro una neuroadaptación que logra malestar por los efectos de tolerancia, lo que se entiende como una necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado o una disminución notable de los efectos de la dosis habitual de la droga usada con continuidad y abstinencia, definiéndose entonces el fenómeno de la dependencia. El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica, a su vez cuando se suspende el uso de sustancia de manera repentina efectúa un cuadro de abstinencia que se relacionaría por lo tanto con el mantenimiento de la conducta adictiva y también con la recaída en la misma (Becoña, et al., 2010).

Finalmente, los desencadenantes de recaídas ponen en marcha un proceso automático que resulta la asociación malestar craving y pocas habilidades para hacer frente a estos desencadenantes dirigiendo el deseo intenso de volver a consumir. Asimismo, es predictivo de recaídas futuras la falta de conciencia sobre la reactividad a señales relacionadas con el consumo, como; señales internas, cognitivas, emocionales y señales externas ambientales. En término general la capacidad de autorregulación de la atención y el desarrollo de conciencia metacognitiva de patrones de respuesta ante el deseo intenso por consumir puede constituir un factor de protección ante los estímulos desencadenantes de la conducta de consumo. Por otro lado, es muy común tratar de suprimir los pensamientos relacionados con el consumo y el

malestar, en lo que resulta un incremento de la frecuencia e intensidad del malestar más que la reducción de los mismos, dando lugar a un mayor consumo, donde la persona agota sus recursos de autocontrol. Por lo tanto, aceptar los deseos intensos de consumir disminuye la posibilidad de recaídas, es así como se disminuye la supresión de pensamientos incrementado la conciencia de los impulsos a largo plazo, incrementado también la recuperación de la tasa cardiaca ante exposición a señales ambientales inhibiendo respuestas apetitivas (Garland, et al., 2012).

Posteriormente, en el proceso de recaída, de acuerdo a Blanco y Jiménez (2015), se define como consecuencia que experimenta una persona al exponerse ante una situación de riesgo sin estrategias adecuadas de afrontamiento para garantizar el mantenimiento del proceso de abstinencia, sin embargo, los aspectos característicos de la adicción a las drogas, incluyen patrones conductuales para dar continuidad a consumo, déficit en habilidad para controlarlo y resistencia, por consiguiente, la autoeficacia corresponde a la estimación de confianza percibida sobre la capacidad para enfrentarse a diferentes situaciones haciendo uso de habilidades, adoptando respuestas de afrontamiento efectivas, reduciendo entonces la probabilidad de recaída, de igual forma, al emitir una respuesta que no resulte efectiva disminuirá su eficacia y sus expectativas positivas relacionadas lo que generará regreso al consumo. De igual manera otro proceso importante en la recaída es la regulación emocional o habilidad para regular las emociones lo que refleja una estrategia dirigida a mantener, aumentar y suprimir un estado afectivo (Blanco & Jiménez, 2015).

Por otra parte, la sensibilidad a la ansiedad es definida como el miedo a la ansiedad o a los síntomas vinculados a esta que surgen entonces de la creencia de que estos síntomas tienen consecuencias negativas, por un lado, esta se define como un factor de riesgo específico en el desarrollo de la patología ansiosa, asimismo esta sensibilidad predice la intensidad de los síntomas de abstinencia durante la primera semana en la cual puede interferir en los intentos de abstinencia. Por último el modelo cognitivo de la valoración; explica la relación que existe entre ansiedad y consumo de alcohol, en el cual este ayuda afrontar los estados afectivos negativos y paradójicamente también aumenta el estrés, es así como la incrementación de dopamina durante el consumo potencia las propiedades reforzadoras primarias, acción que ejerce un mayor efecto en situaciones estresantes, lo que explicaría su mayor potencial adictivo en personas que se

encuentran sometidas a altos niveles de ansiedad, en relación a esto se sugiere que el estado de ansiedad puede ejercer una importante influencia en las tasas de éxito de los programas de deshabituación de sustancias (Mae, Iruarrizaga, Cano & Dongil, 2009).

De otro modo, una de sus características centrales de la conducta adictiva, es la pérdida de control, de igual modo, la misma produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en la vida del consumidor. Como refiere Gossep (1989) citado por Álvarez, Casanova, Piña, Rojo, Ruíz y Horcajada (2010), los elementos característicos de una adicción son un fuerte deseo o sentimientos de compulsión que desencadenan una conducta particular, que instaura una capacidad deteriorada para controlar la conducta, malestar y estado de ánimo el cual se ve alterado cuando la conducta es impedida o se deja de hacer y persiste en la conducta a pesar de la clara evidencia de graves derivaciones al individuo, efectuando alteración clínicamente significativa en sus áreas de ajuste. Igualmente, el término abuso; se refiere al patrón de uso continuo de una sustancia o hábito como el conjunto de conductas repetitivas que un individuo realiza sin mediar el fenómeno de tolerancia y dependencia, a diferencia de este concepto, la adicción se define por la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras (Becoña, et al., 2010).

Con base a lo anterior, en la conducta adictiva se presentan factores de vulnerabilidad y riesgo en donde, la dependencia a una sustancia es la interacción de factores biológicos (vulnerabilidad personal, susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales, igualmente la exposición mantenida a una determinada sustancia supone la adaptación o neuroregulación cerebral de los diversos sistemas afectados por determinada sustancia la cual contribuye al mantenimiento de la conducta adictiva. También estos cambios afectan a regiones cerebrales de las que dependen funciones tan básicas como la percepción de recompensa, la motivación y voluntad, memoria, aprendizaje, la toma de decisiones, impulsividad y aprendizaje de errores, es así como la vulnerabilidad personal quedara expuesta en las fases de inicio de consumo por lo tanto aquellos sujetos especialmente vulnerables presentan más tempranamente y con mayor intensidad alteraciones en dichas áreas y funciones, lo que facilita el paso de consumo puntual a la dependencia y el mantenimiento de la misma. En relaciona a esto, se entiende como factor de

riesgo a una característica individual que incrementa la probabilidad de uso y abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación de las mismas (mantenimiento), por otro lado, el factor de protección es definido como un atributo o característica individual, situación y contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Becoña, et al., 2010).

Por otro lado, los modelos de cambios basados en procesos definen el cambio de la conducta adictiva como el paso de una situación de consumo a otra de no consumo, desestimando los procesos que hacen posible esta transición. También se identifica los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva, por lo tanto, estos procesos permiten comprender cómo suceden estos cambios y el incremento de predisposición en la cual incluye un conjunto de actividades encubiertas o manifiestas que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel de conducta (Becoña, et al.,2010).

De acuerdo al modelo de cambio Prochaska y Diclemente (1992; 1993 citado por Becoña, et al., 2010), define que las recaídas en procesos de deshabitación aparecen cuando las estrategias que emplea los individuos para mantener su estado de abstinencia fallan presentando sentimientos de culpa, fracaso y desesperanza, lo que suele afectar negativamente su autoeficacia. Así mismo como son el proceso de cambio antes de lograr el abandono definitivo del uso de drogas, en la cual no siempre lleva a los pacientes abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en la fase que les permite continuar realizándose y preparándose para continuar nuevamente el cambio iniciado. También es poco probable que una persona pueda desvincularse completamente de todo lo que implica su conducta adictiva ya que para ellos la finalización se alcanza cuando ya no existe el deseo de consumir drogas en cualquier situación o problema y autoeficacia entendida como la confianza y seguridad de no consumir drogas en cualquier situación (Becoña, et al., 2010).

Tabla 2.*DSM IV Características diagnosticas inducidas por sustancias.*

Síntomas	Criterios
Hiperactividad Automática (sudoración o más de 100 pulsaciones por minuto).	Criterio A: Se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.
Temblor distal en las manos.	Criterio B: Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas.
Insomnio.	Criterio C: Las alteraciones no se explican por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias.
Náuseas y vómitos.	Criterio D: No efectuarse el diagnostico si los síntomas de ansiedad aparecen solo en el trascurso del delirium.
Alucinaciones visuales, táctiles o. Transitorias.	
Agitación Psicomotora.	
Ansiedad.	
Crisis Epilépticas	

De este modo, los trastornos de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas son entonces la existencia de síntomas predominantes en la ansiedad, similares a los presentados en trastornos de ansiedad primarios. Por otra parte, la intoxicación y abstinencia de sustancias ocasionan síndromes ansiosos temporales desarrollando sintomatología similar al trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico fobias, emergiendo ansiedad con gran sintomatología no derivada de los trastornos específicos de ansiedad. También los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas pueden afectar muchas áreas del funcionamiento del individuo respondiendo a complejas interacciones entre la vulnerabilidad del sujeto, contexto, conducta y consecuencias. Igualmente, durante el tratamiento suelen tener dificultades para encontrar su lugar presentando conflictos para integrarse en los tratamientos habituales y cumplir algunas normas, miedo como condicionante, características individuales (Iruña, Caballo & Ovejero, 2009).

De acuerdo a Torres et al., (2017), uno de los síntomas psicológicos comúnmente presentados en pacientes que consumen alguna sustancia (SPA) de manera prolongada que impulsa a la recaída durante la fase de abstinencia, es la manifestación de la ansiedad, es así como se puede entender que el síndrome de abstinencia incluye una serie de síntomas físicos, propio de los estados de ansiedad la cual causa una alteración en la capacidad de respuestas adaptativas en el individuo.

En otra instancia se establece relación entre trastornos de ansiedad en general y trastornos inducidos por otras sustancias, así los mecanismos causales que subyacen a dicha relación no son lo suficientemente claros. Por consiguiente, algunas propuestas teóricas explican dicha asociación: El modelo causal; expone como principal premisa la presencia de un trastorno que conduce directamente al desarrollo del otro perteneciente de la Teoría de la Reducción de la Tensión, según la tensión, ansiedad y estrés juegan un papel importante en el consumo de sustancias y a su vez constituyen una respuesta instrumental de escape reforzada por sus propiedades de reducción de tensión, Teoría de la Automedicación; establece que las personas con trastorno de ansiedad primario, tienden a desarrollar trastornos por uso de sustancias como resultado del intento de autorregular sus síntomas de ansiedad, el modelo Causal Indirecto: plantea que la presencia de uno de los trastornos incrementa el riesgo individual de desarrollar otro, en el Modelo de Relación no Causal; propone que factores comunes pueden sumarse para aumentar el riesgo de desarrollar ambos trastornos (López & Cárdenas, 2014).

Regulación emocional involucrada en el inicio y mantenimiento de consumo de sustancias psicoactivas

Tras un recorrido histórico las emociones negativas son consideradas como desadaptativas y perturbadoras además de cumplir funciones sociales, sin embargo y para poder disponer de los recursos que aportan las emociones es necesario disponer de determinadas habilidades emocionales, por lo tanto estos procesos son claves en el buen funcionamiento o de lo contrario ser fuente de inicio de trastornos psicopatológicos, de este modo se puede reconocer por la que la regulación emocional se hace presente en el campo clínico, de acuerdo a Hervás y Vásquez (2006 citado por Hervás (2011) uno de los mantenedores en los trastornos de ansiedad son los intentos de control contraproducentes realizados en el afán de reducir emociones negativas utilizando estrategias de regulación emocional disfuncionales como estrategias, conllevando riesgos importantes para la salud física o mental, es así como esta desregulación disfuncional, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, es considerada en el campo de la salud como síntomas propios de algún desajuste a nivel comportamental y psicológico, por consiguiente y en relación a este modelo de acuerdo a Rachman (1980 citado por Hervás, 2011),

el procesamiento emocional permite absorber y canalizar una reacción emocional en situaciones llegando a ser excesivamente intensa y persistente incluso ocasionar la disfuncionalidad del individuo (Hervás, 2011).

Es así como la regulación emocional se conceptualiza como un proceso en el cual los sujetos regulan sus respuestas emocionales empleando estrategias que cambian la forma en que el individuo se vincula a ellas expuesto por Bargh y Williams (2007 como se cita en Rodríguez, Auné & Vetere, 2012), de otro modo distintos modelos teóricos postulan que una adecuada regulación emocional se asocia con una mayor calidad de vida y un buen desempeño: laboral, escolar y social, mientras que el déficit en estos procesos desarrollara cuadros psicopatológicos como lo menciona, (Brackett & Salovey, 2004; Berenbaum et al, 2003; Greenberg, 2002; John & Gross, 2004; Kring & Bachorowski, 1999 & Menin & Facrach, 2007, citado por Rodríguez, Auné & Vetere, 2012), clasificando así las estrategias emocional como adaptativas y desadaptativas, en relación a esto las primeras estrategias tales como la reevaluación cognitiva, aceptación y resolución de problemas las cuales tienen resultados positivos incluyendo la reducción de experiencias emocionales negativas, incremento de la tolerancia al dolor y reducción en el aumento de la reactividad cardiaca como se cita en Rodríguez, Auné y Vetere (2012), otros investigadores diferencian las estrategias en relación a la orientación del problema y también en relación al mecanismo empleado (Cognitivo vs Conductual) de relación a esto, los primeros enfoques conductuales sugieren que la reevaluación y la resolución de problemas deben ser estrategias adaptativas en una variedad de contextos. Como expone Gross (1998 como se cita en Rodríguez, Auné & Vetere, 2012), de este modo la circunstancia que se evalúa como amenazante es considerada como un desafío desde otra perspectiva, así mismo, la resolución de problemas será un intento consiente de cambiar una situación estresante o de otro modo reducir sus consecuencias, por consiguiente la baja orientación al problema o déficit en esta habilidad es conceptualizada como un factor interviniente en la ansiedad y abuso de sustancias como define Cooper et al., (1992) citado por Rodríguez, Auné y Vetere (2012), es importante destacar que las estrategias utilizadas en regulación emocional han tenido mayor aceptación para la ansiedad en comparación al consumo de sustancias, en relaciona esto se describe que la ansiedad esta más relacionada con la desregulación emocional que algunos trastornos externalizados (Aldo et al., 2010 citado por Rodríguez, Auné y Vetere, 2012).

Partiendo de estas definiciones algunos autores sugieren que las reacciones emocionales negativas no reducen si se intentan regular de forma directa, sino a lo largo de un proceso activo de elaboración y comprensión emocional como lo denomina Hunt (1998) citado por Hervás, (2011), procesamiento emocional, es así, como se debe realizar tareas que permitan un procesamiento emocional óptimo: en la apertura emocional; definido como la capacidad del individuo para tener acceso consiente de sus emociones, atención emocional; definido como la tendencia a dedicar recursos emocionales a la información emocional, aceptación emocional; consiste en la ausencia del juicio negativo ante la propia experiencia emocional, etiquetado emocional; es la capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones, análisis emocional; capacidad para reflexionar y entender el significado e implicaciones de sus emociones siendo entonces el polo opuesto a la evitación emocional, por último la regulación emocional se refiere a la capacidad de cada persona para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias como lo menciona (Gratz y Roemer , 2004: Salovey, et al., 1995 citado por Hervás, 2011).

De otra forma, mindfulness se inicia desde diversas técnicas meditativas, transmitidas por religiones y tradiciones espirituales en la cual su parte fundamental es la meditación, definida como un proceso donde la persona se hace consciente de lo que está sucediendo, aceptando experiencias tal y como se presentan en donde su único fin es eliminar el sufrimiento y emociones destructivas, asimismo, sus definiciones son variadas en su mayoría gran parte tiene en común la conservación de la realidad en el momento presente y aceptación entre sus componentes que provienen del zen incluyendo atención al momento presente definido como el centrarse en el momento presente en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o futuro (expectativas, deseos y temores) por otra parte la apertura a la experiencia; se define como la capacidad de observar sin interponer filtro de propias creencias, así pues, la aceptación; es definida por experiencia plena consiste en desprenderse de algo que nos aferra, intención; en este apartado cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito. Igualmente, el mindfulness y la psicoterapia se evidencian diferentes terapias que incluyen algunos componentes de mindfulness o el mismo en su totalidad es así como en la Terapia Conductual Dialéctica, es un programa desarrollado para tratar conductas disfuncionales, adicciones en los

que se combina elementos conductuales con validación y aceptación basados en filosofía budistas y zen, que buscan una dialéctica entre la aceptación y el cambio. Terapia de Aceptación y Compromiso; basada en la teoría de los marcos relacionales en donde la conducta verbal de los seres humanos está determinada por habilidades aprendidas de relacionar eventos de forma arbitraria y transformas las funciones de un estímulo en base a su relación con otros. Así las investigaciones comprueban la efectividad sobre los efectos sobre los terapeutas emergiendo entonces factores necesarios para establecer una buena terapia como el control de estrés y la ansiedad entre otros (Vaques, 2016).

Por lo que se refiere a prevención y tratamiento de ansiedad, Bados y García (2010), la RC (Terapia Cognitivo Conductual) la cual ha demostrado su eficacia considerada como una técnica más útil para favorecer la aceptación inicial del tratamiento, por consiguiente sus bases teóricas se refieren a creencias y supuestos disfuncionales las cuales forman parte del sistema de esquemas y estructuras cognitivas siendo formas de información internamente organizadas y representadas en la memoria que incluyen elementos situacionales, sensoriales, fisiológicos, conductuales junto con su significado personal, así este modelo trata de controlar aquellas emociones que son desadaptativas, lo que sugiere el cuestionamiento único de los pensamientos negativos que contribuyen al malestar emocional y las conductas problemáticas en donde se le enseña a la persona habilidades en pensamientos alternativos, valorando este pensamiento en relación con el pensamiento original; por lo tanto, una restructuración de un pensamiento negativo conducirá a una reducción de creencias y disminución del malestar emocional; también, se incluyen técnicas de respiración controlada o relajación para reducir la ansiedad excesiva, posteriormente la persona debe comprender que las cogniciones dependen del estado del ánimo y la tendencia al percibir peligro o consecuencias negativas serán mayor bajo condiciones de elevada ansiedad en donde se presenta vigilancia de los pensamientos alternativos para generar estrategias de afrontamiento. Así pues, para la teoría conductual; la finalidad no es permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad reduzca, sino emplear el aumento en habilidades las cuales se permita someter a pruebas de determinadas predicciones además, actividades planeadas basadas en experimentación u observación con el objetivo de poner en prueba la validez de cogniciones para así buscar alternativas buscando descubrir procesos que la mantienen de igual manera cuando la ansiedad está muy elevada se debe iniciar la respiración

controlada como paso previo a la exposición en vivo a situaciones temidas junto con el empleo de reestructuración cognitiva antes, durante y después de la exposición. así pues, es necesario nombrar que el excesivo intento de controlar los pensamientos ansiógenos tiene un efecto paradójico de hacerlos más probables en este caso la solución está en emplear la exposición prologada para habituarse a los mismos y la ansiedad que este le produce (Bados & García, 2010).

La Terapia de Aceptación y Compromiso es una de las terapias más completas y representativas donde se referencia un patrón inflexible de comportamiento que consiste en que la persona actúa al servicio de controlar evitar, la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados aversivos (ansiedad, tristeza, alucinaciones, dolores o deseo de consumir), pero paradójicamente esta forma de actuación lleva a consumir el sufrimiento, por lo tanto este problema o trastorno estaría en el hecho de que los intentos para obtener un placer o alivio del dolor inmediato puede llegar a provocar un aumento o extensión de este sufrimiento y reducir la capacidad de ahorro de alivio de esas actuaciones. Aunque desde los sistemas de clasificación al uso podemos encontrar diferentes tipos de trastornos, dependiendo de sus manifestaciones conductuales y cognitivos en lo cual haría referencia a toda clase de respuestas que tiene la función de escapar o evitar los eventos privados aversivos y que podían agruparse en trastornos de evitación experiencial así, como en el caso de la ansiedad y las adicciones. Por lo tanto, desde esta perspectiva, la evitación experiencial es una dimensión funcional que estaría en base de numerosos trastornos y se presenta como una forma radical alternativa para entender los trastornos psicológicos y mentales (Páez & Gutiérrez 2012).

Es así, como el término de ansiedad alude a la combinación de distintas necesidades, manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, en el que se presentan manifestaciones en forma de crisis o bien o un estado difuso persistente el cual puede llegar a un pánico igualmente, se relaciona con la anticipación de peligros futuros indefinibles e imprescindibles como lo define en Marks (1986 como se cita en Yague, Sánchez, Mañas, Becerro & Franco, 2015), la considera como un mecanismo de evolucionado de adaptación que potencia la supervivencia de la especie por lo tanto la característica más importante de la ansiedad es entonces su carácter anticipatorio, sin embargo cuando la ansiedad supera los índices de

normalidad en parámetros de intensidad, frecuencia y duración o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo provoca manifestaciones patológicas en el individuo tanto a nivel funcional como emocional. En resumen y de acuerdo a la evidencia empírica se constata la eficacia de la aplicación de habilidades mindfulness en el contexto de la ansiedad así se espera que se produzca una reducción de los síntomas de ansiedad y la sensibilidad hacia la misma (Yague, Sánchez, Mañas, Becerro & Franco 2015).

Objetivos

Objetivo General

Diseñar una aplicación que permita a las personas con historial de consumo reducir la ansiedad a través del uso de estrategias psicológicas durante los períodos de deshabitación al consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos Específicos

1. Identificar estrategias de intervención psicológica empíricamente validadas para la reducción del consumo de sustancias.
2. Diseñar herramientas psicológicas para el control de los síntomas de ansiedad y prevenir recaídas durante procesos de reducción al consumo de sustancias psicoactivas.
3. Favorecer el uso de la tecnología como herramienta principal de acompañamiento y seguimiento en los procesos de reducción al consumo de sustancias psicoactivas.

Estudio de mercado

Objetivo general

Identificar los elementos centrales de la aplicación para la reducción de ansiedad en personas consumidora a través del uso de estrategias psicológicas durante los períodos de abstinencia con base en la percepción de los clientes potenciales.

Objetivos específicos

1. Identificar las estrategias para el manejo de la ansiedad más adecuadas para el contenido del producto elegidas por los clientes potenciales.
2. Reconocer la función del profesional en psicología en el desarrollo del contenido de la aplicación.
3. Determinar la inversión económica que estarían dispuestos a realizar los clientes potenciales por la adquisición del producto.

Presentación del Producto

Aplicación web con contenido en estrategias y herramientas psicológicas las cuales ayudarán a dar manejo de ansiedad durante procesos de reducción en consumo por sustancias psicoactivas

Logo Símbolo y Slogan del Producto



HoldingHands
 Ayuda cuando la necesites

Figura 1. Logo símbolo y Slogan.

Producto Básico

Se ofrece una aplicación la cual está diseñada para satisfacer la necesidad en usuarios que se encuentren vinculados a procesos de deshabituación de sustancias psicoactivas, lo cual por medio de estrategias y técnicas en autocontrol ayudarán al usuario a reducir posibles recaídas y mantenerse estable en su tratamiento.

Producto Real

Este producto está constituido por una serie de herramientas las cuales servirán al usuario a manejar síntomas ansiosos en deshabituación de sustancias psicoactivas el cual sirve también en prevención de recaídas a usuarios, el programa ofrecerá:

Psicoeducación: En daños al organismo y cerebro producidos por diferentes tipos de sustancias lo cual ayudará a usuarios a entender y conocer más acerca del consumo de sustancias.

Reconocimiento e identificación de emociones el cual proporcionaremos al usuario una nueva manera de ver sus emociones, sentirlas y entenderlas de una forma natural, por medio de autoregistros (ABC).

Conciencia Emocional (anclándose a las emociones). Tendremos actividades en las cuales los usuarios podrán permitirse experimentar plenamente sus emociones.

Estrategias de Evitación Emocional por medio de actividades el usuario tendrá la oportunidad de practicar conciencia objetiva centrada en el presente mediante diferentes ejercicios de (mindfulness).

Estrategias globales de autocontrol en las cuales: Se incentiva al usuario acerca de los beneficios en la modificación de hábitos saludables, como aumento de ejercicio por medio de diferentes rutinas, se ayudará a modificar hábitos saludables en alimentación y sueño lo cual se generará cambios en las actitudes, se tendrá una planificación de actividades incompatibles y redescubrimiento de actividades gratificantes como (lectura, ocio y entretenimiento uso de tiempo).

Producto Ampliado

Esta aplicación cuenta con una cantidad de beneficios en los cuales, sus usuarios formarán parte de una comunidad en la cual van a poder interactuar con otros, los cuales servirán de grupo de apoyo en el cual se compartirán experiencias. También cuenta con monitores de estado de ánimo y consejería la cual se podrá acceder por medio de llamadas y soporte las 24 horas del día si el nivel de ansiedad es muy alto el cual se le otorgará por vía telefónica técnicas de relajación y respiración, este producto también incluye asesorías, conferencias y seguimiento mensual para aumentar los resultados en los usuarios sobre el uso de la aplicación.

Clientes

Clientes potenciales

Todas las fundaciones o centros de atención en drogas (CAD) en Colombia que trabajan con personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Colombia cuenta con 429 IPS con servicios habilitados de atención al consumidor de sustancias psicoactivas, de los cuales 20 son públicos (4,66%), y 407 (94,81%) son privadas y tan solo 2 (0,46%) son mixtas. En Bogotá, Quindío, Santander y Antioquia se encuentra el mayor número de estos centros, territorios en donde el uso de alguna sustancia es significativamente superior al resto del país.

Cliente Objetivo

Hay 43 fundaciones que trabajan con personas consumidoras en Bogotá las cuales se encuentran distribuidas en toda la ciudad.

Cliente Meta

Todas las fundaciones que trabajen con personas consumidoras en la localidad de Teusaquillo, que en éste caso sería la fundación fundar y el Centro De Rehabilitación Drogadicción Bogotá. Y las fundaciones de la localidad Antonio Nariño que son Teoterapia nuevo ser y alcohólicos anónimos.

Con qué limita la localidad de Teusaquillo: La localidad de Teusaquillo se ubica en el centro de la ciudad y limita, al occidente, con la Avenida carrera 68, que la separa de las localidades de Engativá y Fontibón; al sur, con la calle 26, la Avenida de las Américas, la calle 19 y el ferrocarril de Cundinamarca, que la separan de las localidades de Puente Aranda y Los Mártires; al norte, con la calle 63, que la separa de la localidad de Barrios Unidos, y al oriente, con la Avenida Caracas que la separa de las localidades de Chapinero y Santa Fe.

Datos geográficos: Esta localidad tiene una extensión en suelo urbano de 1.419,40 hectáreas, se encuentra subdividida en 6 UPZ y 33 barrios; siendo la UPZ 104 – Parque Simón Bolívar con una extensión de 398,7 ha la que contiene la mayor participación en suelo con el 28,09, seguida de la UPZ 100 – Galerías con 237,6 ha con el 16,74%, UPZ 101 – Teusaquillo con 235,7 ha con el 16,61%, UPZ - La Esmeralda con 192,9 ha con 13,59%, la UPZ 109 – Ciudad Salitre Oriental con 180,5 con el 12,72 y por último UPZ 107 – Quinta Paredes 174 ha con el 12,56%.



Figura 2. Mapa de Teusaquillo.

Reseña histórica: El primer dato que se tiene del nombre de la localidad de Teusaquillo es que era un poblado indígena, el cual estaba bien provisto de agua y leña, ubicado alrededor de la residencia de recreo del Zipa que Hunza en las estribaciones de la cordillera, dicho poblado fue rebautizado como pueblo viejo y destinado a ser un asentamiento indígena, esta localidad tomó el nombre de Teusaquillo como recordatorio a dicho lugar indígena.

En 1927 se inició su desarrollo urbanístico, atrayendo a familias de clases altas a dichos barrio, buscando los arquitectos de la época tener un concepto de barrio residencial compacto, ya

que era construido en calles amplias y arborizadas, estando compuesto por casas que tenían ante jardines que rompían los esquemas coloniales y neoclásicos, introduciendo la arquitectura de piezas modernas, como casas inglesas cerradas de dos plantas. Construyéndose en los años 30 casas con estilo republicano y en los años 40 y 50 se construyeron mansiones con estilo clásico en las cuales habitaban clases dirigentes del país, como Jorge Eliécer Gaitán, Gustavo Rojas Pinilla Etc. En 1936 se construye en sus límites la ciudad universitaria que es lo que ocupa actualmente la Universidad Nacional de Colombia, en 1937 se crea el hipódromo de la 53. El cuál es el área que ocupa actualmente el centro comercial galerías, en 1952 se empieza a construir el CAN (Castillo 2013).

Actualmente la localidad es sede representativa a nivel institucional nacional, distrital e internacionalmente, teniendo en los últimos el tranquilo sector residencial a sido absorbido por el comercio, siendo convertidas varias de las viviendas, en oficinas, almacenes, empresas de servicios, sedes políticas etc. La localidad de Teusaquillo fue creada mediante el Acuerdo 26 de 1972, que creó 16 Alcaldías Menores del Distrito Especial de Bogotá, con lo cual pasó a integrar, con otros barrios circunvecinos, la Alcaldía Menor del mismo nombre, administrada por el alcalde menor, correspondiéndole como nomenclatura el número 13, con límites determinados, y siendo ratificada mediante el Acuerdo 8 de 1977. Posteriormente, la Constitución de 1991 le dio a Bogotá el carácter de Distrito Capital; en 1992 la Ley 1ª. Reglamentó las funciones de las Juntas Administradoras Locales, de los Fondos de Desarrollo Local y de los alcaldes locales, y determinó la asignación presupuestal de las localidades. Por medio de los Acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital definió el número, la jurisdicción y las competencias de las JAL. Bajo esta normativa se constituyó la localidad de Teusaquillo, conservando sus límites y nomenclatura, administrada por el alcalde local y la Junta Administradora Local, con un total de 9 ediles. Finalmente, el Decreto-Ley 1421 determinó el régimen político, administrativo y fiscal bajo el cual operan hasta hoy las localidades del Distrito (Recorriendo Teusaquillo 2004).

Tabla 3.

UPZ de Teusaquillo.

UPZ	Superficie	Superficie %
100 – Galerías	237,6	16,74
101 – Teusaquillo	236,7	16,61
104 - Parque Simón Bolívar – CAN	398,7	28,9
106 - La esmeralda	192,9	13,59
107 - Quinta paredes	174	12,56
109 - Ciudad Salitre	180,5	12,72
Total	1420,4	101,12

Con qué limita la localidad de Antonio Nariño: Situada en el sector centro-oriental de Bogotá, la Localidad Antonio Nariño limita al norte con la localidad Los Mártires, con la Avenida de la Hortúa o Avenida Calle 1 y la Avenida Fucha o Avenida Calle 8 Sur de por medio y con la localidad Santa Fe, con la Avenida de la Hortúa o Avenida Calle 1 de por medio; al oriente con la localidad San Cristóbal, con la Avenida Darío Echandía o Avenida Carrera 10 y la Calle 39B Sur de por medio; al sur con la localidad Rafael Uribe Uribe, con la Avenida General Santander o Avenida Carrera 27 y la Avenida Primero de Mayo o Avenida Calle 20 Sur de por medio; y al occidente con la localidad Puente Aranda, con la Avenida Ciudad de Quito o Avenida Carrera 30 de por medio (Suarez 2013).

Datos geográficos: La localidad de Antonio Nariño ocupa un terreno plano tiene un pequeño desnivel desde oriente hacía occidente, su territorio actual se encuentra construido donde hubieron alguna vez humedales, su altura sobre el nivel del mar es 2.600 metros teniendo pequeñas variaciones, como la zona occidental que es más bajo y presenta una temperatura aproximada de 14 ° centígrados.



Figura 3. Mapa de localidad Antonio Nariño.

Reseña histórica: En los inicio de la localidad se encuentran los barrios de Santander y luna Park, la construcción de estos barrios fue alrededor de 1920, después encontramos el barrio el Restrepo, éste constituye un barrio muy comercial de la localidad, fue nombrado así por el ex presidente Carlos R. Restrepo el cual gobernó entre el periodo de 1910 a 1914. En 1930 se empieza la urbanización de un barrio planeado por la compañía urbanizadora comercial, iniciando sus actividades en viviendas habitadas por campesinos. Con el transcurrir del tiempo se fueron instalando zapaterías en el barrio del Restrepo contribuyendo a la industria nacional e internacional, teniendo un gran impacto por el gran volumen de ventas. Otro de los barrios importantes es el cinco de noviembre, sus inicios se remontan a la construcción de la caja de vivienda militar e integrantes de las fuerzas armadas de Colombia. Se encuentra otro barrio que es la ciudad Berna el cual se erigió en la hacienda la milagrosa donde vivió el Antonio Nariño, teniendo como vecinos a la ciudad Jardín y caracas. A nivel de la riqueza hídrica de la localidad se encuentran ríos canalizados con el rio Fucha, el canal de la Albina (Diagnóstico de los Aspectos Físicos Demográficos y Socioeconómicos 2009).

UPZ: La localidad está compuesta por dos UPZ, la 35 que corresponde a ciudad jardín que está conformada por 10 barrios con un superficie de 119 hectómetros cuadrados, la segunda es 38 que

corresponde a Restrepo, conformada por 46 barrios que tiene una superficie de 335 hectómetros cuadrados (Suarez 2013).

Competencia

El incremento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad va de la mano con el desarrollo de nuevas tecnologías. Esto ha provocado que los expertos en psicología hayan intentado fusionar conocimientos sobre la mente y la conducta con los avances tecnológicos los cuales han desarrollado aplicaciones para combatir la ansiedad.

Directa

Aplicaciones móviles para tratar la ansiedad:

Pacífica: Combate ansiedad a través de ejercicios de respiración profunda y relajación muscular, controlando ataques de pánico y angustia con una guía interactiva que llevará registro minucioso de estados de ánimo.

Breathe2relax: Técnicas y ejercicio de respiración diafragmática las cuales luego son grabadas en tiempo real para evaluar evolución en siguientes semanas también hay una galería con vídeo informativos.

Positive Activity Jackpot: Pone en práctica un método terapéutico que tiene como propósito volver a un estado de relajación.

Relax melodies: Más de 50 sesiones de audio elaborado por un hipnotizador que te ayudará a enfrentar tu baja autoestima y acabar con la ansiedad.

Nature Sounds Relax and Sleep: Por medios de sonido de la naturaleza que ayuda a relajarse y a dormir mejor.

MindShift: Orientada para adultos jóvenes con ansiedad, mindshift incluye rastreadores de síntomas y consejos de relajación para manejar una situación complicada.

Sucedánea

Worry Box: caja de preocupaciones esta aplicación fue creada para ayudar a las personas a lidiar con las preocupaciones y aprender a manejar eficazmente esta emoción paralizadora, cuando se enfrentan a esta clase angustia la aplicación da una lista de expresiones de afrontamiento para ayudar a replantear los pensamientos, también incluye audios de relajación para ayudar a conducir la calma.

Whats-up: Utiliza la Terapia Cognitivo conductual para instruir a usuarios como identificar los patrones de pensamiento negativo y las fuentes de la ansiedad. cuenta con técnicas de respiración, monitores de hábito y ansiedad, citas positivas, foros e incluso un juego.

Headspace: Basada en mindfulness, con técnicas de atención plena y meditación para ayudar a controlar el estrés y ansiedad, mejorando el bienestar y ser más feliz en general. Las meditaciones guiadas están diseñadas para entrenar el cerebro en solo 10 minutos al día, con a capacidad registrar progreso y ayudar a practicar autocompasión, junto con un sistemas de amigos para que uno pueda permanecer motivado y ayudar a otros hacerlo.

Productos de la competencia.

Los productos que ofrece la competencia directa son aplicaciones para el manejo de la ansiedad aunque se debe tener en cuenta que no está orientado al manejo de la ansiedad en el proceso de reducción de consumo de SPA, las aplicaciones son: Pacifica, Breathe2relax, Positive Activity Jackpot, Relax melodies, Nature Sounds Relax and Sleep, MindShift.

Tabla 4.*Análisis DOFA.*

Fortaleza	Oportunidades
1. Profesionales capacitados y con información sobre la problemática de consumo de SPA Es innovadora. 2. Acceso y Manejo sencillo 3. Opción en la aplicación para llamar cuando se encuentra la persona en una crisis. 4. Enseña estrategias para manejar la ansiedad desde la aplicación lo que ayuda al proceso terapéutico que está la persona.	1. Como el gobierno está promoviendo la prevención y tratamiento de las personas dependientes de un SPA, se podría llegar a acuerdos comerciales para trabajar de la mano del gobierno. 2. No existen aplicaciones que manejan la ansiedad en la reducción de SPA con ello no hay una competencia fuerte. 3. Los diferentes gobiernos están invirtiendo y promocionando proyectos para la prevención y consumo de SPA lo que nos permitirá tener inversión extranjera y apoyo internacional.
Debilidades	Amenazas
1. No tiene acompañamiento presencial del soporte las 24 horas. 2. Acceso a celular en usuarios. 3. Como es una aplicación para la salud los trámites que se deben realizar son de larga duración y requisitos. 4. Como es una APP de sencillo acceso para el público podrían copiarse de ella y sacar otra versión más económica y práctica.	1. Poca adherencia de los usuarios a la aplicación por falta de interés. 2. Producto inicialmente costoso para entidades que muchas veces son gratuitas y no tienen forma para adquirir la APP. 3. Como es una APP de sencillo acceso para el público podrían copiarse de ella y sacar otra versión más económica y práctica.

Estrategias

Al ser profesionales de psicología los que diseñan la aplicación, hay una alta probabilidad de que se genere una mayor adherencia al uso de la misma, al no encontrarse una aplicación de éste tipo en el mercado la demanda podrá aumentar en la adquisición y con la opción de llamar en el momento de crisis las personas sentirán un mayor apoyo en el proceso que está realizando y con ello se logrará que la recomienden a sus conocidos, a partir de esto se evidenciará una mayor visualización y los gobiernos locales o internacionales colocarán en la mira la aplicación para implementarla en sus proyectos de salud.

Respecto a las estrategias para afrontar la falta de acompañamiento presencial las 24 horas se podría implementar un correo el cual escribirían los usuarios y en un plazo no mayor a 8 horas un funcionario se contactará con la personas que solicito la ayuda. Para que no haya plagio de la aplicación se realizarán los trámites de derecho de autor nacional e internacional. Y a nivel de la posible falta de interés de los usuarios se podría generar una pestaña en la aplicación para que hagan sugerencias y los cambios que ellos consideran pertinentes para que mejore la misma.

Canales de Distribución

Los usuarios podrán acceder a la aplicación por medio del Play Store o App Store, dependiendo si es un particular o si es un usuario de alguna entidad de salud que se encuentre en el proceso de deshabitación se le podrá dar beneficios adicionales como la facilidad que funcione la aplicación sin internet.

Se proyectan convenios con el Ministerio de Salud y Protección Social, después de esto se podría visualizar con gobiernos internacionales dependiendo de la implementación y mejoras que se presenten en Colombia.

Resultados de Mercadeo

Se encuestaron a 25 personas 36% estudiantes, 52 % profesionales y 12% tecnólogos, el 80% de los encuestados son no consumidores y el 20% sí son consumidores de SPA. A través de las respuestas que dieron los participantes se encontró que el 96% de ellos no conocían una aplicación que maneje los síntomas de ansiedad en el proceso de deshabitación de consumo de SPA. Respecto al tiempo que invertirían las personas el 84% respondió que sería de 30 a 45 minutos al día, dicha respuesta impero ya que la mayoría de personas no tiene tanto tiempo para invertir en una aplicación. Al 68% de las personas les gustaría que se integrara con redes sociales, dicha respuesta la eligieron más porque la mayoría de personas ahora maneja al menos una red social y esto facilitaría su acceso. Con base a la respuesta de interactuar con más usuarios gano el “SI” con el 56% pero se evidencia que no tuvo un gran porcentaje para que las personas interactúen entre sí en la aplicación, esto pudo suceder ya que algunas usuarios entienden que éste proceso que están realizando es muy personal y no les gustaría discutirlo o compartirlo con terceros. A nivel de la pregunta de los medios de distribución gano con un 52% la compra o adquisición por medio del APP STORE y PLAY STORE, ya que son los medios más comunes y sencillos para adquirir una aplicación. En relación con un sistema de servicio al cliente donde se aclaren dudas gano el Sí con un 92% está respuesta impero ya que la mayoría de personas les genera más seguridad y confianza tener un contacto para despejar dudas que se le vayan presentado en el proceso de utilización de la APP. En base a la pregunta de qué características le gustaría a los usuarios que tuviera la aplicación gano con un 28,37% la respuesta de fácil acceso y uso sencillo, ya que las personas buscan una aplicación que les facilite seguir su proceso y no una que se los complique más. En base a la pregunta de tener un indicador de progreso en la aplicación el 96% de personas respondieron que le gustaría que tuviera uno, está respuesta gano ya que las personas que están en éste proceso y ven qué hay cambios o avances genera un reforzamiento positivo para las mismas. Respecto a las ventajas que debe ofrecerle a las personas la APP gano con un 39,47% la opción de tener una opción para hacer una llamada cuando se encuentren en crisis las personas, dicha respuesta se generó ya que las personas sienten más seguridad cuando pueden comunicarse con otra persona en el momento que se sienta sobrepasados por los síntomas. En base a la pregunta de cuál color elegirían las personas, el

ganador fue el color azul con un 64% esto ocurre porque dicho color aporta serenidad y paz al usuario y aumenta la sensación de seguridad y autoconfianza.

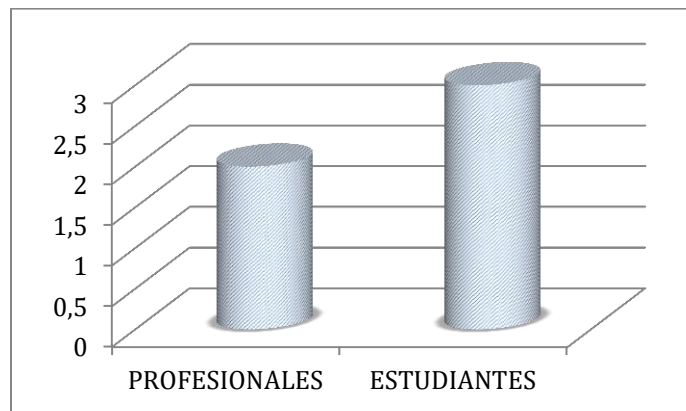
Respecto a la pregunta del aporte principal de la aplicación a los usuarios ganó la respuesta de enseñar estrategias para el manejo de ansiedad: Técnicas de exposición, estrategias de respiración y relajación, estabilizando el estado de ánimo y reduciendo las emociones negativas con un 26,66%. A partir de la anterior respuesta se evidencia que en esta pregunta la respuesta con más puntuación fue la de las estrategias y técnicas de afrontamiento con un 64%. En relación con el área que se debería evaluar la que tuvo más puntuación fue la familiar con un 31,81%, dicha respuesta impero ya que las personas que se afectan más por el consumo son los familiares. En relación a la pregunta de cuánto pagaría una entidad por la adquisición de la aplicación ganó la respuesta de 15 millones a 20 millones con una puntuación del 64%. En base a las asesorías y conferencias de la aplicación tuvo un puntuación de 44% la respuesta de que sean mensuales, esta respuesta ganó ya que las personas a nivel mensual ya habrán evidenciado qué preguntas e inquietudes les surge del manejo de la aplicación. A nivel de la pregunta de a quién beneficiaría la aplicación la respuesta de toda la comunidad ganó con un 54,83%. Para las personas la función que debería cumplir el psicólogo en la APP fue la de atender a las demandas derivadas del consumo de drogas desde un modelo de atención integrado adaptado a las necesidades individuales con un porcentaje del 20,77%. En respuesta a la pregunta del monitoreo de situaciones de riesgo el 80% de los encuestados respondieron que si les gustaría que tuviera dicho monitoreo. En relación a un servicio que pueda ser remitido a psicología el 80% de las personas respondieron que les gustaría que la aplicación cuente con esta alternativa por último en base a la revisión de un estilo de vida de las personas el 76% de los participantes respondió que les gustaría que sí se hiciera dicha evaluación.

En las siguientes páginas encontraremos los resultados del estudio de mercado que se realizó para el desarrollo de una aplicación (APP) para el manejo de ansiedad en personas que están reduciendo el consumo de SPA. Está se realizó a 25 personas (personas que consumen SPA y persona que pueden ser miembros o directores de instituciones que puede comprar el producto). En primer lugar se encontrarán los datos sociodemográficos de los participantes (Ver tabla 1)

Tabla 5*Datos Demográficos de los participantes.*

Nivel Educativo	<i>f</i>	Estrato Socioeconómico	<i>F</i>
Primaria	100 %	2	12 %
Bachillerato	100 %	3	48 %
Técnico/tecnólogo	12 %	4	24 %
Estudiantes	36 %	5	12 %
		6	4 %
Profesional	52 %		
Género	<i>f</i>	Consumidor miembro de instituciones.	<i>F</i>
}Masculino	52 %	Consumidor	20 %
Femenino	48 %	No consumidor	80%

A nivel de la edad los encuestados están entre los 18 años y los 61 años de edad siendo el promedio de edad 32 años. Podemos encontrar en la siguiente gráfica (figura 4) el nivel educativo de las personas que son consumidoras:

*Figura 4.* Nivel educativo de los consumidores.

Respecto a los datos sociodemográficos podemos encontrar que la mayoría de los consumidores tiene un nivel de formación académica alto, está compuesto por tres estudiantes y dos profesionales, evidenciando que el tener una formación académica no implica que no haya consumo, también el nivel socioeconómico es alto ya que hay tres que son de estrato 3 y dos de estrato cuatro, con ello se puede inferir que un estrato socioeconómico más alto no implica que no haya consumo, ver figura 4.

1. ¿Conoce o ha escuchado acerca de una aplicación web que contenga reducción y manejo de síntomas de ansiedad durante la deshabituación en el consumo de sustancias psicoactivas?

Tabla 6

Conoce una aplicación web que contenga reducción y manejo de síntomas de ansiedad.

Respuestas	Cantidad	%
Si	1	4 %
No	24	96 %

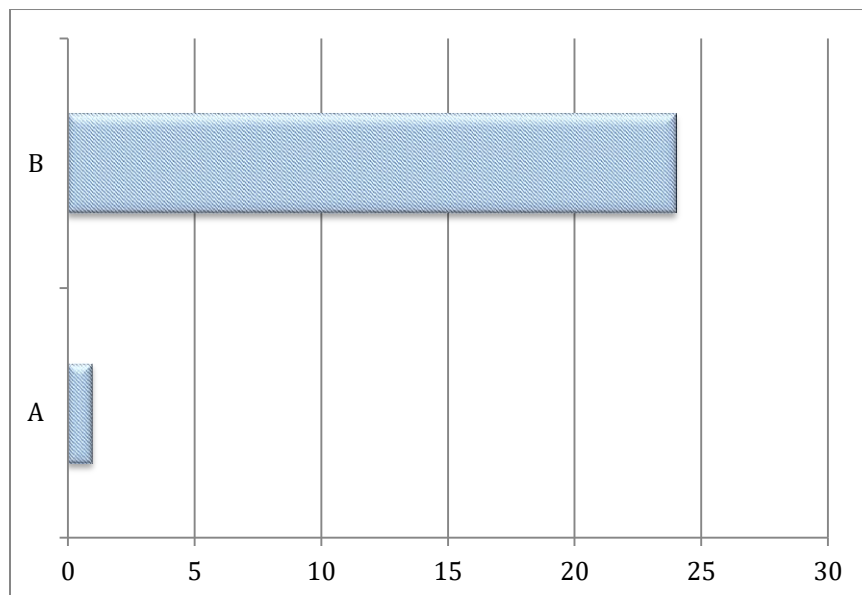


Figura 5. Conoce APP para el manejo de ansiedad.

En los resultados de la primera pregunta se evidencia que el 96 % de las personas encuestadas no conocen una aplicación para el manejo de la ansiedad, respecto al 4 % que fue la persona que contestó de forma afirmativa no dio una respuesta clara ya que escribió internet sin especificar cuál aplicación había conocido, con ello se ve la necesidad de que se implemente y realice una aplicación para el manejo de la ansiedad en procesos de reducción de SPA, ver figura 5.

2. ¿Cuánto tiempo dedicaría en el uso de una aplicación web que brinde beneficios tales como reducción y control en manejo de ansiedad?

Tabla 7

Tiempo que le dedicaría al uso de la APP

Respuestas	Cantidad	%
30 min - 45 min	21	84 %
46 min - 60 min	3	12 %
65 min - 90 min	1	4 %

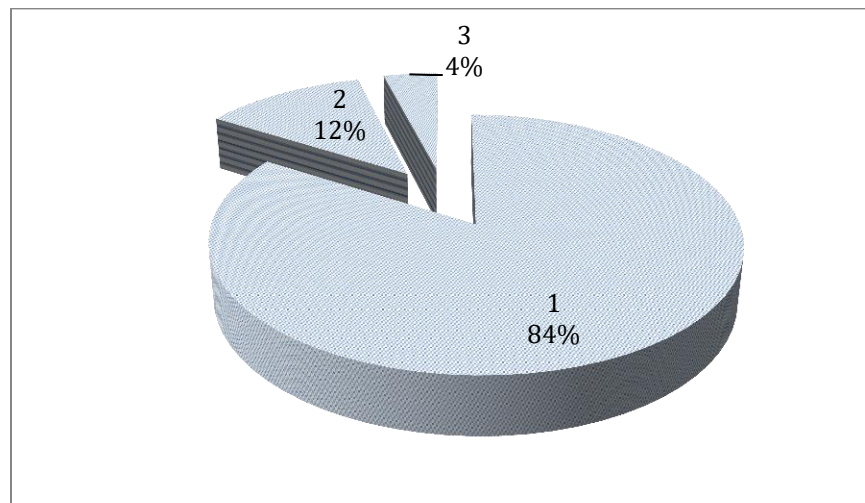


Figura 6. Tiempo que le dedicaría a la APP.

En la pregunta número dos se destacó la respuesta de 30 a 45 minutos al día con un 84 % con ello se evidencia que probablemente la mayoría de las personas dedicaría éste tiempo al

aplicativo que se está diseñando, a nivel de 46 a 60 min solamente obtuvo un doce por ciento siendo un porcentaje mucho más bajo el que utilizaría las personas el aplicativo por último solamente el 4 % dedicaría de 65 a 90 min. Esto puede suceder porque las personas no pueden invertirle tanto tiempo a un aplicativo de forma continua sino que lo realizan en sus momento libres o de ocio, ver figura 6.

3. ¿Cree efectivo integrar esta aplicación web a redes sociales? (Instagram, Facebook, Twitter)

Tabla 8

Integrar redes sociales

Respuestas	Cantidad	%
Si	17	68 %
No	8	32 %

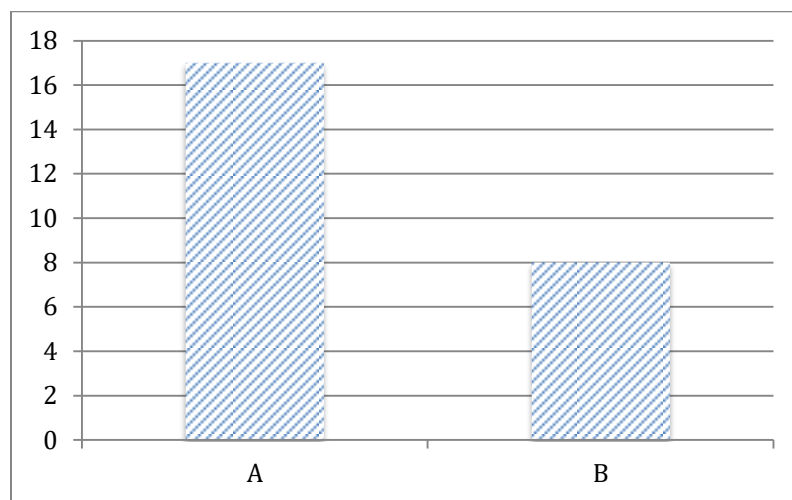


Figura 7. Integrar redes sociales

En éste ítem se evidencia que un 68% de los encuestados respondió que sí se debía integrar ya que hubo respuestas que decían que con el uso de redes sociales es más sencillo el

acceso o vinculación a la aplicación y con ello la aplicación podría volverse más reconocida y abarcar más público, en contra posición se encontró un 32 % que no quería que se integrara a redes sociales ya que se podría generar una estigmatización por parte de la comunidad, ver figura 7.

4. ¿Le gustaría que esta aplicación formara parte de una comunidad donde se pudiera interactuar con más usuarios que sirvan como grupo de apoyo?
- 5.

Tabla 9

Interactuar con más usuarios en la APP

Respuestas	Cantidad	%
Si	14	56 %
No	11	44 %

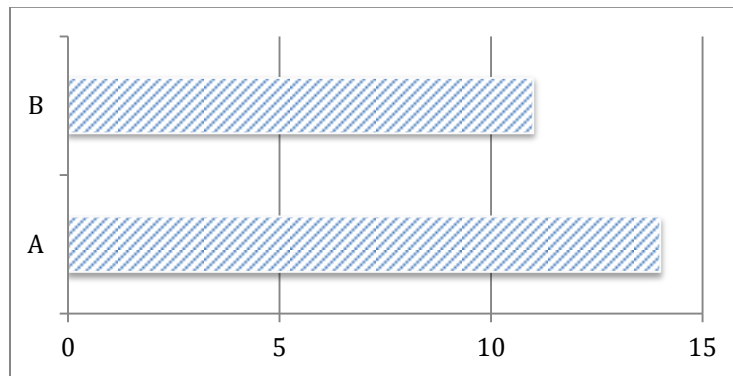


Figura 8. Interactuar con más usuarios en la APP

Se evidencia en este ítem que no hubo una mayoría imperante en la formación de una comunidad en la que se pudiera interactuar, el sí ganó por el 56 % pero la contra posición con el no quedó en una puntuación con el 44%, respecto a las respuestas del no argumentaban que la situación que estaban pasando era confidencial y personal, pero respecto al sí, la gente opinaba que sería bueno saber las experiencias y opiniones de personas que tuvieran el mismo problema ya que eso los motivaría porque evidenciaría que otros pudieron también manejar dicha situación, también explicaba uno de los participantes que a través de estos se podrían identificar patrones y

estos le servirían a los demás para reconocer los propios y con ello ver qué estrategias utilizaron para el manejo de la ansiedad y si estas les fueron útiles, ver figura 8.

6. ¿En relación con los medios de distribución del producto de qué manera le gustaría adquirirlo?

Tabla 10.

Lugares o medios donde adquirir la APP

Respuestas	Cantidad	%
Tiendas y páginas en internet	4	16 %
App store	8	32%
Disponibles en Android e IOS	13	52%

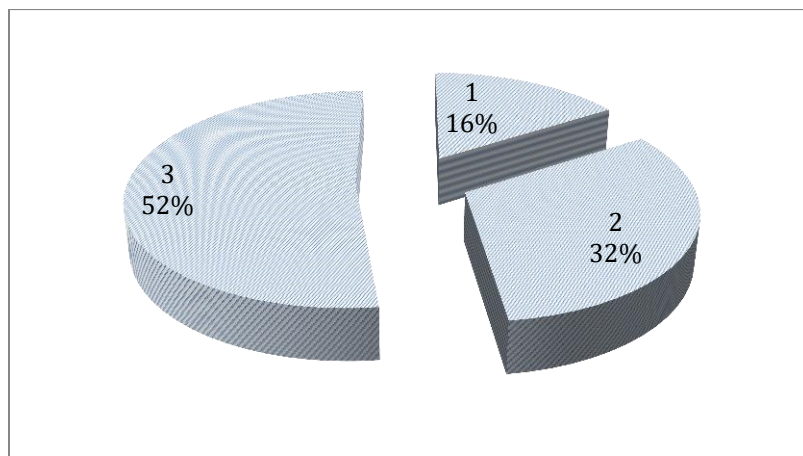


Figura 9. Lugares o medios donde adquirir la APP

A nivel de los medios de distribución el que tuvo la puntuación más alta fue que estuvieran disponibles en Android e IOS está se situó en un 52 %, esto refleja que las personas al tener diferentes sistemas operativos les importa bastante que las aplicaciones corran en ambos sistemas imperantes, la que quedó en segundo lugar fue la APP Store con un 32 %, se sigue

reafirmando que la adquisición de productos por medios intangibles es la dinámica de hoy día esto reafirmando con la última pregunta qué es la adquisición por tiendas o páginas de internet que obtuvo un 16 % la puntuación más baja ya que las personas comúnmente no compran aplicaciones en tiendas en físico o por páginas de internet ya que hay los respectivos aplicativos que hacen más fácil el acceso, ver figura 9.

7. ¿Le gustaría que la aplicación tenga un sistema de servicio al cliente donde incluya dudas y/o sugerencias?

Tabla 11

Sistema de servicio al cliente para dudas y sugerencias

Respuestas	Cantidad	%
Si	23	92 %
No	2	8 %

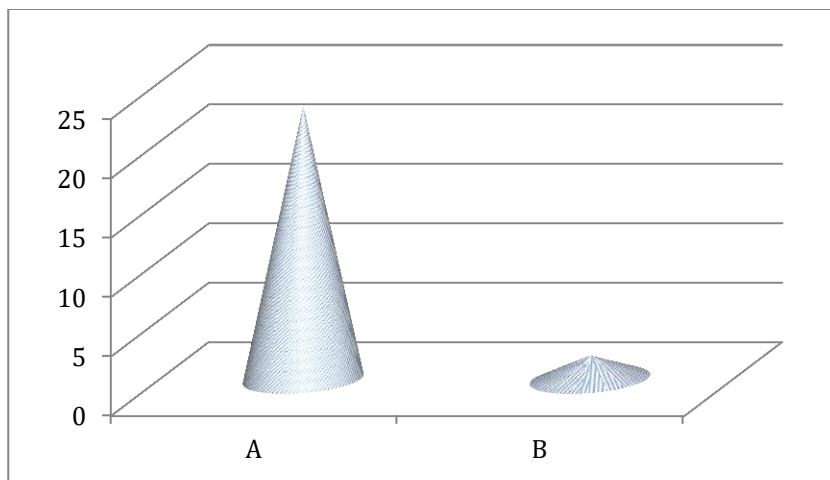


Figura 10. Sistema de servicio al cliente para dudas y sugerencias.

A nivel de esta pregunta se evidencia que para las personas es supremamente importante un servicio al cliente cuando surjan preguntas o sugerencias, el sí tuvo una puntuación del 92 % contra un 8% del no, esto indica que las personas tienden a adquirir un producto cuando hay un servicio de soporte al cliente, reportando en las preguntas que esto sirve para dar sugerencias de

mejoras si es necesario, ayudan al usuario para que se sienta más interesado, se pueden aclarar conceptos y ser más dinámico y ayudar a las personas cuando se encuentren en una crisis, ver figura 10.

8. ¿Cómo le gustaría que fueran las características principales del producto?

Tabla 12

Características principales del producto

Respuestas	Cantidad	%
De fácil acceso y uso sencillo. (A)	21	28,37 %
Integrada a un sitio web. (B)	7	9,45 %
Perfiles propios a usuarios, (C)	9	12,16 %
Panel de tareas. (D)	6	8,1 %
Disponibilidad en varios idiomas. (E)	7	9,45 %
Un sistema de login accesible con un correo electrónico y diferente redes sociales. (F)	8	10,81 %
Funciones fuera de línea, (G)	16	21,62 %

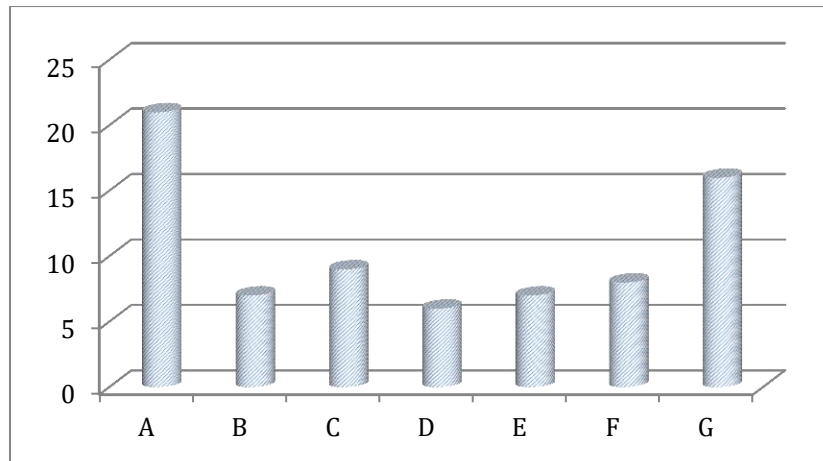


Figura 11. Características principales del producto.

Respecto a las características principales del producto las que tuvieron más puntuación fueron de fácil acceso y uso sencillo con un 84 %, funciones fuera de línea con 64 % y perfiles propios a usuarios con un 36 % estos resultados son probables porque las personas que tienen ansiedad y los usuarios en general les disgusta y aburren aplicaciones que sean de difícil acceso y uso, a nivel de las funciones fuera de línea obtuvo dicho porcentaje ya que no todas las personas tienen un plan de datos para el uso de aplicaciones y también cuando salen de viaje no siempre tendrán señal a partir de esto si se puede usar fuera de línea sería más funcional para las personas que lo utilicen y a nivel de los perfiles propios las personas les gusta tener su propio acceso esto lo hace más privado y personal, más aún cuando se trata de temas de salud y de manejo de ansiedad ya que las personas siempre buscan el control del mayor número de situaciones que vivan. Con respecto a las otras posibles respuestas tuvieron un porcentaje pero no el más significativo, ver figura 11.

9. ¿Le gustaría que esta aplicación tuviera indicadores de progreso durante todo el proceso de reducción de síntomas de ansiedad durante deshabituación de alguna sustancia psicoactiva?

Tabla 13

Indicadores de progreso.

Respuestas	Cantidad	%
Si	24	96 %
No	1	4 %

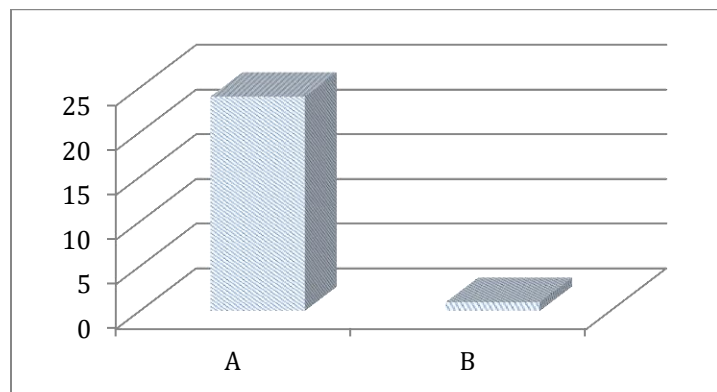


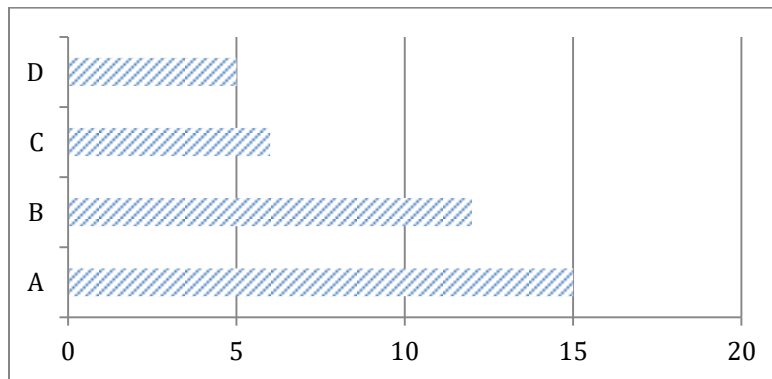
Figura 12. Indicadores de progreso.

A nivel de los indicadores de progreso en el proceso de reducción de la ansiedad en procesos de deshabituación de SPA, encontramos que el 96% de las personas le gustaría que sí se llevarán unos indicadores ya que esto les mostraría que si están empezando a mejorar en su proceso y han avanzado, a nivel de no solamente hubo un 4 %, ver figura 12.

10. ¿Qué ventajas debe tener la aplicación web para adquirirla?

Tabla 14*Ventajas de la APP.*

Respuestas	Cantidad	%
Que tenga una opción para hacer una llamada cuando se esté en crisis a un número de emergencias. (A)	15	39,47 %
Monitoreadores de síntomas y hábitos (B)	12	31,57 %
Registros minuciosos sobre estados de ánimo. (C)	6	15,78 %
Consejería y Grupo de apoyo (D)	5	13,15 %

*Figura 13. Ventajas de la APP.*

A nivel de las ventajas que debe ofrecerle a los usuarios la aplicación se encontró que el 60 % de los encuestados prefirió esta opción la cual corresponde a una opción donde encuentre un número de emergencia para llamar cuando se está en crisis, esta opción puede ser la más llamativa para las personas ya que cuando se está en una situación desbordante el hablar con otras personas puede ayudar a regular a las personas. En segundo lugar está la opción de monitoreo de síntomas y hábitos con un 48% está probablemente obtuvo esta puntuación ya que cuando las personas percibe un síntoma sabe cuándo tendrá los momentos de ansiedad y a partir de los hábitos que tenga estos podrían aumentar o disminuir, por último se encuentra el registros

minuciosos sobre estados de ánimo con un 24% y consejería y grupo de apoyo con un 20 % estos resultados pueden derivarse de que al ser un problema tan personal no les gustaría que otras personas se enteren y tal vez algunas personas no creen que por los estados de ánimo se produzca la ansiedad, ver figura 13.

11. Si usted puede opinar sobre el diseño de esta aplicación específicamente sobre los colores que utilizará la página. Recordando que los colores también son una forma de comunicación en la cual representan algo en particular como tonalidad de acuerdo a su significado ¿Cuál escogería usted para un mayor éxito de la aplicación?

Tabla 15

Colores de la APP.

Respuesta	Cantidad	%
Amarillo (A)	3	12 %
Azul (B)	16	64 %
Verde (C)	9	36 %

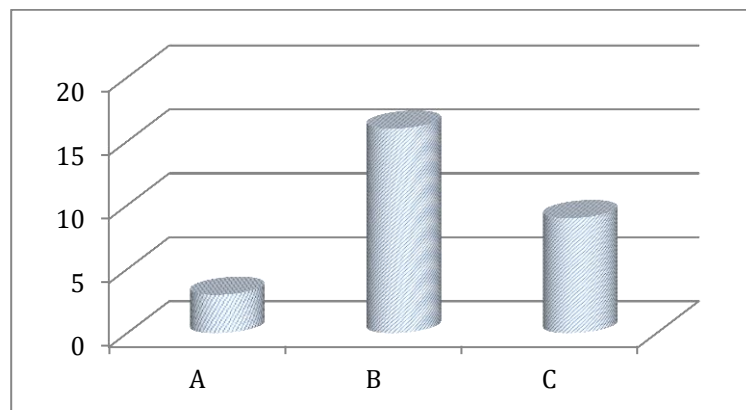


Figura 14. Colores de la APP

Respecto a esta pregunta la que tuvo más porcentaje fue la opción del color azul (aporta serenidad y paz al usuario, genera sensación de seguridad y confianza) con un 64% esta respuesta tuvo un porcentaje tan alto probablemente porque cuando se está en situaciones de ansiedad se requiere tener serenidad y paz, poseyendo seguridad y confianza ya que las personas cuando están ansiosas requieren control de las situaciones, la segunda respuesta más alta fue el color verde (se asocia con la naturaleza, la tranquilidad y salud también es utilizado en marketing para serenar el cliente) puntuando con un 36 % esta probablemente fue elegida por la tranquilidad que buscan las personas en estado de ansiedad y por último está el color amarillo (representa felicidad y optimismo) puntuando con un 12 % está obtuvo una baja puntuación ya que las personas cuando están ansiosas no pueden ser ni optimistas ni buscan la felicidad ya que lo quieren es retomar el control de las situación y bajar sus índices de malestar. Ver figura 14.

12. ¿Para usted cuál debería ser el enfoque principal en el contenido de la aplicación?

Tabla 16

Enfoque principal sobre el contenido.

Respuestas	Cantidad	%
Enseñar estrategias para el manejo de ansiedad: Técnicas de exposición, estrategias de respiración y relajación. (A)	12	26,66 %
Estabilizar el estado de ánimo reduciendo emociones negativas. (B)	6	13,33 %
Aumentar técnicas de autocontrol ante situaciones conflictivas en relación con la adicción. (C)	9	20 %
Aumentar control sobre los sistemas de respuestas: fisiológico, cognitivo y corporal. (D)	5	11,11 %
Eliminar conductas de evitación o escape. (E)	5	11,11 %
Enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para afrontar de forma adaptativa, los problemas de relación interpersonal. (F)	8	17,77 %

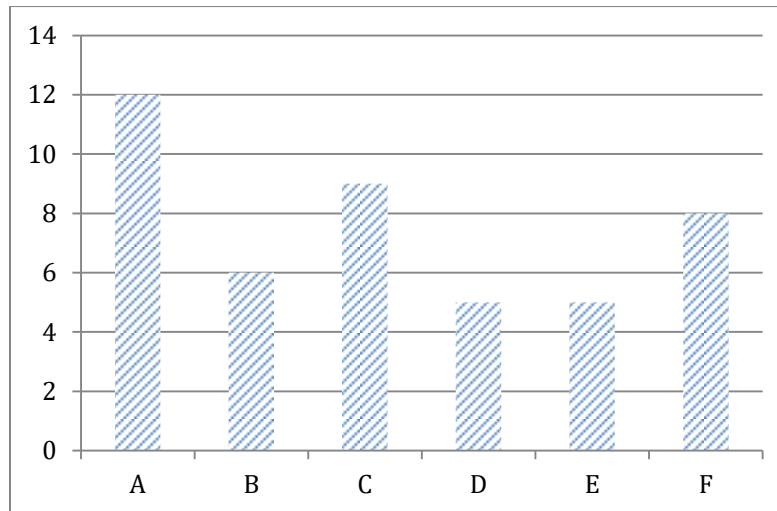


Figura 15. Enfoque principal sobre el contenido

A nivel del enfoque principal que debería tener la aplicación se encontró que la respuesta con más puntuación fue la de enseñar estrategias para el manejo de ansiedad: Técnicas de exposición, estrategias de respiración y relajación con un 48% ya que las personas cuando se encuentran experimentando esos síntomas lo que requieren son estrategias para comenzar a manejar esa ansiedad y disminuir los síntomas, después la pregunta que le sigue que es la de aumentar técnicas de autocontrol ante situaciones conflictivas en relación con la adicción obtuvo un 36 % esto probablemente indica que las personas cuando están bajo el efecto de algún SPA tienden a perder el control en situaciones que son conflictivas lo que los conlleva a mayores consecuencias, entonces si tiene mayor autocontrol en dichas situaciones las consecuencias no se volverían tan graves, el resto de las opciones obtuvo puntuaciones de 32 % el cual corresponde a la pregunta de enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para afrontar de forma adaptativa, los problemas de relación interpersonal, 24 % el cual corresponde a la pregunta de estabilizar el estado de ánimo reduciendo emociones negativas y el 20 % corresponde a dos preguntas que son la de aumentar control sobre los sistemas de respuestas: fisiológico, cognitivo y corporal y la de eliminar conductas de evitación o escape, estas no obtuvieron una gran puntuación ya que quizás las dos opciones de respuesta más altas abarcaba ya las demás opciones. Ver figura 15.

13. ¿Cuál es el contenido de las estrategias y técnicas más apropiadas para brindar apoyo y control emocional a usuarios que cursen períodos de reducción en el consumo de sustancias psicoactivas?

Tabla 17

Estrategias y técnicas más apropiadas.

Respuestas	Cantidad	%
Estrategias y técnicas de afrontamiento	16	64 %
(Terapia cognitivo conductual).Reestructuración cognitiva /Técnicas de relajación y respiración.	8	32 %
(mindfulness) Técnicas de atención plena y meditación para ayudar al control de la ansiedad.	1	4 %

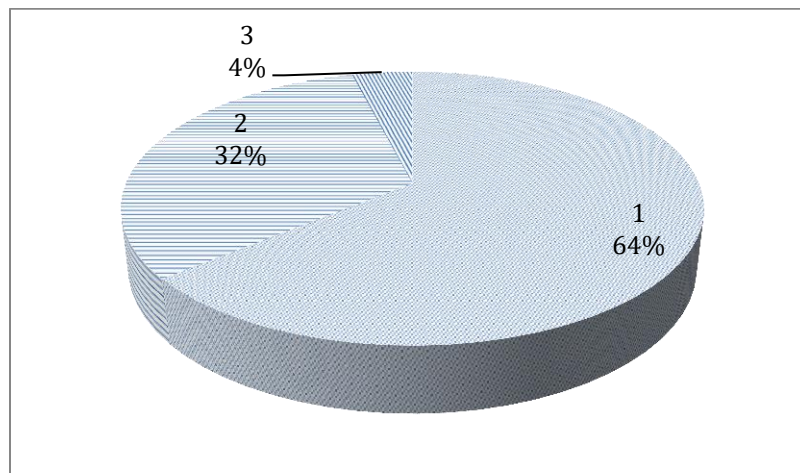


Figura 16. Estrategias y técnicas más apropiadas.

A nivel de esta pregunta encontramos que las estrategias y técnicas de afrontamientos son las que puntuaron más alto esto con un 64 % de los encuestado, a nivel de la segunda respuesta que es la (terapia cognitivo conductual).Reestructuración cognitiva /Técnicas de relajación y respiración, obtuvo un 32 % y por último estuvo el (mindfulness) Técnicas de atención plena y meditación para ayudar al control de la ansiedad con un 4 %, estas diferencias de porcentajes en cada respuesta puede depender de lo claro del nombre de cada una de las técnicas entre más

complicado sea de entender el nombre probablemente la elegirían menos y que inicialmente para poder empezar un tratamiento se debe afrontar y aceptar que se tiene una problemática. Ver figura 16.

14. ¿Cuál de las siguientes áreas le gustaría que fuera evaluada y tomada en cuenta para el desarrollo de los contenidos en la aplicación?

Tabla 18

Áreas de preferencia a evaluar.

Respuestas	Cantidad	%
Área familiar	14	31,81 %
Área socio relacional	12	27,27 %
Área psicopatológica	10	22,72 %
Área de ocio y tiempo libre	8	18,18 %

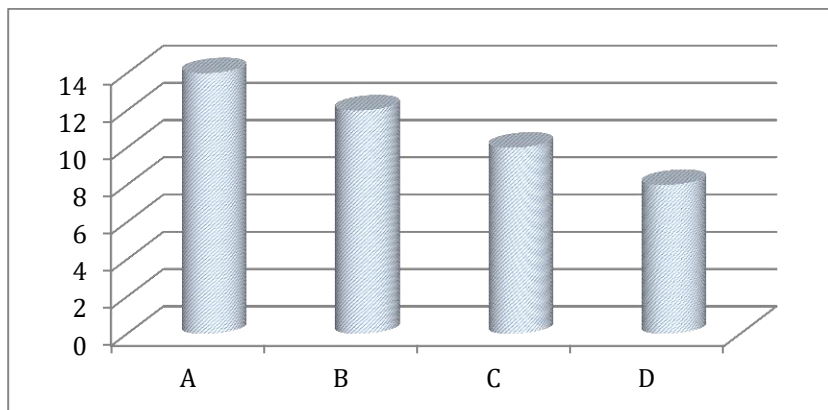


Figura 17. Áreas de preferencia a evaluar.

Respecto a las áreas de preferencia a evaluar se encontró que el área familiar predominó con un 56 % seguida por el área socio relacional que obtuvo un 48 %, el área psicopatológica obtuvo un 40 % y por último el área de ocio y tiempo libre con un 32 %, esto probablemente indica que la familia es de los ámbitos que son más afectados cuando las personas están con los síntomas ansiosos con el área socio relacional ya que las personas que están más cerca de uno son las que ven y sufren las consecuencias del estado en el que está la persona. Ver figura 17.

15. ¿Cuánto dinero considera que invertiría entidades de salud y/o centros de rehabilitación en esta aplicación?

Tabla 19

Dinero que invertiría una institución.

Respuestas	Cantidad	%
15.000.000 a 20.000.000 (A)	16	64 %
30.000.000 a 35.000.000 (B)	8	32 %
40.000.000 a 45.000.000 (C)	1	4 %

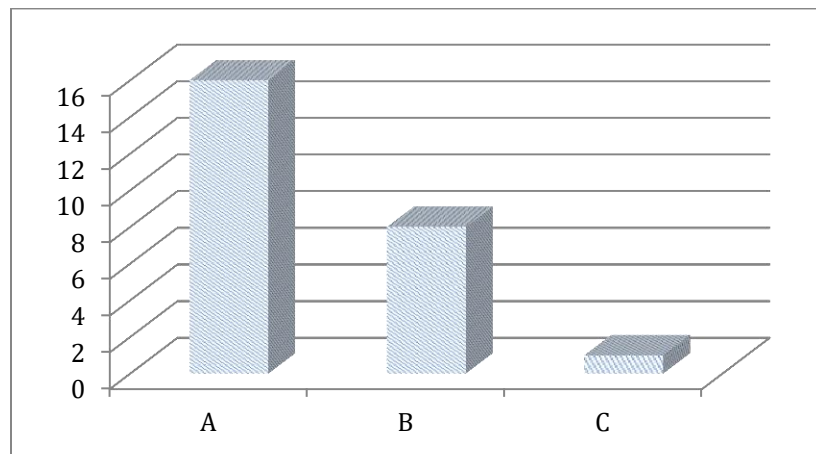


Figura 18. Dinero que invertiría una institución

Respecto al dinero que podría invertir una institución la respuesta que tuvo más porcentaje fue la de 15.000.000 a 20.000.000 millones con un 64 % esta respuesta es dada probablemente porque inicialmente una empresa no va a invertir gran cantidad de dinero a una aplicación que no ha sido probada en el mercado, pero quizás más adelante sí se vuelve conocida y tiene más validez para la personas pueda invertirse más esto se puede observar con la segunda cifra que se dio que fue de 30.000.000 a 35.000.000 obteniendo un porcentaje del 32 %, por

último esta la cifra de 40.000.000 a 45.000.000 está obtuvo solamente un 4% ya que es poco probable que una institución haga una inversión tan grande en una aplicación. Ver figura 18.

16. El producto que estamos ofreciendo incluye asesorías, conferencias y seguimiento para aumentar resultados en los usuarios sobre el uso aplicación ¿Qué tiempo considera adecuado para la ejecución de dichas asesorías para realizar la compra?

Tabla 20

Tiempo de las asesorías, conferencias y seguimiento.

Respuestas	Cantidad	%
Semanal (A)	8	32 %
Mensual (B)	11	44 %
Semestral (C)	0	0 %
Soporte 24 horas (D)	6	24%

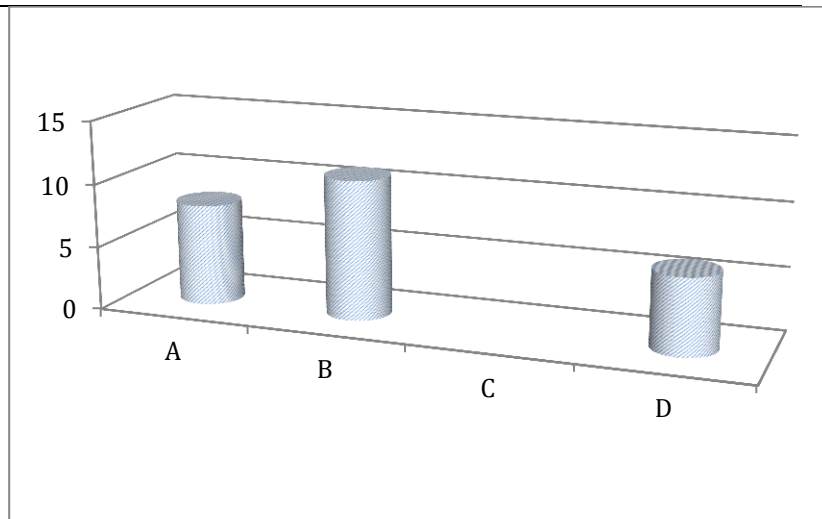


Figura 19. Tiempo de las asesorías, conferencias y seguimiento.

Respecto al tiempo de asesoría, conferencias y seguimiento de la APP se puede evidenciar que las personas prefieren que se realicen de forma mensual con un 44 % de porcentaje, seguido del 32 % el cual indica el seguimiento semanal, por último se encuentra el soporte las 24 horas que tuvo una puntuación del 24 %, respecto al soporte semestral tuvo un 0 % es decir las

personas prefieren que sean a más corto tiempo las asesorías y soportes que se puedan brindar por parte de los realizadores de la APP, ver figura 19.

17. ¿Desde su conocimiento ¿Quién cree usted se puede beneficiar con estas aplicaciones?

Tabla 21

Beneficiarios de la APP.

Respuestas	Cantidad	%
Entidades de salud (A)	3	9,67 %
Personas naturales (B)	5	16,12 %
Fundaciones de rehabilitación (C)	6	19,35 %
Toda la comunidad (D)	17	54,83 %

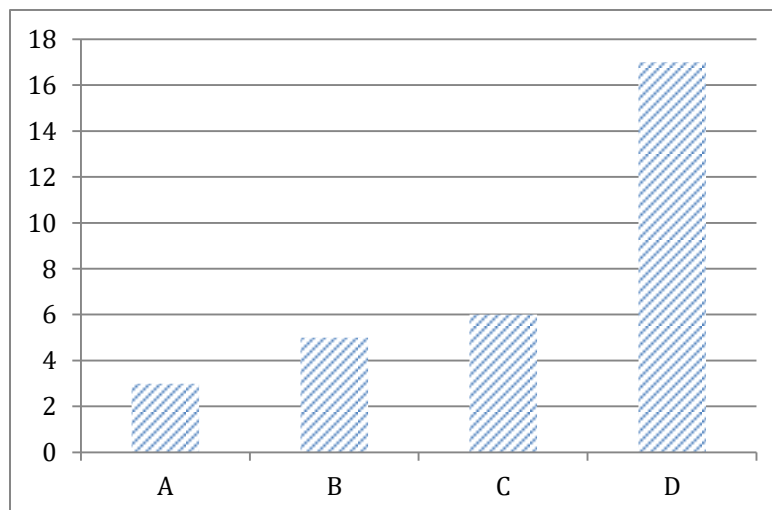


Figura 20. Beneficiarios de la APP

A nivel de las personas que se pueden beneficiar con la APP se obtuvo un porcentaje del 68% indicando las personas que toda la comunidad se puede beneficiar con los servicios que presta la aplicación, seguido de las fundaciones de rehabilitación con un 24 % éste margen es probable ya que dichas instituciones tienen un gran número de población que podría

utilizar la APP, después queda las personas naturales con un 20% y las entidades de salud con un 12 %, estas respuestas obtuvieron las puntuaciones más bajas ya que se vuelven muy particulares y no abarcan a la mayoría de personas o las personas .que requieren más la aplicación, ver figura 20.

18. ¿Cuál sería la función que debe tener el psicólogo en el desarrollo del contenido de la aplicación?

Tabla 22

Función del psicólogo en el desarrollo de la APP.

Respuestas	Cantidad	%
Atender a las demandas derivadas del consumo de drogas desde un modelo de atención integrado adaptado a las necesidades individuales. (A)	16	20,77 %
Orientar y asesorar a familia de los usuarios. (B)	8	10,38 %
Favorecer un proceso personal a los usuarios y sus familias. (C)	12	15,58 %
Prevenir y reducir los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. (D)	12	15,58 %
Motivar al usuario para que tome conciencia del problema comprometiéndose y avanzado en su proceso de cambio. (E)	9	11,68 %
Extinguir actitudes y conductas desadaptativas. (F)	7	9,09 %
Enseñar un repertorio de nuevos recursos personales que favorezcan un estilo de vida más saludable. (G)	13	16,88 %

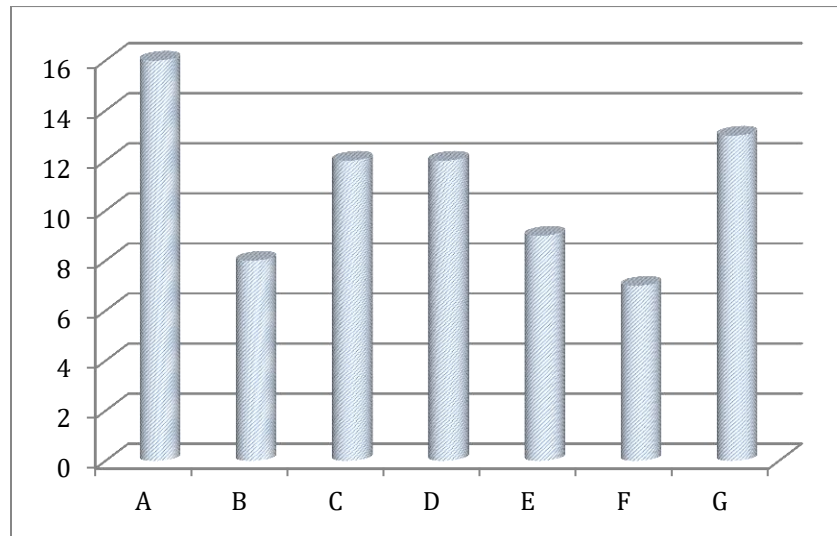


Figura 21. Función del psicólogo en el desarrollo de la APP

Respecto a la función que debería tener el psicólogo en el desarrollo de la aplicación, impero la respuesta de atender a las demandas derivadas del consumo de drogas desde un modelo de atención integrado adaptado a las necesidades individuales esto con un 64 %, seguido por enseñar un repertorio de nuevos recursos personales que favorezcan un estilo de vida más saludable con un 52% , siguen dos preguntas con 48 % cada una, la primera es favorecer un proceso personal a los usuarios y sus familias y la segunda es prevenir y reducir los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, siendo éstas cuatro respuestas las que obtuvieron mayor puntuación, la primera tuvo la mayor puntuación porque probablemente los encuestados veían que de ahí podían derivarse las demás respuestas. Ver figura 21.

19. ¿le gustaría contar con monitoreo de situaciones de riesgo actuales, para la detección/ anticipación de futuras recaídas?

Tabla 23

Monitoreo de riesgos actuales y detección de recaídas.

Respuestas	Cantidad	%
Si	20	80 %
No	5	20 %

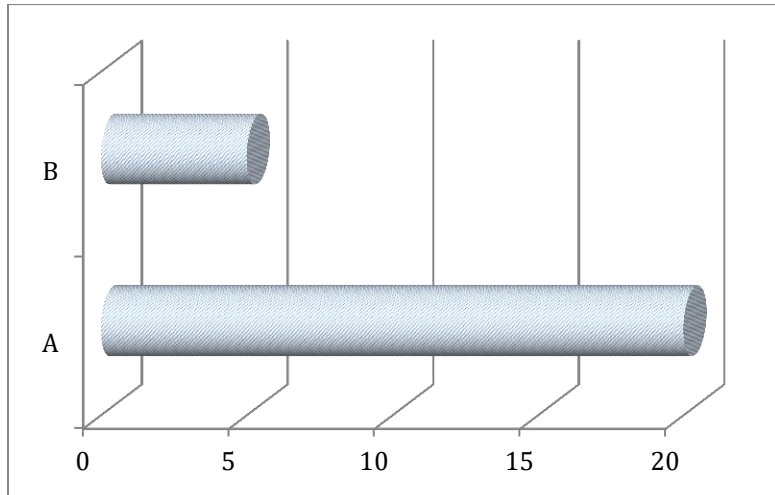


Figura 22. Monitoreo de riesgos actuales y detección de recaídas.

A nivel de esta pregunta ganó el sí con un 80% las personas respondieron que ayuda a la adaptación en distintos ámbitos de la vida, también porque se puede hacer una evaluación de cuáles son los hábitos que pueden conducir a un riesgo y si hay recaídas saber cuáles son éstas para poder contenerlas en un futuro, respecto al no éste tuvo un 20%, ver figura 22.

20. ¿Le gustaría contar con un servicio donde pueda ser remitido a psicología si no es eficiente los contenidos de la aplicación para su dificultad en el control de la ansiedad?

Tabla 24

Servicio para ser remitido a psicología.

Respuestas	Cantidad	%
Si	17	80 %
No	8	20 %

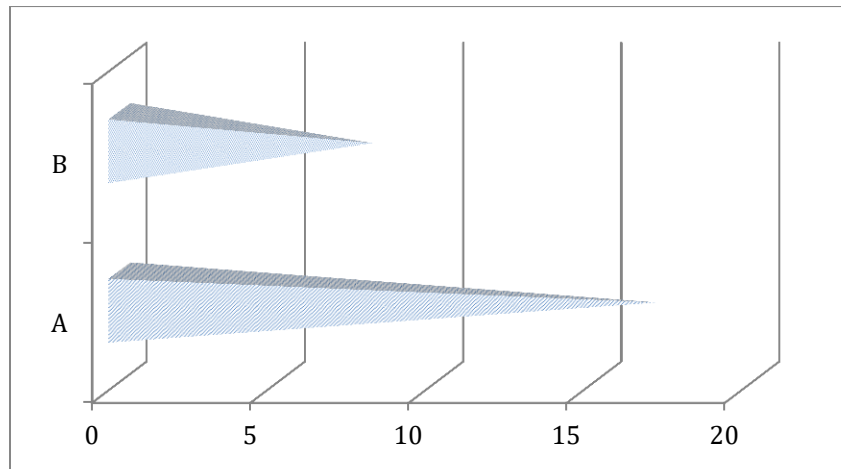


Figura 23. Servicio para ser remitido a psicología.

Respecto a esta pregunta el sí obtuvo el 80% obteniendo respuestas de los participantes como: El conocer el desencadenante de la conducta del consumo y buscar la manera de modificar esa conducta por otra que brinde mayor beneficio, también respondieron que sería bueno para evitar las tragedias y que el usuario recaiga, el no obtuvo solamente un 20%. Ver figura 23.

21. Le gustaría agregar al contenido un revisión de estilo de vida en la cual se pueda trabajar en conjunto con el usuario para la recuperación de su equilibrio por medio de actividad física y ejercicio. Ayudando a crear hábitos y adicciones positivas

Tabla 25

Revisión de estilos de vida.

Respuesta	Cantidad	%
Si	19	76 %
No	6	24 %

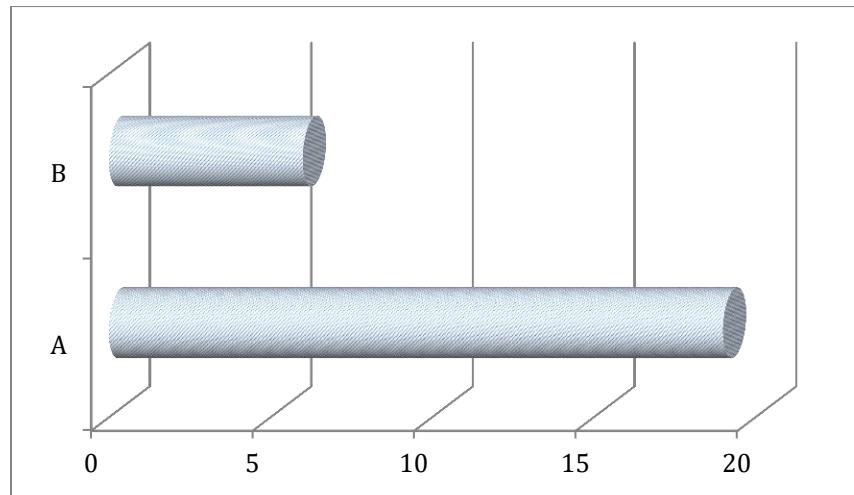


Figura 24. Revisión de estilos de vida.

A nivel de la pregunta de la revisión del estilo de vida y trabajar en conjunto con actividades física la respuesta sí obtuvo un 76%, las personas escribían que el deporte estimula hormonas que combaten la ansiedad, también porque es indispensable que las personas busquen actividades placenteras como el deporte para que reemplace al consumo esto ayuda a las personas ya que los individuos se enfocan y motivan en otras actividades, por la otra parte el no obtuvo un 24%. Ver figura 24.

Discusión del estudio de mercado

En el estudio de mercado que se realizó se evidencia que el mayor número de consumidores son estudiantes, los cuales tienen unas características socioeconómicas de estrato medio y medio alto. La mayoría de los participantes no han conocen aplicaciones para el manejo de la ansiedad y mucho menos una que maneje la ansiedad en procesos de reducción de consumo de SPA, estos resultados se puede derivar de la falta de inversión y focalización de esta problemática en la sociedad. El tiempo que invertiría las personas es de 30 a 45 min, estos resultados pueden derivarse de la falta de tiempo que puedan tener las personas. A nivel de la integración de redes sociales, la mayoría respondió que sí, ya que en estos tiempos las personas tienden a bajar aplicaciones e integrarlas con todas las redes sociales para un acceso más sencillo y dinámico, está son unas de las cuántas respuestas que se obtuvieron de los participantes, se

debe tener en cuenta que el contexto Colombiano no está tan inmerso como otros mercados en la adquisición de aplicativos y mucho menos en el contexto de la salud, esto deriva que en el país no se tenga una noción de algún aplicativo que maneje la ansiedad. Se debe tener en cuenta que la encuesta solamente se le realizaron a 25 personas lo cual no es una muestra tan significativa para poder tener un índice de confianza alto. Se debe tener en cuenta que al no ser una tendencia en el país de las aplicaciones a nivel de la salud, se requiere una visualización de gran nivel, para que las personas evidencien la utilidad que puede tener estas aplicaciones para su salud.

Presupuesto

Tabla 26.

Presupuesto de la creación de la APP

CONCEPTO	VALOR
Diseño de contenidos de la aplicación, 2 personas con sueldo cada uno de 40.000 por hora 100 horas invertidas.	8.000.000
Diseño de los gráficos y contenido visual, 1 persona con sueldo de 80.000 por hora, 50 horas invertidas.	4.000.000
Programación de la aplicación, 1 personas con sueldo de 90.000 por hora y 80 horas invertidas.	7.200.000
Publicidad de la aplicación por redes sociales, internet y televisión, 1 persona con sueldo de 70.000 por hora, 40 horas invertidas.	2.800.000
Agregar la aplicación al Play store	70.000
Agregar la aplicación al App Store anual	277.200
Transporte (taxis) precio 10.000 por trayecto desplazamiento ida y vuelta a las asesorías, 24 sesiones.	480.000
TOTAL	22.827.200

RESULTADOS



Figura 25. Compra de aplicación

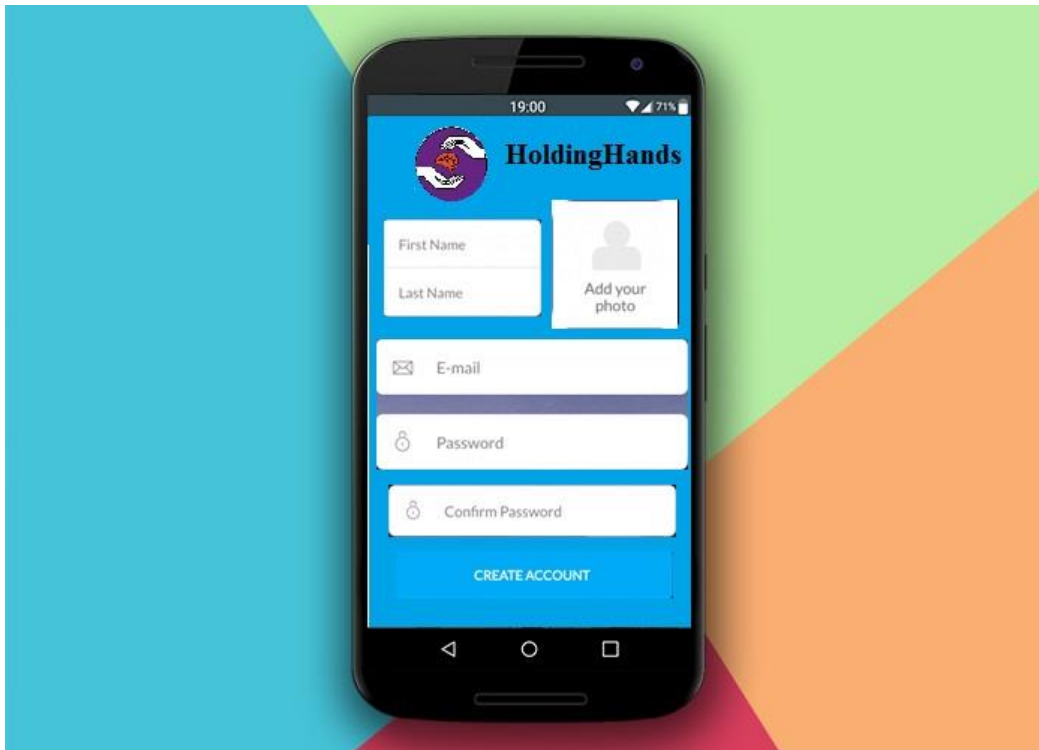


Figura 26. Inicio de aplicación.



Figura 27. Presentación inicial.



Figura 28. Qué son los SPA



Figura 29. Nicotina.



Figura 30. Alcohol.



Figura 31. Marihuana.



Figura 32. Inhalantes.



Figura 33. Cocaína.



Figura 34. Anfetaminas y éxtasis.



Figura 35. LSD.

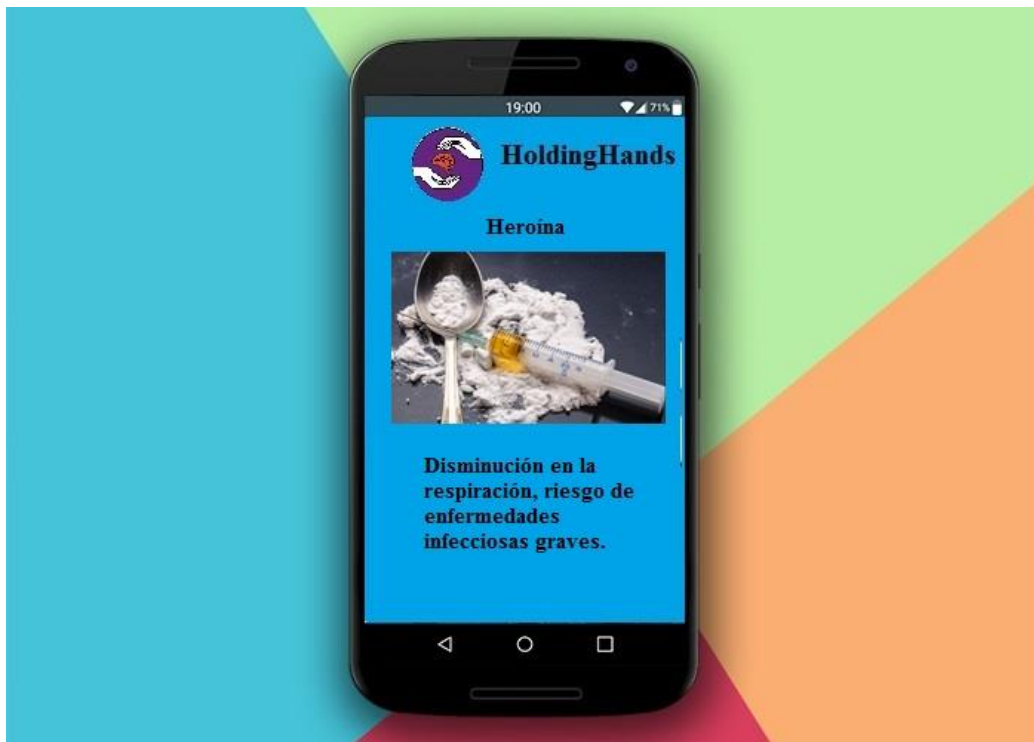


Figura 36. Heroína.

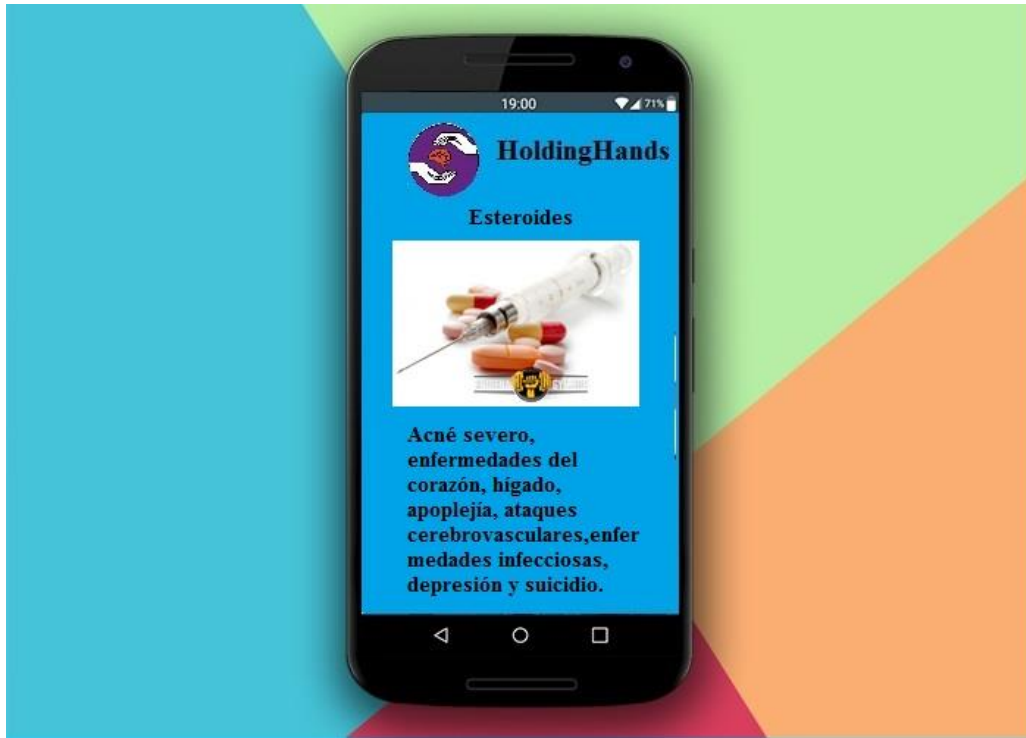


Figura 37. Esteroides.



Figura 38. Hablemos de las emociones.



Figura 39. Identificación de emociones.

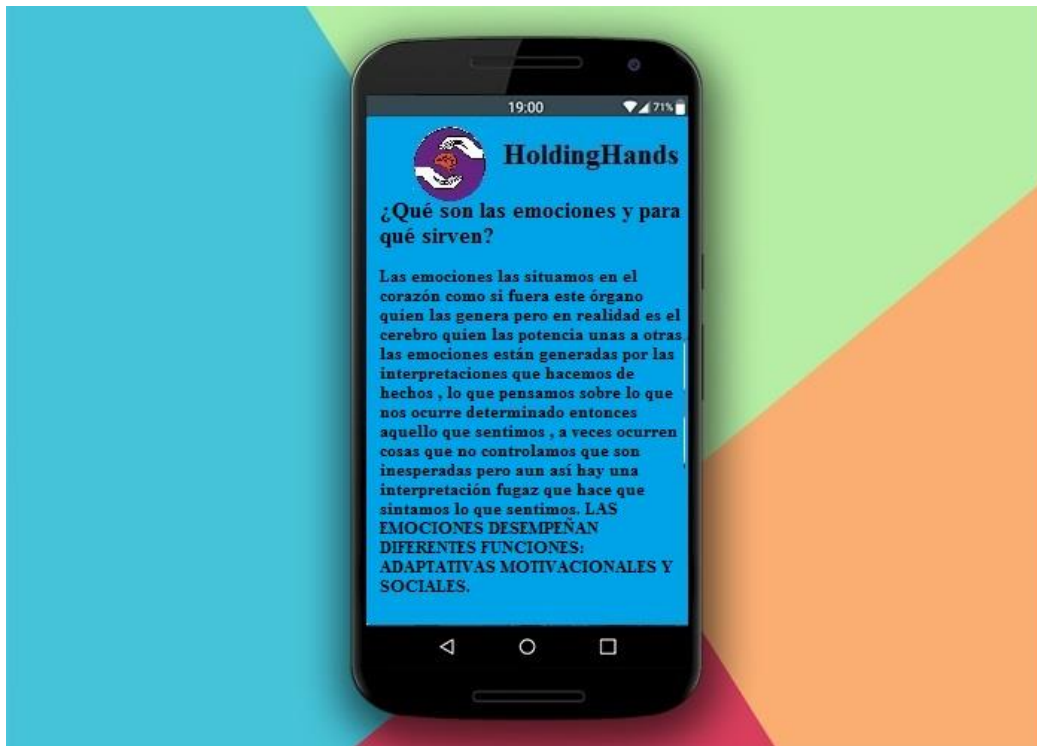


Figura 40. Qué son las emociones y para qué sirven.



Figura 41. Emociones adaptativas.



Figura 42. Emociones sociales.



Figura 43. Emociones motivacionales.



Figura 44. Conciencia emocional.

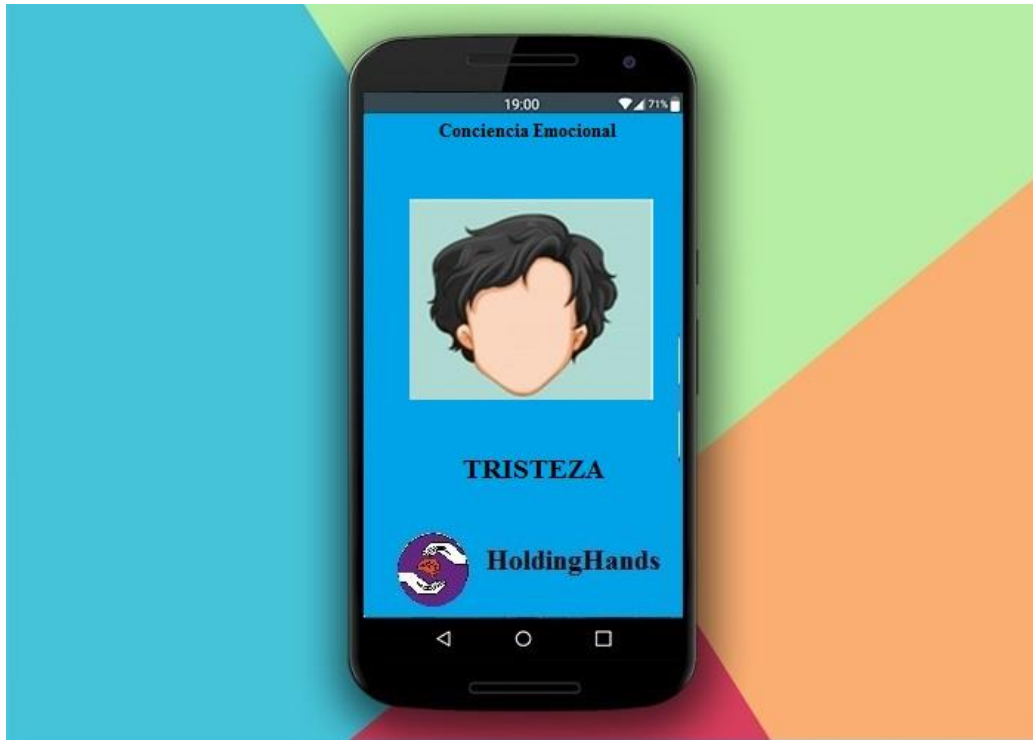


Figura 45. Identifica la emoción.

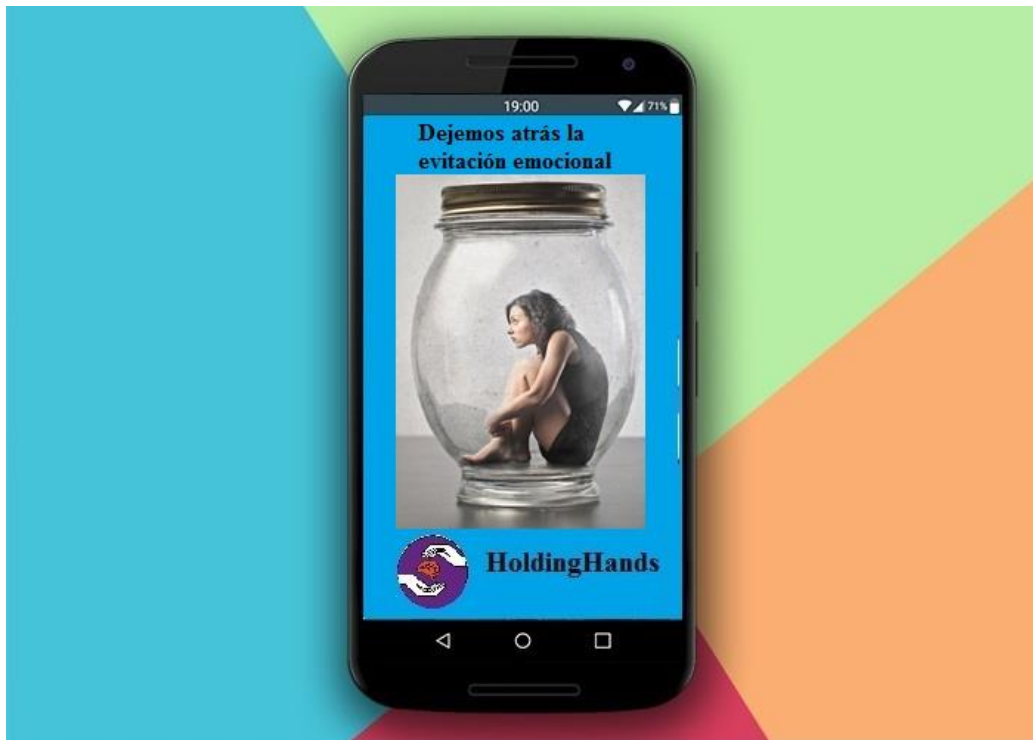


Figura 46. Evitación emocional.



Figura 47. Aceptémonos y comprometámonos.



Figura 48. ¿Cómo te sientes ahora?

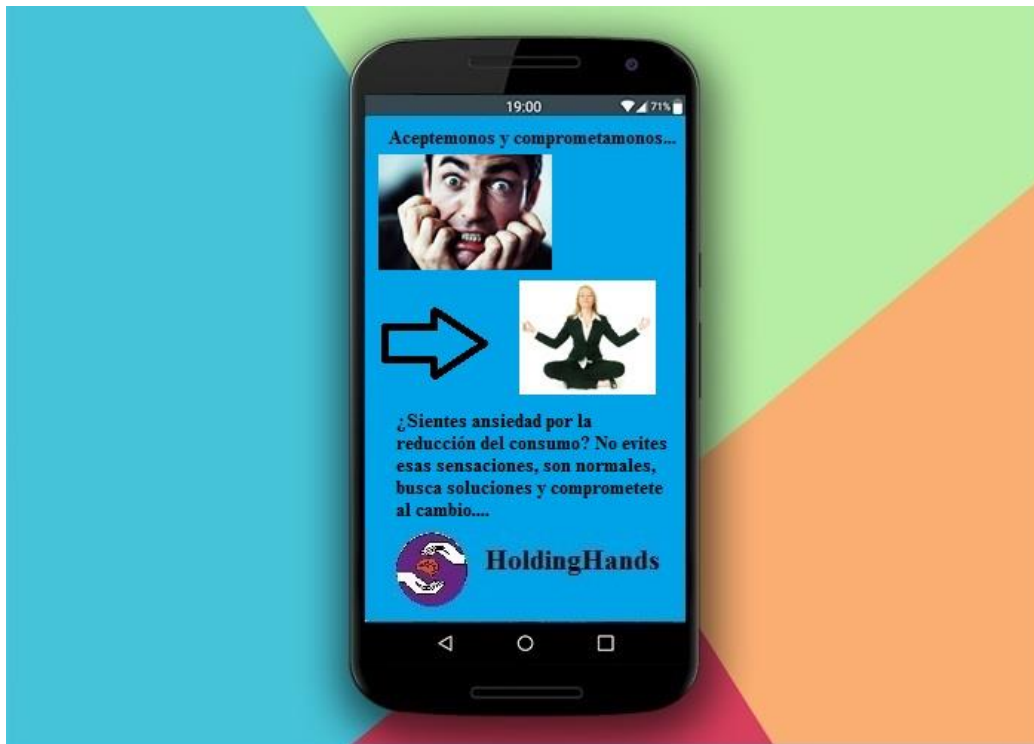


Figura 49. Sientes ansiedad.



Figura 50. Síntomas de la ansiedad,



Figura 51. Comprométete contigo mismo.



Figura 52. Tus metas.



Figura 53. Contacto.

CONCLUSIONES

La psicología en el transcurso de su historia ha estudiado los diferentes fenómenos que ocurren en el ser humano, entre ellos su conducta, sus pensamientos, emociones y sentimientos y el cómo se elicitan, mantienen y extinguen. Pero esta ciencia no solamente se ha centrado en el estudio de la “normalidad” del ser humano, sino que también a través de los años ha explorado los diferentes trastornos que pueden presentarse en los individuos y, cómo está podría ayudar a la persona a manejar las consecuencias y comportamientos que ocurren por el trastorno, en consecuencia a ello, en el presente trabajo se realizó una recopilación teórica sobre ciertos sistemas que están involucrados en los trastornos de ansiedad y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

En primer lugar, las emociones negativas las cuales generan sensaciones desagradables y son características de la ansiedad en situaciones de alerta, amenaza o eventos que tienen resultados ambiguos o inciertos, buscando el organismo del individuo prepararse para poder actuar de forma pronta frente a la situación, por ello las emociones se desencadenan por cambios corporales, conductuales o experiencias emotivas, estas serán reflejadas de diferentes formas, una de las más evidentes son las expresiones faciales y la activación motora del individuo.

Evidenciándose en la ansiedad una preocupación excesiva, la cual anticipa hechos que son poco probables que ocurran y afectan diferentes áreas del individuo, generándole poca calidad de vida y síntomas como tensión muscular, activación fisiológica como sudoración e ideas que no le permiten actuar al individuo de forma tranquila y centrada. Siendo la ansiedad a veces confundida con el estrés o la angustia, por tener en ciertas características similares, como la anticipación a las señales de peligro, pero estas no llegan a convertirse en patológicas como la ansiedad y más aún cuando una persona está consumiendo sustancias psicoactivas o está en el proceso de reducción y deshabitación de las mismas.

Se debe tener en cuenta que los rasgos de las personas pueden ser determinantes tanto en el desarrollo de un trastorno de ansiedad como en el consumo de sustancias psicoactivas, con ello dependiendo de la interacción que tenga la persona entre sus rasgos y las situaciones que vive a su diario vivir, podría empezar a desarrollar el trastorno, comenzando a evidenciarse respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas característica del problema. También es necesario aclarar que el consumo de sustancias psicoactivas puede conllevar a desarrollar un trastorno de ansiedad

y que las personas que están diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad podría generar una dependencia a las sustancias psicoactivas.

A partir de esto han surgido diferentes teorías que permiten evaluar la ansiedad, como lo es la teoría interactiva, esta consiste en el diseño de varias situaciones o una sola y las posibles respuestas que tendría, logrando evaluar la individualidad de las personas ya que no todas responden de la misma forma a un estímulo que se les presente, determinando el rasgo que tiene el individuo y su reacción frente a diferentes situaciones.

De igual forma es importante distinguir entre una ansiedad patológica y una ansiedad adaptativa, ya que la primera empieza a ser desadaptativa en las diferentes áreas de la persona ya que empiezan a evidenciarse desordenes físicos, disfunciones orgánicas, trastornos cardiovasculares, digestivos, dermatológicos, respiratorios y musculares, problemas en el trabajo, en el área afectiva y familiar sin estar en un peligro inminente o real, en cambio la ansiedad adaptativa la persona la siente porque está en un peligro inminente porque requiere para su supervivencia la activación de todos sus canales de respuesta.

A partir de la definición de la ansiedad y sus diferentes enfoques teóricos, se encontró una relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas, evidenciándose una comorbilidad entre el consumo y los diferentes trastornos psiquiátricos, esto generando una afectación no solamente en el individuo sino en sus diferentes áreas de ajuste como son la familiar, social y laboral etc. Las personas comienzan a consumir por diferentes factores, como los ambientales que corresponden a accesibilidad y disponibilidad, el personal que implican la evasión a situaciones o aceptación por parte de un grupo, con ello las investigaciones sugieren que el consumo de una sustancia obedece en primer lugar a los factores externos y se mantienen por las vulnerabilidades genéticas del individuo, teniendo éste problema un origen y mantenimiento multicausal. Se debe tener en cuenta el contexto Colombiano y las investigaciones que se han desarrollado a través de estos años, evidenciando que la droga que se consume más en Latinoamérica es la marihuana seguida por la cocaína y dicho consumo se presenta con mayor frecuencia en la población joven.

Con base a la relación que se presenta entre el consumo de sustancias y la ansiedad, la aplicación que se diseñó en el presente trabajo, busca realizar una psicoeducación con los usuarios, primero en la concientización e identificación de las emociones, después de dicho

reconocimiento, la persona evidenciará que la emoción que lo está controlando es algo normal en el ser humano y más aún cuando una persona se encuentra en el proceso de deshabitación, teniendo en cuenta la información que se le presente de las diferentes sustancias psicoactivas, con ello cuando la persona empiece a sentir ansiedad, se normalizará la emoción que tiene y porque es entendible que se le presente, identificando los síntomas y aceptándolos buscando mejorarlos cada día más.

El impacto que puede generar la aplicación es alto, ya que los principales consumidores en Colombia son los jóvenes y al ser una herramienta tecnológica y de fácil acceso, ellos podrán tener un mayor compromiso en el proceso que están realizando, logrando una mayor adherencia al tratamiento, siendo un producto innovador con las personas consumidoras, porque encontramos en el mercado de las aplicaciones distintas que ayudan al manejo de la ansiedad, pero ninguna se ha enfatizado en el manejo de síntomas en el proceso de reducción de consumo de SPA. Aportando no solamente nuevos conocimientos a las personas que consumen SPA y quizás no tengan idea que les produce en el organismo, sino a los profesionales de la salud que se especializan en esta problemática.

Respecto al estudio de mercado, se recomienda hacer una encuesta con un mayor número de personas para ir mejorando la aplicación en la medida que se está usando, con ello se podría generar un mayor impacto en las personas que la está utilizando, buscando que se hagan más investigaciones a nivel ideográfico y nomotético a nivel Colombia sobre el consumo de SPA y sobre todo en jóvenes ya que se encuentra en la consolidación de diferentes esquemas de la personalidad, a partir de esto se podría ayudar al cambio en ellos y se lograría mejorar la calidad y estilo de vida de muchas personas, implementando nuevas técnicas en relación a los resultados de los estudios que se realicen.

REFERENCIAS

- Acosta, M & Vera, M. (2010). El estrés y la ansiedad: factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes de la universidad católica del oriente. Universidad católica del oriente.
- Amaro, F. (2008). Ansiedad (aspectos conceptuales) y trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Barcelona. *Master en pseudopsiquiatria. Colegio oficial de psicólogos de Cataluña.*
- Bados, A & García, E. (2010). La Técnica de Restructuración Cognitiva: Barcelona, Departamento de Personalidad, *Evaluación y Tratamiento Psicológico.* Universidad de Barcelona.
- Becoña, et al. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica de formación. Barcelona. *Socidrogasalcohol.* Delegación del gobierno para nacional de drogas.
- Berrios, G. (2008). Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva del siglo XIX. México: *Fondo de Cultura Económica.*
- Blanco, T & Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influye en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Costa Rica. Dependencia (IAFA).
- Blasco, J., Martínez, J., Carrasco, E & Didia, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4): 365-376.
- Cano, A. (2011). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud: Madrid, *Revista Critica*, Recuperado de <http://www.revista-critica.com/articulos.php> fecha 13 de mayo del 2018.
- Caballero, C., Brezo, E & González. O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el caribe*. 32(3), 425-441.
- Calvete, E. (2008). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 14, 159-173

Castillo, A. (2013). Dinámica de la construcción por sus usos localidad de Teusaquillo: Bogotá, Bogotá Humana. Alcaldía Mayor de Bogotá, Recuperado de https://www.catastrobogota.gov.co/sites/default/files/17_0.pdf, fecha 12 de mayo del 2018.

Ceballos, O., Villa, K., Sacristán, C & Marulanda, C. (2011). Estudio de revisión: Correlación entre consumo de sustancias psicoactivas y variables psicosociales asociadas en estudiantes universitarios. Colombia. *Clío América*.

Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, (2010). México. Catálogos y Maestros Guía de la Práctica Clínica. *CENECTEC*.

Diagnóstico de los Aspectos Físicos Demográficos y Socioeconómicos, (2009). Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria de Planeación.

Dorard, G., Bungener, C., Phan, O., Edel, Y., Corcos, M., & Berthoz, S. (2017). Is alexithymia related to cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 74-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.012>

Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en conflicto con la ley en Colombia, (2010). Colombia. A través del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CIDAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).

Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2008). *Informe final*. a través del Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia.

Ey, H. (2008). Estudios psiquiátricos: Buenos Aires. *Polemos*.

- Fernández, J., Pérez, M., Schmidt, J., & Verdejo, A. (2010). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of Psychopharmacology*, 24(9), 1317-1332.
- Fernandez, Rodriguez & Lopez, (2017). Suplementos nutricionales en el trastorno de ansiedad, *Actas Esp Psiquiatr*,45(Supl. 1):1-7
- García, M & Rivero, N (s.t). Consumo de cannabis en un paciente con coeficiente intelectual elevado. Caso clínico 13
- Garland, E; Schwarz, N.; Kelly, A.; Whitt, A & Howard, M. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for alcohol dependence: Therapeutic mechanisms and intervention acceptability. *Jornal of Social Work Practice in the Addictions*, 12, 242-263.
- Gómez, R. (2008). Abuso y Consumo de drogas creencia y Vulnerabilidad. Buenos Aires. Encuentro de investigadores en psicología.
- Goncalves, F., Gonzales, V & Vásquez, J. (2008). Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Ministerio de sanidad y consumo, 2 edición.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos: España, *Behavioral Psychology* col (19), 247 - 372.
- II Estudio Epidemiológico Andino Sobre el Consumo de Drogas en la Población Universitaria, (2012), Lima- Perú. *Informe Regional. Programa anti-drogas ilícitas en la comunidad andina*, CIDAD/OEA.
- Irurtia, J., Caballo, V & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas; Granada, *Behavioral psychology*, 155 - 168.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Johnson, K & Gregor, K. (2009). Perceived physical health and heart-focused anxiety among daily adult cigarette smokers: Associations with affectrelevant smoking motives and outcome expectancies. *Cogn Behav Ther*, 1-13

- Londoño, D. (2011). Tesis doctoral. Colombia, Tesis no publicada obtenida el 7 de mayo del 2018.
- López, J & Cárdenas, J. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. México. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*.
- Machorro M & Souza. (2008). Trastornos por ansiedad comórbidos de consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. México. *neurosciences*, 215.226.
- Martínez, k & Rodríguez, O. (2013). Análisis exploratorio de la validez del inventario situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) adaptado. Colombia, *Acta colombiana de psicología*. 16 (1), 57-66.
- Morales, B., Plazas, M., Sánchez, R & Arena, C. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionado con el consumo de sustancias en estudiantes de enfermería.
- Páez, M., & Gutiérrez, O. (2012). Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Madrid: Pirámide*.
- Pérez, F. (2011). Estudio sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. Burgos: Publicaciones de la Excm. Diputación Provincial de Burgos.
- Rodríguez, P. (2011). Ansiedad y sobreactivación: *Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. Editorial Desclee de Brouwer
- Rodríguez, B., Auné, S & Vetere, G, (2012). Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: Un estudio comparativo en una muestra comunitaria: España. *Anuario de Psicología*. 273-280.
- Roveya, A & González, M. (2008). Trastorno de ansiedad Generalizada: Aportes de la investigación de diagnóstico: Argentina, *Fundamento en Humanidades*. (1), 174. 179.
- Salazar, G. (2009). Estrategias cognitivas conductuales para el manejo del craving. *Revista toxicomanías*.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales históricos. Buenos Aires, *Psicología Iberoamericana*. (21), p. 12-28.

- Solano, N & Cano, A (2012). Ansiedad en los Trastornos Alimentarios: Un estudio comparativo. Madrid. *Psicothema*, (24), p. 383-389.
- Suarez, J. (2013). Diagnóstico Ambiental Antonio Nariño: Bogotá, Plan Ambiental Localidad, 15.
- Torres, A., Gómez, M., León, U., Razón, C & Hernández, D. (2017). La evaluación psicofisiológica de ansiedad en el síndrome de abstinencia Alcohólica: estudio de caso: México. *Revista Iztacala*. 20 (1).
- Torres, J., Posada, J., Bareño, J & Berbesi, D. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con los trastornos mentales seleccionados. Colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría Suplemento*.
- Torres, V & Chávez, A. (2013). Ansiedad: La Paz. *Revista de Actualización Clínica investiga*. (35).
- Vásquez, D. (2016). Mindfulness: Conceptos Generales, Psicoterapia y Aplicaciones Clínicas: Perú. *Revista de Neuro Psiquiatría*. (79), 41- 52
- Volkow, M. (2008). La ciencia de la adicción: Estados Unidos. National Institute on drug abuse.
- Yague, L., Sánchez, A., Mañas, I., Becerra, I & Franco, C. (2015). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness: España. *Psychology, Society & Education*. 8 (1). 23-37
- Zahradnik, M. & Stewart, S. H. (2009). Anxiety disorders and substance use disorder comorbidity. En M. M. Antony y M. B. Stein (Eds.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 565-575). New York: Oxford University Press.

APENDICES

Apéndice A. Encuesta de mercado**ENCUESTA DE MERCADO****DISEÑO DE UNA APP PARA EL MANEJO DE ANSIEDAD**

Esta encuesta se encuentra diseñada por estudiantes de último semestre de la facultad de psicología de la Universidad Católica de Colombia, bajo la supervisión de la Dra. Ivonne Alejo, actualmente se encuentran realizando una encuesta de mercadeo para su trabajo de grado.

A continuación, encontrará preguntas que incluyen características de la aplicación, por ende, es de suma importancia que cada participante conteste con la mayor sinceridad posible para lograr un adecuado ajuste y diseño de la misma. Se informa que las preguntas que usted diligenciará serán completamente anónimas y de uso académico

En la presente encuesta encontrará preguntas que están relacionadas con el diseño de una aplicación, la cual ofrece dar un adecuado manejo en ansiedad otorgando múltiples beneficios, incluyendo su utilización en procesos de reducción de consumo de (SPA) incrementando óptimos resultados.

Yo _____ con el número de identificación _____ me informó de la finalidad de la encuesta, en la cual las respuestas se mantendrán de forma anónima y se utilizarán con fines únicamente académicos.

Edad: _____ **Género:** _____

Profesión / ocupación _____ **Estrato:** _____

Marque con una x las respuestas (puede elegir más de una opción)

1. ¿Conoce o ha escuchado acerca de una aplicación web que contenga reducción y manejo de síntomas de ansiedad durante la deshabituación en el consumo de sustancias psicoactivas?
- Si
 - No
 - Si tu respuesta es afirmativa ¿cuál es?

2. ¿Cuánto tiempo dedicaría en el uso de una aplicación web que brinde beneficios tales como reducción y control en manejo de ansiedad?
- 30 minutos a 45 minutos
 - 46 minutos. a 60 minutos
 - 65 minutos. a 90 minutos

3. ¿Cree efectivo integrar esta aplicación web a redes sociales? (Instagram, Facebook, Twitter)
- Si
 - No
 - Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?

4. ¿Le gustaría que esta aplicación formará parte de una comunidad donde se pudiera interactuar con más usuarios que sirvan como grupo de apoyo?
- Si
 - No
 - Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?

5. ¿En relación con los medios de distribución del producto de qué manera le gustaría adquirirlo?

- a. Tiendas y páginas en internet.
- b. App store
- c. Disponibles en Android e IOS.

6. ¿Le gustaría que la aplicación tenga un sistema de servicio al cliente donde incluya dudas y/o sugerencias?

- a. Si.
 - b. No.
 - c. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?
-
-
-

7. ¿Cómo le gustaría que fueran las características principales del producto?

- a. De fácil acceso y uso sencillo.
- b. Integrada a un sitio web.
- c. Perfiles propios a usuarios
- d. Panel de tareas.
- e. Disponibilidad en varios idiomas
- f. Un sistema de login accesible con un correo electrónico y diferente redes sociales.
- g. Funciones fuera de línea

8. ¿Le gustaría que esta aplicación tuviera indicadores de progreso durante todo el proceso de reducción de síntomas de ansiedad durante deshabitación de alguna sustancia psicoactiva ?

- a. Si.
 - b. No.
 - c. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?
-
-
-

9. ¿Qué ventajas debe tener la aplicación web para adquirirla?

- a. Que tenga una opción para hacer una llamada cuando se esté en crisis a un número de emergencias.
- b. Monitoreadores de síntomas y hábitos
- c. Registros minuciosos sobre estados de ánimo
- d. Consejería y Grupo de apoyo

10. Si usted puede opinar sobre el diseño de esta aplicación específicamente sobre los colores que utilizará la página. Recordando que los colores también son una forma de comunicación en la cual representan algo en particular como tonalidad de acuerdo a su significado ¿Cuál escogería usted para un mayor éxito de la aplicación?

- a. Amarillo: (representa felicidad y optimismo)
- b. Azul: (aporta serenidad y paz al usuario, genera sensación de seguridad y confianza)
- c. Verde:(se asocia con la naturaleza, la tranquilidad y salud también es utilizado en marketing para serenar el cliente).

11. ¿Para usted cuál debería ser el enfoque principal en el contenido de la aplicación?

- a. Enseñar estrategias para el manejo de ansiedad: Tecnicas de exposicion, estrategias de respiracion y relajacion.
- b. Estabilizar el estado de ánimo reduciendo emociones negativas.
- c. Aumentar técnicas de autocontrol ante situaciones conflictivas en relación con la adicción.
- d. Aumentar control sobre los sistemas de respuestas: fisiológico, cognitivo y corporal.
- e. Eliminar conductas de evitación o escape.

f. Enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para afrontar de forma adaptativa, los problemas de relación interpersonal.

12. ¿Cuál es el contenido de las estrategias y técnicas más apropiadas para brindar apoyo y control emocional a usuarios que cursen períodos de reducción en el consumo de sustancias psicoactivas ?

a. Estrategias y técnicas de afrontamiento

b. (terapia cognitivo conductual). Reestructuración cognitiva /Técnicas de relajacion y respiracion

c. (mindfulness) Técnicas de atención plena y meditación para ayudar al control de la ansiedad.

14. ¿Cuál de las siguientes áreas le gustaría que fuera evaluada y tomada en cuenta para el desarrollo de los contenidos en la aplicación?

a. Área familiar

b. Área socio relacional

c. Área psicopatológica

d. Área de ocio y tiempo libre

15. ¿Cuánto dinero considera que invertiría entidades de salud y/0 centros de rehabilitación en esta aplicación?

a. 15.000.000 a 20.000.000.

b. 30.000.000 a 35.000.000.

c. 40.000.000 a 45.000.000.

16. El producto que estamos ofreciendo incluye asesorías, conferencias y seguimiento para aumentar resultados en los usuarios sobre el uso aplicación ¿Qué tiempo considera adecuado para la ejecución de dichas asesorías para realizar la compra?

a. Semanal.

a. Mensual.

b. Semestral.

c. Soporte 24 horas

17. Desde su conocimiento ¿Quién cree usted se puede beneficiar con estas aplicaciones?

a. Entidades de salud.

b. Personas naturales.

c. Fundaciones de rehabilitación

d. Toda la comunidad

18. ¿Cuál sería la función que debe tener el psicólogo en el desarrollo del contenido de la aplicación ?

a. Atender a las demandas derivadas del consumo de drogas desde un modelo de atención integrado adaptado a las necesidades individuales

b. Orientar y asesorar a familia de los usuarios

c. Favorecer un proceso personal a los usuarios y sus familias

d. Prevenir y reducir los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas

e. Motivar al usuario para que tome conciencia del problema comprometiéndose y avanzado en su proceso de cambio

f. Extinguir actitudes y conductas desadaptativas

g. Enseñar un repertorio de nuevos recursos personales que favorezcan un estilo de vida más saludable.

19. ¿le gustaría contar con monitoreo de situaciones de riesgo actuales, para la detección/ anticipación de futuras recaídas?

a. si

b. no

c. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?

20 ¿ le gustaría contar con un servicio donde pueda ser remitido a psicología si no es eficiente los contenidos de la aplicación para su dificultad en el control de la ansiedad?

- a. si
- b. no
- c. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?

21. ¿ le gustaría agregar al contenido un revisión de estilo de vida en la cual se pueda trabajar en conjunto con el usuario para la recuperación de su equilibrio por medio de actividad física y ejercicio. Ayudando a crear hábitos y adicciones positivas.

- a. si
- b. no
- c. Si su respuesta es afirmativa ¿Por qué?
