

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SEDE DE OCCIDENTE  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGIA

INFORME DE PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Intervención cognitivo-conductual en adicciones con usuarios/as del Centro de Atención del  
IAFA en la Región de Occidente, aplicando la Entrevista Motivacional como recurso  
terapéutico.

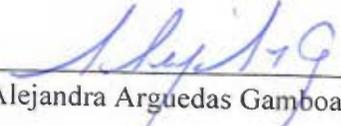
Diana María Ferreto Mena

2017

HOJA DE APROBACION  
PRACTICA DIRIGIDA PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN  
PSICOLOGIA

INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL EN ADICCIONES CON  
USUARIOS/AS DEL CENTRO DE ATENCION DEL IAFA EN LA REGION DE  
OCCIDENTE, APLICANDO LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO RECURSO  
TERAPEUTICO

Presidenta del tribunal

  
\_\_\_\_\_  
MEd. Alejandra Arguedas Gamboa

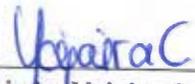
Miembro del tribunal

  
\_\_\_\_\_  
Licda. Alicia Sandoval Poveda

Director

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Jonatán Pérez Rocha

Lectora

  
\_\_\_\_\_  
Licda. Yajaira Castillo Arias

Lectora

  
\_\_\_\_\_  
Licda. Harlen Alpizar Rojas

Sustentante

  
\_\_\_\_\_  
Bach. Diana María Ferreto Mena

### **Dedicatorias**

Primero dedico a DIOS este proceso que culmino, porque él me trajo acá y me dio la luz para hacerlo realidad, disfrutarlo y aprender, para mi vida.

A mami y papi, por la oportunidad de estudiar y siempre estar a mi lado, a mis hermanas por ser ejemplo y consejo, por “aguantarme” en el proceso. A mis sobrinos y sobrina, que espero dar lo mejor de mí para sus vidas.

También va dedicado a quienes en su vida dan ejemplo cada día de querer seguir adelante, de que lo mejor “está por venir”, y que cada día la oportunidad de cambiar nos mantiene caminando.

## Agradecimientos

A DIOS por acompañarme en cada paso, a toda mi familia que siempre está para darme apoyo, motivarme y ser el primer lugar de enseñanza en mi vida, que si bien es cierto se ha ido moldeando, lo bueno nunca se olvida.

Gracias infinitas a todas las personas que se cruzaron en mi camino desde el año 2011 que empezó la aventura, que entre lágrimas y risas me han acompañado, a mis compañeras/os en las aulas y la calle, a mis profesoras/es con su ejemplo pasando de la teoría a lo práctico y la vivencia, lo que cala en nuestras vidas.

Gracias a esas que se convirtieron en “hermanas” también, me cuidaron y abrieron sus vidas para darme un campito.

Gracias a mi comunidad, que sin darse cuenta son motor para seguir soñando, que en todo lo que hago va mi historia, y ahí van todas/os, y por eso siempre están en mis pensamientos.

Gracias a las personas, instituciones y empresas que durante estos 6 años de estudios me permitieron aprender con y en ellas.

También le agradezco a mis amigas/os de siempre, quienes han acompañado mi proceso de crecimiento.

Un agradecimiento profundo y sincero a mi equipo asesor, quienes sacaron de su tiempo para apoyarme en algo tan importante para mí, me dieron consejo, me escucharon, me guiaron y siempre estuvieron con la mejor disposición. Muchas gracias por su aporte y motivación a todo mi equipo asesor. a mi director el Lic. Jonatán Pérez Rocha y a mis lectoras la Licda. Yajaira Castillo Arias y la Licda. Harlen Alpízar Rojas, porque confiaron en mi trabajo y me apoyaron. Muchas gracias a la Licda. Marjorie Moreno Salas por acompañarme gran parte del proceso y también guiar el desarrollo de esta práctica.

Muchas gracias al Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) por dejarme ser parte de su labor, por poder acercarme a tantas personas y hacer de esta experiencia una lección. Gracias a todo el equipo de trabajo del IAFA de Occidente, por darme consejo y enseñarme tanto, por el compartir y por los buenos momentos.

# Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iiiv
<b>Capítulo I</b>	
<b>1.Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo II</b>	
<b>2.Marco de referencia.....</b>	<b>6</b>
2.1 Situación problema.....	6
2.2 Antecedentes de la intervención.....	7
2.2.1 <i>Intervenciones en el IAFA desde la Psicología.....</i>	<i>7</i>
2.2.2 <i>Intervenciones en adicciones a nivel nacional e internacional.....</i>	<i>10</i>
2.3 Contextualización de la institución.....	15
2.4 Marco conceptual.....	17
2.4.1 Clasificación de drogas según sus efectos a nivel del Sistema Nervioso Central(SNC) y algunas de sus manifestaciones conductuales.....	17
2.4.2 Niveles de consumo de sustancias.....	18
2.4.3 Proceso de dependencia a sustancias.....	19
2.4.4 Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.....	20
2.4.5 <i>Entrevista motivacional.....</i>	<i>21</i>
2.4.6 <i>Intervención psicológica en adicciones desde un enfoque cognitivo conductual.....</i>	<i>23</i>
2.5 Objetivos.....	26
2.5.1 <i>Objetivo general.....</i>	<i>26</i>
2.5.2 <i>Objetivos específicos.....</i>	<i>26</i>
2.5.3 <i>Objetivo externo.....</i>	<i>27</i>

2.6 Consideraciones éticas y legales.....	27
<b>Capítulo III</b>	
<b>3. Metodología.....</b>	<b>29</b>
3.1 Población meta, beneficiarios directos e indirectos.....	30
3.2 Estrategia(s) de intervención.....	30
3.3 Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos obtenidos.....	31
3.4 Definición de las relaciones interdisciplinarias.....	33
3.5 Definición del sistema de supervisión.....	33
3.6 Definición del proceso de evaluación e informes a presentar.....	34
3.7 Precauciones tomadas para proteger a las personas que participan en la práctica.....	34
3.8 Cronograma.....	35
3.9 Obstáculos, dificultades y factores facilitadores de la intervención.....	37
<i>Obstáculos y dificultades del proceso.....</i>	<i>37</i>
<i>Factores facilitadores del proceso.....</i>	<i>37</i>
<b>Capítulo IV</b>	
<b>4. Resultados.....</b>	<b>40</b>
4.1 Síntesis de la labor institucional realizada.....	42
4.2 Atención individual a pacientes consumidores.....	44
4.2.1 Descripción de la población.....	44
4.2.2 Descripción de los casos.....	52
4.2.3 Relación terapéutica.....	87
4.2.4 Categorías de análisis.....	89
Frecuencia de consumo.....	89
Pensamientos y creencias respecto al consumo.....	90
<b>a. Pensamientos.....</b>	<b>91</b>

Conflictos y separaciones de pareja.....	91
Separación de hijos/as.....	91
Condición económica.....	92
Interacción social con personas consumidoras.....	92
Los perjuicios de consumir drogas.....	93
<b>b. Creencias.....</b>	<b>93</b>
Unas drogas más malas que otras.....	94
Amistades consumidoras consideradas con vínculos más cercanos que hacia la familia.....	94
Beneficios.....	95
Conducta aprendida.....	95
Jerarquías de consumo.....	96
Conductas en torno al consumo.....	97
4.2.5 <i>Implementación de la Entrevista Motivacional</i> .....	99
4.2.6 Recomendaciones de aplicación de la Entrevista Motivacional para la institución.....	103
4.3 Atención familiar.....	104
4.4 Atención grupal.....	111
4.4.1 <i>Grupo CODA</i> .....	113
4.4.2 <i>Grupo Clínica de Cesación de Fumado</i> .....	116
<b>Capítulo V</b>	
<b>5. Discusión general.....</b>	<b>120</b>
5.1 Sobre los resultados encontrados en las categorías de análisis.....	120
5.2 Sobre el rol profesional ejercido.....	126
<b>Capítulo VI</b>	
<b>6. Conclusiones generales y recomendaciones.....</b>	<b>130</b>

6.1 Conclusiones.....	130
6.2 Recomendaciones.....	135
6.2.1 Para el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.....	135
6.2.2 Para los/as profesionales en Psicología.....	136
<b>Capítulo VII</b>	
<b>7. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>139</b>
<b>Capítulo VIII</b>	
<b>8. Anexos.....</b>	<b>146</b>
Anexo 1. Esquema relacional de conceptos definidos en el Marco Conceptual.....	146
Anexo 2. Fórmula de consentimiento informado para personas adultas. ....	147
Anexo 3. Fórmula de consentimiento informado para personas menores de edad.....	149
Anexo 4. Ficha de sistematización y control de sesiones.....	151
Anexo 5. Bitácora personal de Apoyo a Grupos Clínicos. ....	152
Anexo 6. Organigrama del IAFA. ....	153

## Índice de tablas

Tabla 1. Intervenciones en adicciones a nivel nacional e internacional.....	11
Tabla 2. Clasificación de las drogas según sus efectos en el SNC y algunos efectos conductuales.....	17
Tabla 3. Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.....	20
Tabla 4. Fases y tareas de la Entrevista Motivacional según Miller y Rollnick (1991).....	22
Tabla 5. Aspectos a considerar para la formulación de caso y la estructura de sesión terapéutica.....	25
Tabla 6. Actividades, funciones, tareas básicas y productos obtenidos.....	32
Tabla 7. Cronograma de actividades mensuales durante el año 2016.....	36

Tabla 8. Cronograma de actividades semanales.....	36
Tabla 9. Total de atención general brindada a nivel individual, de familiares y grupal.....	40
Tabla 10. Total de atención brindada individual.....	45
Tabla 11. Número de sesiones por caso.....	47
Tabla 12. Variable de edades de la población atendida de forma individual.....	48
Tabla 13. Casos individuales que concluyeron el proceso completo.....	53
Tabla 14. Casos individuales que no concluyeron el proceso.....	58
Tabla 15. Casos individuales que asistieron a una sesión y discontinuaron el proceso.....	83
Tabla 16. Preguntas sugeridas de emplear para psicoterapia en adicciones según etapas de cambio.....	102
Tabla 17. Total de atención brindada a familiares.....	105
Tabla 18. Descripción de familias atendidas.....	106
Tabla 19. Total de apoyo a grupos clínicos.....	112

## Índice de figuras

Figura 1. Sexo de la población atendida.....	46
Figura 2. Vía de referencia de los casos.....	48
Figura 3. Droga de inicio de consumo.....	49
Figura 4. Droga que motiva a consulta.....	49
Figura 5. Drogas de consumo general.....	50
Figura 6. Diagnóstico de consumo de drogas.....	51
Figura 7. Frecuencia de consumo.....	90
Figura 8. Conductas de riesgo.....	97
Figura 9. Conductas protectoras.....	98

Ferreto, D. (2017). *Intervención cognitivo-conductual en adicciones con usuarios/as del Centro de Atención del IAFA en la Región de Occidente, aplicando la Entrevista Motivacional como recurso terapéutico*. Práctica Dirigida para optar al grado de Licenciatura en Psicología, Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.

**Palabras claves:** Adicciones, Drogas, Entrevista Motivacional, Intervención Cognitivo-conductual, Sustancias psicoactivas, Psicoeducación.

### Resumen

La problemática de consumo de sustancias psicoactivas se considera un tema de salud pública, ya que los datos a nivel mundial indican que esta va en aumento y que cada día hay aparición de nuevas drogas en las opciones de consumo.

La psicología se convierte en una de las disciplinas que aporta al tratamiento y la prevención de las adicciones, actuando en diferentes sectores de los que se trabaja para mitigar el consumo o bien prevenir que este se dé. El tratamiento de las adicciones desde un enfoque cognitivo conductual es el mayormente validado a nivel científico, pues permite identificar el comportamiento y/o la motivación para que el consumo inicie y se mantenga, además de proponer una visión integral de la problemática, y a partir de ahí facilitar herramientas que posibiliten el cambio que la persona desea alcanzar.

Se considera la importancia del trabajo psicoterapéutico a nivel individual, del acompañamiento familiar durante el proceso y de la presencia de espacios de trabajo grupal que refuercen los alcances de las intervenciones, fortaleciendo la motivación y el compromiso. Para ello se cuenta con la Entrevista Motivacional como una herramienta eficaz para que las personas

reconozcan su poder para realizar las modificaciones en cuanto a su consumo de drogas y mejorar su calidad de vida.

Esta intervención tuvo un alcance de atención de 20 casos individuales, seis familias de las personas consumidoras y acompañamiento a dos grupos clínicos. A nivel de atención individual se logró que un 65% de las personas participantes lograra una disminución en su frecuencia de consumo, lo cual es un valor significativo dentro del tratamiento. A nivel familiar y de grupos se trabajó desde la psicoeducación en el tema de consumo de drogas y adicciones, brindando información real sobre el proceso de dependencia a sustancias, los cambios físicos y comportamentales que se pueden presentar y el apoyo necesario de dar dentro del proceso individual que lleva el familiar en condición de consumo.

# CAPÍTULO I

## 1. Introducción

La problemática que acarrea las adicciones trasciende las consecuencias individuales tanto físicas como emocionales, pues se manifiesta en el entorno familiar, el educativo, el institucional-laboral y en la sociedad de diversas formas, trayendo consigo repercusiones en la salud física y mental como en el orden social. Ante ello, se reconoce la importancia de su atención, tanto desde la prevención como en el tratamiento, con el apoyo de distintas disciplinas que puedan ser parte de la visión integral de dicha situación, como es el caso de la psicología.

La región de Occidente, dentro de la cual se ubica el cantón de San Ramón de Alajuela, presenta condiciones importantes respecto al consumo de sustancias, ya que Alajuela como parte de la región metropolitana se encuentra entre las provincias con mayor prevalencia del consumo de estas, lo cual podría estar ligado al desarrollo urbano y a la utilización de sustancias psicoactivas como parte del matiz relativamente urbano y moderno (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2010).

Dada la necesidad de cobertura de servicios, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), creó los Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) de los cuales uno se ubica en San Ramón de Alajuela y brinda atención a la zona de Occidente (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2010); los CAID ofrecen atención ambulatoria integral desde la prevención y el tratamiento en el tema de adicciones, facilitando intervenciones individuales y grupales.

En dichas instalaciones se realizó la presente práctica dirigida, con el fin de contribuir con el tratamiento de adicciones al dar mayor alcance a la atención brindada, contando con una profesional más en su tratamiento integral. Por esto, se elige realizar una intervención dirigida a población consumidora de sustancias psicoactivas, y con ello evidenciar la importancia de la inserción de profesionales en psicología para el tratamiento de estas. Específicamente, se

intervino desde un enfoque cognitivo conductual pues es reconocida su utilidad en el tema y los resultados favorables que se pueden obtener, está validado científicamente y logra desarrollar estrategias de cambio en la conducta adictiva (Sánchez y Tomas, 2001). Su efectividad ubica a este tipo de terapia entre las más utilizadas en adicciones, siendo que 9 de cada 10 tratamientos efectivos en el tema corresponde a este enfoque (Sánchez, Tomas y Morales, 2004). Cabe señalar que durante el proceso utilizaron algunas técnicas desde otros enfoques, según las necesidades de las personas participantes.

Se reconoce que este enfoque aporta al tema de adicciones al lograr entrenar en el reconocimiento de los factores ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta adictiva, a la vez da habilidades para enfrentar de forma adecuada dichos estímulos o factores de propensión (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). Todo ello mediante características propias como el centrarse en abordar las problemáticas actuales del/la usuario/a, la elección de metas realistas y consensuadas que den resultados rápidos a problemas de urgencia (Becoña et al, 2008).

Durante esta intervención se realizó psicoterapia individual, apoyo a los grupos clínicos del Centro y abordaje a familias en los casos que lo ameritaron y/o fueron posibles de atender; a su vez se valoró la importancia y aporte de la entrevista motivacional como recurso terapéutico en el tratamiento de adicciones, mediante su implementación en distintos momentos del proceso. La intervención se ejecutó en un periodo de seis meses a tiempo completo.

La presente memoria de práctica dirigida muestra el marco de referencia con el contexto de la situación problema de las drogas en la realidad nacional, seguidamente se describen algunas intervenciones en tema de adicciones realizadas en el IAFA y a nivel internacional con apoyo de profesionales en psicología, las cuales muestran abordajes desde otras disciplinas, técnicas y temáticas fundamentales de tratar con dicha población, además de características de

la misma y percepciones en torno al consumo. Posteriormente, en el marco conceptual se detalla la clasificación de las principales sustancias psicoactivas y conductas que se presentan con su uso, los niveles de consumo, las etapas de cambio, la técnica de entrevista motivacional, la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual; entre otros términos pertinentes para el abordaje. También se muestran los objetivos de esta intervención junto con la metodología, con la cual se realizaron las diversas actividades que la integran, y su sistema de supervisión y evaluación. Finalmente, se presentan algunos anexos correspondientes a la práctica realizada.

## CAPÍTULO II

## 2. Marco de referencia

### 2.1. Situación problema

A nivel mundial, en el año 2013 el consumo de drogas ilícitas se estima que está presente en 246 millones de personas, es decir, una de cada 20 personas con edades entre los 15 y 64 años de edad; cifra que se considera estable respecto a las de años anteriores y el crecimiento poblacional. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

En Costa Rica, la incidencia del consumo de sustancias psicoactivas ha sido constante, lo que conlleva a las repercusiones de estas en la población costarricense, generando que las adicciones sean un problema de salud pública. Problemática presente en los hogares, los centros educativos y espacios laborales del territorio nacional en general, no obstante manifestándose en algunas regiones del país mayores demandas en su atención como es el caso de San José, Alajuela y Cartago (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2014).

El país presenta una prevalencia del consumo de cannabis en edades de los 12 a los 70 años muestran distintas tasas, por ejemplo: según la Encuesta Nacional de Hogares sobre el Consumo de Drogas en el año 2010, se ha mantenido estable el porcentaje de la población que responde haber consumido alguna vez con respecto al periodo 2006-2010, mientras que el consumo reciente y el activo mostraron un incremento significativo, pues aumentó el consumo activo en un 2% respecto a la medida anterior, siendo la adolescencia la etapa de inicio del consumo (aproximadamente a los 16.7 años) (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015c).

Por su parte, al consultarse sobre el consumo de tabaco se demuestra que en la población con edades entre los 12 y 70 años hay un 24.8% del total que lo consume. Los hombres iniciaron el consumo a los 16.5 años y las mujeres a los 17.4 años, presentando la mayor proporción de

fumadores activos la población comprendida entre las edades de los 40-49 años y 18-29 años (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015d).

Respecto al consumo de alcohol, se considera que existe una disminución de este en los últimos 20 años, sin embargo esta problemática continúa presente. En el año 2010 se estimó que por cada 1000 habitantes hay 110 consumidores de alcohol, en el caso de los hombres 140.8 por cada 1000 habitantes y en las mujeres 70.5 en cada 1000 habitantes, con una edad promedio de inicio de 17.4 años (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015b).

Sobre drogas como la cocaína y el crack no se encuentran datos específicos acerca de su prevalencia en Costa Rica, sin embargo, a nivel de la provincia de Alajuela los datos indican que la edad de inicio para el consumo de cocaína es a los 21.7 años, mientras que en caso del crack la edad de inicio aproximada es los 23.3 años de edad (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2014). Los datos anteriores muestran la importancia de abordar desde el campo de la psicología la problemática de las adicciones y farmacodependencia, con el fin de minimizar su impacto a nivel individual, familiar y social, en pro de la salud pública.

Por lo tanto, es vital reconocer la necesidad de que las personas con problemática de adicciones accedan a un proceso de intervención que les posibilite el afrontamiento y la superación de la misma. Para ello es fundamental contar con servicios de atención eficaces y profesionales preparados para brindar apoyo en dicha problemática.

## **2.2. Antecedentes de la intervención**

### **2.2.1. Intervenciones en el IAFA desde la Psicología**

Durante los últimos 5 años se han realizado prácticas dirigidas desde la psicología en algunos centros del IAFA abordando el tema de adicciones desde diversas metodologías, como

es el caso de los siguientes tres trabajos finales de graduación (Viquez, 2011; Rojas, 2014 y Castillo, 2015).

En el año 2011 se realizó una práctica dirigida con una propuesta de autoexpresión mediante arteterapia, para fortalecer la convivencia en un grupo de mujeres adolescentes del Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad, IAFA. El objetivo fue diseñar y desarrollar un programa de autoexpresión artística mediante la arteterapia para mujeres adolescentes en condición de farmacodependencia y favorecer el fortalecimiento de sus habilidades sociales. Se trabajó con un programa que incluía módulos de: autoexpresión, valoración y conocimiento de sí misma, expresión asertiva de los sentimientos, resolución de conflictos alternativa a la agresión, planificación y proyecto de vida (Viquez, 2011).

Los resultados determinaron que la trascendencia y los alcances del proceso radican en la capacidad observada de generar protagonismo en las adolescentes como entes de cambio desde una visión integral, reconociendo el consumo de sustancias como resultado de una serie de condiciones de vulnerabilidad y amenaza donde han sido violentadas; además sirvió como espacio de apoyo y protección para las participantes pues se desarrolló desde la validación, empatía y el respeto a las historias de vida de estas. La relevancia de dicha práctica es que aporta una intervención con metodología artística, dando un rol protagonista a las adolescentes y favoreciendo las habilidades sociales de convivencia en el Centro (Viquez, 2011).

Se realizó en el año 2013 otra intervención en el mismo Centro, la cual consistía en hacer valoración neuropsicológica de las personas participantes, esto para reconocer el papel del rendimiento cognitivo en el manejo de adolescentes de primer ingreso a dichas instalaciones; con ello se evidencia otro ámbito de inserción profesional en la atención psicosocial de las drogodependencias. Esta intervención consistió en la participación de un profesional en psicología dentro del Centro, con el fin de obtener experiencia en la atención y servicio a

usuarios/as con problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias. Mediante ello visualizar el rol que cumple la persona profesional en psicología en la intervención del tema de las adicciones desde el abordaje neuropsicológico (Rojas, 2014). El proceso constó de 124 intervenciones, llevando a cabo: sesiones de terapia grupal, intervención espontánea/ crisis, entrevistas de ingreso, evaluaciones cognitivas, exposiciones, charlas y talleres, todo ello realizado de enero a diciembre del 2013 (Rojas, 2014).

Los resultados evidencian la importancia del rol del/la profesional en psicología en la evaluación del deterioro cognitivo que presentan o pueden presentar las personas adictas asistentes a los servicios que brinda el IAFA, además de posibilitar que el/la practicante desarrollase habilidades y competencias propias del profesional en la atención de las drogodependencias (Rojas, 2014).

Más recientemente, se realizó una intervención desde la terapia sistémica en el CAID de San Ramón. Dicha práctica tuvo como objetivo brindar atención psicoterapéutica desde un abordaje sistémico a personas consumidoras de drogas asistentes a las instalaciones de la Sede de Occidente, interviniendo desde la atención individual, familiar y grupal. Durante la intervención se atendió a 12 familias, 20 casos de manera individual y apoyo a cuatro grupos clínicos. En las tres modalidades de abordaje se acompañó el tratamiento y se brindó a las personas espacios para analizar y recuperarse de la situación, la cual se considera una problemática multifactorial por tanto requiere de un acompañamiento integral (Castillo, 2015).

Los resultados muestran la importancia de trabajar desde un enfoque sistémico esta problemática, pues visualiza a la familia más allá de una fuente de apoyo para la persona consumidora, sino, que favorece el análisis de estas desde una visión relacional, considerándose su incidencia y papel fundamental en la recuperación. Esta perspectiva permite conceptualizar al paciente farmacodependiente desde la posición de no ser el único responsable del cambio, lo

cual no significa depositar la culpa y problemática en la familia, sino lograr observar los factores que retroalimentan la disfunción del sistema, propiciar un cambio en todos sus miembros y logrando dinamizar esa constancia relacional. Esta intervención se caracterizó por ser un espacio de escucha a profundidad de cada usuario/a, basándose en sus necesidades (Castillo, 2015).

Las anteriores intervenciones mencionadas han contribuido con aportar hallazgos sobre el tema y su abordaje integral, además del reconocimiento de la labor cumplida por profesionales en Psicología. Por lo tanto, esta memoria de práctica dirigida busca mostrar como la aplicación de recursos que no son específicas del enfoque cognitivo conductual, como el caso de la Entrevista Motivación, contribuye al proceso terapéutico en adicciones y pueden favorecer el desarrollo de la intervención desde el área de la psicología.

### **2.2.2. Intervenciones en adicciones a nivel nacional e internacional**

Es necesario mencionar intervenciones realizadas en Costa Rica e internacionalmente en el tema de adicciones desde otras disciplinas, por ejemplo desde los/as profesionales en Enfermería y Trabajo Social, quienes tienen una labor importante en la comprensión de esta problemática y por tanto en el manejo e intervención de la misma, lo cual hace necesario considerar algunas investigaciones al respecto (Arroyo y Castillo, 2014; Chavarría y Robles, 2008; Hosseinzadeh y Barahmand, 2014; León, Montero y Reyes, 2012; McKee, et al., 2007, Sánchez, 2014). A continuación en la Tabla 1 se presenta un resumen de dichas intervenciones y sus resultados.

Tabla I

*Intervenciones en adicciones a nivel nacional e internacional*

Autor/a/es	Título	Objetivo	Intervención	Resultados
Arroyo y Castillo (2014)	Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados durante el año 2013.	Analizar las experiencias de vida entorno al consumo de drogas lícitas e ilícitas en personas adultas mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en San Antonio de Desamparados.	Se obtuvo conocimiento de lo vivido por dicha población en adicciones y su experiencia con familiares adictos. Éste es un estudio inicial en dicho tema con población adulta mayor. La intervención fue realizada por profesionales en enfermería.	Se encuentra que hay poco conocimiento de los efectos del consumo, se le da mayor énfasis a lo emocional y familiar, como lo son la violencia familiar, repercusiones en la autoestima, con consecuencias a largo plazo como el deterioro mental, problemas pulmonares, desintegración familiar, entre otras.
Sánchez (2014)	Propuesta teórico-metodológica para el fortalecimiento de la autonomía en las mujeres codependientes consultantes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) Centro de Atención Integral sobre Drogas, San Carlos.	Analizar la condición codependiente en la vida de las mujeres vinculadas al CAID-IAFA en San Carlos, y posteriormente la elaboración conjunta de un plan de trabajo orientado a fortalecer la autonomía en el entorno familiar.	En dicha intervención participaron 15 mujeres pertenecientes al grupo de apoyo contra la droga en San Carlos, en el cual se encontraban inscritas madres, hermanas, esposas, entre otras vinculaciones con personas adictas. Fue un abordaje desde una profesional en trabajo social.	Se evidenció que el abordaje de la codependencia se vincula fuertemente al tratamiento de la adicción, por el hecho de que la forma en que la familia se ajusta a la adicción para mantener su bienestar también afecta la manera en que la persona adicta se comporta frente al problema, siendo que la liberación de la codependencia influye en el tratamiento de la adicción. Ello da pie a que se reconozca la importancia de que se integre a la familia y parejas en el abordaje del tratamiento en adicciones.

Autor/a/es	Título	Objetivo	Intervención	Resultados
Hosseinzadeh y Barahmand (2014)	Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for co-morbid depression in drug-dependent males.	Examinar el efecto de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (MBCT), en la disminución de los síntomas de depresión en hombres debidamente diagnosticados (varones drogodependientes con depresión co-mórbida).	Realizada por profesionales en psicología. Consistió en la aplicación de la terapia cognitiva basada en "mindfulness" o Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT). Su intervención consiste en que la persona sea capaz de realinearse a sí misma lejos de sus pensamientos y sentimientos y logren centrarse en los cambios que ocurren en su cuerpo y mente. Se les enseñó a los participantes a detectar y reconocer patrones relacionados con recaídas y poder tener respuestas más independientes al momento de identificarlas.  Contó con 35 participantes que cumplieron los criterios, y se dividieron en grupo control (17 personas) y grupo de intervención (18 personas), luego de ocho sesiones se aplicó el Inventario de Depresión de Beck nuevamente para valorar resultados.	Se demostró que la terapia cognitiva es un método útil para disminuir síntomas de depresión en hombres con dependencia a drogas, pues a mayor consciencia de lo sentido por la persona hay menos depresión y puede implicar menos angustia emocional y estados más positivos de la mente, dejando de manifiesto qué mecanismos de atención saludable remodelan las formas de pensar y llevan a mejorar el bienestar emocional, por ello la MBCT se considera adecuada para tratar la depresión en personas con tratamiento de desintoxicación de sustancias psicoactivas.

Autor/a/es	Título	Objetivo	Intervención	Resultados
León, Montero y Reyes (2012)	Representaciones sociales sobre drogas de personas jóvenes atendidas en la Oficina Regional IAFA Occidente, Sede San Ramón Alajuela.	Explorar las representaciones sociales sobre drogas que poseen las personas jóvenes atendidas en dicho centro, y con ello una aproximación a su realidad por medio de lo que conciben y expresan.	La intervención examinó las representaciones sociales de las personas jóvenes sobre las drogas y su consumo, la población con la cual se trabajó fueron jóvenes asistentes a programas de rehabilitación en la Sede del IAFA en San Ramón. Mediante observación fueron seleccionadas seis personas, pues la investigación no pretendía exponer cifras, sino exteriorizar las historias de personas jóvenes con experiencias en el consumo de drogas y apertura para hablar sobre el tema mediante entrevista a profundidad y grupo focal. Ésta es una intervención realizada por profesionales en trabajo social.	Se encontró que la edad de inicio de consumo en los participantes fue entre los 8 y 14 años, siendo el tabaco y el alcohol consideradas drogas de "entrada", luego se da el consumo de marihuana, cocaína y otras. Dentro de las causas o motivaciones para iniciar el consumo están: problemas familiares, imitación de patrones de consumo, presión de grupos, entre otras. La investigación evidenció que las familias de los/as participantes eran mayoritariamente monoparentales, con jefatura femenina, ausencia total o parcial paterna, relaciones conflictivas, violencia, poco afecto y comunicación asertiva. Se encontró relación entre el inicio y frecuencia de consumo determinado por la combinación entre el sujeto, la droga y el contexto sociocultural. Además, el consumo de la/s sustancia/s se instala como un conocimiento acerca del mundo y formas de desenvolverse en él respecto a la vida, placer y relaciones humanas, se evidencia que a pesar del rechazo social explícito de las personas hacia las secuelas que se dan con el consumo de drogas, las personas participantes no ven el acto como un tabú y que les pueda generar daños.

Autor/a/es	Título	Objetivo	Intervención	Resultados
McKee, Carroll, Sinha, Robinson, Nich, Cavallo y O'Malley (2007)	Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users.	Investigar el impacto en la mejora de la Terapia Cognitivo Conductual Breve con técnicas de entrevista motivacional para el abuso o dependencia de cocaína, utilizando un paradigma de intervención focalizada.	El estudio contó con 74 participantes que cumplían los criterios de abuso o dependencia a la cocaína. Se asignó aleatoriamente a tres sesiones de terapia cognitivo conductual (36 participantes) o a tres sesiones de terapia cognitivo conductual mejoradas (terapia cognitiva conductual + entrevista motivacional) (38 participantes), con una sesión inicial de terapia de estimulación motivacional; los resultados se consideraban a partir de la retención del tratamiento, el compromiso de abstinencia y la satisfacción del tratamiento.	Los resultados evidenciaron que quienes asistieron a las sesiones de terapia cognitivo conductual mejoradas (TCG + EM) asistieron a más sesiones de tratamiento de drogas luego de terminar las sesiones del estudio, lo cual significa mayor deseo de abstinencia y expectativas de éxito, se espera una mayor intensidad en la dificultad de abstinencia en comparación con quienes asistieron a la terapia CG, sin embargo, no se observaron en las condiciones de tratamientos con respecto al consumo de cocaína. Se concluye la importancia de agregar a las terapias cognitivo conductuales la entrevista motivacional como un enfoque complementario, pues se considera viable para los efectos en el tratamiento, el proceso de terapia y los resultados que se obtienen.

Fuente: Elaboración propia.

Con los estudios expuestos se retrata una visión integral de los aspectos a considerar durante las intervenciones con personas en condición de consumo o adicción a sustancias, pues se deben contemplar aspectos como los pensamientos en torno al tema, las motivaciones para el uso de sustancias, las características según el grupo etario, las implicaciones que vislumbran por dichas conductas y los factores protectores que fortalecen la resiliencia luego de superar la adicción. Con estos antecedentes se obtienen conocimientos sobre técnicas o procedimientos aplicables durante la intervención, como en el caso de la entrevista motivacional, utilizada como complemento al tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual.

### **2.3. Contextualización de la institución**

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) es un órgano adscrito al Ministerio de Salud que goza de independencia en su funcionamiento administrativo y personería jurídica instrumental (Ver Anexo 6), a su cargo está la dirección técnica, el estudio, la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones al alcohol, tabaco y otras drogas lícitas e ilícitas, a la vez tiene la labor de coordinar y aprobar todos aquellos programas públicos y privados que se vinculen con sus fines y estén de conformidad con la ley (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015a).

La misión de dicha institución es contribuir en materia de drogas a mejorar las condiciones de vida de las personas en sociedad, esto mediante la intervención en promoción de la salud mental y prevención-asistencia para modificar hábitos, costumbres y actitudes que ayuden a disuadir el consumo de drogas y minimizar sus consecuencias (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015a).

La visión con la cual laboran es ser el referente científico técnico, a nivel nacional e internacional, en el diseño e implementación de modelos integrales de atención, la producción

y transferencia de conocimientos en materia de drogas como problema de salud pública (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015a).

Desde el área de tratamiento, la institución cuenta con: intervención en crisis, centros de atención, grupos terapéuticos, talleres educativos y clínicas de cesación. En el área de la prevención se trabaja con la promoción de la salud, programas escolares y empresariales; también la institución cuenta con el área de investigación en la cual se generan nuevos conocimientos acerca del tema de adicciones (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015a).

Esta práctica dirigida se realizó en las oficinas del IAFA en la Región de Occidente, en San Ramón de Alajuela, con población usuaria proveniente también de los cantones aledaños. Dicha sede fue creada en el año 1992, cuenta con profesionales en trabajo social, psicología y medicina, quienes brindan la atención integral del tema desde el tratamiento y la prevención, su horario de atención se extiende de 8 a.m a 4 p.m de lunes a viernes.

La intervención realizada fue parte del área de tratamiento, se atendieron personas con uso, abuso y dependencia de sustancias usuarias del servicio. La ruta crítica de atención que se maneja en el IAFA inicia con la referencia de las personas asistentes desde alguna institución o instancia, o bien por parte del sistema familiar o entorno laboral. Posteriormente, se remite a la persona al servicio que necesite: atención psicológica, de trabajo social, médica o al equipo interdisciplinario; de ser necesario la institución refiere a usuarios/as a centros de internamiento, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), al Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y otros.

En las instalaciones se recibe a cualquier persona que lo demande, tanto hombre como mujer sin importar la edad, si no tiene seguro social o si es indocumentado/a. Actualmente, se cuenta con cuatro grupos clínicos abiertos a la población, los cuales son: de cesación del

fumado, mujeres codependientes (CODA), seguimiento de exfumadores y grupo de personas adultas.

## 2.4. Marco conceptual

A continuación se presentan los conceptos que dan sustento teórico a esta práctica dirigida.

### 2.4.1. Clasificación de drogas según sus efectos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) y algunas de sus manifestaciones conductuales

Para comprender el funcionamiento de las diferentes sustancias psicoactivas dentro del organismo es necesario reconocer sus efectos en el sistema nervioso central (SNC), donde se clasifican en depresoras, estimulantes y alucinógenas (CEDRO, 2014). En la siguiente tabla se muestra dicha clasificación y algunas conductas que se presentan para cada una de estas.

Tabla 2

#### *Clasificación de las drogas según sus efectos en el SNC y algunos efectos conductuales*

Tipo	Descripción	Drogas	Efectos conductuales
Depresoras	Inhiben las funciones del SNC, haciendo lenta la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Producen relajación, sedación, somnolencia, entre otros efectos.	Alcohol, heroína, morfina, benzodiazepinas, marihuana, barbitúricos, inhalantes.	Relajación, confianza, dificultad para hablar, disminuye reflejos, náusea y vómito, problemas de equilibrio.
Estimulantes	Generan activación general del SNC, incrementando las funciones corporales.	Derivados de la cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, cafeína, nicotina.	Paranoia, vigilia, hiperactividad, acelera el ritmo cardiaco, falta de sueño y apetito, verborrea y euforia.
Alucinógenas	Llevan a estados de conciencia alterados, deformando la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial.	LSD, peyote, psilocibina, fenciclibina, ketamina.	Crisis de pánico, insomnio, dificultad de habla, ansiedad, paranoia, alucinaciones visuales y efecto disociativo (separación cuerpo-mente), vómito, mareos y dolor de cabeza e incremento del ritmo cardiaco.

Fuente: Adaptación de tabla tomada de CEDRO, 2014.

Dicha clasificación permite diferenciar de forma clara los distintos efectos que se presentan ante el consumo de drogas, tanto a nivel del SNC como conductualmente.

#### **2.4.2. Niveles de consumo de sustancias**

La presencia de las sustancias psicoactivas en el organismo puede diferenciarse entre uso, abuso y dependencia, además etapas de intoxicación y abstinencia. Primeramente, se debe aclarar que el uso de una sustancia se da cuando el consumo no produce consecuencias negativas o no se aprecian, asociándose a una utilización esporádica de la sustancia (Becoña et al, 2011).

En el caso de la intoxicación, esta se da por la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia dado por su reciente ingestión, llevando a efectos fisiológicos directos de la sustancia en el sistema nervioso central no relacionados con ninguna enfermedad médica o presencia de trastorno mental, presentándose cambios a nivel psicológico o comportamental; la abstinencia son síntomas desagradables por comportamientos desadaptativos cognoscitivos y fisiológicos por la disminución de la concentración de la sustancia en la sangre, y el uso compulsivo de la sustancia que lleva a aumentar su cantidad y el periodo de tiempo de uso (American Psychiatric Association, 1995).

El abuso se da cuando hay un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, manifestando consecuencias adversas importantes y recurrentes por su consumo repetitivo, llevando a incumplimiento de obligaciones, el consumo repetitivo que pueda llevar a riesgos físicos, problemas legales e interpersonales (APA, 1995).

La dependencia se reconoce por la presencia de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos indicadores del consumo de la sustancia aun cuando aparecen problemas relacionados con ella. La persona puede experimentar necesidad irresistible de

consumo conocida como "*craving*", y presencia de tolerancia, que es la necesidad de aumentar las cantidades de la sustancia para obtener el efecto deseado (APA, 1995).

Estos son los distintos niveles en que las sustancias tienen efectos en el organismo, conforme su uso y cantidad. Es importante su conocimiento, ya que el tratamiento debe considerar las características presentes según el nivel en que se ubique la persona respecto al consumo.

### **2.4.3. Proceso de dependencia a sustancias**

La sustancia psicoactiva afecta el cerebro al alterar la comunicación de este interfiriendo en la interacción entre las neuronas, pues cambia la forma en que ellas envían, reciben y procesan la información. Algunas drogas llegan a imitar los neurotransmisores naturales y engañan a los receptores, permitiendo que la droga se adhiera a este y la active; estas logran imitar las sustancias químicas del cerebro, pero pueden enviar mensajes anómalos a la red (National Institute on Drug Abuse, 2014). También puede darse que ciertas drogas provoquen que las neuronas liberen cantidades mayores de neurotransmisores naturales, produciendo un mensaje amplificado que interrumpe los canales de comunicación (NIDA, 2014).

En dicho proceso juega un papel importante el sistema de recompensa del cerebro, este se ve afectado ya que la droga puede generar presencia de gran cantidad de dopamina (neurotransmisor regulador de emociones, movimiento, motivación y placer) en el circuito, lo cual genera sobrestimulación llevando a la euforia y reforzando el consumo repetitivo, por ello se da el abuso pues el cerebro está preparado para repetir las actividades asociadas al placer y la recompensa (NIDA, 2014).

A largo plazo el cerebro produce menos dopamina o disminuye el número de receptores, reduciendo su capacidad de percibir placer y provocando que la persona continúe consumiendo la droga con la intención de alcanzar ese efecto que la dopamina cumplía normalmente. La

afectación del neurotransmisor glutamato, implicado también en el circuito de recompensa y la capacidad de aprender, causa deterioro en las funciones cognitivas por el uso prolongado de la droga. El consumo de droga crónico altera la forma en que las estructuras críticas cerebrales interactúan para controlar e inhibir las conductas relacionadas al consumo (NIDA, 2014).

#### 2.4.4. Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente

Es importante mencionar los estadios del Modelo Transteórico del cambio que proponen Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, citado en Salabert, 2001), pues en intervenciones con personas adictas es necesario conocer las etapas que atraviesan y cómo proceder ante ellas.

Tabla 3

##### *Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente*

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>
<i>Precontemplación</i>	Durante este estadio la persona no planea hacer un cambio en su conducta pues no es consciente o sólo mínimamente de que dicha conducta es un problema, es decir, no es que no le vea solución al problema sino que no ve que sea un problema la conducta que realiza, por tanto no acude a tratamiento.
<i>Contemplación</i>	En este estadio la persona es consciente que hay un problema y considera seriamente hacer un cambio en ello, pero sin aún haber adquirido un compromiso firme para el cambio, sin embargo hay apertura a tener información sobre ello.
<i>Preparación</i>	Esta es la etapa en que la persona toma la decisión y el compromiso de abandonar la conducta problema, también se convierte en la fase en que se presentan algunos cambios conductuales (disminución de dosis) pero sin considerarse en fase de acción (abstinencia).
<i>Acción</i>	En esta etapa la persona cambia con o sin ayuda especializada la conducta problema y el estilo de vida asociado, ello requiere de un importante compromiso y de dedicación de tiempo y energía, dando con cambios conductuales más manifiestos.
<i>Mantenimiento</i>	Es aquí cuando la persona trata de conservar y consolidar los cambios realizados en la etapa anterior, buscando prevenir una posible recaída en el comportamiento problema, esto no consiste en una ausencia de cambio, sino en la continuación de manera activa del cambio aunque de menor actividad.

Fuente: Elaboración propia.

Las recaídas también se ubican dentro de las etapas de cambio, pues se pueden presentar en algunos estadios, estas se dan cuando las estrategias de estabilización y

mantenimiento de la abstinencia llegan a fallar, por lo tanto pueden producirse en el estadio de acción o el de mantenimiento, ante dicha situación las personas pueden experimentar sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, afectando su sentido de autoeficacia (Tejero, Trujols y Casas, 1993, citados en Graña, 1994).

#### **2.4.5. Entrevista motivacional**

La entrevista motivacional (EM) es parte del proceso de cambio, pretende que la persona pueda reconocer el problema y reconozca que tiene el poder de cambiar dicha conducta mediante la motivación que tenga para actuar. Esta fue desarrollada por Miller y Rollnick en 1991, luego de investigar aspectos que mejoran los resultados en las intervenciones en personas con problemas por consumo de alcohol. La entrevista motivacional se centra en el respeto al cliente, sus creencias y escalas de valores, con el objetivo de estimular su motivación y favorecer un posicionamiento hacia la aplicación de hábitos sanos, enfatizando en el punto de vista propio de la persona y su libertad de escogencia (Becoña et al. 2008).

Se tiene como principio fundamental que todo proceso de cambio lleva consigo costos iniciales para alcanzar metas finales, es importante que la persona visualice el posible beneficio y su percepción de alcanzarlo, según los conocimientos sobre los procesos de cambio de Prochaska y DiClemente, la entrevista motivacional proporciona elementos frágiles en cada parte del proceso y estrategias útiles para incrementar la motivación en las etapas que se dan a lo largo de la intervención (Becoña et al, 2008).

Para la implementación de dicha técnica es necesario tener presente ciertos principios y fases, con ello se procede a alcanzar los objetivos con los cuales se inicia cada proceso. Los cinco principios base de la entrevista motivacional según Miller y Rollnick (1991) son:

- *Expresar una empatía:* un estilo terapéutico empático es esencial y definitorio en la entrevista motivacional.

- *Crear una discrepancia*: generando discrepancia entre donde uno está y dónde querría estar, haciendo consciencia de los *costes* de la conducta actual.
- *Evitar la discusión*: las discusiones son contraproducentes, al defenderse un argumento puede darse defensividad.
- *Darle un giro a la resistencia*: se busca aprovechar el momento actual para obtener el mayor beneficio posible, considerando que las percepciones se pueden cambiar y que el/la paciente es una fuente valiosa para encontrar soluciones.
- *Fomentar la autoeficacia*: creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional fundamental, el/la paciente es responsable de escoger y realizar los cambios personales.

Durante la utilización de la técnica se dan dos fases con sus tareas propias; en la primera se construye la motivación para el cambio y en la segunda se busca fortalecer el compromiso para el cambio. A continuación se especifican ambas fases y sus aspectos principales:

Tabla 4

*Fases y tareas de la Entrevista Motivacional según Miller y Rollnick (1991)*

Fases	Características o tareas aplicadas en dicha fase
Fase 1: <i>Construyendo la motivación para el cambio.</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Primera sesión</u>: debe establecer el tono y las expectativas de la terapia. Para ello es necesario hacer encuadre con el tiempo que se dispone, el rol de la terapeuta y los objetivos, el rol del/la paciente, comentar los aspectos que se tratarán e iniciar con una pregunta abierta.</li> <li>2. <u>Cinco primeras estrategias</u>: estas son centradas en el/la paciente y buscan analizar ambivalencias y razones para cambiar. Las estrategias a aplicar son: a) preguntas abiertas, b) escucha reflexiva, c) afirmar, d) resumir y e) provocar afirmaciones automotivadoras.</li> <li>3. <u>Dimensiones de la evaluación</u>: es una forma de encontrar qué se debe estudiar y cómo empezar, además de ser una manera de motivar. Se evalúan aspectos como: uso de droga/s, problemas vitales, análisis funcional, efectos neuropsicológicos, historia familiar.</li> <li>4. <u>Evaluación de la motivación</u>: se logra mediante el reconocimiento de los beneficios que percibe el/la paciente versus los daños de su conducta, y la exploración de su predisposición para el cambio.</li> <li>5. <u>Feedback personalizado</u>: a partir de los resultados de medidas o test se da feedback, que puede ser información que sirva para convencer al cambio.</li> </ol>

---

<p>Fase 2: Fortaleciendo el compromiso para el cambio.</p>	<p>6. <u>Reconocer la resistencia</u>: es normal al inicio de la terapia, el cambio en el estilo de la terapeuta provoca cambios en las resistencias del/la paciente. Para ello se aplican estrategias como reformulación, cambio de tema, devolución simple, entre otras.</p> <p>7. <u>El drama del cambio</u>: la terapia es como un teatro de improvisación, y su verdadero arte se da en el reconocimiento y manejo de la resistencia.</p> <p>1. <u>Reconociendo la disponibilidad para el cambio</u>: en la fase I se ha logrado “subir la montaña”, para la fase II se puede “bajar esquiando”, pues se trata de persuadir a el/la paciente a que continúe el camino en el cual se le está guiando.</p> <p>2. <u>Imprevistos</u>: en esta fase se puede presentar la subestimación de la ambivalencia, la sobreprescripción y la directividad insuficiente, generando dificultades en el camino al cambio.</p> <p>3. <u>Preguntas claves</u>: son preguntas abiertas, hacen que la persona hable y piense sobre el cambio, esto ayuda a la reflexión y a la vez a clarificar los pensamientos, lo cual puede llevar a reforzar afirmaciones automotivadoras.</p> <p>4. <u>Negociar un plan</u>: partiendo de las respuestas a las preguntas abiertas, se puede dar un proceso de negociación que implique objetivos, opciones y un plan para cambiar que se adecue a las necesidades, intenciones y creencias del/la paciente.</p> <p>5. <u>Final del juego</u>: cuando la persona logra adquirir el compromiso, aprobación y aceptación del plan. A partir de ahí se da la transición a la etapa de acción.</p>
--	--

---

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior se explica el procedimiento de implementación de la EM, dicha técnica se aplica en la primera y/o primeras sesiones de la terapia en adicciones, con la intención de que la persona se posicione respecto al proceso terapéutico que está iniciando, su compromiso dependerá del estadio de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente en que se ubique la persona. Posterior a alcanzar la finalidad de la EM, se procede a continuar con la terapia desde el enfoque cognitivo conductual y durante el restante proceso se siguen aplicando ciertas tareas de dicha técnica como lo son las preguntas abiertas y el feedback personalizado, con la intención de continuar valorando la motivación del/la paciente.

#### **2.4.6. Intervención psicológica en adicciones desde un enfoque cognitivo conductual**

La intervención psicológica en este caso se contempla como un abordaje de la problemática de adicciones desde un modelo psico-social, el cual pretende comprender y explicar el comportamiento de las personas usuarias de drogas, sus motivaciones para usarlas,

sean estas individuales o sociales, por ello cabe mencionar a Dupont (2000) para quien es importante reconocer la infinita complejidad de las personas y la influencia determinada por el medio circundante en la génesis de la farmacodependencia, lo cual sería un punto clave en el desarrollo de los procesos de atención con personas adictas a sustancias.

La importancia del abordaje de las adicciones desde la intervención psicológica, es que junto a la fármaco-terapia se considera muy eficaz para modificar los comportamientos adictivos de las personas (Sánchez y Tomas, 2001). Se elige un abordaje del problema de adicciones desde un enfoque cognitivo conductual por ser validado científicamente, y ser el primero en dar respuesta a los problemas generados por la adicción a las drogas, además de ser el más ampliamente utilizado por los/as profesionales en dicha temática (Sánchez y Tomas, 2001). Se considera un enfoque válido, pues su efectividad se demuestra en terapia individual y grupal, además ante mayor exposición al proceso se obtienen resultados que se extienden a largo plazo y logra que se mejoren las relaciones familiares en el caso de trabajo con personas adolescentes (Becoña et al, 2011).

Una característica que hacen de este enfoque uno de los más válidos en tema de adicciones es que se centra en facilitar un entrenamiento en determinadas habilidades que ayuden a responder de manera adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cognitivos y emocionales) que mantienen la conducta adictiva (Pérez, Fernández, Fernández, Amigo, 2005). Algunas de las ventajas de este enfoque en tratamiento de adicciones son: flexibilidad para adaptarse a las necesidades de sus pacientes, fácil aceptación por la capacidad de elegir sus objetivos y planificación de tratamiento, permite evaluación de resultados, y está derivada de conocimientos científicos y práctica clínica (Becoña et al, 2008). Esto fundamenta porqué el IAFA habilita su aplicación con la población atendida.

Para la utilización de este enfoque en el tema de adicciones, se debe cumplir de forma estructurada la formulación del caso y la sesión terapéutica. Por ello Beck, Wright, Newman y Liese (1993) proponen los aspectos a considerar:

Tabla 5

*Aspectos a considerar para la formulación de caso y la estructura de sesión terapéutica*

Formulación de caso	Estructura de la sesión terapéutica
1. Datos pertinentes sobre la infancia.	1. Establecer la agenda.
2. Problemas personales actuales.	2. Evaluar el estado de ánimo.
3. Esquemas y creencias nucleares.	3. Tender un puente con la última sesión realizada.
4. Creencias, reglas o supuestos condicionales.	4. Comentar los aspectos a tratar en la sesión.
5. Estrategias compensadoras.	5. Resúmenes parciales.
6. Situaciones vulnerables.	6. Asignación de actividades entre sesiones.
7. Creencias y pensamientos automáticos (principalmente relacionados con las drogas).	7. Feedback durante la sesión de terapia.
8. Emociones.	
9. Conductas.	
10. Integración de la información anterior.	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se muestran los pasos para realizar la terapia en adicciones desde el enfoque cognitivo conductual, en la cual se desarrollan técnicas como el análisis de ventajas y desventajas del consumo, la modificación de las creencias asociadas a la droga, la reatribución de responsabilidad, el registro de pensamientos, el control de actividades, las actividades entre sesiones, el entrenamiento en relajación y ejercicios (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). Para ello se consideran variables como la frecuencia e intensidad de consumo, pensamientos y estados de ánimo bajo los cuales se consume, características de la situación (¿dónde, cuándo y con quiénes?), y las sensaciones físicas que se presentan (Llorente e Iraurgi, 2008).

Este enfoque se reconoce como la terapia más utilizada para la prevención de recaídas, ya que se emplean estrategias como: el reconocimiento de las situaciones en que hay

probabilidad de usar sustancias, desarrollo de estrategias para cambiar dichos comportamientos y solucionar los afectos relacionados con el uso de sustancias; por ello se potencian y desarrollan habilidades en los/as pacientes para que enfrenten las situaciones de riesgo y eviten las recaídas (Sánchez y Tomas, 2001).

Los conceptos expuestos en este apartado son la base de la intervención realizada, por ello la necesidad de conocerlos y considerarlos para cada proceso que se realizó durante la práctica, pues están interrelacionados entre sí en el abordaje que se realizará desde el enfoque cognitivo conductual (Ver Anexo 1).

## **2.5. Objetivos**

### **2.5.1. Objetivo general.**

- Realizar intervención psicológica en adicciones desde un abordaje cognitivo conductual con usuarios/as del Centro de Atención Integral en Drogas del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia en la Región de Occidente, utilizando la entrevista motivacional como recurso terapéutico en el tratamiento.

### **2.5.2. Objetivos específicos.**

- Brindar atención psicoterapéutica individual desde el enfoque cognitivo conductual a usuarios/as del IAFA en Occidente.
- Implementar la Entrevista Motivacional como recurso terapéutico en el abordaje inicial en el tratamiento de adicciones.
- Facilitar abordajes familiares y atención a los grupos clínicos del Centro como parte del acompañamiento a los casos de psicoterapia individual brindada.

### **2.5.3. Objetivo externo.**

- Contribuir a nivel regional con la atención de las adicciones a sustancias desde el tratamiento de estas mediante la intervención psicológica.

### **2.6. Consideraciones éticas y legales**

Para esta intervención se consideraron los siguientes lineamientos éticos y legales:

- a) Consentimientos informados a las personas participantes: en estos se expone en qué consiste la intervención, se aclaran las dudas al respecto, se explica que el proceso es estrictamente confidencial y no tiene repercusiones para el/la participante (Ver Anexo 2 y 3).
- b) Póliza de protección civil: este documento legal fue principalmente de protección para la sustentante, en caso de alguna situación que ameritase amparo por la labor realizada dentro de la institución.
- c) Supervisión interna en el CAID: Se contó con la supervisión en la institución por parte de la directora y la psicóloga del Centro de Atención del IAFA en Occidente, San Ramón.

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología

#### 3.1. Población meta, beneficiarios directos e indirectos

La intervención fue dirigida a personas asistentes al CAID del IAFA de la Región de Occidente en San Ramón de Alajuela, sin embargo pueden recibir el servicio personas de cualquier parte del país. Se intervino específicamente la población que recibe atención en tratamiento (personas que presentan consumo problemático o dependencia de alguna sustancia psicoactiva), a familiares de dicha población y a participantes de grupos clínicos activos en la institución. La población tratada es diversa, pues se brinda atención a hombres y mujeres, adolescentes y adultos, mediante abordajes individuales y grupales.

Los beneficiarios directos fueron las personas consumidoras de sustancias que recibieron la atención, y beneficiarios indirectos se considera a sus familias y parejas; sin embargo ambas partes han sido beneficiarios directos e indirectos, pues al trabajarse con la familia del o la consultante también se está beneficiando a la persona consumidora.

Los criterios de inclusión para participar de dicha práctica fueron: ser persona mayor de edad o con consentimiento de una persona adulta responsable en caso de ser personas menores de edad, presentar uso, abuso o dependencia de sustancias, ser familiar de persona consultante o participante de alguno de los grupos activos del Centro y aceptar ser parte de la intervención. Los criterios de exclusión fueron ilimitados, ya que se le da atención a la población en general que demande la intervención y/o acompañamiento en caso de familias; únicamente se deja de atender aquellos casos que se supervisen con la psicóloga de la institución y se identifique que por su complejidad sea conveniente que ella los continúe hasta finalizar, sin embargo dicha circunstancia no sucedió en el desarrollo de la presente intervención.

### 3.2. Estrategia(s) de intervención

Para la intervención de tratamiento se realizaron citas individuales periódicas con los casos nuevos que se presentaron al Centro durante el tiempo de práctica, dicha intervención constó de psicoterapia cognitiva conductual que se iniciaba con la entrevista motivacional, para luego identificar el estadio del consumo en que se encontraba la persona y continuar el proceso basado en las necesidades, vulnerabilidades y capacidades con que esta cuenta. Ello enfocado en generar avances positivos en la persona respecto a su condición; las técnicas y procedimientos se determinaron según las características de cada caso.

Algunas de las técnicas que proponen Beck, Wright, Newman y Liese (1993) para trabajar en adicciones desde este enfoque son:

- *Análisis de ventajas y desventajas*: se trabaja con el/la paciente a través de un proceso de evaluación de enumeración y reevaluación de ventajas y desventajas de consumir drogas.
- *Identificación y modificación de creencias asociadas a la/s droga/s*: ayuda a comprender mejor el por qué utilizan la droga y por qué sería mejor dejar el consumo.
- *Reatribución de responsabilidad*: permite reconocer la responsabilidad propia en el consumo y no únicamente en factores externos, sin que ello lleve a sentirse acusado o juzgado.
- *Repaso conductual o role-playing*: permite enseñar habilidades interpersonales efectivas, ya que estas pueden verse afectadas y ser factor de vulnerabilidad para el consumo.
- *Entrenamiento en relajación*: permite establecer la creencia de que el/la paciente controla y es responsable de sus respuestas de afrontamiento ante la opción de consumo de droga.
- *Resolución de problemas*: se pretende enseñar los principios de resolución de problemas de manera constructiva.

- *Control de estímulos:* se trabaja para lograr minimizar el contacto con los estímulos que disparan la conducta de consumo de droga.

Dichas técnicas han sido usadas a lo largo del proceso terapéutico, pues abordan aspectos fundamentales para minimizar o suspender el consumo de droga en las personas participantes.

Respecto al trabajo grupal, se apoyó en algunas ocasiones los días jueves las actividades de dos de los grupos clínicos conformados en la institución; además se dio abordaje breve con familiares en casos que lo ameritaron y se pudo realizar, en sesiones de aproximadamente 90 minutos.

La Entrevista Motivacional fue aplicada como recurso terapéutico en las primeras sesiones individuales de cada caso nuevo, luego de cumplir con la indagación del historial clínico. Durante el primer mes de atención a casos individuales se logra estructurar una guía de preguntas, la cual sirve de base para los demás casos atendidos y se fue modificando conforme el desarrollo del proceso, para concluir con una guía definitiva que se presenta como producto de la intervención general.

### **3.3. Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos obtenidos**

A continuación se presenta el cuadro que resume los objetivos por cada actividad y la función cumplida como parte de la intervención realizada y el producto obtenido.

Tabla 6

*Actividades, funciones, tareas básicas y productos obtenidos*

<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Funciones</b>	<b>Tareas básicas</b>	<b>Productos obtenidos</b>
Brindar atención psicoterapéutica individual desde el enfoque cognitivo conductual a usuarios/as del IAFA en Occidente.	Psicoterapia individual.	Atención de casos nuevos.	Atención de casos, definición de objetivos en la intervención, aplicación de conocimientos, supervisión del proceso.	Atención de las demandas recibidas. Sistematización de los casos. Cumplimiento de la función en la institución. Cinco sesiones individuales a la semana.
Implementar la Entrevista Motivacional (EM) como recurso terapéutico en el abordaje inicial del tratamiento de adicciones.	Utilización de la Entrevista Motivacional.	Aplicación de la EM durante la/s primera/s sesión/es en la psicoterapia individual.	Aplicación de la EM. Construcción de guía de preguntas de EM según etapas de cambio.	Guía de preguntas sugeridas para realizar la EM según las etapas de cambio. Recomendaciones para la institución sobre la aplicación de la EM en su población meta.
Dar abordaje desde la psicología a los grupos clínicos del IAFA en Occidente.	Abordaje a grupos conformados en el Centro.	Asistencia y colaboración con los grupos clínicos ya existentes en el Centro.	Colaboración en la organización y realización de las sesiones grupales.	Atención de las demandas recibidas. Sistematización de las bitácoras grupales. Cumplimiento de la función en la institución. Asistencia a sesiones de los distintos grupos clínicos conformados.
Facilitar el abordaje desde la psicología a las familias de los/as usuarios/as IAFA en Occidente.	Abordaje familiar de los casos que lo ameritaron y fue posible realizar.	Sesiones con familias de usuarios(as).	Abordaje de casos, supervisión del proceso.	Abordaje y acompañamiento familiar en casos que lo ameritaron y fue posible realizar. Sistematización de los casos. Cumplimiento de la función en la institución.

Fuente: Elaboración propia.

### **3.4. Definición de las relaciones interdisciplinarias**

En las instalaciones del CAID se cuenta con equipo interdisciplinario conformado por profesionales en Trabajo Social, Psicología y Medicina, quienes realizan intervenciones tanto en conjunto, como individualmente desde su área de formación. A nivel interno, se realizan reuniones de equipo previamente establecidas o informales, según las necesidades de los casos y la urgencia de los mismos. A la vez se generan planeamientos conjuntos para la realización de intervenciones o capacitaciones grupales.

Cada profesional atiende los casos individualmente, y se valora si la persona amerita recibir atención desde alguno de los otros servicios que la institución ofrece, además se cuenta con la interconsulta como opción para dar un abordaje más amplio y enriquecedor en aquellos casos que así lo ameriten.

### **3.5. Definición del sistema de supervisión**

La labor realizada en el IAFA en San Ramón fue supervisada por la psicóloga del Centro quien cumplió como asesora técnica de la práctica; a nivel administrativo supervisó la directora del mismo, quien se encargó de comprobar el cumplimiento de horarios de atención y cronogramas, además del manejo adecuado de los expedientes personales de los/as participantes. Se mantuvo comunicación directa y constante entre la practicante y la asesora de la práctica, para así lograr evacuar posibles dudas sobre los procedimientos clínicos.

Mensualmente se entregan informes de labores, tanto de casos individuales como intervenciones grupales, bajo el formato que la institución define para los profesionales que brindan sus servicios en el Centro, para dichos informes la practicante únicamente aportaba el número de personas atendidas y sus datos demográficos en una lista.

Por parte del equipo asesor del Trabajo Final de Graduación, se realizaron supervisiones o consultas periódicas para valorar el proceso, esclarecer dudas y técnicas a usar según las

intervenciones individuales y grupales realizadas, ello con el fin de que los procesos se desarrollasen de manera efectiva y positiva para las personas participantes y para el trabajo profesional.

Por tanto, se manejó el siguiente orden para la intervención y supervisión:

- 1) Fase de observación (primer mes),
- 2) Intervención,
- 3) Registro de casos a nivel institucional,
- 4) Supervisión a nivel institucional (semanal, de ser necesario más de una a la semana),
- 5) Supervisión clínica con el equipo asesor (periódicas según se ameritó).

### **3.6. Definición del proceso de evaluación e informes a presentar**

El proceso se evaluó periódicamente por separado con el equipo asesor y con el personal de la institución implicado en la práctica, para ello se recibió retroalimentación constante y se hicieron revisiones de los alcances obtenidos en las intervenciones individuales y grupales para valorar el proceso y dictaminar cómo continuar llevando la intervención (Ver Anexos 4 y 5). El informe final se definió y redactó conforme los objetivos y resultados obtenidos en las diferentes actividades, el cual fue previamente discutido con el equipo asesor.

### **3.7. Precauciones tomadas para proteger a las personas que participan en la práctica**

Para la protección de las personas participantes se utilizó el consentimiento informado (Ver Anexos 2 y 3), este explica en qué consiste el proceso de intervención, la confidencialidad y ética profesional, la ausencia de riesgos físicos y el derecho de abandonar dicho tratamiento en el momento que así lo desearan sin ninguna dificultad. Fue fundamental en el proceso evidenciar la protección de la identidad de las personas participantes, por ello en el apartado de

resultados los casos se presentan usando nombres ficticios, siguiendo el Artículo 12. Confidencialidad del Comité Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica (Universidad de Costa Rica, 2000). No se atendió a personas conocidas o a familiares, según los principios éticos que establece el Código de Ética del Colegio Profesional de Psicología de Costa Rica (Colegio Profesional de Psicología de Costa Rica, 2008).

En casos de personas asistentes que tuviesen algún conflicto con la ley, existe un protocolo a seguir para estos, además se cuenta con guarda de seguridad en el edificio para protección de los/as asistentes y el personal del Centro. En las intervenciones se siguieron los protocolos institucionales, por lo tanto se garantizó la protección en casos de emergencia, además de buenas prácticas e intervenciones basadas en la evidencia.

### **3.8. Cronograma**

La intervención se realizó en un periodo de seis meses considerando el cumplimiento de los objetivos de esta práctica y el abordaje óptimo de las necesidades o demandas que la institución presentó.

A continuación se detalle el cronograma de actividades mensual y el cronograma de actividades semanales de la práctica realizada:

Tabla 7

*Cronograma de actividades mensuales durante el año 2016.*

Periodo de tiempo	Actividad o etapa de la práctica
Mayo	Observación de la atención de casos por parte de la psicóloga del lugar. Observación de grupos clínicos. Supervisiones.
Junio	Atención individual de casos nuevos. Supervisiones.
Julio	Atención individual de casos. Colaboración en grupos clínicos. Supervisiones.
Agosto	Atención individual de casos. Atención de familias de casos que lo ameriten. Colaboración en grupos clínicos. Supervisiones.
Setiembre	Atención individual de casos. Atención de familias de casos que lo ameriten. Colaboración en grupos clínicos. Supervisiones.
Octubre	Atención individual de casos. Atención de familias de casos que lo ameriten. Colaboración en grupos clínicos. Supervisiones.
Noviembre-Diciembre	Sistematización y redacción de las intervenciones y los resultados obtenidos. Presentación del informe final.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8

*Cronograma de actividades semanales*

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 a.m					
9 a.m	Atención casos individuales/familiares	Atención casos individuales/familiares	Reuniones y planeamientos	Atención a grupos de apoyo	Atención casos individuales/familiares
10 a.m					
11 a.m					
12 m.d	<i>Horario de Almuerzo</i>				
1 p.m					
2 p.m	Atención casos individuales/familiares	Atención casos individuales/familiares	Sistematizar los casos y elaboración de expedientes	Atención a grupos de apoyo	Sistematizar los casos y elaboración de expedientes
3 p.m					
4 p.m					

Fuente: Elaboración propia.

### 3.9. Obstáculos, dificultades y factores facilitadores de la intervención

Al presentar esta memoria de práctica dirigida también es importante mencionar si se presentaron contratiempos en su desarrollo y cuáles fueron las facilidades que se dieron para su realización, con ello se logra evidenciar lo que implica una intervención de este tipo y la experiencia en una institución.

#### *Obstáculos y dificultades del proceso.*

El proceso se caracterizó por darse con fluidez y sin contratiempos. La institución dio su aprobación desde el primer momento en que se contactó, únicamente fue necesario presentar la solicitud por escrito y una breve descripción de lo que se realizaría, posteriormente se recibió la confirmación y se inició el proceso interventivo en la etapa de observación.

Durante el desarrollo no sucedieron hechos inesperados y se logró cumplir con los objetivos tal y como fueron establecidos, únicamente se dio poca asistencia a los grupos clínicos pero influido por el hecho de que el horario de atención debió coincidir con horario de cita individual de algunos/as participantes del proceso.

Otro aspecto que puede considerarse una dificultad al momento de la redacción de la Memoria de Práctica Dirigida es el haber atendido un grupo alto de participantes, lo cual aumenta la información recolectada y amplía la presentación de la misma. Sin embargo, dentro de la institución solicitaron brindar atención a todas las personas posibles hasta cumplir los seis meses de práctica, lo cual hizo que el número de casos fuese en aumento más allá de lo que se esperaba.

#### *Factores facilitadores del proceso.*

El principal factor facilitador de estar dentro de una institución al realizar una práctica de este tipo es el hecho de que la población atendida ya está conformada o se presenta por sí sola

al proceso, haciendo que se elimine el hecho de tener que buscar por medios propios a las personas que vayan a participar de la intervención.

Otro aspecto importante y facilitador del proceso es el acompañamiento de la asesora técnica, ya que al estar presente dentro del mismo espacio físico ocupado, hay más facilidad de comunicación diaria ante alguna duda o contratiempo en el proceso interventivo, por ello se considera que la presencia de la psicóloga de la institución fue un factor positivo durante la práctica.

Por último, otro factor que benefició el proceso para cumplirlo a cabalidad es que por parte del equipo interdisciplinario de la institución hubo facilidad para el cumplimiento de los objetivos de este proceso, es decir, no fue necesario realizar modificaciones de la propuesta ni durante la intervención se dio ningún momento en que se solicitara cambiar algo de la forma de intervención que se trabajó. La institución permite que cada profesional aborde las sesiones según su planeamiento clínico, por tanto no hay exigencias en cuanto a la forma en que estas se desarrollan, dejando a sí abierta la posibilidad de la aplicación de la entrevista motivacional y del enfoque cognitivo conductual durante las intervenciones.

## **CAPÍTULO IV**

#### 4. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la intervención realizada entre los meses de mayo y diciembre del 2016, para ello se muestra la información recolectada desde las modalidades en que se trabajó separando las actividades según la intervención a nivel individual con las personas usuarias de los servicios del IAFA, con familiares de la persona consumidora y a nivel grupal en el apoyo a grupos clínicos que la institución atiende.

La siguiente tabla muestra los números totales obtenidos al finalizar la intervención en la institución en las tres modalidades que se abordaron:

Tabla 9

*Total de atención brindada general a nivel individual, de familiares y grupal*

<b>Tipo de atención</b>	<b>Número de sesiones</b>
Individual	82
Familiares	35
Grupos	7

Fuente: Elaboración propia.

En el desarrollo de este capítulo primeramente se encuentra un apartado llamado “Síntesis de labor institucional realizada”, creado con el fin de exponer las tareas cumplidas dentro del IAFA y cómo se desarrolló el proceso durante los 6 meses cumplidos a tiempo completo. Dentro del apartado de “Atención individual a pacientes consumidores” se desarrolla uno a uno los distintos casos y se describe el proceso terapéutico en general, en donde se expondrá el número de sesiones realizadas, el motivo de consulta, si fue referido/a a la institución o si llega por motivación propia, su diagnóstico, la etapa de cambio en la que inicia el proceso, los principales aspectos trabajados en psicoterapia y los logros obtenidos al finalizar la intervención.

Posteriormente se presentan los resultados obtenidos según las categorías de análisis propuestas siguiendo el modelo cognitivo conductual, las cuales son:

- Frecuencia de consumo (de las distintas drogas que consumen los/as usuarios/as durante el periodo de atención),
- Pensamientos y creencias respecto al consumo,
- Conductas en torno al consumo de drogas.

Dichas categorías serán presentadas con datos totales de la población participante, para lograr evidenciar de forma general el proceso realizado con los 20 casos atendidos. Seguidamente se describe la aplicación de la entrevista motivacional como recurso terapéutico dentro del proceso de atención orientado al cambio, para ello se narra la forma en cómo se empleó y al finalizar se mostrará una tabla de preguntas empleadas según cada etapa de cambio en las que la población se encontraba, ello con el fin de servir de guía para futuras intervenciones en dicho tema.

En cuanto a la atención familiar, se expondrán los casos de familiares de personas consumidoras que fueron parte del proceso terapéutico, se describirá brevemente las principales características de la o las persona/s atendidas (edad, parentesco con la persona consumidora, ocupación, etc.), número de sesiones realizadas, intervenciones y logros alcanzados. Con ello se pretende evidenciar la importancia del acompañamiento familiar en el proceso de atención a personas consumidoras de sustancias.

Finalmente se presenta lo trabajado en el acompañamiento a los grupos clínicos de la institución, en los cuales se tratan distintos temas enfocados en el mejoramiento de la calidad de vida de personas consumidoras de alguna droga o bien de sus familiares y personas cercanas.

#### **4.1. Síntesis de labor institucional realizada.**

El propósito de este apartado es sistematizar la labor cumplida durante los seis meses en que se realizó la práctica profesionalizante en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de la región de Occidente, con el fin de evidenciar la dinámica institucional que como profesional en psicología se desempeña y principalmente el cómo se trabajó respondiendo a los objetivos propuestos para esta intervención.

El mes de mayo del años 2016, primer mes en las instalaciones del IAFA en San Ramón se cumplió con la etapa de observación, para ello se permaneció en la oficina de la psicóloga de la institución escuchando las sesiones de los/as usuarios/as que accedían a que la practicante estuviera presente, ya que previamente en cada ingreso de usuario/a se le consultaba de forma oral si podía permanecer en la oficina en el rol de oyente, concluyendo con aproximadamente 80 sesiones de escucha y observación. En ocasiones realizaba apuntes sobre dudas de lo escuchado o al finalizar se daba un periodo de comentarios sobre la sesión para aclarar dudas.

A partir del mes de junio del mismo año, se habilitó el espacio en una de las salas amplias de la institución, allí se impartieron las sesiones individuales y familiares, las cuales tenían una duración de 60 y 90 minutos. Dichas sesiones se programaban con anterioridad, en los casos que se iniciaron se les otorgaba cita mediante llamadas telefónicas o de forma presencial con la secretaria del área de Occidente, y al finalizar cada sesión se acordaba la siguiente cita. Cabe señalar que en algunos casos se atendió de forma inmediata a personas que llegaban a solicitar cita, y que por tener tiempo disponible se les pudo recibir al instante.

La permanencia en la institución fue jornada continua de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m, en dicho periodo se programaban aproximadamente 8 citas por semana y en algunas

ocasiones se asistió a grupos clínicos. También se invirtió tiempo en la elaboración de materiales como fichas, actividades y presentaciones en powerpoint para la atención del Grupo CODA, además de la elaboración de expedientes de cada caso atendido, y el control de asistencia diario para el informe mensual y semestral que la institución elabora.

Respecto a los expedientes clínicos, se recibió asesoramiento para su redacción por parte de la psicóloga de la institución, y al finalizar cada informe de sesión ella los leía y firmaba como asesora técnica y responsable dentro de la institución. De manera que la supervisión de cada caso era constante, ya que la profesional a cargo en la institución manejaba la información de los casos atendidos, daba sugerencias o hacía consultas al respecto de las intervenciones dadas, y siempre estuvo anente a los espacios de discusión y reflexión respecto a los procesos atendidos. No se llevaba bitácora de supervisión ni había un horario específico para ello, las supervisiones eran breves y se realizaban en los espacios libres entre citas, estas principalmente se enfocaban en consultas sobre psicoeducación a las familias, información sobre centros de internamiento y objetivos a seguir en las siguientes sesiones.

La entrevista motivacional se aplicó sin ser necesario usar guía de preguntas, sin embargo durante el periodo de observación se logró identificar que en algunas intervenciones de la profesional en psicología se elaboraron preguntas direccionadas en generar motivación en la persona atendida. Se evidencia la utilización de la escucha reflexiva, el respeto a las creencias de la persona usuaria y la retroalimentación a su discurso, lo cual son algunos de los principios de dicho recurso terapéutico, evidenciando que no se aplica la entrevista motivacional de manera estructurada.

También se tuvo apoyo por parte de la profesional en medicina sobre información y recomendaciones para brindar a los/as usuarios/as, además de que fue necesario referir 11 casos al servicio médico y para ello debía explicarse previamente la condición del/la paciente. Para ser referidos/as, primeramente se le sugería el servicio de medicina a la persona atendida, si esta aceptaba recibir la cita se consultaba de forma verbal con la doctora el caso y se le otorgaba la cita.

Se asistió en cuatro ocasiones a una reunión que se realiza mensualmente con diferentes instituciones del cantón como lo son Fuerza Pública, Municipalidad, Ministerio de Justicia, Comedores y Dormitorios para personas en callejización en Occidente, quienes trabajan a nivel de redes para minimizar el impacto de la problemática de adicciones desde una visión de disminución del daño.

A nivel administrativo, la directora de la institución se encargaba de brindar información sobre los días en que las instalaciones permanecerían cerradas o era necesario salir más temprano o cualquier otra situación que fuese necesaria de manejar, lo cual se comunicaba de manera verbal.

## **4.2. Atención individual a pacientes consumidores**

### ***4.2.1. Descripción de la población:***

La población atendida bajo esta modalidad fue un total de 20 casos, de los cuales 5 son mujeres y 15 hombres. Para cada uno de los distintos casos se cumplió con un proceso individual con diferente número de sesiones realizadas, variando en número de 1 a 11 sesiones de aproximadamente una hora. A continuación se presenta la tabla que describe los datos generales del total de casos individuales atendidos:

Tabla 10

*Total de atención brindada individual*

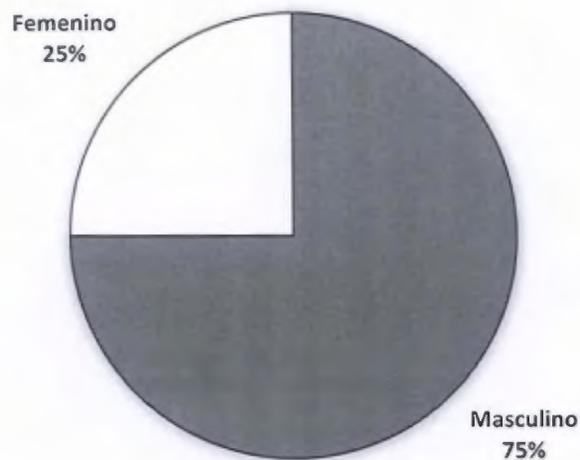
Caso	Sexo	Edad	Número de sesiones	Referencia	Diagnóstico	Etapas de cambio	Referido a
Román	Masculino	27	11	No	Dependencia	Acción	Medicina
Raquel	Femenino	15	9	No	Uso	Acción	No
Daniel	Masculino	15	8	No	Abuso	Precontemplación	No
David	Masculino	16	8	No	Abuso	Precontemplación	Medicina
Elena	Femenino	21	5	Hospital	Dependencia	Contemplación	Medicina
Ariel	Masculino	44	5	No	Dependencia	Preparación	Medicina
Elías	Masculino	31	4	Hospital	Dependencia	Acción	Medicina
María	Femenino	22	4	No	Dependencia	Contemplación	Medicina
Gael	Masculino	16	4	Colegio	Abuso	Precontemplación	Medicina
Erick	Masculino	17	3	Colegio	Uso	Contemplación	No
Erika	Femenino	23	3	No	Dependencia	Contemplación	Medicina
Miguel	Masculino	66	3	No	Dependencia	Preparación	No
Leo	Masculino	25	3	No	Dependencia	Preparación	Medicina
Josué	Masculino	34	3	No	Dependencia	Contemplación	No
Sergio	Masculino	16	2	No	Dependencia	Precontemplación	Trabajo Social
Darío	Masculino	39	2	Hospital	Dependencia	Contemplación	Medicina
Emilio	Masculino	20	2	No	Dependencia	Preparación	Medicina
Laura	Femenino	21	1	PANI	Dependencia	Precontemplación	No
Pablo	Masculino	34	1	No	Dependencia	Contemplación	No
Samuel	Masculino	36	1	No	Dependencia	Contemplación	No

Fuente: Elaboración propia

Dicha población varía en edades, forma en que llega a la institución solicitando atención, droga de consumo (de inicio y que motiva consulta) y su diagnóstico. Para evidenciar las características de esta población se mostrarán a continuación gráficos y tablas que demuestren dichos datos.

Figura 1

*Sexo de la población atendida*



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se presenta que el 25% de la población atendida a nivel individual son mujeres con un total de 5 personas, mientras que el restante 75% son hombres para un total de 15 casos.

Tabla 11

*Número de sesiones por caso*

Caso	Número de sesiones
Román	11
Raquel	9
David	8
Daniel	8
Ariel	5
Elena	5
Gael	4
Elías	4
María	4
Josué	3
Erick	3
Erika	3
Leo	3
Miguel	3
Sergio	2
Darío	2
Emilio	2
Laura	1
Samuel	1
Pablo	1

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se observa el número de sesiones realizadas para cada uno de los 20 casos atendidos, siendo el caso de Román el que alcanzó mayor número de sesiones con 11 y los casos de Laura, Samuel y Pablo los de menor cantidad de sesiones con una única sesión realizada para cada uno de ellos, ya que discontinuaron el proceso.

Tabla 12

*Variable de edades de la población atendida de forma individual*

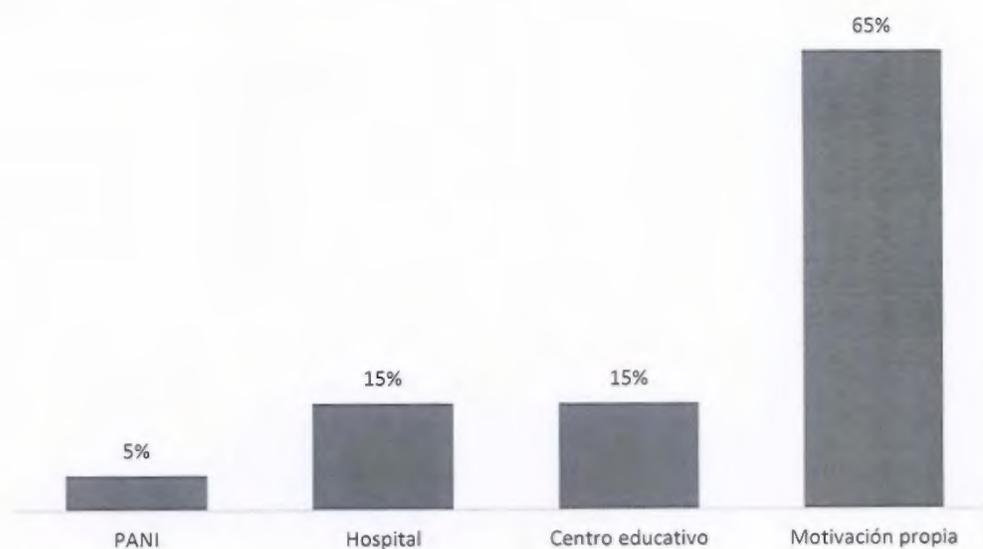
Medida	Edades
Mínima	15 años
Máxima	66 años
Moda	16 años
Media	26.9 años

Fuente: Elaboración propia.

Se detalla en la tabla anterior que de las 20 personas atendidas el participante de mayor edad es de 66 años y los de menor edad son de 15 años, para un promedio de edad de 26.9 años, siendo la edad de 16 años la más frecuente en presentarse entre las personas que formaron parte de la intervención.

Figura 2

*Vía de referencia de los casos:*

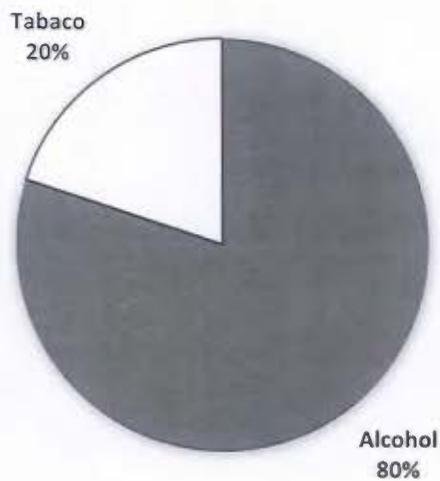


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se evidencia la forma en que ingresaron las personas al proceso terapéutico, donde el 5% (1 caso) ingresara con referencia del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), seguido de un 15% (3 participantes) que llegaron con referencia de algún hospital (Hospital Carlos Luis Valverde Vega y Hospital Nacional Psiquiátrico) y otro 15% (3 participantes) con referencia del centro educativo en que estudiaban; mientras que el 65% (un total de 13 casos) se presentó por motivación propia a recibir la atención.

Figura 3

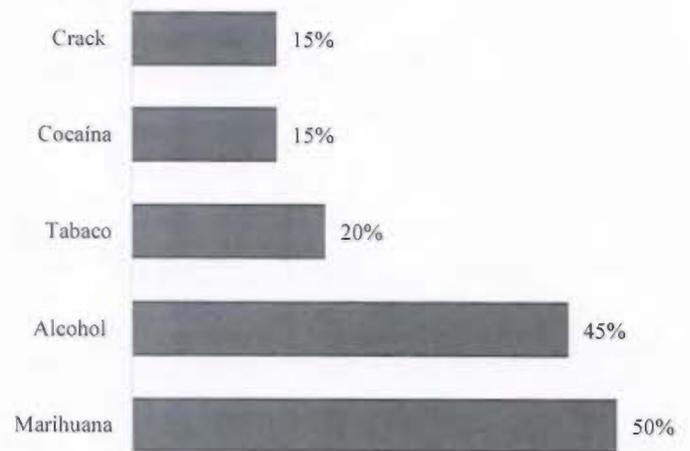
*Droga de inicio de consumo*



Fuente: Elaboración propia.

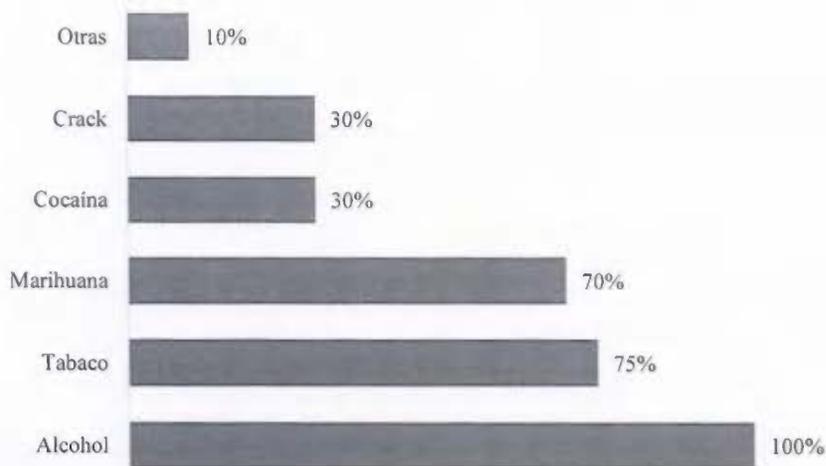
Figura 4

*Droga que motiva a consulta*



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5  
*Drogas de consumo general*

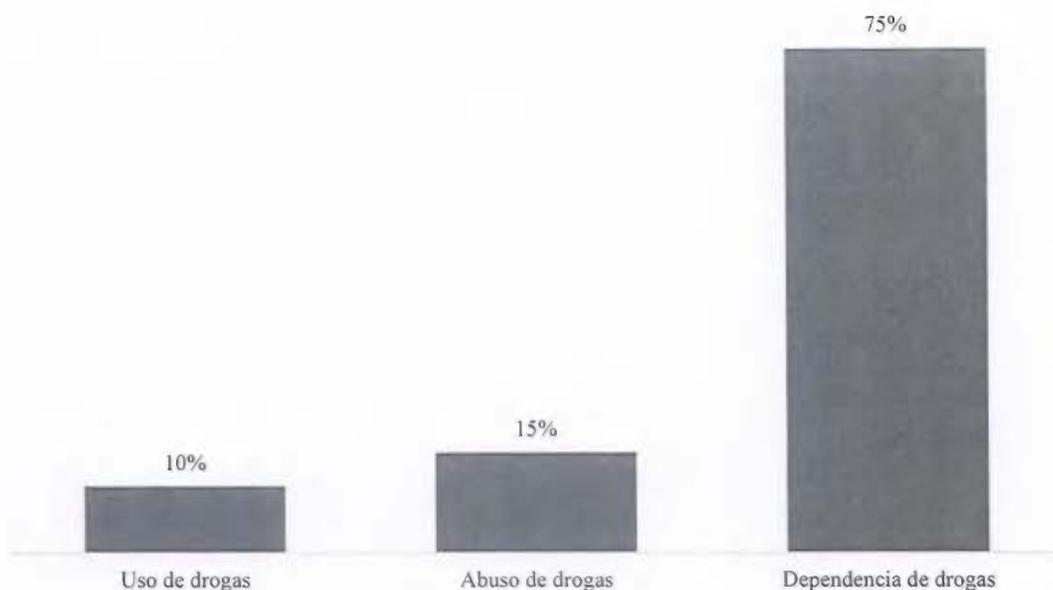


Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar como en la figura 3 se detallan las drogas de inicio de consumo de la población atendida, donde el 20% (4 personas) consumió tabaco y el 80% (16 personas) consumió alcohol como primera sustancia psicoactiva. Mientras que en la figura 4 se presenta el gráfico que representa el porcentaje de drogas que motiva a la población a consultar, siendo la marihuana la de predominio con un 50% (10 personas) de presencia, sin embargo en varias ocasiones se presentaba como motivo de consulta junto con otra droga. Por último en la figura 5 se engloba el total de consumo general de sustancias psicoactivas, donde el alcohol ocupa el primer lugar con un 100%, siendo que el total de las 20 personas participantes dicen haber consumido en alguna ocasión alcohol, llegando algunos/as a consumo problemático de este.

Figura 6

*Diagnóstico de consumo de drogas*



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se evidencia que un 10% (2 personas) de los/as participantes presentan un diagnóstico de uso de alguna/s sustancia/s, mientras que un 15% (3 personas) se ubican con un diagnóstico de abuso de sustancia/s, y un 75% (15 personas) de la población atendida presentaba un diagnóstico de dependencia a alguna/s sustancia/a psicoactiva/s. Los datos evidencian que mayoritariamente las personas buscan recibir atención cuando ya el consumo de sustancias psicoactivas ha sido problemático y ha avanzado al grado de dependencia, en algunos casos múltiple. Cabe señalar que las personas que se ubican en los rubros de “Uso” y “Abuso” son personas menores de edad, lo cual indica que el consumo es reciente y se puede tratar el problema antes de que este continúe en evolución.

#### *4.2.2. Descripción de casos:*

Seguidamente se presenta caso por caso atendido, con la información extraída del proceso terapéutico y que es pertinente para la evaluación de los resultados obtenidos, dichos casos se muestran usando nombres ficticios para mantener los/as participantes en anonimato.

La descripción de cada caso presenta los datos demográficos de la persona participante, su motivo de consulta, el diagnóstico que presentaba durante el proceso, los objetivos terapéuticos, los temas abordados y sus logros al finalizar, entre otros aspectos considerados pertinentes de mostrar para la comprensión general de cada proceso realizado.

En las tres tablas que exponen los casos estos se presentan divididos entre: quienes concluyeron el proceso con las sesiones necesarias, quienes discontinuaron el proceso antes de concluir y en aquellos/as usuarios/as que únicamente asistieron a una sesión y no regresaron.

Tabla 13

*Casos individuales que concluyeron el proceso completo*

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
<p>Nombre: Román.                      Edad: 27 años.                      Ocupación: Agricultor.                      Residencia: Pérez Zeledón.                      Estado civil: Soltero.                      Número de sesiones: 11.</p>	<p>Cesar el consumo de alcohol, para lograr estabilidad emocional y acercamiento a su hija.</p>	<p>Dependencia de sustancias en etapa de acción.</p>	<p>Inicia consumo de alcohol y tabaco a los 15 años, pero suspende uso de tabaco al poco tiempo. Alcohol es la droga de preferencia.</p>	<p>Conocer las características de consumo de alcohol del usuario. Motivar al cambio respecto al consumo de alcohol. Brindar apoyo emocional posterior a la separación de su pareja por su consumo de alcohol y la lejanía física de su hija por no vivir juntos.</p>	<p>Se trabajó la motivación intrínseca, ya que la familia era su principal motivación pero se había alejado y se convertía en un aspecto desestabilizador. Se le indicó evitar antiguos sitios de consumo, el contacto con amistades consumidoras y discusiones improductivas con la expareja sobre las problemáticas que tuvieron cuando convivían. Además se dio énfasis en la visión a futuro, las metas personales y cómo alcanzarlas.</p>	<p>El principal logro es la abstinencia de alcohol, al cerrar el proceso cumplía siete meses sin consumo. La aceptación de la separación de la expareja y la distancia con la hija. Avances en cuanto al rol paterno responsable, al lograr cuidado compartido de la menor. Aumento en la confianza en sí mismo y en el proceso cumplido. Metas personales por cumplir a nivel laboral y de ocio, Con intenciones de disfrutar la vida sin necesidad de consumir alcohol.</p>	<p>El usuario es un adulto joven que presenta problemática de consumo de alcohol desde edad temprana, con historia reciente de separación familiar e inestabilidad emocional por el hecho estar lejos de la hija. El proceso inició con compromiso del participante, quien ya tenía varios meses en abstinencia de consumo, sin embargo su principal demanda era apoyo emocional por la separación de su familia y herramientas para mantenimiento del cese de consumo de alcohol. El esquema de creencias del consumo era sostenido por la idea central de necesitar alcohol para disfrutar, por ello era regular su ingesta hasta llegar a la dependencia, en el plano conductual se identificó un contexto accesible al consumo con rutinas y costumbres permeadas por la presencia del consumo de alcohol. La separación de la pareja fue un detonante para la aceptación del problema y la</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: Raquel Edad: 15 años. Ocupación: Estudiante. Residencia: Zarcero. Estado civil: Soltera. Número de sesiones: 9.	Cesar consumo de marihuana, para lograr reincorporarse al sistema educativo.	Uso de sustancias psicoactivas en etapa de acción, ya que al iniciar el proceso terapéutico ha hecho cambios significativos y suspendido el consumo.	La joven inició el consumo de alcohol a los 14 años y consume marihuana por primera vez a los 14 años en diciembre del año 2015, posteriormente consumió en 5 ocasiones más en cantidades bajas	Conocer las características de consumo de drogas de la participante. Motivar a la joven hacia el cambio respecto al consumo y la toma de decisiones. Fortalecer las acciones de cambio positivas	Se trabajaron las implicaciones del consumo de drogas, tanto físicas como sociales, resaltando las consecuencias en el área educativa y familiar. También se abordaron los efectos y las consecuencias de la marihuana en las personas	La joven concluyó el proceso terapéutico con 4 meses sin consumo de marihuana o alcohol. Se graduó de noveno año en la modalidad educativa de "Nuevas Oportunidades" con amistades	<p>búsqueda de atención. Físicamente se había descuidado por el consumo, con poca confianza en sí mismo y en lograr controlar sus pensamientos y emociones, por lo tanto fue necesario abordar dichos aspectos.</p> <p>Los principales recursos del usuario fueron la disciplina y la constancia, cumpliendo con el proceso de forma idónea y alcanzando el cumplimiento de los objetivos. Se finalizó con mantenimiento del cese de consumo, seguridad en sí mismo y mejor vínculo afectivo con la hija y comunicación asertiva con la expareja.</p> <p>La participante es una adolescente de 15 años de edad que debe realizar cambios precipitados en su cotidianidad, tales como traslado de centro educativo, de residencia y de amistades, por lo tanto se considera que opta por estrategias de afrontamiento desadaptativas en el nuevo lugar al que se debe adaptar, lo cual al tratar de "calzar" en un grupo lleva al consumo de marihuana.</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
			(puros compartidos) durante 5 meses, ya que la primera vez que consumió experimentó sensaciones desagradables como supuestas "alucinaciones".	tomadas por iniciativa propia. Identificar los factores de riesgo y factores protectores de la joven y su contexto en cuanto a consumo. Fortalecer la confianza en sí misma de la joven. Reconocer las cualidades positivas propias de la usuaria, para con ello afirmar los avances alcanzados.	adolescentes, además de la prevención de recaídas, identificando situaciones de riesgo como lo son las amistades y dando psicoeducación sobre habilidades de afrontamiento y toma de decisiones. Fue importante evidenciar los planes a futuro, por ejemplo la importancia de retomar los estudios. Se hizo reconocimiento de las fallas tenidas al relacionarse con su grupo de pares y las cualidades positivas con las cuales cuenta para acercarse y tratar a las demás personas. Se facilitó psicoeducación respecto a la escucha activa en la comunicación familiar y emplear	nuevas y la reflexión de "no fui yo el problema cuando no me relacioné bien en los otros colegios", pues en dicha institución se logró adaptar bien, sin embargo reconoce que el relacionarse positivamente con las personas depende de su actitud y habilidades interpersonales. La joven consiguió negarse a un ofrecimiento de consumo por parte de un antiguo compañero de consumo. La joven cierra el proceso motivada para cumplir sus planes a futuro, sintiéndose más segura de sí misma y como ella indica "más madura" para tomar decisiones.	Hacia su familia presenta resentimiento, pues les responsabiliza por los cambios inesperados que tuvo que realizar, por ello aparecen conflictos regularmente en la casa; aunado a ello está el hermano con quien por la diferencia de edades y la protección que le dan los padres al niño, se da un constante "choque" y discusiones que dificultan la convivencia. La joven se mostró motivada y anuente a realizar cambios positivos en su estilo de vida y suspender el consumo de marihuana, lo cual posibilitó que el desarrollo del proceso se diera de forma comprometida y hubiese anuencia al tratamiento brindado, dicha motivación se ve influenciada por el deseo de cumplir las metas a futuro como obtener una profesión. El esquema de creencias de la joven evidencia un deseo de ser adulta y tomar sus propias decisiones y que estas fueran aprobadas, por ello explicó el inicio del consumo como una conducta propia de personas adultas, con ello quería dejar en evidencia que ya es "grande", lo cual refleja el rol que asume en el

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: Daniel. Edad: 15 años. Ocupación: Estudiante. Residencia: San Ramón.	Cesar consumo de marihuana, para lograr mejorar su rendimiento académico y concluir el ciclo lectivo.	Abuso de sustancias en etapa precontemplación.	El joven inicia consumo de alcohol, tabaco y marihuana en marzo del 2016, consumiendo más frecuente la	Conocer las características de consumo del menor. Identificar situaciones vulnerables	Se trabajaron las consecuencias (físicas, sociales y familiares) del consumo de drogas, principalmente en la etapa adolescente,	Mejóro significativamente la comunicación y relación madre-hija.	hogar donde es supervisada de cerca por la madre y el padrastro y tiene pocas libertades de elección. A nivel intrapersonal, la joven cuenta con recursos afectivos importantes, inteligencia, insight, autocrítica y autorregulación, y apertura al proceso, lo cual favoreció la dinámica de las sesiones. A nivel familiar, la madre en el proceso permitió un acompañamiento eficaz y mejoras en la comunicación y en el vínculo madre-hija, aspecto fundamental en el tratamiento, ya que la hija indicaba sentir lejanía y cierto rechazo en ocasiones por sus errores. El caso concluye con el cese de consumo, la joven se observa segura de sí misma y con objetivos claros para su futuro, además logra expresar con la madre sus necesidades y temores, lo cual le ayuda al manejo de sus emociones.
							Al inicio de la intervención el joven se mostraba con poca anuencia al proceso, hace breves comentarios y sólo responde a lo que se le pregunta, sin embargo a lo largo de las sesiones empieza a generar mayor apertura y narraciones

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Estado civil: Soltero. Número de sesiones: 8.			marihuana. Desde el primer consumo vuelve a consumir hasta dos meses después, llegando a consumir la mitad de un puro al día, siendo frecuente durante aproximadamente 4 meses.	respecto al consumo. Explorar la relación familiar y el rol del menor en el hogar. Evidenciar las implicaciones negativas que trae consigo el consumo de marihuana, principalmente en la adolescencia. Abordar los comportamientos violentos que el joven presentó ante las medidas disciplinarias de los padres.	además de los factores protectores y los factores de riesgo en el contexto del menor, para ello se identificó los lugares o personas que facilitan su consumo para luego señalar posibles herramientas que puedan evitar la recaída. También fue necesario proponer al joven que hiciera un balance de los pros y los contras de continuar el consumo de marihuana. Se explicó el proceso adictivo, detallando cómo funciona en el organismo el consumo de una droga y porqué se crea la adicción. Con ello incentivar en el joven un estilo de vida libre de drogas y saludable. También se hizo el reconocimiento de los cambios positivos	responsabilidad, en el rendimiento educativo y la aprobación del año lectivo. Se evidenciaron cambios positivos en cuanto a su comportamiento y la actitud, logró estabilizar sus conductas y no volver a presentar episodios de irritabilidad como los indicados al inicio del proceso cuando los padres le supervisaban o prohibían salir sólo.	detalladas, además demuestra mayor interés por la información que se le brinda e intenciones de cambio. El menor no consideraba el consumo de marihuana como un problema, sin embargo posteriormente logra mencionar situaciones desfavorables de su consumo como el bajo rendimiento académico luego de dicha conducta. Dentro de los recursos personales del participante se encuentra el deseo de conocimiento e información real, lo cual propició que hiciera preguntas respecto a la adicción y sus consecuencias, además de mantener aún apego a las reglas familiares y no quebrantar los límites que se le indicaban en el hogar a pesar de haberse expuesto a actos riesgosos como el hecho de servir de intermediario en la compra de marihuana. La familia se comprometió con el proceso, presentándose ambos padres en la mayoría de las sesiones, sin embargo se evidenció temor por parte de ellos a no lograr cambiar la situación de su hijo e ideas de pérdida de control por la etapa de desarrollo en la que este se

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					que el joven fue realizando, principalmente referentes a su conducta, la importancia de la comunicación asertiva y la toma de decisiones.		encuentra, además de inquietud por considerar que es muy difícil criar a un hijo varón, lo cual manifiestan al hijo con comentarios y castigo físico en algunas ocasiones. El proceso culminó con cambios significativos en el participante, principalmente a nivel conductual se observaron comportamientos responsables a nivel educativo y cambios conductuales positivos en la convivencia familiar, además se mostró receptivo a la información brindada y logró cesar el consumo.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14

*Casos individuales que no concluyeron el proceso*

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: David. Edad: 16 años.	Cesar el consumo de marihuana, ya que ello ha	Abuso de sustancias en etapa de precontemplación.	Inicia consumo de marihuana, alcohol y tabaco a los 15 años.	Conocer las características de consumo de marihuana del usuario.	Se le explicó las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en la	Se da disminución de la frecuencia de consumo de marihuana según lo expresado por	Este es un adolescente con poca presencia de figura de autoridad en su hogar, escaso acompañamiento en el proceso educativo y es el menor con gran diferencia de

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Ocupación: Estudiante. Residencia: Palmares. Estado civil: Soltero. Número de sesiones: 8.	desencadenado problemas de conducta y bajas en el rendimiento académico.		Marihuana es la droga de preferencia.	Motivar al cambio respecto al consumo. Brindar información sobre el proceso adictivo y consecuencias del consumo de drogas en la adolescencia. Fomentar espacios de comunicación asertiva a nivel familiar, en que el joven cumpla un rol activo.	adolescencia, y cómo se desarrolla el proceso adictivo. Fue importante identificar los factores de riesgo principales, como el caso de las amistades consumidoras, para evidenciar la importancia de evitar dicho contacto y la accesibilidad al consumo. Se promovió la motivación al cese de uso de sustancias psicoactivas, haciendo un balance de los pros y los contras de dicha conducta. Respecto a la dinámica familiar, se trabajó con el joven la comunicación asertiva y el control de impulsos agresivos cuando le señalaban o corregían sus acciones.	el menor y la madre. Hay mejor comunicación con la madre sobre emociones y permisos, y mayor comunicación entre ambas partes según lo expresado. El menor logra un mayor manejo de la ira y los impulsos agresivos, evitando confrontación.	edades respecto a sus hermanos, además se rodea de amistades consumidoras de drogas las cuales considera como "familiar". Al inicio del tratamiento en joven se presenta anuencia, ya que fue quien solicitó el abordaje, sin embargo con el paso de las sesiones se muestra indeciso y sin compromiso, finalizando el proceso sin lograr el cese y sin cambiar conductas significativas en pro de discontinuar el consumo de marihuana. Lo anterior se da reforzado por el esquema de creencias del menor, en el cual no se visualiza la droga como un problema, sino como un instrumento de escape y alivio de las emociones, además un espacio para compartir con amistades significativas. El joven presenta descuido en su apariencia física, y ello es un tema que genera discusiones con la madre. La respuesta familiar al proceso no es la óptima, ya que hay inestabilidad en la figura de autoridad del hogar, lo cual se refleja en la irregularidad en la asistencia a las sesiones familiares, generando dificultad de comunicación y en la

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
<p>Nombre: Elena.            Edad: 21 años.            Ocupación: Desocupada.            Residencia: Grecia.            Estado civil: Soltera.            Número de sesiones: 5.</p>	<p>Cesar el consumo de alcohol y crack, ya que ello ha llevado a inestabilidad emocional, problemas familiares y laborales.</p>	<p>Dependencia de sustancias en etapa de contemplación.</p>	<p>Inicia consumo de alcohol y marihuana a los 12 años, pero suspende el consumo de marihuana. Consume crack desde los 19 años. El crack es su droga de preferencia.</p>	<p>Conocer las características de consumo de drogas de la usuaria.            Dar apoyo emocional para iniciar el proceso, e evitar autoagresiones en la usuaria.            Identificar los factores de riesgo y los factores protectores de consumo de drogas.            Motivar al cese de consumo de drogas.            Fortalecer la confianza en sí misma para lograr mantener los avances que se</p>	<p>Para el caso era fundamental evidenciar las situaciones en que la usuaria recaía en consumo, por ejemplo cuando tenía discusiones con los padres o la pareja.            La pareja también es consumidor activo de ambas sustancias, por ello fue importante visibilizar el rol que éste jugaba en el mantenimiento del consumo, para ello se dio el espacio para que la usuaria discriminara si este</p>	<p>Se dio la disminución de la frecuencia y la cantidad de dosis de consumo durante la intervención.            Logró mejorar el manejo de ansiedad recurriendo a distractores.            Hay presencia de adquisición de conductas saludables como ingesta de agua y alimentos saludables.            Evita lugares de consumo</p>	<p>psicoeducación necesaria de brindar para el acompañamiento del menor.            El tratamiento finaliza tras la ausencia del joven a las citas, luego de reflejarle la necesidad de tomar decisiones y generar cambios en el consumo, lo cual se percibe como la indisposición a suspender el consumo.            La joven inicia el proceso luego de recientemente haberse autolesionado, lo cual se da en medio de problemáticas con sus padres. Es una adulta joven con pocas redes de apoyo, y antecedentes de consumo desde edad temprana, además fue madre adolescente y su hija fue dada a sus padres ya que por su consumo de drogas no pudo hacerse responsable. Al principio de la intervención aporta poco a las sesiones y se muestra triste, con el paso de las sesiones mejora su estado de ánimo aunado a la disminución del consumo y los periodos de abstinencia más prolongados que va alcanzando. Sin embargo emerge la problemática de la relación de pareja, generando en la usuaria la idea de separación.</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
				<p>obtenían en el proceso. Incentivar la aplicación de conductas propias de estilos de vida saludable.</p>	<p>era un factor de riesgo o protector en su proceso. Fue importante fomentar estilos de vida saludable en la usuaria, pues presenta condiciones de salud riesgosas, para ello se dio indicaciones de ejercicio y alimentación saludable.</p> <p>Para el manejo de la ansiedad se le indicó el uso de pasatiempos y realización de actividades al aire libre, lo cual fue implementando progresivamente, para con ello afianzar también la seguridad en el proceso y fortalecer la confianza en sí misma y los cambios que va logrando.</p>	<p>habituales y relacionarse con personas que frecuentaba durante el consumo.</p>	<p>En el caso se identifica escasa presencia de redes de apoyo, siendo este un factor de riesgo en la constante recaída en consumo, ya que la joven tiene poca relación con personas que le ayuden en el proceso, y pasa sola en la casa los días que no trabaja en la tienda del padre.</p> <p>El proceso no se completa luego de que la participante discontinúa las citas, sin embargo se conoce luego que continuó con la asistencia a las citas médicas.</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
<p>Nombre: Ariel. Edad: 44 años. Ocupación: Comerciante. Residencia: San Ramón. Estado civil: Soltero. Número de sesiones: 5.</p>	<p>Cesar el consumo de alcohol y cocaína, lo cual ha interferido negativamente en la estabilidad de su relación de pareja y ello repercute en sus emociones y abstinencia.</p>	<p>Dependencia de sustancias en etapa de preparación.</p>	<p>Inicia consumo de marihuana en la adolescencia, posteriormente consumió cocaína y alcohol hasta la actualidad. Consumo tabaco esporádicamente, y usó crack poco tiempo atrás. Cocaína es la droga de preferencia.</p>	<p>Conocer las características consumo de drogas del usuario. Motivar al cambio respecto al consumo de drogas. Identificar situaciones que detonan el consumo de drogas. Brindar herramientas para el manejo de emociones, principalmente las derivadas de la relación de pareja.</p>	<p>En el caso de Ariel fue fundamental esclarecer el vínculo que mantenía con su expareja, ya que durante el proceso la mujer continuaba en una relación con él pero a la vez no querían definirse como pareja pues habían pasado una separación difícil y quedaban rencores. Sin embargo la mujer y el hijo de esta eran la motivación al cambio que el paciente decía tener, por ello fue importante trasladar esa motivación hacia sí mismo y su bienestar y valor como persona. A la vez se debieron identificar las situaciones que se</p>	<p>Hubo disminución de la frecuencia de consumo de drogas, llegando a periodos de cese más prolongados. Se presentó mayor seguridad en sí mismo y motivación al cambio para su bienestar, logrando visualizar que él merece estar bien. El usuario mejoró el manejo de las emociones, logrando expresarse y no frustrarse de inmediato, además tomando positivamente y con calma el hecho de que su expareja</p>	<p>El participante es una persona con poca estabilidad en cuanto a apoyo, pues no se relaciona con su familia biológica, y las pocas amistades que tiene son personas consumidoras de drogas, lo único que le protege del consumo de drogas es la asistencia a una iglesia y al grupo de estudio de la biblia. Inicia el proceso buscando un cambio para recuperar a su pareja, lo cual fue necesario de esclarecer para iniciar la intervención y mantener la motivación, sin embargo con el avance en las sesiones se evidenció inestabilidad en la relación y necesidad de transportar esa motivación hacia sí mismo, con miras en sostener los avances realizados. Sin embargo no se dio una separación real, pues se disolvió la relación de pareja pero continuaron unidos laboralmente, considerándose el hecho como un factor de riesgo por posibles discusiones. Lo anterior podría debilitar los avances alcanzados, ya que el participante justifica su consumo con el mal manejo de emociones y los problemas económicos.</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					<p>convertían en factores de riesgo y tratarlas, como por ejemplo el manejo de las emociones y la frustración, para ello se recomendó la importancia de las redes de apoyo, las cuales eran muy escasas y únicamente contaba con el grupo religioso al que asistía, por ello se le motivó a continuar asistiendo y estudiando la biblia, pues él identificó que ello le ayudaba a manejar los momentos de crisis.</p> <p>Se instó a que el participante lograra manifestar sus emociones de forma asertiva, dando "tiempo" cuando se daba una situación que lo</p>	<p>decidiera terminar la relación de pareja.</p>	<p>Durante las sesiones el usuario muestra poca apertura a las recomendaciones y cierta actitud negativa hacia la retroalimentación que se le da. El tratamiento se caracterizó por inestabilidad o ausencia del usuario, quien abandonaba las sesiones y luego reprogramaba, lo cual dificultaba la secuencia del proceso, principalmente luego de recaídas en consumo. Se cerró el proceso por ausencia del participante sin concluir los objetivos propuestos.</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
<p>Nombre: Elías.            Edad: 31 años.            Ocupación: Maquinista.            Residencia: Palmares.            Estado civil: Soltero.            Número de sesiones: 4.</p>	<p>Cesar el consumo de marihuana, alcohol y tabaco, y lograr estabilidad física y emocional en el proceso de abstinencia.</p>	<p>Dependencia a sustancias en etapa de acción, ya que había logrado cambios significativos como suspender el consumo de marihuana.</p>	<p>Inicia consumo de alcohol a los 18 años, posteriormente consume marihuana desde los 29 años y tabaco ocasionalmente. La marihuana es la droga de preferencia.</p>	<p>Conocer las características de consumo de drogas del usuario.            Identificar los factores de riesgo y los factores protectores del consumo de sustancias.            Motivar al cese de consumo de drogas.            Brindar información sobre las implicaciones físicas y emocionales del consumo de drogas, y las características del síndrome de abstinencia.            Fomentar la práctica de ejercicio y tener una alimentación</p>	<p>descontrolaba, y así evitar los impulsos propios de emociones negativas, usar lenguaje asertivo y tonos adecuados, y realizar ejercicios de relajación.            El usuario se presenta con cese de consumo pero con descompensación física la cual atribuye al síndrome de abstinencia, además de temor por no comprender lo que pasa con su cuerpo, considerando la posibilidad de volver al consumo de marihuana para "estabilizarse". Por lo tanto en el tratamiento fue necesario brindar información sobre las características del proceso de</p>	<p>Mayor control de la ansiedad, usando técnicas de relajación y meditación.            El usuario logró la expresión de emociones y temores, logrando cambiar su estado de intranquilidad al iniciar el proceso.            Se alcanza el mantenimiento del cese de consumo durante tres meses al finalizar la intervención.</p>	<p>El usuario se presenta a la institución en periodo de abstinencia de varios meses, pero mostrando problemáticas de salud físicas que asocia a la suspensión del consumo de sustancias psicoactivas, lo cual le genera ideas de retomar el consumo para sentir "estabilidad" física.            El esquema de creencias que muestra el participante es ambivalencia respecto a su posicionamiento ante el consumo, pues suspendió el uso debido a querer cuidar su salud, pero al presentar síntomas físicos inesperados no sabe si mantener el cese de consumo de drogas, además es impulsivo a seguir recomendaciones de información que accede desde el internet, dejando de lado las indicaciones de profesionales. Lo anterior se evidencia al discontinuar el</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
				balanceada para apoyar el cese de consumo y el bienestar físico.	abstinencia, el cese de consumo, y la necesidad de cambios en el pensamiento ya que ello le generaba temores sobre su condición de salud y dificultaba el continuar el proceso. Fue necesario recomendar relajación, ejercicio, alimentación balanceada, y descanso suficiente para minimizar la ansiedad que estaba presentando. Se motivó al participante a mantener los cambios positivos que había logrado, y reforzarlos con conductas saludables, y actividades recreativas, además de la búsqueda de		tratamiento médico indicado y decidir seguir por cuenta propia el manejo de los síntomas. El proceso concluye con indicaciones por parte del participante de sentirse mejor y más "estable", a pesar de no cumplir las recomendaciones dadas, siendo un caso caracterizado por poca aceptación del tratamiento administrado.

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: María. Edad: 22 años. Ocupación: Desempleada. Residencia: San Ramón. Estado civil: Soltera. Número de sesiones: 4.	Cesar consumo de cocaína, pues afirma que el consumo está en aumento significativamente y le preocupa perder el control, además desea retomar sus estudios y encontrar un trabajo estable y seguro.	Dependencia de sustancias en etapa de contemplación, pues identifica el problema pero no logra realizar cambios.	La joven inició consumo de alcohol entre los 15 y 16 años de edad, y a partir de los 20 años consume cocaína frecuentemente, sólo en una ocasión ha dejado de consumir por 3 meses pero retomó el consumo y desde ello ha sido regular.	Identificar las características del consumo de la usuaria. Motivar al cambio en cuanto al cese de consumo. Reconocer los factores de riesgo de consumo y los protectores. Brindar herramientas para prevenir recaídas. Evidenciar como la pareja y la socialización con sus amistades era el principal factor de riesgo de consumo actual.	apoyo espiritual como red de apoyo.  Se exploraron las circunstancias que propician el consumo en la usuaria. A la vez se promovió realizar cambios necesarios para minimizar o evitar las situaciones que favorecen el consumo activo, por ejemplo evitar las constantes salidas con las amistades consumidoras y procurar frecuentar nuevos espacios en los cuales no tuviese accesibilidad al consumo. También fue importante tratar el tema de la relación de pareja con el fin de esclarecer lo que la joven deseaba	La participante alcanzó la disminución de frecuencia de consumo, con tiempos de abstinencia más prolongados de lo que estaba alcanzando anteriormente. También se logró la adquisición de hábitos sanos y beneficiosos para cesar el consumo de drogas como: ejercicio físico, ingerir agua regularmente, comer saludable, dormir al menos 8 horas diarias, realizar actividades recreativas que	La joven inicia el proceso con intención de cambio y motivación, ya que dice no desear seguir con el consumo de cocaína, pues considera que no lo está logrando controlar y se está convirtiendo en un problema. Sin embargo se identifica que su principal riesgo de consumo es a nivel social, pues la facilidad para hacerlo es en el ambiente de su círculo de amistades, el cual no está del todo convencida de querer dejar pues tampoco le gusta estar lejos del grupo y reconoce que le es muy difícil estar junto a quienes consumen y lograr no hacerlo, sin embargo durante el proceso afirma haber logrado rechazar ofrecimientos. La participante cree que parte del ambiente de fiesta con los/as amigos/as es el consumo de alguna droga, por ello considera muy difícil controlar dicha conducta mientras comparte con ellos/as, lo cual hizo fundamental el entrenamiento en habilidades de afrontamiento de las contingencias de consumo, tanto lo emocional

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					hacer, si continuar o desistir del noviazgo, y visualizar si dicha relación tenía impacto en las conductas de consumo. Se habló de los planes a futuro para concluir los estudios o prepararse con intención de acceder a un trabajo seguro y estable.	le mantengan ocupada.	como lo social, minimizando el compartir con personas consumidoras y buscando alternativas de recreación sanas. Aunado a lo anterior, la joven pasa por un periodo de incertidumbre con una relación de pareja reciente, en la cual el novio también es consumidor y le genera mucha inestabilidad emocional, lo cual se identifica como un factor de propensión al consumo de drogas, sin embargo cuando logra terminar la relación tiene una recaída luego de alcanzar un periodo de abstinencia más prolongado de los que regularmente tenía antes de iniciar el tratamiento. La participante discontinúa el proceso casi al finalizar el mismo, ya se le había referido a la psicóloga de la institución para continuar el tratamiento con previa autorización de su parte, sin embargo no se presentó a la última cita acordada.
Nombre: Gael. Edad: 16 años. Ocupación: Estudiante. Residencia: Palmares.	Cesar el consumo de marihuana.	Abuso de sustancias en etapa de precontemplación, pues el joven no logró visualizar el consumo como un	Inicia consumo de marihuana, alcohol y tabaco a los 15 años.	Conocer características de consumo de marihuana usuario.	las Por parte del menor no hubo disposición al tratamiento, ya que no reconocía una problemática de	Se lograron espacios de comunicación asertiva en la familia según lo indicó el menor	El participante es un adolescente con poca autoridad y disciplina desde el hogar, es repitente en el sistema educativo y no muestra interés por dejar el consumo de marihuana, indica que no hay nada

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Estado civil: Soltero. Número de sesiones: 4.		problema y no tuvo intención de realizar cambios al respecto.	Marihuana es la droga de preferencia.	Motivar al cese de consumo de marihuana. Informar sobre el proceso adictivo y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Visualizar la necesidad de cumplir las reglas de convivencia familiar.	consumo. Por ello las intervenciones se centraron en conocer las características de su consumo y el sistema familiar en que se desarrolla el joven, mientras que se le brindaba información sobre las consecuencias del consumo de marihuana en la etapa de la adolescencia. También se abordó el tema de límites y disciplina desde el menor, lo cual era un punto débil en el proceso pues la madre no logró recuperar el lugar de figura de autoridad que fue tomado por los abuelos desde sus primeros años de vida, por lo tanto el joven no respetaba las indicaciones de la madre y no hizo	y la madre, y hubo disminución en los enfrentamientos de palabra con la hermana menor, lo cual era frecuente según lo indicado en sesión.	“malo” en ello y lo hace con sus amistades. Durante todo el proceso el menor nunca tuvo intención de cambio en sus conducta de consumo, por lo tanto sus aportes fueron mínimos y únicamente respondía lo que se le solicitaba, no hizo cambios respecto a las recomendaciones dadas en el tratamiento. A nivel familiar se identifica un hogar monoparental dirigido por una madre sin autoridad, lo cual dificulta el acompañamiento para el proceso Se finaliza la intervención por ausencia del menor a las citas y la negativa a recibir atención del servicio de medicina, lo cual deja al proceso sin cumplir los objetivos.

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
<p>Nombre: Erick.            Edad: 17 años.            Ocupación: Estudiante.            Residencia: San Ramón.            Estado civil: Soltero.            Número de sesiones: 3.</p>	<p>Cesar el consumo de marihuana e incentivar cambios positivos para realizar sus planes a futuro.</p>	<p>Uso de sustancias en etapa contemplativa, ya que el joven consumió poca cantidad de droga y al inicio del proceso ya había descontinuado su uso.</p>	<p>Inicia consumo de alcohol, marihuana y tabaco a los 17 años.            No presenta ninguna droga de preferencia.</p>	<p>Conocer las características de consumo de marihuana del usuario.            Identificar factores que incidieron en que se diera el consumo de droga.            Explorar la dinámica familiar, roles y manejo de límites.</p>	<p>cambios conductuales según se le recomendaron.</p> <p>El joven inició el proceso indicando que su consumo fue un error, que no tenía intención de continuar, por ello se le dio psicoeducación respecto al proceso adictivo y a las consecuencias del consumo de marihuana. También fue importante ahondar en el tema familiar, principalmente en vínculo con la madre, con la cual indicó no tener buena relación pues ella tiende a querer dominar todo, y no poseen una comunicación asertiva, por ello en la última sesión</p>	<p>Se logra el mantenimiento del cese de consumo de marihuana.            El joven alcanza una visualización de metas a futuro y finalización del colegio, lo cual sirve para afianzar sus planes a futuro y los pasos a dar para cumplirlos.</p>	<p>Es un adolescente con actitud madura y de buenas calificaciones académicas, está en la finalización de su bachillerato de secundaria, inició el consumo por “probar” y de forma ocasional, por lo tanto no continuó el consumo de marihuana. El menor inicia el tratamiento con apertura y aceptación, indicando que lo sucedido fue un hecho que no se repetirá pues fueron decisiones irresponsables. Durante el proceso el joven manifiesta que sabe que el consumo de drogas es un problema, que únicamente lo hizo por probar ante la posibilidad de hacerlo, pero no es algo que le atraiga, a la vez presenta apertura a recibir información sobre el proceso adictivo. Respecto al acompañamiento familiar, sus padres están separados y vive con su madre, lo cual para él es una situación incómoda e insostenible por ello decide irse con el padre. Ambas</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					informó que se iría a vivir con el padre con el cual indica tener una buena relación. Durante las sesiones se trabajó los planes a futuro, principalmente a nivel educativo pues el menor estaba por concluir la secundaria e indicó deseos de ir a la universidad, lo cual se convierte en su motivación para continuar sin consumo de marihuana pues identificó que había bajado el rendimiento académico en el periodo de consumo.		figuras son de autoridad para el menor, sin embargo admite tener mejor relación con el padre. El proceso culmina sin realizar el cierre, pues el menor no se presenta a la última sesión acordada, sin embargo el caso sería dado de alta al no identificarse aspectos a tratar y acabarse el tiempo de práctica profesional.
Nombre: Erika. Edad: 23 años. Ocupación: Desocupada. Residencia: San Ramón.	Cesar el consumo de alcohol y crack.	Dependencia de sustancias en etapa de contemplación, pues presenta varios años en consumo activo, reconoce el	Inicia consumo de tabaco y alcohol a los 15 años. A partir de los 17 años consume	Conocer las características de consumo de drogas de la usuaria.	El principal factor que influye en la conducta de consumo de la joven son las pocas redes de apoyo,	Se dio una disminución de frecuencia de consumo de drogas en la joven,	Se trata de una adulta joven con consumo de drogas desde que era menor de edad, con escasas redes de apoyo y en medio de un contexto facilitador al consumo por

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Estado civil: Número de sesiones: 3.		problema y desea realizar un cambio.	cocaína, y desde los 20 años crack. El crack es la droga de preferencia.	Motivar al cambio respecto al consumo de drogas. Identificar los factores de riesgo y los factores protectores de consumo. Promover la búsqueda de redes de apoyo.	pues las amistades que tiene son consumidoras, y la joven tiene mucho tiempo libre ya que no estudia ni trabaja y vive únicamente con sus abuelos. Se abordó el manejo de ansiedad desde el control y el cambio de pensamiento para evitar el consumo, se recomendó el uso de distractores y la realización de actividad física, además de intentar incorporarse a grupos activos de la comunidad (religiosos, sociales, deportivos, etc). Se evidenciará la incidencia de los reforzadores sociales en el proceso adictivo y su mantenimiento, para ello la joven	alcanzando periodos más prolongados de cese. Logró cambios conductuales a nivel de interacción con personas consumidoras, logrando dejar de visitar lugares de anterior consumo habitual y de comunicarse con amistades consumidoras.	sus amistades y los antecedentes familiares. La joven buscaba recibir el tratamiento, ya que anteriormente había sido atendida pero no logró mantener en cese. Desde que inicia el proceso comunica que quiere ser tratada también por el servicio de medicina pues reconoce la necesidad de recibir tratamiento farmacológico ya que no logra manejar la ansiedad del deseo de consumo, sin embargo pierde la cita con medicina y discontinúa el tratamiento antes de lograr concretar otra cita con medicina. La usuaria manifiesta que le es difícil compartir con amistades sin consumir drogas, pues ha sido algo recurrente. A nivel familiar tiene el apoyo de sus abuelos, no convive con sus padres quienes tienen antecedentes de consumo problemático de sustancias psicoactivas, lo cual se considera como uno de los factores de riesgo, pues ha crecido en ambientes con exposición a dicha problemática. Durante el proceso se evidencia que la joven cuenta con pocas habilidades interpersonales, mostrando necesidad de apoyo y

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					identificó las amistades, lugares y emociones que están directamente relacionadas con sus recaídas. También se instó a retomar los estudios o buscar algún trabajo seguro que funcione como parte del tratamiento, y que le motive a visualizarse a futuro.		poca seguridad en lograr controlar sus pensamientos y conductas relacionadas a la adicción. El proceso se cierra de forma inesperada, pues la joven primeramente era responsable con sus citas, e inesperadamente no asiste más dejando inconcluso el tratamiento.
Nombre: Miguel. Edad: 66 años. Ocupación: Reciclador. Residencia: San Ramón. Estado civil: Divorciado. Número de sesiones: 3.	Cesar consumo de alcohol, ya que había logrado un periodo de abstinencia prolongado y recientemente había tenido una fuerte recaída en consumo.	Dependencia de sustancias en etapa de preparación al cambio.	El usuario indica que prueba el alcohol por primera vez a los 8 años de edad, ya que su padre le da a probar mientras lo acompaña en el trabajo, inicia consumo activo desde los 15 años con un amigo consumidor y a partir de los 21 años se da el	Conocer las características de consumo y historia adictiva del usuario. Identificar las situaciones riesgosas y factores de protección. Facilitar el entrenamiento de prevención de recaídas.	Se trabajó la historia adictiva del paciente y los planes a futuro, ya que se encontraba en una etapa de reorganización de su vida con apoyo de una hija. Fue muy importante psicoeducar en los hábitos de vida saludable y sin consumo de sustancias psicoactivas,	El usuario contacta a los grupos de "Alcohólicos Anónimos" para tratar de integrarse nuevamente. El participante da seguimiento de las recomendaciones en cuanto a la alimentación saludable.	El participante es una persona muy solitaria, con historia de consumo de alcohol desde temprana edad y con fuerte problemática, lo que lo llevó a estar en callejización temporalmente, perder su familia y dificultades económicas. El usuario se presenta con motivación al cambio y anuencia al proceso, ya que recientemente había experimentado una recaída en consumo de alcohol luego de varios años en abstinencia, por ello desea llevar un acompañamiento profesional que le permite afianzar

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
			consumo problemático de alcohol. Desde esa edad ha mantenido la dependencia de consumo, sin embargo ha logrado periodos de abstinencia prolongados con etapas de mantenimiento de 7 años.	Abordar problemáticas del pasado personal y familiar que influyen en emociones e inciden en consumo alcohol.	las fomentando a del realización de actividad física que acorde y sus alimentación e balanceada, además de chequeo médico de regular. Se dieron estrategias para evitar las recaídas, principalmente enfocadas en cambios conductuales en los momentos en que se pudiese presentar la ansiedad de consumo. También se abordó brevemente situaciones personales y familiares que el usuario mencionó, tales como: infidelidad de su esposa en los primeros años de matrimonio, el mal trato recibido por su padre, la indiferencia de sus	Se logra la expresión de problemáticas pasadas que aún le afectan con el fin de liberar las emociones y sentimientos que ellas le generan actualmente.	herramientas obtenidas anteriormente y conocimientos nuevos para lograr cesar el consumo de forma prolongada nuevamente. Las creencias del adulto mayor respecto al consumo se basan principalmente en que estas son un “desahogo” al sufrimiento en algunas ocasiones, y que su vida ha sido marcada por rechazos de personas importantes para él como lo fue su padre, su exesposa y sus hijos, y que quizá esos sentimientos aún no los ha superado y continúan incidiendo en su enfermedad adictiva, además justifica el inicio del consumo de alcohol con el hecho del fácil acceso de un hombre al consumo problemático, a la vez ello se convierte en un comportamiento común para su vida. El usuario tiene motivación para continuar adelante, evidencia un ánimo positivo y habilidades interpersonales, además conoce de antemano técnicas de afrontamiento al consumo, sin embargo reconoce la necesidad de abordar temáticas de su pasado para lograr seguir su proceso de

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					hijos y la situación económica en que se encontraba. Todo lo anterior se identifica como aspectos vulnerables de la historia de vida del participante que continúan afectando su mantenimiento en abstinencia del consumo de alcohol.		recuperación. La familia del participante no tiene vínculos con él desde hace varios años, únicamente se relaciona con la hija que le acompaña ya que ella considera que es importante darle apoyo y oportunidades de que este continúe su vida con una condición de calidad. El proceso finaliza de forma inesperada, ya que el participante se ausenta de una cita y no la reprograma, lo cual deja sin cumplir la totalidad de los objetivos terapéuticos.
Nombre: Leo. Edad: 25 años. Ocupación: Desocupado. Residencia: San Ramón. Estado civil: Soltero. Número de sesiones: 3.	Cesar el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y crack.	Dependencia de sustancias en etapa de preparación, pues el usuario muestra interés en realizar cambios específicos en su conducta de consumo.	Inicia consumo de tabaco a los 11 años, a los 14 años empieza a consumir marihuana y alcohol. A los 16 años consume "chino" (piedra y tabaco) y luego bazuco. Desde los 21 años consume crack. El crack es la droga de preferencia.	Conocer las características de consumo de drogas del usuario. Identificar factores de riesgo y factores protectores del consumo de drogas. Motivar al mantenimiento del cese de consumo de drogas. Brindar apoyo emocional por la separación del hijo desde hace varios años.	El caso se centró en la prevención de recaídas, ya que el usuario estaba sin consumo y tenía antecedentes de internamientos, por lo tanto manejaba algunos conocimientos sobre manejo de ansiedad y craving. Para ello fue importante identificar las situaciones vulnerables, siendo	Se alcanzó el mantenimiento del cese de consumo de tres meses posterior a salida de la cárcel. Empezó a realizar ejercicio físico y actividades recreativas en el hogar para el manejo de la ansiedad. Pudo expresar sus	El joven asistió al proceso con intención de recibir soporte emocional y reforzamiento de las conductas de cambio que ya estaba aplicando, ya que tenía conocimiento de estrategias de afrontamiento por procesos previos que había llevado a lo largo de sus años de consumo de drogas. Se identificó la separación del hijo como el principal detonante a la recaída en consumo, ya que se sentía imposibilitado para verlo y su hijo era su motivación para el cambio. El participante indicó sentir mucha presión por mantenerse sin

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
				Reforzar los conocimientos del usuario sobre prevención para su oportuna aplicación.	la principal la imposibilidad de ver a su hijo, ya que no podía darle apoyo económico. Se trabajó el cambio conductual iniciando por el cambio en el pensamiento, donde el joven debía visualizar los logros a mediano y largo plazo, con condiciones de evitar su acceso a personas y lugares con facilidad al consumo de drogas, además de no poder trabajar próximamente, y mediar con su expareja para comunicarse con el hijo vía telefónica. También fue importante psicoeducar sobre la importancia de cesar el consumo de drogas lícitas e ilícitas, ya que él	la principal la sentimientos respecto a la separación de su hijo, reconociendo el deseo de verlo pero el impedimento por sus comportamientos y la limitación económica.	consumo y ello incrementaba su ansiedad de consumo, llevándolo a aprobar la ingesta de alcohol como un “permiso” para continuar, sin embargo se le indicó que dichas conductas no favorecían el proceso. A nivel familiar cuenta únicamente con el apoyo de su hermana, pero ella permanece en otro lugar por el trabajo, lo cual lo hace estar únicamente con una sobrina, no presenta redes de apoyo seguras que fortalezcan el proceso y disminuyan los riesgos de recaída.  Las intervenciones se discontinúan cuando el joven informa que saldrá a trabajar en las calles para poder dar dinero al hijo, se le indica que ello es un riesgo y que aún no era recomendable, sin embargo era una decisión tomada. Con lo cual no se logró abordar más aspectos relevantes de tratar.

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: Josué. Edad: 34 años. Ocupación: Constructor. Residencia: Palmares. Estado civil: Casado. Número de sesiones: 3.	Cesar el consumo de alcohol, cocaína y tabaco.	Dependencia de sustancias en etapa de contemplación, ya que logra identificar el problema pero aún no iniciaba los cambios respecto al consumo.	Inicia consumo de alcohol a los 13 años, de cocaína a los 32 años y tabaco en los últimos meses. Alcohol es la droga de preferencia.	Conocer las características consumo de drogas del usuario. Motivar al cambio respecto al consumo de drogas. Identificar situaciones que detonan el consumo de drogas. Brindar abordaje a antecedentes de abuso sufridos en la infancia.	consideraba que algunas podían ser más permitidas para manejar la abstinencia de las demás drogas. Se le recomendó la realización de actividades distractoras para la ansiedad, que pudiese hacer en la casa, además de ejercicio físico y mejorar la alimentación.  El usuario indica que su relación con el consumo de sustancias está ligado a problemas emocionales desde la infancia, donde sufrió abuso dentro de su familia, los cuales no fueron atendidos, y sólo logró verbalizar con su pareja, pero que continuaba sin lograr superar. Por ello las sesiones se	Se mejora la comunicación con la pareja, logrando resolver las diferencias que llevaron a la separación y que estaban influidas por la problemática del consumo de alcohol. El participante regresó al hogar luego de un	El participante solicitó recibir la ayuda ya que reconoció que el consumo de alcohol estaba siendo descontrolado, ello influido por las situaciones familiares e inestabilidad emocional, la cual hace referencia desde su infancia con los abusos que no fueron tratados y que continúan afectándole. A nivel personal el usuario se muestra ansioso y preocupado, sin embargo no evidencia la apertura necesaria para tomar las indicaciones que se le dan respecto

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
				Facilitar estrategias de comunicación asertiva, específicamente enfocadas en la dinámica familiar del usuario.	centraron en brindar un espacio en que se pudiese expresar sobre lo ocurrido y cómo esto continúa afectando se vida, para con ello abordar la problemática y permitir la expresión de emociones guardadas desde muchos tiempo atrás. El participante estaba separado de su familia al iniciar el proceso, por ello se indagó los motivos y se trató de buscar medidas de cambio relacionadas con el consumo de alcohol, motivo por el cual se separaron, además de buscar alternativas de comunicación familiar como la	separación. Alcanzó un sentimiento de tranquilidad por manifestar situaciones de abuso en la infancia que no había logrado comunicar. Logró el inicio del proceso de abstinencia de alcohol y realizó búsqueda de grupos de apoyo en Alcohólicos Anónimos.	a cambios conductuales, lo cual dificulta los avances. El proceso culmina con el abandono repentino de la asistencia a las citas, lo cual hace que no se cumplan los objetivos terapéuticos, pues se había evidenciado mejoras principalmente a nivel emocional en el usuario, sin embargo faltó abordar y profundizar temáticas fundamentales de la problemática de adicciones y de las particularidades del caso dado el abandono temprano del proceso.

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: Sergio. Edad: 16 años. Ocupación: Estudiante. Residencia: Palmares. Estado civil: Soltero. Número de sesiones: 2.	Cesar el consumo de marihuana y dar psicoeducación para que se disminuyan las conductas agresivas.	Dependencia de sustancias en etapa de precontemplación, ya que el menor no muestra intención de cambio en cuanto a su consumo de marihuana.	Inicia consumo de alcohol a los 13 años, a partir de los 14 consume marihuana y a los 16 inicia consumo de tabaco. La marihuana es la droga de preferencia.	Conocer las características de consumo de marihuana del usuario. Identificar los factores de riesgo y los factores protectores de consumo de marihuana. Brindar información sobre el proceso adictivo y consecuencias del consumo de drogas en la adolescencia. Motivar al cambio respecto al consumo de marihuana. Abordar el tema de las conductas agresivas que ha presentado el menor.	escucha activa y asertiva, los espacios de reflexión y la mediación para resolver conflictos. El joven asistió a las sesiones por insistencia de sus padres, dado que el menor no consideró que el consumo fuese un problema por tanto no hizo cambios significativos en su consumo de marihuana, sin embargo se le explicó el proceso adictivo y las consecuencias del consumo de drogas. Respecto a las conductas agresivas que los padres reportaron, se indagó al respecto y se le brindaron herramientas para tratar de evitar las discusiones, dar espacio para	Se presentaron algunos cambios conductuales en cuanto al manejo de impulsos de agresividad o formas de responder en el hogar, según lo afirmó la madre del menor. Hubo una disminución de salidas nocturnas con sus amistades y empezó a regresar más temprano al hogar.	El joven es un adolescente con dependencia de consumo de marihuana, asiste a la secundaria en horario nocturno y es repitente, no ve el consumo de drogas como un problema. Llegó a la primera cita sin realmente saber de qué se trataba, sin embargo se mostró anuente y respondió positivamente durante la sesión, no obstante se evidenció que no presentaba disposición al cambio en cuanto a la conducta de consumo de drogas lo cual reducía la posibilidad de abordaje, sin embargo se trabajó las consecuencias de dicha conducta y la experiencia propia del participante para generar motivación al cambio. Las creencias del joven respecto al consumo se fundamentan en no generarle daños, simplemente ser conductas cotidianas y de compartir con amistades, lo cual no le insta a cambiarlas, únicamente sus padres son quienes le provocan disgustos por ello.

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: Darío. Edad: 39 años. Ocupación: Transportista. Residencia: San Ramón. Estado civil: Casado/separado. Número de sesiones: 2.	Cesar el consumo de alcohol.	Dependencia de sustancias en etapa contemplativa, ya que tiene antecedentes de consumo desde la adolescencia y a pesar de considerar que ello es un problema para su salud, no logra concretar cambios en dicha conducta.	Inicia consumo de alcohol a los 15 años, y posteriormente consumió tabaco y cesó el consumo hace 6 meses. Probó marihuana pero no fue consumidor activo. El alcohol es la droga de preferencia.	Conocer las características del consumo de alcohol del usuario. Motivar al cambio respecto al consumo de alcohol. Identificar situaciones o factores de riesgo que detonan el consumo y darles tratamiento. Dar abordaje al tema de la separación de pareja. Fomentar estilos de vida saludable en el usuario.	escuchar y ser escuchado, identificar momentos de enojo y buscar soluciones alternativas a los impulsos de agresividad.  El participante convive desde hace unos meses únicamente con su padre quien es alcohólico, por ello fue fundamental tratar la motivación al cese desde los pros y los contras del consumo, y también evidenciando las consecuencias físicas negativas que le ha traído el consumo de sustancias psicoactivas. A la vez se abordó los factores de riesgo	Se evidenciaron pequeños cambios conductuales en cuando a los factores de riesgo de consumo, tales como evitar lugares de consumo frecuente. El usuario retomó la comunicación con la esposa de la cual estaba separado desde unos meses anteriores.	El menor presenta descuido de su apariencia física y bajo rendimiento académico, lo cual los padres asocian al consumo pero el menor no admite relación en ello. El proceso únicamente se compuso por dos sesiones, donde el joven no mostró interés ni compromiso hacia el tratamiento, lo cual responde a su negativa a aceptar una problemática de consumo.  El usuario asiste a la terapia solicitando tratamiento farmacológico por no lograr controlar el síndrome de abstinencia y la ansiedad que experimenta, afectándole en el área laboral, por lo cual se remite al servicio de medicina. Las creencias del participante respecto a las drogas son ambivalentes, ya que desea dejar el consumo pero a la vez ingiere alcohol para "sentirse bien" y poder trabajar, además de que lo utiliza para socializar. Indica que su inestabilidad ha incrementado luego de la separación de la esposa, generándole dificultades para lograr el cese de consumo. Durante las sesiones el participante se muestra poco receptivo a las

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
<p>Nombre: Emilio.  Edad: 20 años.  Ocupación: Desocupado.  Residencia: Naranjo.  Estado civil: Soltero.  Número de sesiones: 2.</p>	Cesar el consumo de marihuana.	Dependencia de sustancias en etapa de preparación, ya que el joven muestra anuencia y receptividad a las indicaciones que se le dan, e indica que en esta ocasión busca la ayuda por voluntad propia pues desea	Inicia consumo de alcohol y marihuana a los 14 años, consume tabaco a partir de los 15 años. Marihuana es la droga de preferencia.	Conocer las características de consumo de marihuana del usuario. Identificar los factores de riesgo y los factores protectores de consumo de marihuana.	<p>como lo son el tipo de trabajo que realiza, la convivencia con su padre, la separación de la esposa y las pocas redes de apoyo, con el fin de realizar cambios en las áreas que influyen en el mantenimiento de la conducta adictiva.</p> <p>También se recomendó la alimentación saludable y la implementación de ejercicio físico de manera sistemática.</p> <p>El joven presentaba pocas redes de apoyo por separación de su familia y abandono de los estudios dada su limitación económica. Por ello se identificaron las situaciones vulnerables para</p>	<p>Se logró la aceptación de tratamiento médico para acompañar el proceso de abstinencia.</p> <p>El joven alcanza una disminución de frecuencia de consumo,</p>	<p>recomendaciones que se le brindan y da respuestas negativas respecto a cambios que se le sugieren en cuanto a la alimentación, el ejercicio y las conductas de riesgo de consumo.</p> <p>Descontinúa el proceso luego de dos sesiones sin lograr cambios significativos y avances en cuanto al consumo, sin embargo indicó haber logrado disminución en los niveles de ansiedad.</p> <p>El joven inicia el proceso por motivación propia, e indica que a diferencia del proceso anterior que había llevado por petición de sus padres cuando era menor de edad, ahora quiere cesar el consumo pues reconoce sus implicaciones a nivel físico.</p> <p>El participante presenta pocas habilidades interpersonales, admite que le cuesta relacionarse</p>

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
		cumplir sus metas y cuidar su salud.		Brindar herramientas que mejoren la comunicación con la familia. Incentivar el ampliar las redes de apoyo del joven.	buscar soluciones, como el caso de evitar estar gran parte del tiempo solo y desocupado, mejorar las relaciones familiares con miras a regresar al hogar, ello con el uso de comunicación asertiva y expresión de emociones. También fue importante impulsar la realización de ejercicio físico y la alimentación saludable, ya que se evidenciaba afectación a nivel físico por el fumado. Respecto a los planes a futuro se incentivó la continuación con los estudios, aspecto que motiva al joven pues considera que al regresar al hogar	suspendiendo el fumado de tabaco y marihuana por mayor tiempo. Se da la realización de ejercicio físico y mejoras en la alimentación. Hay acercamiento a la familia, con intención de regresar a al hogar luego de vivir solo una temporada por los problemas que ha traído el consumo de marihuana.	con las personas y ello le ha caracterizado por mucha inseguridad, por ello las personas con las que empezó a relacionarse en el colegio eran consumidoras y allí empezó el consumo de marihuana, además dice no sentirse querido por sus padres y ello ha desgastado la relación. El caso únicamente se compone de dos sesiones pues la madre habla con el joven para llevarlo a consulta privada luego de conocer que el proceso es parte de una práctica y sólo cumpliría una cantidad de sesiones al terminar el periodo de la práctica, siendo probable que deseasen una intervención prolongada.

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
					<p>podría seguir estudiando con el apoyo de sus padres, ya que no tendría que pagar alquiler del departamento donde vive.</p> <p>Se le instó a realizar actividades recreativas y participar en grupos de apoyo, lo cual le permita interactuar y tener mayor acompañamiento en el proceso.</p>		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15

*Casos individuales que asistieron a una sesión y discontinuaron el proceso*

Caso atendido	Motivo de consulta	Diagnóstico de consumo y etapa de cambio	Historia adictiva	Objetivos del proceso	Aspectos trabajados en psicoterapia	Logros obtenidos	Análisis e integración del caso
Nombre: Laura. Edad: 21 años. Ocupación: Desocupada. Residencia: Grecia. Estado civil: Soltera. Número de sesiones: 1.	Cesar el consumo de marihuana, alcohol y tabaco.	Dependencia de sustancias en etapa de precontemplación, pues la usuaria se presenta por cumplir con la referencia del PANI y no porque ella decidiese buscar la ayuda.	Inicia consumo de tabaco a los 13 años, prueba en una ocasión crack a los 14 años. Inicia consumo de alcohol a los 15 años, de marihuana desde los 17 años. No indica droga de preferencia.	Conocer las características del consumo de drogas de la usuaria. Motivar al cambio respecto al consumo de drogas.	La usuaria se presenta con una referencia del Patronato Nacional de la Infancia (PANI) dado que vive con sus hijos y fue denunciada anónimamente por su consumo de drogas, por ello se abordó las características del consumo y las consecuencias que dicha conducta trae a nivel físico, familiar y social. Con ello se buscó motivar al cese de consumo, y se explicó que la referencia para recibir un tratamiento sobre adicciones es para evaluar si sus hijos se encuentran en un hogar seguro.	No se visualizan logros pues solo se concretó una sesión.	La joven se presenta a la institución por solicitud del PANI, sin embargo primeramente dice sí querer llevar el proceso, pero su discurso indica no visualizar su ingesta de sustancias psicoactivas como un problema. La usuaria niega las situaciones por las cuales interpusieron la denuncia en la institución. Durante la sesión minimiza la problemática de consumo y no muestra apertura para recibir información y recomendaciones. Se le brinda una segunda cita a la que no se presenta, lo cual se interpreta como características propias de la etapa de precontemplación y el poco compromiso con el proceso.
Nombre: Pablo. Edad: 34 años. Ocupación: Ebanista.	Cesar el consumo de tabaco.	Dependencia de sustancia en etapa de contemplación, pues identifica el problema pero no había logrado	Inicia consumo de tabaco a los 15 años y de alcohol a los 19 años. Consume cocaína desde los	Conocer las características del consumo de tabaco del usuario.	Primeramente se indagó las características de consumo y antecedentes	se visualizan los logros ya que sólo se realizó una sesión.	Durante la única sesión realizada el usuario se muestra interesado en realizar el proceso, indica que ha logrado dejar el consumo

Residencia: Palmares. Estado civil: Casado. Número de sesiones: 1.	hacer cambios significativos.	21 años y posteriormente bazuco a los 25 años, pero suspende consumo de ambas. El tabaco es la droga de preferencia.	Identificar los factores de riesgo y los factores protectores de consumo de tabaco. Brindar herramientas que faciliten el cese de la conducta adictiva.	consumo de las otras drogas, las cuales superó por propia voluntad. Se le brindó al usuario información sobre las características del consumo de tabaco y los beneficios del cese, además se mencionaron algunas de las herramientas conductuales que pueden ayudar al cese de consumo, como lo son evitar los espacios de consumo frecuente tanto en el área de trabajo como en el hogar, usar distractores como chicles o un lápiz en la mano, comer saludable e ingerir cítricos, dormir al menos 8 horas diarias, realizar pasatiempo, implementar ejercicio físico de baja magnitud, hacer un ritual de despedida del cigarrillo.	de otras sustancias por cuenta propia pero el tabaco no ha sido posible, por ello recurre a recibir ayuda profesional. De inmediato se le hacen sugerencias sobre métodos eficaces para lograr dar el paso al cese y mantenimiento de la abstinencia, el participante se comporta receptivo a la información y con motivación a continuar el proceso, indica que también su familia es un apoyo importante para lograrlo. El participante presenta características positivas para el proceso como interés, facilidad de expresión y reconocimiento de las consecuencias del fumado, sin embargo no se presenta a la siguiente cita ni reprograma, lo cual deja dudas en cuanto al motivo por el que suspendió el tratamiento.		
Nombre: Samuel. Edad: 36 años. Ocupación: Maquinista.	Cesar consumo de marihuana, alcohol, tabaco, cocaína y crack, y tener un mejor manejo de sus	Dependencia múltiple de sustancias y en etapa de contemplación ya que no ha logrado modificaciones	Inició consumo de alcohol a la edad de 12 años, posteriormente consume tabaco y marihuana a los 14	Identificar las características del consumo del hombre. Abordar los factores protectores y	Se trabajó la historia adictiva del usuario y su situación actual enfocada principalmente en el área familiar.	No se alcanza a evaluar logros en este caso pues sólo se recibió al	El usuario ha tenido que abandonar recientemente su hogar por los problemas de consumo de drogas y el poco control de impulsos e ira, además indica no sentirse

<p>Residencia: San Ramón. Estado civil: Casado. Número de sesiones: 1.</p>	<p>emociones, principalmente en las situaciones que le generan ira y conductas agresivas en momentos de discusión.</p>	<p>concretas respecto a su consumo.</p>	<p>años, cocaína a los 19 años. Siendo de consumo actual y más frecuente alcohol y tabaco, y con cese de marihuana de aproximadamente 3 meses antes de iniciar el proceso terapéutico.</p>	<p>factores de riesgo, con el fin de controlar el consumo. Trabajar los temas familiares que estaban directamente vinculados con el área emocional y debilitaban la motivación al cambio por parte del usuario. Disminuir las conductas impulsivas y sus cambios repentinos de ánimo.</p>	<p>Se le brindó brevemente psicoeducación en cuanto al manejo de la ira que fue un aspecto que se indicó abordar en la referencia desde el servicio de Trabajo Social.</p>	<p>paciente en una sesión. importante para su familia, tiene pocos espacios de interacción y apoyo que sean protectores, y trabaja con gran presión y en un ambiente que el consumo de drogas es frecuente para sobrellevar la labor. Inicia el proceso principalmente enfocado en encontrar cómo controlar sus emociones negativas, pues estas inciden en la relación con su familia y le separan de sus seres queridos, no obstante no demuestra interés real y compromiso para el cese del consumo de sustancias, principalmente al no reconocer el riesgo del consumo de las drogas legales. El participante presenta antecedentes de problemas de conducta, lo cual lo han llevado a ser parte de peleas callejeras, por ello le preocupa su impulsividad y el manejo de sus emociones relacionadas con las situaciones familiares que enfrenta. Su imagen personal se encuentra debilitada tanto en el rol de padre como de pareja, y evidencia dificultades para afrontar los cambios a nivel familiar que se han dado, principalmente la separación.</p>
--	--	---	--	---	--	--

---

El proceso no se continuó ya que el participante únicamente se presentó a una cita, quedando inconclusa la evaluación de la información de las problemáticas que enfrentaba y el avance en los objetivos y tratamiento.

---

Fuente: Elaboración propia.

#### *4.2.3. Relación terapéutica:*

Al concluir esta práctica es necesario sistematizar la experiencia, pues como profesionales en psicología es fundamental evidenciar la práctica terapéutica desde nuestra posición. Como profesional se debe ofrecer en las sesiones un espacio de escucha activa y reflexión de las situaciones de la persona usuaria, abordando de manera objetiva los casos, sin embargo se reconoce que nuestras propias experiencias de vida inciden en la forma en que respondemos o nos identificamos con cada caso, es importante realizar ese análisis hacia nosotros/as mismos/as para reconocer la manera más adecuada de llevar cada proceso y determinar cómo cada caso nos influye como personas.

La temática de adicciones es un fenómeno que se compone de varios factores y posibles causas, por ello propone una serie de características que quizá no en todas las poblaciones atendidas desde otros campos de la psicología se puedan encontrar en conjunto, como es el caso de problemáticas familiares, deserción estudiantil/laboral o desempleo, violencia, abusos, trastornos de personalidad, entre otros. Al trabajarse en un espacio de atención directa con estas personas, es de vital importancia manejar como profesionales un constante monitoreo de nuestras emociones y de las emociones que nos depositan las personas participantes, llevar procesos de autocrítica y de autorregulación ante las circunstancias que implican estos procesos, ya que nos demandan altas responsabilidades y algunos casos pueden involucrar aspectos personales, los cuales podrían influenciar en el tratamiento.

Lo anterior hace referencia a la posibilidad de presentarse codependencia desde una como profesional, pues se crea un vínculo en el proceso con la persona en tratamiento, esto suele ocurrir por la exposición a las situaciones y problemáticas de vida que la población puede presentar, trayendo consigo que nos alarmemos por su bienestar y se dé cierta preocupación

cuando abandonan el tratamiento, por ello es de vital importancia que nos demos el espacio de protección de nuestras emociones y de identificar cómo cada caso puede estar afectándonos y a la vez dificultando el abordaje que le damos.

Quizá sea ello la parte que como profesionales es difícil de manejar, el lograr identificar y priorizar las áreas en las cuales ahondar primeramente en cada intervención, y generar apertura en el/la paciente, ya que en algunas ocasiones son temáticas complicadas de sus vidas y hay resistencia para hablarlas, siendo necesario reconocer el tiempo correcto en que la persona tendrá la suficiente confianza para abordarle.

También está la variable familiar, el atender a familias que pueden caracterizarse por sobreprotección o por desapego y abandono, implica trabajar en algunas ocasiones con más de una persona a la vez y con discursos contradictorios que pueden generar confusión en el proceder del tratamiento, por ello se debe tener habilidades para comprender la dinámica familiar y amoldarse a cada una de las características de esas familias según el abordaje que se esté dando, por lo tanto requiere que como profesionales nos adecuamos de cierto modo a los casos y a personalizar el tratamiento.

Al finalizar el proceso quedaban pocos casos activos, ya que varias personas participantes habían dejado el proceso recién iniciando o no asistieron a las últimas sesiones antes de concluir, esto genera pensamientos sobre lo ideal que hubiese sido concluir con mayor cantidad de personas activas en el servicio, la posibilidad de que estas personas hubiesen continuado asistiendo a la institución posteriormente a concluir el tratamiento brindado en esta práctica y con ello fortalecer los alcances obtenidos y mejorar su condición.

#### *4.2.4. Categorías de análisis:*

En este apartado se presentan los resultados obtenidos para cada una de las cuatro categorías de análisis propuestas para esta intervención, las cuales son: frecuencia de consumo, pensamientos y creencias en torno al consumo y conductas de consumo.

Para cada una de ellas se tomarán en consideración los 20 casos atendidos, con el fin de obtener resultados totales del proceso, lo cual permita evidenciar lo encontrado al finalizar la intervención.

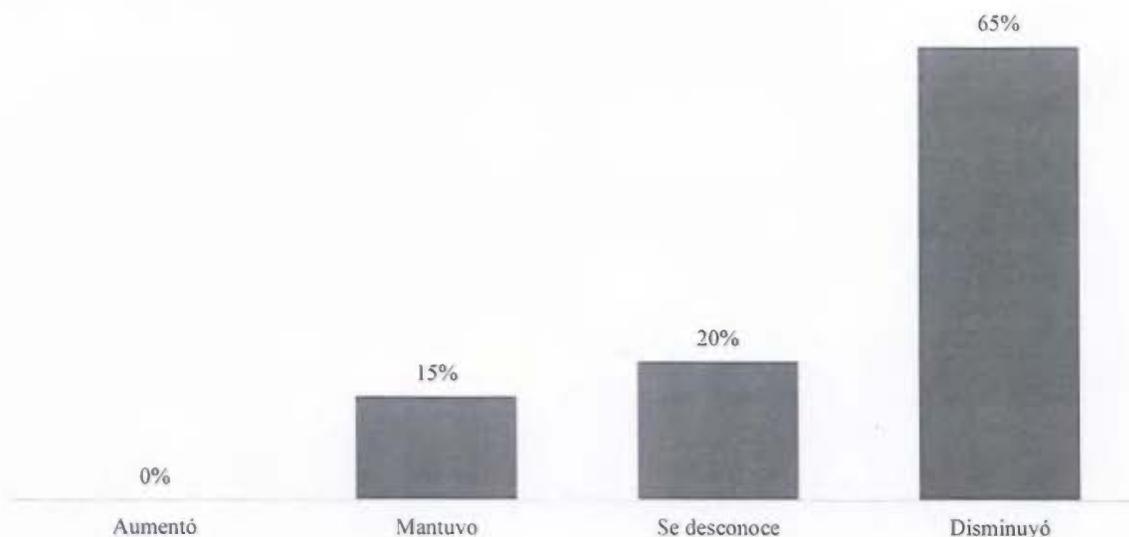
##### 1- Frecuencia de consumo:

Para evaluar los cambios en la frecuencia del consumo se tomó como referencia la información brindada por cada participante en cada una de las sesiones, donde se les interrogaba si se mantenían en consumo regular como antes de iniciar la terapia, si habían logrado periodos de abstinencia, u cualquier cambio respecto a las características del consumo de la persona.

A continuación se presenta un gráfico que engloba el comportamiento de “frecuencia de consumo” de los/as 20 participantes, donde se les califica según si se “mantuvieron” sin realizar cambios a nivel de consumo de la sustancia psicoactiva, si “disminuyó” con respecto al inicio del proceso o “aumentó”, y en “se desconoce” a aquellos casos que sólo asistieron a una sesión y no se pudo obtener más información.

Figura 7

*Frecuencia de consumo*



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se puede observar el comportamiento de la categoría “Frecuencia de consumo”, donde el 0% (0 participantes) reportó haber aumentado el consumo, mientras que el 15% (3 personas) mantuvo el consumo durante el proceso de igual forma que al iniciar, un 20% (4 personas) de la población se desconoce el comportamiento de su frecuencia de consumo pues sólo asistieron en una ocasión a la cita, y finalmente un 65% (13 personas) logró la disminución de consumo.

2- Pensamientos y creencias respecto al consumo:

Esta categoría de análisis se compone de frases recopiladas de la totalidad de casos atendidos durante la intervención, con ello se pretende visibilizar los pensamientos y creencias que estas personas tienen en relación a las drogas y su dinámica específicamente, cómo se

convierten en disparadores de consumo, de su mantenimiento, o en algunas ocasiones cómo pueden operar de forma que motive al cambio.

**a. Pensamientos:**

Los pensamientos extraídos de las sesiones realizadas se componen de temáticas que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas, estos se convierten en disparadores de dichas conductas o bien generan vulnerabilidad en el proceso y recaídas.

*Conflictos y separaciones de pareja:*

Este pensamiento es frecuente en la población, al indicar que el hecho de la separación de sus parejas les genera gran inestabilidad emocional y mayor consumo de la sustancia psicoactiva.

- “Soy más débil para mantenerme (sin consumir) desde la separación”. (Ariel, 44 años).
- “Solo los tengo a ellos”, “las ‘depresiones’ de estar sin ellos me llevan al consumo”. (Ariel, 44 años).
- “Pienso que el volver a consumir esta vez fue luego de que ‘terminamos’, yo quise salir y lo hice de nuevo(consumir) luego de que ya llevaba más días in hacerlo”.(María, 22 años).

*Separación de hijos/as:*

Algunos de los participantes coinciden en que la separación de sus hijos/as les llena de incertidumbre y estrés, aumentando la dificultad de lograr su abstinencia.

- “Es como si no les importara si estoy en la casa o no, no me buscan (las hijas) entonces yo mejor tampoco”. (Samuel, 36 años).
- “Tanto tiempo sin ver a mi hijo y poder ayudarlo no me deja tranquilo, yo lo que quiero es estar con él pero por mi problema no”. (Leo, 25 años).

- “Yo me tuve que ir de allá porque no soportaba ver la casa donde estaba mi chiquita antes y ya no está, y eso me pone muy mal y yo no quiero pensar ni recordar porque entonces ya me pone mal”. (Román, 27 años).
- “Yo me preocupo si ella estará bien, si la cuidarán, si le da hambre y qué estará comiendo (...) yo veía la casa y recordaba de ella jugando ahí y por eso ya ni vuelvo a ver para allá”. (Román, 27 años).

*Condición económica:*

Dentro de sus discurso los/as participantes indican que el tener accesibilidad al dinero se convierte en un detonante al consumo, y hay mayor problemática por el aumento de las dosis consumidas.

- “Ya cuando nos fuimos allá (Guanacaste) y estaba ganando bien y bastante con el turismo entonces fue ahí donde ya podía tomar más, di porque siempre había plata y uno conocía más gente de ambiente así”. (Darío, 39 años).
- “Yo gastaba toda la plata, ahí repartía a todo el mundo, a todos invitaba y por eso siempre había gente con uno”. (Román, 27 años).

*Interacción social con personas consumidoras:*

Las personas participantes frecuentemente coinciden en indicar que las amistades con las que consumían las sustancias psicoactivas siguen estando presentes en sus vidas, y que el inicio y mantenimiento del consumo está estrechamente relacionado por la interacción con estas.

- “Es que mis amigos consumen y entonces salir con ellos y no hacerlo es muy difícil”. (María, 22 años).
- “Todas mis amistades lo hacen (consumir) y por eso salir es siempre para eso, y si no salgo yo estoy mal de estar encerrada”. (Erika, 23 años).

- “Cualquier salida y entonces se consume”. (María, 22 años).

*Los perjuicios de consumir drogas:*

Dentro del discurso de las personas participantes se mencionan algunas de las implicaciones físicas, familiares y sociales del consumo de drogas, lo cual ellos/as logran percibir como lo ‘malo’ de consumirlas.

- “No quiero seguir porque ahora veo todo lo que perdí por eso, la familia, y toda la plata que gasté, ahora nada de esos ‘amigotes’”. (Román, 27 años).
- “Perder la pareja y al hijo, es muy duro”. (Román, 27 años).
- “El malestar, todo lo mal que uno se siente al otro día, y pasar días enfermísimo”. (Román, 27 años).
- “Uno se descuida, y en mi caso tengo que ‘ponerle’ para terminar lo que me falta del cole”. (María, 22 años).
- “La marihuana me ha afectado la salud, lo siento en correr”. (Emilio, 20 años).
- “Siento persecuciones”. (Erika, 23 años).
- “El estrés y el malestar por la abstinencia”. (Erika, 23 años).
- “Todo el malestar y alteraciones fue por las drogas”. (Elías, 31 años).
- “Cuando estoy en consumo me da muy feo, me ‘arato’ mucho y estoy en la calle”. (Leo, 25 años).

**b. Creencias:**

Dentro del sistema de creencias que tienen las personas participantes, se encuentran algunas que sostienen el consumo y le convierten en parte de su vida, ya sea fomentado por aspectos positivos o negativos de dicha conducta.

### *Unas drogas más malas que otras:*

Se encontró dentro de las creencias de los/as participantes que consideran en algunos casos que la droga que consumen es menos 'dañina' en comparación con otras, por lo tanto podría ser justificable el consumo.

- “Yo no sé porque consumen eso (marihuana), yo nunca probé de eso, sí fumé cigarro (tabaco) pero poco, lo mío sí fue con el guaro”. (Miguel, 66 años).
- “Ahora la juventud anda metido en otras cosas que son muy malas, uno ve muchas cosas de esas, a los muchachos y muchachas”. (Román, 27 años).
- “Yo creo que es más malo el tabaco que la marihuana”. (Gael, 16 años).

### *Amistades consumidoras consideradas con vínculos más cercanos que hacia la familia:*

También se logra observar que en sus narraciones algunos/as participantes sostienen la creencia de que sus amistades consumidoras son más cercanas y con mejor trato hacia ellos/as que su propia familia.

- “Para mí esos que “fuman” (marihuana) son mis amigos, ellos me defienden y ahí me siento cómodo, y yo fumo si quiero, ellos no me obligan, pero no voy a dejar de verlos”. (David, 16 años).
- “Yo no me sentía querido en mi casa, estaba ahí como de favor, por eso yo prefería irme a la calle solo y ahí conocía gente así (consumidores de marihuana)”. (Emilio, 20 años).
- “Me siento más cómodo con ellos que con la familia, en la casa me pasan echando en cara cosas”. (David, 16 años).
- “Con mis amistades (que consumen) me siento protegido, en la casa no”. (David, 16 años)

### *Beneficios:*

Las personas participantes de la intervención coinciden en señalar algunos aspectos que consideran como 'beneficios' o lo 'positivo' del consumir alguna droga.

- "La marihuana me calma". (David, 16 años).
- "Tomo para sentirme bien y dormir". (Darío, 39 años).
- "Fumar me hace no pensar ni estar triste, tampoco sueño cosas raras". (Emilio, 20 años).
- "Es para salir a entretenerse con los amigos". (María, 22 años).
- "Salí y me tomé unas cervezas, y me hizo sentir mejor por la presión de estar encerrado y sin nada, cuidando hasta lo que hablo". (Leo, 25 años).

### *Conducta aprendida:*

También se logra encontrar la creencia de que el consumo problemático de drogas se da por ser una conducta aprendida desde temprana edad o por exposición a lugares en que el consumo se da con regularidad.

- "Desde pequeños nos daban guaro". (Miguel, 66 años).
- "Yo chiquitillo recogía a mi papá borracho, entonces él se dormía en la casa y yo me tomaba las botellas de él". (Román, 27 años).
- "Desde que recuerdo en la casa se hacían fiestas y todo el mundo terminaba borracho, era lo normal". (Josué, 34 años).
- "En el trabajo es más común consumir, es que ahí por el ambiente y la presión, y los compañeros que lo hacen también, invitan". (Samuel, 36 años).
- "No quiero ser como mi papá alcohólico, y que trata mal a las mujeres, es lo que me da miedo". (David, 16 años).

### *Jerarquías de consumo:*

Algunas de las personas participantes que consumen más de una droga indicaron que existe una jerarquía de consumo, es decir, que hay sustancias psicoactivas que no se consumen por sí solas sino que previamente es necesario consumir otra droga de “entrada”.

- “Yo no fumo (crack) así solo, es que primero tomo guaro y cuando tomo me dan ganas, sino no fumaría, cuando estoy sin tomar no fumo, por eso la torta es tomar”. (Erika, 23 años).
- “Uno sale con los amigos a cualquier fiesta o donde sea y lo primero es tomarse algunas cervezas o tragos, ya después es el ‘perico’ (cocaína). (María, 22 años).

Las frases rescatadas de las sesiones y expuestas anteriormente, permiten tener un acercamiento al sistema de creencias y pensamientos que comparten las personas participantes de esta práctica, y que en muchos casos son parte de las características típicas de dicha población. Todas estas creencias y pensamientos se convierten en las justificaciones de las conductas de consumo, siendo así que en muchos casos logran explicar las situaciones en torno al consumo desde sus pensamientos automáticos y con ello mantener la problemática.

La importancia de reconocer dichos esquemas cognitivos es que permite prever situaciones o comportamientos futuros y formas de afrontamiento, para así tener mayor conocimiento de las características de consumo de la persona y cómo se puede brindar un tratamiento acorde a estas, como por ejemplo en aquellos casos que consideraban las drogas lícitas menos “perjudiciales” que las ilícitas, fue necesario esclarecer el porqué de esa idea, y brindar información sobre las implicaciones que a nivel de salud tienen las drogas en general y en específico las que comparaban los/as usuarios/as, con el fin de evidenciar el riesgo que trae consigo el consumo de estas.

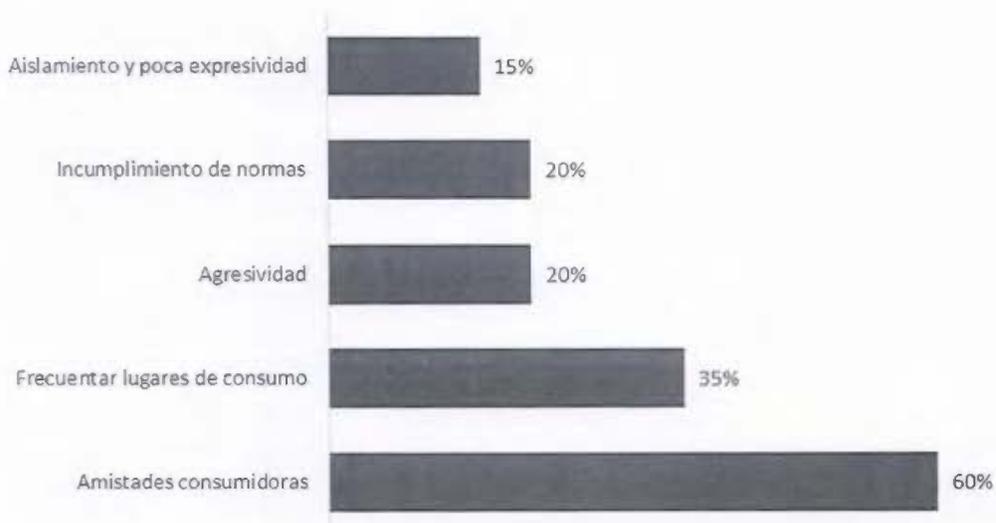
### 3. Conductas en torno al consumo:

Durante la evaluación de la historia adictiva y las características del consumo de la persona que inicia el proceso terapéutico, se reconocen las conductas relacionadas con el acto, esto para identificar conductas de riesgo y/o protectoras en su contexto o rutina diaria, con el fin de saber más específicamente los cambios que se deben aplicar o los aspectos en los que la motivación debe darse para cumplir los objetivos de la intervención.

En seguida se presentan los gráficos que engloban las principales conductas identificadas en la población atendida, tanto las positivas o protectoras para evitar el consumo, como las de riesgo o vulnerabilidad.

Figura 8

#### *Conductas de Riesgo*



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico se observa que la conducta de riesgo menos presente en la población es “Aislamiento y poca expresividad” con un 15% (3 casos), seguido por “Incumplimiento de normas” con un 20% (4 casos), al igual que “Agresividad” con otro 20% (4 casos), mientras

que un 35% (7 casos) dice “Frecuentar lugares de consumo”, y finalmente un 60% (12 casos) coincide en presentar “Amistades consumidoras” como un factor de riesgo. Cabe señalar que algunos casos presentan varios de estos factores de riesgos de forma conjunta.

Figura 9

*Conductas protectoras*



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico se muestra que el 25% (5 personas) de la población atendida adquiere la “Adherencia al tratamiento” farmacológico como parte de las conductas protectoras durante el proceso, un 30% (6 personas) busca o amplía sus redes de apoyo ya sea en iglesias u otros grupos, también se presenta en un 45% (9 personas) la implementación de ejercicios físicos como parte de las recomendaciones conductuales dadas. Finalmente, en un 50% (10 personas) se encuentra el “Autoaplicar técnicas para el manejo de la ansiedad”, dichas conductas fueron

adquiridas o fortalecidas durante el proceso, y otro 50% (10 personas) comparten el lograr hacer cambios para favorecer un “Alimentación sana”.

#### *4.2.5. Implementación de la Entrevista Motivacional:*

Dentro de este proceso terapéutico se aplicó la entrevista motivacional (EM) como un recurso del proceso terapéutico, siendo utilizado con el fin de que los/as usuarios/as generaran compromiso con el proceso y se apropiaran del poder para generar los cambios. El propósito de no usar una guía de entrevista específica es generar una propuesta de preguntas que sirvan a futuras intervenciones similares, en las cuales puedan tomarse interrogantes para cada una de las etapas de cambio en la que se ubica la persona consumidora durante el proceso, pues conforme pase el tiempo puede cambiar la etapa en que se encuentra la persona, ya sea en favor del cambio o en retroceso de este.

La aplicación de este recurso terapéutico se desarrolló principalmente en las tres primeras sesiones de cada caso, para ir conociendo sus características, la motivación y el posicionamiento del/la usuario/a al cambio, posteriormente conforme se desarrollaban las sesiones se generaban algunas preguntas enfocadas en los principios de la entrevista motivacional, o bien se retomaban preguntas de las realizadas al inicio del proceso.

Algunas preguntas sugeridas a utilizar se basan en las encontradas en material bibliográfico, mientras que en otros casos se generaron interrogantes propias de las características de la sesión y de las situaciones abordadas, para así dar como resultados un conjunto de preguntas más generales y algunas más específicas, que faciliten identificar la manera en que cada profesional puede aplicar este recurso terapéutico siguiendo propuestas pero a la vez creando interrogantes que se apeguen a cada usuario/a para generar su propio enganche al proceso, posibilidad de cambio y autoeficacia.

Previamente a iniciar el proceso interventivo se revisó guías de preguntas de EM propuestas para terapia en adicciones, dentro de las cuales se pudo obtener ejemplos de preguntas abiertas y preguntas cerradas utilizadas en este tipo de procesos, sirviendo ello de base para generar las preguntas que surgieron en las entrevistas con los/as diferentes participantes. Algunas de esas preguntas que sirvieron como base son las preguntas abiertas de Miller y Rollnick (1991) como “¿De qué le gustaría hablar?”, “¿Cuál ha sido el problema?”, “¿Qué es lo que le gusta del uso que hace? y ¿qué es lo que no le gusta?”, “¿Qué es lo que le preocupa del uso que usted hace de la cocaína?”. Estas preguntas favorecen a que la persona participante dé respuestas amplias y de allí puedan surgir más interrogantes.

Además es importante dar relevancia a preguntas que generen discrepancia en la persona y apertura al cambio, como proponen Miller y Rollnick (2002, citado en Pacheco, 2011): “¿Qué lo preocupa de su situación actual?”, “¿Qué cree que ocurrirá si usted deja todo igual?”, “¿Cómo le gustaría que las cosas fueran diferentes?”, “¿Cuáles serían las ventajas de hacer este cambio?”, “¿Quién podría ayudarlo a hacer este cambio?”, “¿Cómo podría mantenerse en el plan de cambio a pesar de los cambios o recaídas?”. Dichas interrogantes son algunos ejemplos que sirvieron de acercamiento a la forma en que se genera la entrevista motivacional, y partiendo de ello se formularon las propias del proceso, algunas muy similares a las estudiadas.

Cabe señalar que las interrogantes expuestas aquí como resultado se fueron creando en el transcurso del proceso interventivo, es decir, en el total de las sesiones realizadas para todos los casos atendidos se identificaron qué preguntas eran más adecuadas de realizar y en qué forma estructurarlas para lograr que la persona brindase información y a la vez captase e interiorizara esa misma información para su proceso. Las preguntas se anotaban al finalizar la sesión, para recordar cómo se brindó el tratamiento y ser aplicadas de forma similar en casos que lo

ameritasen de ser posible o en el mismo caso en sesiones futuras como forma de evaluar avances, siempre y cuando fueran adecuadas de retomar.

Dichas preguntas se consideran oportunas de aplicar, ya que favorecen a que él/la usuario/a logre visualizar por sí mismo/a la situación y ubicarse en el rol de protagonista del cambio, motivando a continuar el proceso y alcanzar modificaciones en la conducta problema.

A modo de sistematización se genera el cuadro de preguntas recomendadas de aplicar y las recomendaciones para la institución, con el fin de que dicho recurso aporte al tratamiento de adicciones y facilite la creación de compromiso y motivación en las personas que desean recibir atención.

Así es como, basado en la experiencia obtenida en esta práctica, se presenta a continuación un cuadro que agrupa según las etapas de cambio propuesta por Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, citados en SalaberL, 2001) una serie de preguntas que fueron empleadas en el desarrollo de las sesiones.

Tabla 16

*Preguntas sugeridas de emplear para psicoterapia en adicciones según etapas de cambio*

	Precontemplativa	Contemplativa	Preparación	Acción	Mantenimiento
Preguntas empleadas para motivar al cambio.	<p>-¿Le interesaría conocer sobre las consecuencias que puede traer el consumo de sustancias (o mencionar específica la droga de consumo)?</p> <p>-¿Ha tenido alguna experiencia desagradable por el consumo?</p> <p>-¿Reconoce algún beneficio y/o algún perjuicio del consumo de drogas?</p> <p>-¿Quiere hacer algún cambio respecto al consumo?</p> <p>-¿Le ha perjudicado en algo el consumir _____?</p> <p>-¿Recuerda por qué inició el consumo?</p> <p>-¿Por qué decidió recibir atención psicológica?</p>	<p>-¿Podría evaluar los pros y contras de su consumo de _____?</p> <p>-¿Qué mejoras en su vida logra ver o sentir los días que está sin consumo?</p> <p>-En este momento, ¿qué es lo que más te preocupa en cuanto al consumo de _____?</p> <p>-Si ponemos una balanza lo bueno y lo malo de continuar en consumo, ¿hacia dónde hay más peso?</p> <p>-Si se propone suspender el consumo, ¿qué cree que debería cambiar primeramente?</p> <p>-¿Qué considera que sería lo más beneficioso de dejar de consumir?</p> <p>-¿Ha pensado en la intención de minimizar o suspender el consumo en los próximos días?</p>	<p>-¿Qué te gustaría alcanzar en este proceso?</p> <p>-¿Has pensando en algunos cambios específicos que quieras hacer para evitar el consumo?</p> <p>-¿Tienes en mente algunas “herramientas” personales que te puedan ayudar para manejar las situaciones de riesgo que pudiesen presentarse?</p> <p>-¿Reconoces en específico algún aspecto que sea importante reforzar para fortalecer los avances obtenidos?</p> <p>-¿Cuál cree que sea la parte más difícil de los días en que estás sin consumo?</p> <p>-Ahora que has tomado la decisión de cesar el consumo, ¿qué medidas preventivas puedes identificar que hay que tomar para prevenir el consumo?</p>	<p>-¿Puedes mencionar algunos logros obtenidos ya?</p> <p>-¿Qué ha sido lo mejor de los cambios que has ido realizando?</p> <p>-¿Reconoces todo lo que has podido hacer en este tiempo que has hecho algunos cambios?</p> <p>-Es importante tomar precauciones para evitar recaídas, ¿logras identificar cómo lo manejarías?</p> <p>-¿Reconoces en específico algún aspecto que sea importante reforzar para fortalecer los avances obtenidos?</p> <p>-¿Visualizas algunos pasos más o logros que quieras ir alcanzando?</p> <p>-¿Qué te motiva a continuar con los alcances que has obtenido y seguir por más?</p> <p>-¿Cómo te sientes actualmente?</p> <p>-¿Cuáles cambios de los que has realizado te han ayudado más en este proceso?</p> <p>-¿Estas satisfecho/a con lo que has estado haciendo para mejorar tu estilo de vida?</p>	<p>-¿Qué estas logrando disfrutar actualmente que quizá antes no disfrutabas?</p> <p>-¿Tienes alguna meta en mente que quieras alcanzar justo ahora?</p> <p>-¿Estás haciendo algo nuevo o siendo parte de nuevas actividades o te gustaría hacerlo?</p> <p>-¿Puedes reconocer algo que quisieras fortalecer en este momento del proceso y que sabes que te va a ayudar a continuar tan bien cómo vas?</p> <p>-¿Puedes decir qué ha sido lo más fácil y lo más difícil del proceso?</p> <p>-¿Ha habido momentos de riesgo o en los que te has sentido vulnerable?</p> <p>-¿Es más fácil o difícil mantener ahora los cambios que has alcanzado en comparación con el inicio del proceso?</p> <p>-¿Físicamente cómo te has sentido?</p> <p>-¿Hay algo que en esta etapa del proceso quieras hablar o hacer algún nuevo cambio para mejorar tu bienestar?</p>

Fuente: Elaboración propia.

#### *4.2.6. Recomendaciones de aplicación de la Entrevista Motivacional para la institución:*

Posterior a la experiencia de aplicar la Entrevista Motivacional como recurso terapéutico surgen algunas recomendaciones breves para su uso en la atención que brinda la institución:

- Es primordial definir desde el inicio del proceso psicoterapéutico si la Entrevista Motivacional será aplicada como recurso o como enfoque en el caso de dar un abordaje desde la Terapia Motivacional, ya que de ello dependerá la forma en que se intervendrá y la prioridad que se le dé al aspecto motivacional en los objetivos terapéuticos. Sin embargo reconociendo el beneficio que ésta trae, en ambas modalidades sería aplicable dependiendo del enfoque que se quiera dar al abordaje. En esta intervención su aplicación fue como recurso terapéutico y aportó al trabajo realizado desde el enfoque cognitivo conductual.
- Centrarse en los principios básicos, las fases que la teoría muestra y no dar prioridad a seguir una estructura de entrevista rígida, sino guiar las interrogantes según la apertura que muestre el/la usuario/a. Esto dará mayor tranquilidad y apertura tanto al profesional como a la persona atendida, pues genera espacios de mayor naturalidad para el abordaje de los diferentes temas que puedan surgir, sin descuidar los objetivos que se trazan en el proceso.
- Dar especial interés en reconocer la etapa de cambio en que se encuentra la persona al iniciar el proceso, para reconocer cómo abordar y qué preguntas o recomendaciones son pertinentes de hacer al iniciar y que incidan en continuar la terapia, generar compromiso y motivación.
- La Entrevista Motivacional es una técnica y recurso aplicable a la población general, sin discriminar edad, género o nivel académico, ya que es una herramienta “ajutable” a cada

caso y no se fundamenta en interrogantes de respuesta cerrada o incorrecta, se basa en que la persona participante brinde la información necesaria en el espacio terapéutico y a la vez extraiga para sí misma el contenido que le permita orientarse a la motivación y al cambio.

- Facilitar escucha activa y reflexiva, que el tema que la persona trae a sesión sea “prioritario” y luego cumplir con las observaciones previas o agenda de la sesión, no tratar de imponer el ritmo si hay emergentes importantes.

La experiencia de utilizar la Entrevista Motivacional como recurso terapéutico en los 20 casos atendidos permitió que el tratamiento fuese en función de las necesidades reales de los/as participantes, haciendo que estos/as se sintiesen como entes activos dentro del proceso y no posicionados/as desde un rol pasivo. El trabajar las sesiones sin seguir un guión de entrevista establecido permitió lograr una construcción flexible de las interrogantes oportunas de utilizar para los distintos casos, y así lograr un acercamiento a las particularidades de cada participante. Se reconoce el aporte de este recurso terapéutico para generar motivación y compromiso en la persona usuaria del servicio, además es una herramienta indispensable para la escucha activa del propio discurso.

#### **4.3. Atención familiar.**

En esta sección se presentan las distintas familias o familiares de personas usuarias de los servicios del IAFA, que asistieron y fueron parte del proceso psicoterapéutico en apoyo al proceso individual llevado por la persona consumidora.

Los datos generales de las sesiones con familiares se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 17

*Total de atención brindada a familiares*

<b>Familia atendida</b>	<b>Número de miembros asistentes</b>	<b>Número de sesiones</b>
Familia de Raquel	1	9
Familia de Daniel	2	8
Familia de David	4	8
Familia de Gael	1	4
Familia de Miguel	1	3
Familia de Erick	2	3

Fuente: Elaboración propia.

La temática de atención familiar en esta intervención se enfocó en psicoeducación, ello con intención de que las personas que conviven con él/la paciente logren tener información acerca del consumo de sustancias y de cómo dar acompañamiento a la persona que presenta la problemática. Es importante especificar que se trabajó principalmente desde psicoeducación familiar, centrada en la identificación de conductas que podrían facilitar el consumo, problemáticas que afectan la comunicación familiar, límites y disciplina, entre otros aspectos que se consideraran pertinentes de tratar en sesión.

Cabe señalar que el proceso familiar se llevaba a cabo paralelo al proceso individual, por lo tanto se citaba a la persona participante de la intervención y a sus familiares el mismo día, y primero se atendía la sesión individual y luego se daba paso a recibir a los/as familiares.

El siguiente cuadro expone las características de la familia atendida, las recomendaciones realizadas y los logros alcanzados durante el proceso.

Tabla 18

*Descripción de familias atendidas*

Familia atendida	Numero de sesiones	Intervenciones con la familia	Logros alcanzados
<p><i>Familia de Raquel:</i> Joven de 15 años de edad, vecina de Zarcerero que consulta por consumo de marihuana y asiste a 9 sesiones.</p> <p><i>Miembros de la familia:</i> Madre de 36 años de edad, padrastro de aproximadamente 50 años de edad y hermano de 6 años de edad.</p> <p><i>Ocupaciones:</i> La madre es ama de casa y el padrastro es constructor.</p> <p><i>Sistema familiar:</i> La familia se compone por madre de la menor, padrastro y hermano hijo de madre y padrastro. Conviven desde que la menor era niña, la madre es la que se encarga de la disciplina de la menor pero consulta con la pareja sobre los límites que se le señalan a la joven, sin embargo el hombre no tiene rol de autoridad directa en la menor.</p> <p>Familia con estilo de crianza autoritaria, con vigilancia de las amistades de la menor y los lugares a los que sale, además de presencia en el centro educativo por parte de la madre.</p>	<p>La madre se presenta a las 9 sesiones realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar espacios de comunicación entre madre-hija.</li> <li>• Fortalecer vínculos familiares de todos sus miembros.</li> <li>• Reforzar y reconocer positivamente los cambios que la joven ha realizado.</li> <li>• Observar la complejidad de la dinámica familiar y descentralizar a la joven como el “problema”, aceptando las responsabilidades de todos los miembros en la dinámica familiar.</li> <li>• Cesar el señalamiento de lo negativo entre sus miembros, y dar señalamientos constructivos y respetuosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo familiar a la joven durante el tratamiento.</li> <li>• Mejora en la comunicación madre-hija, ya que se dan espacios de mediación entre ambas.</li> <li>• Disminución de riñas entre hermanos.</li> <li>• Reconocimiento por parte de la madre de los avances de la participante por parte de la madre.</li> <li>• Identificación de la responsabilidad de toda la familia para lograr un ambiente de respeto y armonía en el hogar.</li> </ul>
<p><i>Familia de Daniel:</i> Joven de 15 años de edad, vecino de San Ramón que consulta por consumo de marihuana y asiste a 8 sesiones.</p> <p><i>Miembros de la familia:</i> El padre y la madre tienen ambos 53 años de edad, y dos hermanas de 23 y 21 años.</p> <p><i>Ocupaciones:</i> Padre se dedica a agricultura y ventas, madre es ama de casa, ambas hermanas son universitarias, por tanto una viaja todos los días y regresa en las noches, la otra solo está en casa los fines de semana.</p> <p><i>Sistema familiar:</i> Familia nuclear, se mantienen todos sus miembros en casa, las hermanas salen a estudiar y regresan. Con roles diferenciados marcados y roles específicos, madre y padre parecen tener comunicación fluida y respetuosa entre ellos, y</p>	<p>Se realizan 7 sesiones con madre y padre, y 1 con el padre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir las responsabilidades del joven en cuanto al estudio y el hogar.</li> <li>• Monitorear de las salidas del menor de edad, horas de llegada y las personas con las que se relacionaba.</li> <li>• Constancia en las medidas aplicadas desde antes de iniciar el proceso de atención (permisos, amistades, comunicación).</li> <li>• Reconocimiento positivo de los cambios favorables que alcanzaba el hijo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación asertiva de los padres hacia el joven y viceversa.</li> <li>• Reglas y límites claros para el participante.</li> <li>• Jerarquías familiares definidas.</li> <li>• Mayor información respecto al consumo de drogas para el usuario.</li> <li>• Asignación y definición de responsabilidades del joven.</li> </ul>

Familia atendida	Numero de sesiones	Intervenciones con la familia	Logros alcanzados
<p>ambos toman las decisiones respecto al hijo, además de coincidir en las reglas y disciplina del hogar.</p> <p>Las hermanas cumplen roles de apoyo al menor en el ámbito educativo y consejos, para los padres ellas son buen ejemplo para el hijo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación asertiva entre los padres y el joven, y cesar el castigo físico.</li> <li>• Apoyo en las actividades que el joven realiza, como el futbol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento familiar y escucha activa durante proceso.</li> <li>• Mayor conocimiento del proceso adictivo para los padres.</li> <li>• Esclarecimiento de dudas de los padres en cuanto al consumo y al manejo de la situación, principalmente en cuanto a reglas y disciplina.</li> </ul>
<p><i>Familia de David:</i> Joven de 16 años de edad, vecino de Palmares que consulta por consumo de marihuana y asiste a 8 sesiones.</p> <p><i>Miembros de la familia:</i> Madre de 52 años de edad, y hermanas de 30 y 28 años de edad, que viven en departamentos aledaños a la casa, un hermano de 26 años que vive con ellos al inicio del proceso pero luego se casa y se va.</p> <p><i>Ocupaciones:</i> Madre realiza labores domésticas en diferentes casas y hace costuras. Las hermanas son amas de casa.</p> <p><i>Sistema familiar:</i> En esta familia los roles no están definidos y por ello las jerarquías no están determinadas, generando que los límites y disciplina no sean claros. El joven pasa mucho tiempo solo en casa y sin responsabilidades por cumplir, sale y regresa sin avisar, pues la madre trabaja y las hermanas están cerca pero en ocasiones están a su cargo y otras no.</p> <p>La dinámica familiar es irregular, lo cual se evidencia en el acompañamiento del proceso del joven, al cual no se presentó la misma persona en todas las sesiones, sino que varió entre la madre</p>	<p>La madre asiste a 4 sesiones y las hermanas alternan la asistencia a las 4 sesiones restantes. De forma que no se siguió un proceso constante por la irregularidad del acompañamiento familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación asertiva de parte de la madre y las hermanas hacia el menor y viceversa.</li> <li>• Claridad en cuanto a las reglas del hogar.</li> <li>• Claridad en cuanto a quién cumple la figura de autoridad.</li> <li>• Cesar el señalamiento constante de las faltas en torno al consumo del joven, y definir las consecuencias de sus conductas.</li> <li>• Mejorar la dinámica familiar y las fronteras.</li> <li>• Hablar sobre el “padre ausente” si el menor lo deseaba.</li> <li>• Asignar tareas dentro del hogar al joven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante adquirió responsabilidades en la casa, como por ejemplo realizar la limpieza y ordenar su cuarto.</li> <li>• El joven disminuyó las conductas impulsivas y de ira.</li> <li>• La madre logra mediar acuerdos con el menor respecto a permisos, sin embargo considera que él no cumple su parte.</li> </ul>

Familia atendida	Numero de sesiones	Intervenciones con la familia	Logros alcanzados
<p>y las hermanas, cuando en realidad se requería la asistencia de la persona adulta responsable del menor.</p> <p><i>Familia de Gael:</i> Joven de 16 años de edad, vecino de Palmares que consulta por consumo de marihuana y asiste a 4 sesiones.</p> <p><i>Miembros de la familia:</i> Madre de 35 años de edad y hermana de 14 años de edad.</p> <p><i>Ocupaciones:</i> Madre es ama de casa y hermana es estudiante.</p> <p><i>Sistema familiar:</i> Familia con jefatura femenina y de crianza mayoritariamente permisiva, ya que la madre está desautorizada por sus padres quienes cuidaron al menor los primeros años de vida mientras ella trabajaba. Ahora no logra contener al hijo en casa ni que haya una buena relación entre hermanos y respeto a las normas que trata de imponer.</p>	<p>La madre asiste a 4 sesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar la figura de autoridad de la madre, la cual fue desautorizada por los abuelos maternos del joven, quienes lo cuidaron los primeros años.</li> <li>• Observación en cuanto a las salidas, horas de llegada y personas con las que se relacionaba el participante.</li> <li>• Límites y disciplina en el hogar, principalmente enfocados en las conductas del joven.</li> <li>• Acompañamiento en el ámbito educativo por parte de la madre.</li> <li>• Sugerir al padre del participante mayor apoyo y presencia en la vida del joven, ya que éste sí le representa una figura de respeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubo mejor comunicación madre e hijo, con espacios de reflexión y mediación.</li> <li>• Mayor vigilancia en las conductas del usuario y límites en la ingesta de marihuana dentro del hogar, no obstante poco acatamiento de las reglas por parte del joven</li> </ul>
<p><i>Familia de Miguel:</i> Adulto mayor de 66 años de edad, vecino de San Ramón que consulta por dependencia al alcohol y asiste a 3 sesiones.</p> <p><i>Miembros de la familia:</i> Hija de 42 años de edad.</p> <p><i>Ocupaciones:</i> La hija es comerciante y abogada.</p> <p><i>Sistema familiar:</i> El usuario vive solo en su casa, ya que se separó de su esposa muchos años atrás y sus hijos se alejaron de él por creencias religiosas y por las constantes recaídas en consumo. La única hija con quien mantiene contacto es quien le acompaña en el</p>	<p>La hija asiste a 3 sesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar apoyo al proceso del padre durante el tratamiento.</li> <li>• Mejorar los vínculos familiares, fomentando espacios de reencuentro de la persona adulto mayor con sus hijos y nietos.</li> <li>• Promover actividades de salud integral para el participante, como la asistencia a grupos y la realización de actividad física con asesoramiento.</li> <li>• Dar motivación al proceso del padre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buen ánimo del usuario, por sentirse motivado al cambio con el apoyo de su hija.</li> <li>• Disposición y acompañamiento de la hija en el tratamiento.</li> <li>• Comprensión e información sobre la problemática de consumo de alcohol del padre.</li> </ul>

Familia atendida	Numero de sesiones	Intervenciones con la familia	Logros alcanzados
<p>proceso terapéutico y confía en su recuperación, además le da apoyo en la remodelación de su casa.</p> <p><i>Familia de Erick:</i> Joven de 17 años de edad, vecino de San Ramón que consulta por consumo de marihuana y asiste a 3 sesiones.</p> <p><i>Miembros de la familia:</i> Padre de 42 años de edad y madre de 54 años de edad.</p> <p><i>Ocupaciones:</i> Padre es oficial de seguridad y madre conserje.</p> <p><i>Sistema familiar:</i> Familia desintegrada desde la infancia del joven, él se queda con la madre. Sin embargo la relación de madre e hijo se debilita conforme el crecimiento del joven.</p> <p>Ambos padres mantienen comunicación y son responsables con el hijo, asisten a las reuniones del centro educativo y se presentan al proceso. El padre indica no saber los límites que la madre tiene en la casa con el hijo, pero él está presente en la disciplina del menor respecto a los estudios y en lo social, como al enterarse del consumo del joven. La madre afirma que el carácter de ella y de su hijo genera que con facilidad se den discusiones y desacuerdos entre ambos.</p>	<p>Se realizan dos sesiones con el padre y una con la madre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindarle espacios de escucha y comunicación.</li> <li>• Incentivar acercamiento a los demás familiares.</li> <li>• Comunicación entre los padres en cuanto a las decisiones respecto a la situación con el hijo.</li> <li>• Comunicación asertiva hacia el hijo, tanto del padre como de la madre, pues ambos se perciben como personas autoritarias, rígidas y de carácter fuerte.</li> <li>• Mejorar el vínculo madre-hijo que estaba muy desgastado, a pesar de que el menor vive únicamente con la madre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El joven comunica en la última sesión que se irá a vivir con su padre y su abuela, la madre no estaba presente en la sesión, el padre confirma que así será.</li> <li>• Disminución de discusiones y enfrentamientos entre madre-hijo, según lo indica el usuario en la sesión.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

La experiencia de brindar intervención a familiares de las personas atendidas en el proceso individual, evidencia la importancia del abordaje de la problemática de adicciones más allá de la persona consumidora. Los beneficios que se alcanzan al involucrar a familiares en el tratamiento de adicciones son variados, ya que se puede lograr tener información de las características del consumo e historia adictiva desde otro posicionamiento que no sea el del/la usuario/a, dejando en claro que no se considera una versión o la otra más verás, sino tomando ambos discursos para generar una contextualización más cercana a la realidad de la problemática.

El trabajo a nivel de psicoeducación con la familia puede fortalecer el cambio conductual de la persona usuaria del servicio, ampliar las redes de apoyo y disminuir la accesibilidad al consumo como en el caso del suministro de dinero. Las familias atendidas y expuestas en la Tabla 11 en su mayoría acompañan el proceso de una persona adolescente, lo cual deja ver que en la mayoría de procesos con personas menores de edad estas son llevadas al tratamiento por disposición de los familiares, además de que siempre deben estar acompañados en cada cita, logrando con ello intentar incorporar a padres, madres y hermanos/as en la intervención. Estas familias tienen en común el desconocimiento de habilidades para acompañar el proceso que su familiar inicia, tienen poco dominio de información real sobre las adicciones y sus efectos, y suelen presentarse demandando herramientas y consejos para disciplinar a sus hijos/as.

La mayoría de las intervenciones realizadas con todas las familias se enfocan en la dinámica familiar, mejoras en la comunicación de los miembros de la familia, disciplina y reconocimientos positivos, mejorar los vínculos y definir los roles y jerarquías. Dichas intervenciones pretenden descentralizar el “problema” en la persona consumidora, y visibilizar a la familia en totalidad como un ente de cambio.

Por ello, se observa que gran parte de los logros obtenidos en las familias fue el conocimiento de la problemática de adicciones, desde la parte conductual hasta lo emocional que pueden experimentar la persona consumidora y sus familiares, con ello se logró avances en la comunicación de algunos miembros de las familias, toma de decisiones y adquisición de responsabilidades en el hogar, reconocimiento de los cambios positivos, y con todo ello beneficiar en la motivación al cese de la problemática.

Se evidencia que al brindar a los familiares información sobre el proceso adictivo y herramientas o recomendaciones sobre el acompañamiento del tratamiento, se logra que se fortalezca en el hogar el proceso terapéutico y se minimicen las conductas que directa o indirectamente contribuyen al mantenimiento del consumo. El sistema familiar en ocasiones cumple características que pueden influir directamente en el consumo, ya sea por disfunción familiar o desintegración, falta de jerarquías definidas, poca comunicación, o estilos de crianza rígidos o permisivos, los cuales determinen negativamente la socialización y manejo emocional de la persona consumidora.

A la vez, se logra observar que la persona consumidora toma positivamente el involucramiento de sus familiares en el proceso, pues reconoce la importancia de recibir apoyo y motivación para lograr los cambios deseados, siendo ello un factor que incide en el compromiso con el tratamiento.

#### **4.4. Atención grupal.**

En este apartado se detalla brevemente la participación en dos de los grupos clínicos conformados en la institución, específicamente en el grupo de Familiares Codependientes (CODA) y el grupo Clínica de cesación de fumado, en ambos casos se asistió en compañía de

la psicóloga de la institución y en algunas ocasiones también con la médica. A continuación se muestran los datos generales del abordaje a grupos clínicos:

Tabla 19  
*Total de apoyo a grupos clínicos*

<b>Grupo clínico</b>	<b>Número de sesiones asistidas</b>	<b>Funciones realizadas</b>
Grupo CODA	4	-Elaboración de materiales de apoyo como presentación powerpoint, planificación de actividades. -Charla sobre: ADN Emocional y Salud Mental desde un enfoque de derechos. -Aporte de comentarios en los espacios de discusión.
Clínica de cesación de fumado	3	-Apoyo a las profesionales a cargo repartiendo material y haciendo anotaciones en la pizarra. -Aporte de comentarios en los espacios de discusión.

Fuente: Elaboración propia.

En dichos grupos se trabajan sesiones con cierta periodicidad, en las cuales se imparten talleres interactivos abordando diferentes temáticas; en el caso del grupo CODA se trabajan temas según los intereses de las mujeres participantes, y para el grupo de Clínica de cesación de fumado se trabaja siguiendo una guía de tratamiento generada a nivel nacional, por lo tanto se sigue un orden lineal específico para cumplir los objetivos con que se inicia el grupo.

Ambos grupos son coordinados y dirigidos por el equipo interdisciplinario que se encuentra en la institución, no obstante no se presentan todas las profesionales juntas para cada sesión grupal, sino que se dividen las semanas para atender al grupo cada una de ellas. Es por ello que en las ocasiones en que se asistió a colaborar fue en las sesiones que le correspondía dirigir a la psicóloga de la institución.

Cabe aclarar que se asistió a pocas sesiones y en la mayoría de forma administrativa, ya que únicamente estas se realizan los días jueves y algunos de los/as pacientes atendidos/as a nivel individual requerían ser vistos en horarios que coincidían con las sesiones grupales dirigidas por la psicóloga, por lo tanto no se pudo acompañar a estos grupos en gran parte de las sesiones realizadas durante los seis meses de estancia en la institución.

#### **4.4.1. Grupo CODA:**

Fechas de reunión y lugar: Este grupo se reúne quincenalmente en las oficinas del IAFA en San Ramón.

Participantes: Al grupo de Codependientes (CODA) asisten únicamente mujeres que sean familiares o con vínculos cercanos a alguna persona consumidora de sustancias psicoactivas.

Temática: Para cada sesión se expone un tema que fue propuesto por las mismas participantes desde inicio de año, ya que se intenta responder a las necesidades propias de la población codependiente, en función de brindar atención directa a ellas.

Objetivo: Facilitar un espacio terapéutico a nivel grupal para personas codependientes que tengan algún vínculo con usuarios/as de los servicios que ofrece el IAFA de Occidente.

Rol de la estudiante: Durante el proceso de práctica se asistió a cuatro sesiones de dicho grupo, en las cuales la participación fue mayoritariamente administrativa y de acompañamiento, preparando materiales para las actividades y la exposición, dando retroalimentación a las opiniones de algunas de las participantes. Únicamente se me asignó dirigir dos de las sesiones en la que se abordaron los temas de “ADN Emocional” y “Salud Mental desde un enfoque de derechos”.

El primer tema se desarrolló en torno a la forma en que las personas afrontamos las distintas situaciones de la vida cotidiana, y como dichas formas de afrontamiento están altamente permeadas por lo que hemos aprendido desde nuestros primeros años de vida, desde las experiencias previas en familia y también por las habilidades interpersonales o intelectuales heredadas. El propósito de abordar la temática fue dar a conocer cómo muchas de las formas en que las participantes conviven y responden a su entorno, a nivel emocional, social, familiar, laboral, está respondiendo a las enseñanzas más primarias de su vida, evidenciando que tal y como se puede heredar una habilidad para la música también se puede por “herencia” o “aprendizaje” tener dificultad para manejar el enojo, o hablar de los problemas. Todo ello se consideran temáticas que por las características de ser de la población codependiente, son pertinentes de hablar y traer a flote ejemplos de sus vidas diarias para darle más sentido a sus formas de interactuar.

En otra sesión impartida se trabajó el tema de “Salud mental desde un enfoque de derechos”, desde un posicionamiento que invitara a las participantes a reflexionar sobre la necesidad de cuidar su bienestar físico y mental en pro de una vida mejor. Para ello se expusieron distintas herramientas que les permitan tener autocuidado y mantenerse en contacto con sus propias necesidades y no con la atención únicamente en las demandas externas.

En la sesión se les instó a realizar actividades que les distraigan y motiven, como hacer ejercicio, yoga, meditación, baile, juegos de memoria, pasear, alimentarse bien, escuchar música, escribir, retomar prácticas que anteriormente hacían y han abandonado, entre otras.

Resultados obtenidos: Ambos temas fueron bien recibidos por las participantes, pues se realizan reflexiones sobre sus situaciones personales, disminuyendo la percepción de la culpa o el dolor,

y centrándose en continuar sus vidas desde una visión de calidad de la misma. Se les insta a empoderarse de sus propios caminos ya que no pueden dirigir el camino de las demás personas o de su familiar con problemática de consumo, sino que deben velar por disfrutar de sus días y mejorar la calidad de vida desde una visión integral.

Proceso del grupo: Las participantes comentan que el grupo es de gran beneficio para ellas como familiares de personas consumidoras, y a la vez indirectamente su familia se beneficia, ya que se brinda psicoeducación en roles familiares, en disciplina, en adquisición de responsabilidades u otras temáticas que inciden en la convivencia diaria de la persona con la problemática de consumo, no obstante el objetivo de dicho grupo es suplir necesidades de atención de las personas codependientes y darles el espacio de apoyo y motivación para continuar adelante en los momentos difíciles que se puedan presentar.

Dinámica del grupo: Las participantes en su mayoría se presentaban temprano a la sesión, no obstante en algunos casos las mujeres llegaban un poco tarde por lejanía de su residencia o por trabajos. El grupo se compone por participantes que llevan varios años asistiendo y algunas que recién se incorporan, por ello las narraciones de las asistentes son muy diversas y se puede observar como algunas han logrado superar gran parte de las características de codependencia, mientras que otras aún no han hecho cambios pues desconocen las modificaciones que podrían realizar para su bienestar y a la vez el de sus familias.

Sobresalen algunas participantes, principalmente las más antiguas en el grupo, quienes son muy participativas y tienden a usar el espacio para divertirse y generar comodidad para las demás asistentes, lo cual hace que el mismo grupo sea quien se mantenga animado y no

dependan únicamente de la guía de la persona facilitadora, sin embargo respetan los espacios para hablar y siguen las indicaciones de la persona que guía las exposiciones o dinámicas.

#### **4.4.2. Grupo Clínica de cesación de fumado:**

Fecha y lugar: Este grupo se conforma una vez al año y se mantiene activo durante 11 sesiones que se realizan una vez a la semana de forma consecutiva en las instalaciones del IAFA en San Ramón.

Participantes: Se conforma con personas particulares que deseen cesar el consumo de tabaco. La institución informa la apertura del grupo y las personas interesadas se inscriben en él, también pueden ser usuarios/ de los servicios que brinda la institución, personas que estén internadas en algún centro de rehabilitación avalado por el IAFA. Dicho grupo es cerrado, es decir, las personas que inician el proceso se mantienen y no puede ingresar nadie cuando ya se ha iniciado el programa.

Temática: El grupo Clínica de cesación de fumado trabaja con una guía estructurada proporcionada por la institución para su uso a nivel nacional, por ello la sesión es dirigida cada semana por alguna de las profesionales de la institución, las cuales imparten charlas magistrales en las que presentan teóricamente las implicaciones del fumado, el proceso de adicción, el proceso de abstinencia, las recomendaciones para lograr hacer el cese de consumo y como lograr el mantenimiento, se da un fuerte aporte a nivel de motivación y apoyo para continuar con el deseo de abandonar la conducta de fumado.

En dicho grupo se insta a tener estilos de vida saludables con implementación de ejercicio físico y alimentación balanceada, en los cuales el cese de fumado es vital, las personas que conforman el grupo han llegado motivadas para eliminar dicha situación, sin embargo se

respetar el ritmo de cada uno/a de ellos/as para tomar de iniciativa de hacerlo, lo cual hace que en algunos casos se finalice el proceso sin lograr hacer el cese

Objetivo: Desarrollar un programa de acompañamiento en el cese de consumo de tabaco a población consumidora.

Rol de la estudiante: Se asistió únicamente a tres de las sesiones de dicho grupo, ya que cuando se inició la intervención en la institución ya había iniciado el programa desde varias semanas atrás, y en algunas ocasiones coincidió la sesión grupal con citas de atención individual y por ello no se pudo asistir. En las sesiones asistidas únicamente se apoyó a las profesionales a cargo facilitando materiales o colaborando en las dinámicas, ya que las sesiones estaban estructuradas por el programa nacional.

Resultados obtenidos: Al finalizar el programa, del cual fueron parte aproximadamente 20 personas, al menos 10 de los/as asistentes lograron hacer cese del consumo de tabaco, algunos/as ya cumplían varias semanas sin consumo. Por lo tanto se cerró el grupo con datos positivos en cuanto a los alcances y logros que obtuvieron las personas participantes, a la vez se observó que fue un grupo muy comprometido y constante con el proceso, pues casi no hubo ausentismo ni deserción del proceso comparado con procesos similares anteriores, lo cual se considera un punto clave en los buenos resultados.

Proceso del grupo: El grupo facilita que personas que desean hacer cese del consumo de tabaco cuenten con información verídica sobre el proceso adictivo, se les brinda herramientas o instrucciones para aplicar en el momento que deseen hacer el cese. Además se convierte en un espacio de contención y apoyo emocional, donde cuentan sus historias personales y las

dificultades o facilidades que han tenido en el proceso, a la vez entre las personas participantes se dan apoyo y consejos.

Dinámica del grupo: Los/as participantes se presentaron a las sesiones de forma puntual, se mantenían en silencio en sus sillas y solicitaban dar opiniones mientras la facilitadora daba la charla correspondiente al día. Al ser un grupo que en su mayoría no se conocían, a excepción de 3 personas que estaban en un mismo centro de internamiento y asistían al grupo, no había mucha confianza para hablar entre ellos/as, solo si eran intervenciones generales para el grupo. El grupo se dirige por la facilitadora, ya que en su mayoría la sesión se compone de una exposición magistral, con breves aportes de las personas participantes comentando sus experiencias personales con el fumado y durante el proceso de cese.

## **CAPÍTULO V**

## **5. Discusión general.**

La experiencia obtenida en la intervención realizada y expuesta en esta memoria de práctica dirigida deja varios insumos que se consideran pertinentes de mencionar y contrastar con la teoría que ha servido de cimiento de este proceso, para ello es importante analizar los resultados obtenidos de esta intervención y el rol profesional ejercido.

### **5.1. Sobre los resultados encontrados en las categorías de análisis**

En la primera categoría de análisis llamada “Frecuencia de consumo” de las drogas, se puede observar en la Figura 7, el 65% (13 personas) de la población atendida logró hacer una disminución en la frecuencia de consumo de la sustancia con respecto al inicio del proceso, el 15% (3 personas) de los participantes se mantuvo su nivel de consumo igual desde que inició el proceso (independientemente si era uso, abuso o dependencia a sustancias) y el 20% (4 casos) de las personas atendidas sólo asistió a una sesión, por lo tanto no se logró evaluar y representan el rubro “Se desconoce”, mientras que el caso del rubro “Aumentó” obtiene un 0% (0 participantes), ya que ninguna de las personas evaluadas manifestó consumir con mayor frecuencia luego de iniciar el proceso terapéutico. Los datos anteriores demuestran efectividad del enfoque utilizado y del abordaje dado a los diferentes casos, pues en más de un 50% de las personas participantes se logró una disminución en su consumo de drogas.

Cabe señalar que en el rubro “Disminuyó” se encuentran personas que concluyeron el proceso en fase de abstinencia y personas que disminuyeron la frecuencia de consumo, de los 13 casos que componen dicho ítem 7 lograron concluir sin consumo y 6 casos con disminución de consumo. Los 7 casos en cese de consumo iniciaron el proceso en abstinencia con periodos de 3 días o hasta 3 meses previos a iniciar el proceso. Se considera que dichos casos lograron mantener el compromiso con el proceso y el cese del consumo por la posible presencia de

factores como iniciar la terapia en etapas de cambio avanzadas, entre la contemplación y la acción, además de contar con apoyo familiar, son participantes que en su mayoría cambiaron hábitos o conductas identificadas como de riesgo, y por ello modificaron el consumo de la sustancia psicoactiva por la cual se presentaron a la consulta, además de beneficiarse con el espacio para manifestar situaciones o emociones que estuviesen relacionadas a dicha conducta.

Al menos 6 de los/as participantes que lograron la disminución del consumo también recibieron atención médica, y varios/as tomaron tratamiento farmacológico para minimizar el impacto del síndrome de abstinencia, lo cual puede tener incidencia en los resultados positivos obtenidos. Cabe señalar que dichos cambios serían multifactoriales, pero se considera que el hecho de la asistencia a terapia incida en los logros alcanzados en cada proceso.

Aquellos casos que mantuvieron el consumo durante el proceso se caracterizan por ser personas adolescentes consumidoras de marihuana que asistieron a terapia por demanda de sus padres o del centro educativo, ellos/as no visualizaban el consumo como problemático y por lo tanto no presentaron intenciones reales de cambio en sus conductas, siguieron frecuentando lugares de consumo y amistades consumidoras, pues a nivel de percepción no visualizaron riesgos en dicha conducta ni implicaciones negativas experimentadas, lo cual no generó cambios a nivel de pensamiento y comportamientos. Por ello en estos casos se trabajó principalmente con la familia desde la psicoeducación, dando información sobre las implicaciones del consumo de drogas en edades tempranas, explicando cómo se da el proceso adictivo y brindando psicoeducación sobre acompañamiento al familiar consumidor, desde aspectos de disciplina hasta la identificación de cambios físicos o conductuales que sean indicadores del avance de consumo de drogas.

No se presentaron casos en que aumentara el consumo, ya que ninguna de las personas usuarias del servicio brindado informaron que estuviesen consumiendo con mayor frecuencia o

mayores dosis, lo cual se interpreta como un indicador de que el tratamiento dado tuvo beneficios en un plazo corto para las personas que se mantuvieron en el proceso y lograron cambios a nivel de pensamientos y conductas, y el abordaje de las situaciones personales que estuviesen influyendo en el consumo.

Lo anterior coincide con lo encontrado por León, Montero y Reyes (2012), quienes realizaron su intervención con personas jóvenes atendidas en el mismo Centro en que se realizó esta práctica, y que mostró entre sus resultados que las personas participantes no ven el consumo de droga como un tabú ni reconocen que pueden generarles daños, lo cual hace que en la mayoría de estos casos no se presente una intención real de cambio, por ello se debe reorientar el tratamiento hacia las familias o centros educativos.

En la segunda y tercera categoría de análisis, “‘Pensamientos’ y ‘Creencias’ respecto al consumo” de drogas, las cuales se presentaron conjuntamente, se utilizan frases tomadas de las narraciones de los/as participantes para ejemplificar pensamientos y creencias que juegan un papel decisivo al ser parte de los factores que influyen en la génesis y mantenimiento del consumo de drogas, además de convertirse en reforzadores de dicha conducta y potenciales factores que inciden en las recaídas.

En el discurso de la población se evidencia que existen esquemas de creencias centrales que intervienen en que se dé el inicio de consumo, como se da en quienes mantienen la creencia de que el consumo de cierta sustancia psicoactiva no es un problema, por ello no hacen cambios para minimizar o eliminar su consumo, ya que la consideran una práctica cotidiana y normalizada, mayoritariamente en quienes realizan dicha conducta por “recreación” o de “ambiente”, es decir, quienes consumen con sus amistades o cuando frecuentan lugares en específico, y por ello justifican el consumo, sin embargo no identifican que con el tiempo el consumo incrementa y aumentan los espacios en que lo realizan . También se presentan

creencias de que alguna droga en específico es menos “mala” que otra, como en los discursos de participantes respecto al consumo de marihuana y tabaco o alcohol, por una parte quienes consumen marihuana consideran que su consumo es “menos nocivo” que el tabaco, y para quienes únicamente han consumido alcohol creen que otras drogas como tabaco y marihuana son perjudiciales y socialmente inaceptables.

También el mantenimiento del consumo se ve reforzado por ser un patrón aprendido desde el hogar y normalizado, generando creencias en torno a lo “natural” que es tener consumo problemático. Esta creencia impera principalmente en la población consumidora de alcohol con antecedentes familiares de consumo problemático, quienes recuerdan que en las fiestas familiares fuese común observar a gran parte de los miembros de su familia en estado de embriaguez, facilitando el acceso a sustancias psicoactivas e iniciar consumo de bebidas alcohólicas a edades muy tempranas y prontamente pasar a “consumo problemático”.

Lo anterior se fundamenta en el aprendizaje vicario, donde la persona “aprende y repite la conducta” por medio de procesos de motivación y modelamiento (Arancibia, Herrera y Strasser, 1999); aunado a ello se evidencia que dichas personas tenían accesibilidad y permisibilidad para el consumo de alcohol dentro del hogar. A la vez las creencias centrales se fortalecen por algunas creencias que se derivan de las mismas o se consideran secundarias (tales como los posibles beneficios de consumo, el considerar ciertas sustancias “*menos dañinas o malas*”, el consumo sociable), y de algunos pensamientos, generando que la persona continúe con las conductas de consumo, no haga cambios en su comportamiento y se refuerce el esquema de creencias por influencia de factores sociales, familiares y emocionales.

Algunos ejemplos de estas afirmaciones y pensamientos reforzadores son los que se mencionan en discursos indicando que las amistades consumidoras son entes de mayor apoyo que las familias o el hecho de divertirse necesariamente consumiendo alguna droga. Estas ideas

se convierte en “verdades” para su cotidianidad y en el “refugio” para cuando hay problemas y también para disfrutar. Es común encontrar estas afirmaciones en los discursos de las personas consumidoras y que estas se conviertan en creencias irracionales, las cuales pueden estar permeadas por componentes de moral o culpa (Landriscini, 2006) y que sirven para justificar sus acciones, lo cual está vinculado con la alteración de la percepción de la realidad, hecho presente en dicha población.

Lo anterior se fundamenta en los “beneficios” que las personas dicen encontrar en el consumo, y que generan cierto confort para mantener dicha conducta y no decidir realizar cambios. Dentro de los beneficios que algunos/as usuarios/as mencionan están los físicos como dormir bien y tener apetito, y los mentales o emocionales como la tranquilidad y la felicidad. Estas creencias se traducen en conductas compulsivas, que aumentan la frecuencia del consumo y en ocasiones de la dosis, llevando a la presencia de la “tolerancia” de la droga.

Finalmente, tal como se presenta en la cuarta categoría de análisis “Conductas en torno al consumo de drogas”, se identifican conductas de riesgo y protectoras en los casos atendidos. En los gráficos de las Figuras 8 y 9 se registran las conductas que la mayoría de la población presentó durante la intervención.

En cuanto a las conductas de riesgo, en la Figura 8 los datos permiten concluir que la principal conducta de riesgo que mantienen las personas participantes es el “frecuentar amistades consumidoras”, siendo que en 12 de los casos se presenta; seguido de “asistir a lugares de consumo”, hecho que narran 7 de los/as usuarios/as. También se encuentran conductas de “agresividad” e “incumplimiento de normas”, siendo identificadas dichas conductas en 4 casos cada una de estas, y por último se evidencia “aislamiento” y “poca expresividad” en uno de los casos. Dichas conductas son consideradas de riesgo pues en presencia de situaciones de

conflicto personal pueden detonar el consumo, generando recaídas que sean más agresivas que el consumo recurrente que habían mantenido anteriormente.

En la Figura 9 se muestra que la conducta protectora que predominó en los/as participantes fue el implementar una “Alimentación sana” la cual se presentó en 10 pacientes, seguida por la realización de “Ejercicio físico” en 9 de los casos, conducta que fue recomendada para mejorar la condición de salud, minimizar el impacto de la ansiedad de consumo y a la vez invertir el tiempo de ocio. Mientras que 6 de los casos lograron buscar “Redes de apoyo” que les favoreciera para mantener la motivación, escuchar consejos y estar distraído/as frente a un eventual “craving”.

También se registra la “Adherencia al tratamiento farmacológico” en 5 de los casos que la médico del IAPA consideró oportunos de medicar, convirtiéndose este en un factor favorable para el manejo de la abstinencia. Por último, se encuentra en uno de los casos el “Autoaplicar técnicas para manejo de la ansiedad”, con el fin de sobrellevar las crisis abstinencia y evitar exponerse a disparadores del deseo de consumo, por ejemplo para ello la realización de actividades recreativas y que favorecieran cambios en el pensamiento ayudaba a evitar las recaídas en consumo, dicho participante tiene antecedente de internamientos en centros de rehabilitación, por lo cual manejaba ciertos conocimientos en cuanto manejo de craving o impulso de consumo.

Cabe señalar que lo expuesto en ambos gráficos se contrasta en los diversos casos, es decir, en un mismo caso se pueden presentar “Conductas de riesgo” y “Conductas Protectoras” de las expuestas anteriormente, sin embargo el manejo de ambas en el desarrollo de la intervención es lo que logra hacer la diferencia en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

## 5.2. Sobre el rol profesional ejercido

La labor psicológica en el abordaje de las adicciones se convierte en un pilar para cumplir el tratamiento integral, biopsicosocial, eficaz y humano recomendado por la Organización Mundial de la Salud (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud, 2010), reconociendo la importancia de las distintas disciplinas que interfieren en dicha problemática, colaborando en la visión integral del ser humano y la búsqueda e implementación de herramientas que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas que presentan dicha conducta y sus familiares o allegados.

La inserción en una institución como el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) permite conocer el perfil clínico de los usuarios, aprender sobre el tratamiento que se da para minimizar o erradicar el consumo de sustancias psicoactivas, lograr tener un acercamiento teórico a la comprensión de las drogodependencias y la forma en que estas inciden en distintas áreas del ser humano, desde lo físico, lo familiar, lo educativo, lo laboral y lo social.

El enfoque cognitivo conductual dota a los profesionales en psicología de herramientas teórico-prácticas para intervenir en estos casos, mejorando la práctica psicológica y la comprensión integral de la psicopatología de las adicciones, con el fin de dar a los/as usuarios/as apoyo para superar su problemática de consumo y otras situaciones que influyen.

Las ventajas de la aplicación de modelo cognitivo conductual son claras al lograrse identificar situaciones específicas que interfieren en el mantenimiento de consumo y tratar de modificarlas, como lo mencionan Pérez, Fernández, Fernández, Amigo (2005), al indicar que se puede entrenar en determinadas habilidades que permitan afrontar de forma adecuada los consecuentes ambientales e individuales que mantienen el consumo, esto puede explicar cómo en la mayoría de los casos las personas lograron disminuir sus consumo luego de iniciar el

tratamiento, proceso en el cual se les brindó recomendaciones específicas para lidiar con las situaciones personales que se presentan en su cotidianidad y que mantienen el consumo.

El facilitar el espacio terapéutico para desahogar sus preocupaciones y manifestar sus creencias sin ser juzgados/as es trascendental para esta población, por ello es necesario en las sesiones conocer los problemas personales actuales de los/as usuarios/as, dar lugar a las creencias, pensamientos y emociones que se puedan presentar y a la vez ahondar en las conductas que se presentan en el desarrollo de la persona y aquellas que están ligadas especialmente al consumo, lo cual se convierte en base de la formulación de cada caso como lo proponen Beck, Wright, Newman y Liese (1993), permitiendo así esa visión integral de ser humano que se vuelve clave en la atención de cualquier problemática en el quehacer de los/as profesionales en psicología, y que no escapa de ser vital en la rehabilitación de las adicciones.

Cabe destacar lo aprendido en la implementación de la entrevista motivacional como recurso terapéutico en el tratamiento de adicciones, la cual permite generar en las personas atendidas el reconocimiento de poder hacer el cambio y de la etapa de cambio en que se encuentran, primeramente reconociendo la existencia de un problema y luego tomando la decisión de modificar aquello que afecte en su camino al cambio. La entrevista motivacional promueve a que desde la posición del clínico se dé lugar y se respeten las creencias y el posicionamiento de la persona atendida, e incentivando a generar un cambio dirigido a un estilo de vida saludable y hábitos sanos (Becoña et al, 2008).

Durante las sesiones fue primordial el recalcar aspectos como el desarrollo de actividades sanas para el entretenimiento, promover la alimentación sana, realizar ejercicio físico, tener planes a futuro y buscar socializar en lugares que no se expongan a personas consumidoras. Lo anterior a la vez se vincula con factores protectores para evitar las recaídas, como bien lo menciona Chavarría y Robles (2008) en uno de los antecedentes de esta

intervención, se evidencia que estas acciones positivas o cambios logran que se dé mayor avance en el tratamiento, dichos cambios de estilo de vida y hábitos sanos se convierten en factores protectores que fortalezcan el mantenimiento de los avances logrados y previenen el consumo.

Finalmente, se reconoce la riqueza de conocimiento que una experiencia profesional como esta permite a quienes estamos en formación académica y tenemos afinidad hacia temas como las adicciones, ya que el lograr incorporarse en una institución especializada en el tema, tener acceso a las formas de trabajo que se desarrollan, escuchar los consejos y asesorías de personas profesionales que diariamente atienden a esta población permite ampliar el panorama y tener un aprendizaje desde la experiencia.

Como lo indica Rojas (2014) en sus resultados, la experiencia de ser parte de estas intervenciones hace que desarrollemos habilidades y competencias en el tema, las cuales nos permiten aportar y ampliar el número de personas beneficiadas y minimizar las implicaciones negativas que el uso irresponsable y problemático de drogas conlleva en quien las consume.

## **CAPÍTULO VI**

## **6. Conclusiones generales y Recomendaciones.**

En este capítulo se presentan las conclusiones generales y recomendaciones que se obtienen de esta práctica profesionalizante. Ello deriva del proceso en general, englobando tanto la experiencia como profesional en psicología en formación, como la labor del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), la utilidad del enfoque cognitivo conductual en adicciones y la aplicación de la Entrevista Motivacional como recurso en la intervención.

### **6.1. Conclusiones**

Primeramente es necesario enfatizar en la labor que realiza el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en nuestro país, al brindar un abordaje interdisciplinario de los casos que diariamente llegan a sus oficinas y por dar atención no sólo a la persona consumidora, sino también dar espacio a la orientación de sus familias y personas cercanas, visualizando la efectividad del tratamiento individual y grupal en las adicciones.

Esta institución pone al servicio de las/os usuarias/os un equipo que cuenta con profesionales en psicología, medicina y trabajo social, para que de ser necesario la persona sea atendida por las tres profesionales o si lo amerita será únicamente tratada por quienes le brinden la atención necesaria para su tratamiento según sus necesidades. No obstante, cabe mencionar que hay gran saturación de demanda de servicios, lo cual hace que las listas de espera sean largas y en ocasiones el/la usuario/a deba esperar hasta 2 meses para recibir su primera cita.

También cabe destacar la opción de dar atención a las personas que conviven o tienen cercanía con quien presenta la problemática de consumo, para ello los grupos de apoyo dan el acompañamiento que dicha población necesita en vías de su rehabilitación. Aunado a ello, se reconoce la labor que la institución realiza al crear grupos de apoyo a quienes desean cesar el consumo de tabaco, o de seguimiento a quienes han logrado el cese de consumo de alguna sustancia. Todo ello convirtiéndose en una herramienta vital para que esta población tenga un

lugar de apoyo y escucha profesional, que les dé las herramientas necesarias para salir de la problemática y continuar sus vidas de la mejor forma que les sea posible.

Mencionado lo anterior, es importante visibilizar el rol de la o el profesional en psicología, considerando el aporte de la psicología como disciplina en la atención de la problemática de adicciones, dando espacio a que las personas manifiesten situaciones personales, familiares y sociales implicadas en dicha problemática, ya que la visión biopsicosocial desde la que nuestra disciplina busca posicionarse, permite generar un plano más amplio del contexto en que la persona consumidora se encuentra y desenvuelve, y así encontrar las aristas que han dado con el inicio del consumo y en algunos casos de la aparición de la adicción y su mantenimiento.

Lo anterior fomenta dejar de ver a la persona consumidora como el “problema”, permitiendo visualizar el entorno completo que ha influido en que el hecho se dé, es por ello que un área como la familiar se torna fundamental de conocer, para brindar abordajes más amplios en la psicoterapia. La psicología debe trabajar desde las historia de vida de la persona, el espacio familiar y espiritual en que se ha desarrollado, el ámbito académico, el área laboral y el espacio social que esta posee para así tratar de comprender la complejidad de su situación, y buscar cómo brindar un abordaje con herramientas apegadas a su particularidad, que sean posibles de realizar para su realidad diaria.

No obstante, se reconoce que la labor que se debe realizar en el tratamiento de adicciones no es exclusiva del o la profesional en psicología, sino que es evidente la importancia de la atención interdisciplinaria de esta problemática para posibilitar la rehabilitación y reinserción social eficaz en quienes desean y se comprometen a cambiar su situación de consumo. Aunado a lo anterior es importante fortalecer a nivel institucional la labor interdisciplinaria, con miras

en trabajar de manera uniforme cada caso que se aborda desde las diferentes disciplinas, para con ello cumplir con tratamientos que se complementen de forma eficaz.

Es fundamental el conocimiento de la población con que se va a trabajar, desde las expresiones que usan popularmente para referirse a las distintas drogas, los síntomas físicos de la intoxicación, hasta las particularidades de cada caso en sus historias de vida y su historia adictiva, todo ello con el fin de lograr brindar un proceso terapéutico personalizado y enfocado en ayudar a cada persona desde su particularidad con sus recursos internos y externos.

Dentro de las características y particularidades de dicha población hay que tomar en consideración el motivo por el cuál inician el tratamiento, en ello se diferencian dos grandes grupos de usuarios/as: quienes solicitan la consulta por motivación personal y quienes solicitan la consulta motivados/as o presionados/as por terceros/as. Lo anterior es un indicador de la línea de trabajo en que se debe abordar el proceso, ya que quienes no se presentan con intención de cambio es necesario comenzar brindándoles información de lo que es el consumo de drogas y sus consecuencias, e intentar evidenciar la situación y/o problemática, pues en su mayoría no lo reconocen como un problema.

Lo anterior lleva a la importancia de conocer las etapas de cambio en que la persona se encuentra y su diagnóstico de consumo, siendo insumos fundamentales para dar una buena atención y tratamiento, lo cual guía a que el proceso psicoterapéutico tenga buenos resultados y se cumplan los objetivos.

El enfoque cognitivo conductual es considerado el idóneo para el abordaje de la problemática de adicciones, ya que permite indagar ideas, creencias, supuestos y pensamientos relacionados al consumo, además de evaluar las conductas en torno a ello que han llevado a iniciar el consumo y a mantenerlo, llegando en algunos casos a la adicción. Cuando se logra saber un poco más del pensamiento y la conducta que éste desencadena, hay posibilidad de

brindar herramientas eficaces para afrontar los episodios de insidia. El supuesto del modelo psicoterapéutico es cambiar el pensamiento para cambiar la conducta, e identificar problemáticas influyentes en la génesis del consumo y abordarlas durante la intervención.

Aunado a lo anterior, la Entrevista Motivacional es un recurso útil y con buenos resultados en el tratamiento de adicciones. En las intervenciones realizadas fue aplicada como recurso y se debe resaltar el aporte que hace al posibilitar que el/la usuario/a se empodere del proceso y de la posibilidad de cambio, haciendo que el terapeuta guíe pero que la persona atendida reconozca que el potencial para generar resultados y obtener cambios es suyo, siendo este su objetivo en la terapia. Dicha técnica enriquece el tratamiento al dar paso a la escucha empática de las creencias y vivencias de la persona, y a estimular que se dé la motivación al cambio libremente, sin ser una imposición, sino por reconocimiento del deseo y poder para realizarlo.

Es necesario reconocer la importancia de la implementación de la entrevista motivacional y de la terapia cognitivo conductual en temática de adicciones, esto porque la entrevista motivacional representa en un instrumento basado en la evidencia ya que logra rescatar información importante del discurso de la persona usuaria, que dentro de un proceso de intervención y aplicando el enfoque cognitivo conductual se convierte en un complemento positivo y específicamente de uso en la entrevista inicial. Lo cual permite que el/la profesional pueda plantear un proceso terapéutico que sea eficaz según la información extraída de discurso de la persona usuaria del servicio.

Cabe destacar la importancia de la inclusión de la familia en los tratamientos en problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas, pues se convierte en un factor que puede fortalecer el trabajo individual que se está realizando con la persona consumidora, y así alcanzar de manera conjunta los objetivos terapéuticos y darle sostenibilidad al proceso. Se identifica a

la familia como un ente que puede incidir en los cambios que se están dando en cuanto al consumo de drogas en la persona consumidora, por ello se debe trabajar para que dicha influencia sea positiva para la disminución del consumo problemático y se brinde acompañamiento adecuado. Dichos objetivos familiares se logran con el trabajo desde la psicoeducación en temática de drogas y adicciones a sustancias psicoactivas, ya que posibilita que la familia tenga acceso a información real sobre el tema y cómo apoyar al familiar que decidió hacer un cambio en cuanto a la conducta de consumo.

También se reconoce la importancia del acompañamiento mediante la participación en grupos clínicos, pues en dichos espacios las personas experimentan la posibilidad de dialogar sobre su situación personal y escuchar experiencias de otras personas que pasan por hechos y dificultades similares, además de lograr recibir apoyo profesional y acompañamiento. Las personas se benefician de su participación en los grupos clínicos pues se sienten comprendidas y apoyadas, tanto el grupo CODA como el grupo de Clínica de Cesación de Fumado lograron alcanzar cohesión entre sus participantes y con ello tener apertura para contar sus temores, sus dudas y sentirse escuchados/as y recibir palabras de retroalimentación de parte de sus compañeros/as, haciendo que quienes participan enriquezcan las sesiones con sus experiencias y con la motivación que dan a quienes al igual que ellos/as cada día luchan por tener una calidad de vida mejor y alcanzar su bienestar.

Por último, pero sumamente importante, es la identificación de temáticas esenciales de abordar durante el tratamiento de las adicciones, que si bien es cierto en procesos cortos no se logra ahondar, siempre es importante de explorar y priorizar cuando se identifica algún aspecto significativo en el desarrollo de la persona, ya sea vinculado al consumo o no. Por ello conocer la historia de vida de la persona, si es posible desde la infancia, la dinámica familiar, académica, social y laboral en que se desenvuelve, las relaciones de pareja o afectivas, las amistades, los

temores o inseguridades, los planes a futuro, son aspectos relevantes de tratar en la terapia, dando gran importancia a los hechos de violencia, discriminación o cualquier problemática que pueda estar influenciando negativamente en el avance de la persona para su rehabilitación. A la vez instar a que las redes de apoyo que existan estén muy presentes en el proceso, y en caso de no tener apoyo entonces buscar ser parte de agrupaciones que puedan beneficiar el tratamiento, pues se reconoce que el acompañamiento del proceso por parte de personas cercanas y de confianza refuerza los logros obtenidos.

## **6.2. Recomendaciones**

Partiendo de lo dicho en la discusión y las conclusiones de esta intervención, se presentan las siguientes recomendaciones, las cuales se dirigen a la institución y a las/os profesionales en Psicología que deseen abordar la temática de adicciones.

### *6.2.1. Para el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia:*

Dada la gran demanda de atención, sería importante la posibilidad de contar con algún profesional que puede atender de forma inmediata o pronta a las personas que llegan en momentos críticos de consumo a solicitar ser atendidos, y al menos brindarles un espacio de escucha y de sugerencias breves que les permita tomar algunas medidas de cuidado necesarias mientras pueden ser atendidos/as, ya que se reconoce que la población que necesita la atención en ocasiones deben esperar varias semanas para recibirla.

Crear más grupos terapéuticos que puedan brindar atención grupal a dicha población, ya que algunos/as de los/as usuarios/as muestran interés por ser parte de grupos clínicos que sean de apoyo a su proceso, pues allí podrían escuchar testimonios, o bien saber que no son los/as únicos/as que pasan dificultades para mantenerse sin consumo o para lograr hacer un cese. Lo cual les daría el espacio para escuchar a personas que atraviesan su misma situación y a la vez dar y recibir motivación para alcanzar sus objetivos. Esto se considera un aspecto prioritario

pues regularmente las opciones de grupos de apoyo que se les sugiere están fuera de la institución (como lo son Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos) y ofrecen horarios o espacios de atención que no se apegan a las posibilidades de la mayoría de personas que desean asistir.

Considerar el generar un registro de información sobre oportunidades de formación académica o especializaciones en distintas áreas, ya que en algunos casos las personas hablan de sus planes a futuro y desean aprender algo para optar por un trabajo, pero no saben dónde consultar o qué oportunidades pueden tener para finalizar sus estudios a distancia, lo cual sería beneficioso para su rehabilitación y reinserción social.

Brindar un mayor manejo interdisciplinario de los casos atendidos por varias profesionales, ya que sí se trabaja actualmente de dicha forma pero es necesario que el abordaje se realice de manera conjunta y se generaren objetivos terapéuticos simultáneamente, para que se siga una línea de atención similar y coherente a las necesidades de la persona, con el fin de que ambas profesionales guíen de forma paralela el proceso y con comunicación regular sobre los alcances que va teniendo el tratamiento.

Implementar la Entrevista Motivacional como una herramienta dentro del tratamiento de las adicciones, pues se evidencia que en el proceso inicial se convierte en un aporte que incide en la permanencia y compromiso de los/as participantes, generando así que la persona reconozca su potencial para cambiar la conducta que desean modificar y lograr alcanzar sus objetivos dentro del espacio terapéutico.

#### *6.2.2. Para los/as profesionales en Psicología:*

La temática de adicciones es un área de atención que presenta muchas características importantes de considerar al momento de intervenir, por ello es fundamental trabajar desde una visión integral del ser humano, la cual permita abordar cada caso sin dejar de lado espacios

vitales de la persona y que inciden en que se dé o se discontinúe el consumo de sustancias psicoactivas, para ello es vital tener manejo teórico del tema y constantemente ser autocríticos/as de nuestro desempeño.

Como profesionales posicionarnos desde un rol empático, respetuoso, comprensivo y de escucha activa para quienes deciden llevar un proceso psicoterapéutico, y en el tratamiento de adicciones es necesario mantener una actitud de motivación y apoyo hacia estas personas. Dicha población en muchos casos son irregulares con su proceso terapéutico, y pueden abandonar las sesiones hasta por un mes y luego regresar, lo cual hace que como profesional se deba retomar el proceso y evaluar lo que haya acontecido, para motivar a que la persona se apegue al proceso, sea activo/a en el mismo y lo continúe.

Instar a trabajar en temáticas de este tipo durante nuestra formación académica y en los espacios sociales, para así ampliar conocimientos y abordajes desde la investigación, la prevención y la atención, ya que es un tema muy extenso para informar, atender y prevenir, y que tiene mucha incidencia en la población mundial, convirtiéndose en una problemática de salud.

Mantener conductas de autocuidado, ya que el trabajo directo y constante con este tipo de población demanda cargas emocionales altas, por lo tanto es importante la autoevaluación de nuestro bienestar y de la labor que estamos realizando. Por ello es importante con cierta regularidad salir de la rutina y tomar espacios de recreación y meditación.

## **CAPÍTULO VII**

## 7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: MASSON, S.A.
- Arancibia, V., Herrera, P., y Strasser, C. (1999). *Manual de psicología educacional*. México D.F.: Ediciones Alfaomega.
- Arroyo, C., y Castillo, P. (2014). *Experiencias de vida sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en las Personas Adultas Mayores de la Asociación-Centro Diurno Pilar Gamboa en Santa Ana de Desamparados durante el año 2013*. (Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1993). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Editorial Paidós.
- Becoña, E., Cortés, M., Perero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M<sup>o</sup> P., Secades, R., y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. España: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J, M., López, A., Madoz, A., Martínez, J.M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., y Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Socidrogalcohol.
- Castillo, Y. (2015). *Atención psicoterapéutica a personas consumidoras de drogas que acuden al IAFA, Sede de Occidente: Un abordaje desde la terapia sistémica*. (Práctica dirigida

para optar por el grado de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San Ramón, Costa Rica.

Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (2014). *El problema de las drogas en el Perú 2014*. CEDRO. Recuperado de: <http://www.bvcedro.org.pe/bitstream/123456789/550/1/4590-DR-CEDRO.pdf>

Chavarría, N., y Robles, K. (2008). *La influencia de los factores protectores ambientales e individuales, en el proceso de resiliencia en hombres recuperados de la adicción a sustancias psicoactivas, residentes en el cantón de San Ramón*. (Tesis de Graduación de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, San Ramón, Alajuela.

Colegio Profesional de Psicología de Costa Rica, (2008). *Código de Ética Profesional*. San José: s.e.

Dupont, R. (2000). *Drogas de entrada: Una guía para la familia*. México D.F: Prisma S.A Ediciones.

Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial DEBATE S. A.

Hosseinzadeh, N., y Barahmand, U. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for co-morbid depression in drug-dependent males. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 314-318. doi: 10.1016

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2010). *Distribución geográfica del consumo de drogas en Costa Rica 2006*. San José: IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2014). *Análisis geográfico provincial de las drogas, 2011-2013*. San José: IAFA.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015a). *Acerca de IAFA*. Recuperado de: [www.iafa.go.cr](http://www.iafa.go.cr)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015b). *Prevalencia del consumo de alcohol*. Recuperado de: [www.iafa.go.cr](http://www.iafa.go.cr)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015c). *Prevalencia del consumo de cannabis*. Recuperado de: [www.iafa.go.cr](http://www.iafa.go.cr)

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2015d). *Prevalencia del consumo de tabaco*. Recuperado de: [www.iafa.go.cr](http://www.iafa.go.cr)

Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis. *Norte de salud Mental*, 25,126-129. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-25/126-la-terapia-racional-emotiva-de-albert-ellis.pdf>

León, M., Montero, T., y Reyes, R. (2012). *Representaciones sociales sobre drogas de personas jóvenes atendidas en la Oficina Regional IAFA Occidente, Sede San Ramón Alajuela*. (Memoria de Seminario de Graduación de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, San Ramón, Alajuela.

Llorente, JM. e Iraurgi, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos*, 10(4).

McKee, S., Carroll, K., Sinha, R., Robinson, J., Nich, Ch., Cavallo, D., y O'Malley, S. (2007).

Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 97-101. Recuperado de: [http://ac.els-cdn.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/S0376871607001949/1-s2.0-S0376871607001949-main.pdf?\\_tid=1f956cda-ff55-11e4-82c3-00000aab0f01&acdnat=1432170359\\_46539c286cf6bb68b141dc3afd989fbf](http://ac.els-cdn.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/S0376871607001949/1-s2.0-S0376871607001949-main.pdf?_tid=1f956cda-ff55-11e4-82c3-00000aab0f01&acdnat=1432170359_46539c286cf6bb68b141dc3afd989fbf)

Miller, W., y Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional*. España: Ediciones Paídos Ibérica, S.A.

National Institute on Drug Abuse (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015). *Informe mundial sobre las drogas*. UNODC Research. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/WDR15_ExSum_S.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de a drogodependencia*. UNODC. Recuperado de: [https://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP\\_Brochure\\_-\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf)

- Pacheco, M. (2011). *Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick*. Centro para el desarrollo de la psicoterapia breve. Recuperado de: <http://www.xn--caete-pta.cl/documentos/opd/Entrevista%20Motivacional.pdf>
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. y Amigo, I. (2005). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Ediciones Pirámide.
- Rojas, M. (2014). *La valoración neuropsicológica como ámbito de inserción profesional en la atención psicosocial de las drogodependencias: el papel del rendimiento cognitivo en el manejo de adolescentes de primer ingreso al Centro Nacional de Atención Integral para Personas Menores de Edad, IAFA*. (Práctica dirigida de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Sánchez, B. (2014). *Propuesta teórico-metodológica para el fortalecimiento de la autonomía en las mujeres codependientes consultantes del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) Centro de Atención Integral sobre Drogas, San Carlos*. (Informe del Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de proyecto para optar por el título de licenciatura en la carrera de Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente.
- Sánchez, E., y Tomas, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 3(1), 21-27. Recuperado de: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13012721&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=182&ty=134&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v03n01a13012721pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13012721&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=134&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v03n01a13012721pdf001.pdf)

Sánchez, E., Tomas, V. y Morales, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159-166. <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-un-modelo-tratamiento-psicoterapeutico-adicciones-13065158>

Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología*, 5: 21-35. Recuperado de: [http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num5/escritospsicologia5\\_analisis2.pdf](http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num5/escritospsicologia5_analisis2.pdf)

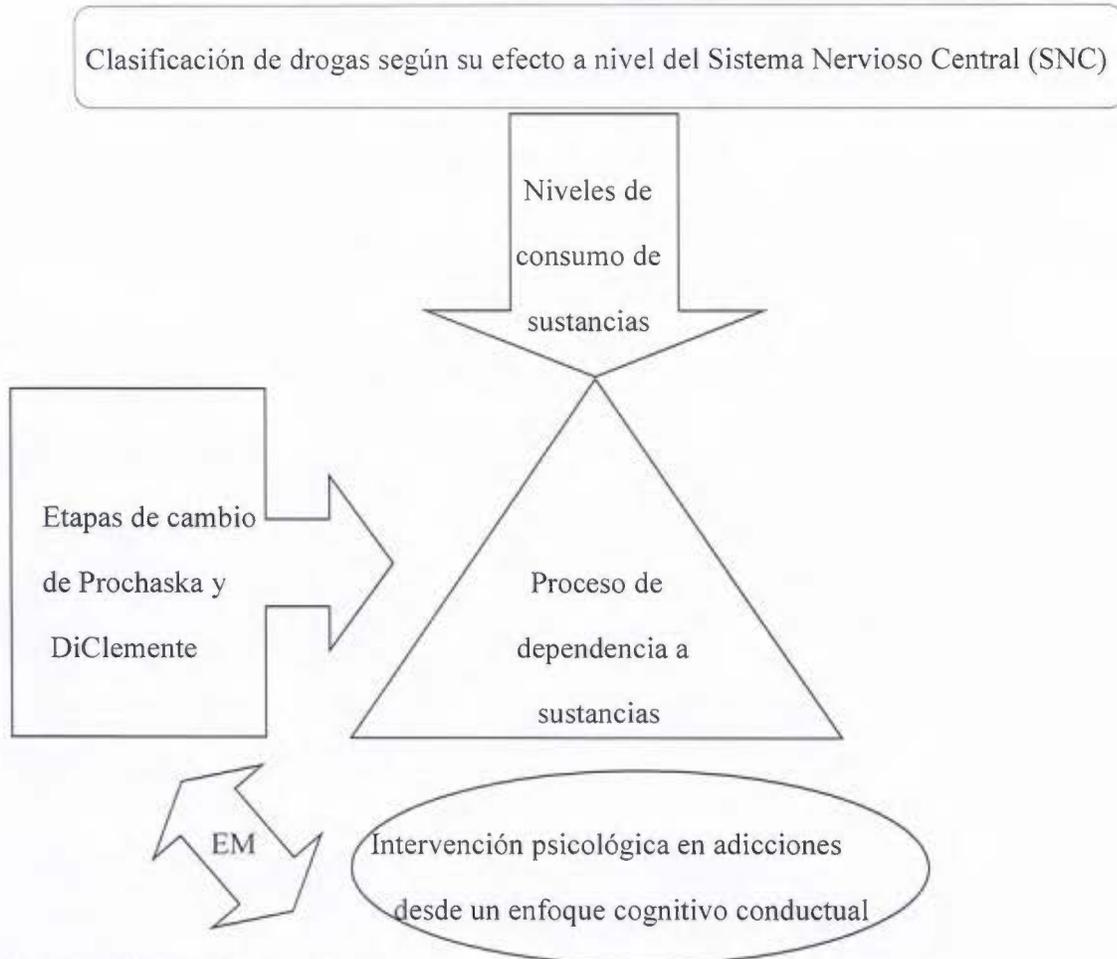
Universidad de Costa Rica (2000). Reglamento Ético-Científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos. *La Gaceta Universitaria*. Recuperado de: [http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico\\_cientifico.pdf](http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico_cientifico.pdf)

Viquez, M. (2011). *Autoexpresión desde arteterapia: fortalecimiento de las habilidades sociales en la convivencia diaria en un grupo de mujeres adolescentes del Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para Personas Menores de Edad, IAFA*. (Memoria de práctica dirigida de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

## CAPÍTULO VIII

## 8. Anexos

### Anexo 1. Esquema relacional de conceptos definidos en el Marco Conceptual



Fuente: Elaboración propia.

El esquema anterior muestra la relación entre conceptos, donde la clasificación de drogas permite conocer los efectos de la misma a nivel del SNC de quien la consumió, posteriormente es fundamental reconocer el nivel de consumo en que se encuentra el/la usuario/a, reconociendo a su vez el proceso de dependencia que genera el organismo a la misma. Con ello se procede a identificar la etapa de cambio en que se encuentra la persona, se procede a iniciar el tratamiento con la Entrevista Motivacional (EM) como técnica para intervenir desde el enfoque cognitivo conductual en tema de adicciones.

## Anexo 2. Fórmula de consentimiento informado para adultos/as



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**  
Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Sede Occidente

Departamento de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para participar en intervención)

Intervención cognitivo-conductual en adicciones con personas asistentes al Centro de Atención del IAFA en la Región de Occidente.

Nombre de la investigadora: Bach. Diana María Ferreto Mena

Nombre del/a participante: \_\_\_\_\_

**A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** La intervención es parte del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, el cual consiste en brindar atención psicológica a personas asistentes al Centro de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA en San Ramón de Alajuela, con el objetivo de minimizar o erradicar la conducta adictiva en la persona o bien tratar problemáticas en torno a la situación.

**B. ¿QUÉ SE HARÁ?:** Si usted acepta tomar parte de este trabajo iniciará un proceso psicoterapéutico de sesiones individuales y en algunos casos grupales o familiares (si lo amerita y es posible) en las cuales se abordará la problemática de adicciones desde un enfoque cognitivo conductual que promueva el cambio de esta, por lo tanto puede darse el caso de que se le apliquen algunos instrumentos (entrevistas, cuestionarios, registro de actividad o consumo, evaluaciones, etc) con el fin de valorar aspectos relevantes a la intervención. Al aceptar ser parte se compromete a la asistencia a las sesiones terapéutica, quedando en claro que toda la información que brinde será confidencial y manejado bajo las condiciones éticas y profesionales.

**C. RIESGOS:** Su participación en este estudio no va a significar ningún riesgo físico, mental, ni legal para su persona. No obstante, se reconoce que a nivel de manejo emocional puede tener implicaciones.

**D. BENEFICIOS:** Al finalizar la intervención se espera que usted haya logrado cumplir sus objetivos propios y acordados con la profesional según su proceso terapéutico, los cuales

giran en torno al tema de adicción y aspectos vinculares a estas, todo con el fin de mejorar su condición y calidad de vida.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Diana María Ferreto Mena, ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante o surge alguna duda en el proceso, puede obtenerla llamando a Diana María Ferreto Mena al teléfono de la oficina del IAFA en la Región de Occidente al 2445-5314 de lunes a viernes de 8:00 a.m a 4:00 p.m., también puede comunicarse a la oficina de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente al 2511-7144 de lunes a viernes de 9:00 a.m a 5:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este trabajo es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna repercusión para usted.

H. Su participación en este trabajo es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, cédula y firma del (a) participante

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del (a) testigo (a)

Fecha

---

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento

Fecha

### Anexo 3. F3rmula de consentimiento informado para personas menores de edad



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**  
Tel3fonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

Sede Occidente  
Departamento de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicolog3a

## F3RMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para participar en intervenci3n)

Intervenci3n cognitivo-conductual en adicciones con personas asistentes al Centro de Atenci3n del IAFA en la Regi3n de Occidente.

Nombre de la investigadora: Bach. Diana Mar3a Ferreto Mena

Nombre del/a participante: \_\_\_\_\_

**A. PROP3SITO DEL PROYECTO:** La intervenci3n es parte del Trabajo Final de Graduaci3n para optar por el grado de Licenciatura en Psicolog3a de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, el cual consiste en brindar atenci3n psicol3gica a personas asistentes al Centro de Atenci3n Integral en Drogas (CAID) del IAFA en San Ram3n de Alajuela, con el objetivo de minimizar o erradicar la conducta adictiva en la persona o bien tratar problem3ticas en torno a la situaci3n.

**B. ¿QU3 SE HAR3?:** Si usted acepta tomar parte de este trabajo iniciar3 un proceso psicoterap3utico de sesiones individuales y en algunos casos grupales o familiares (si lo amerita y es posible) en las cuales se abordar3 la problem3tica de adicciones desde un enfoque cognitivo conductual que promueva el cambio de esta, por lo tanto puede darse el caso de que se le apliquen algunos instrumentos (entrevistas, cuestionarios, registro de actividad o consumo, evaluaciones, etc) con el fin de valorar aspectos relevantes a la intervenci3n. Al aceptar ser parte se compromete a la asistencia a las sesiones terap3utica, quedando en claro que toda la informaci3n que brinde ser3 confidencial y manejado bajo las condiciones 3ticas y profesionales.

**C. RIESGOS:** Su participaci3n en este estudio no va a significar ning3n riesgo f3sico, mental, ni legal para su persona. No obstante, se reconoce que a nivel de manejo emocional puede tener implicaciones.

**D. BENEFICIOS:** Al finalizar la intervenci3n se espera que usted haya logrado cumplir sus objetivos propios y acordados con la profesional seg3n su proceso terap3utico, los cuales

giran en torno al tema de adicción y aspectos vinculares a estas, todo con el fin de mejorar su condición y calidad de vida.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Diana María Ferreto Mena, ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante o surge alguna duda en el proceso, puede obtenerla llamando a Diana María Ferreto Mena al teléfono de la oficina del IAFA en la Región de Occidente al 2445-5314 de lunes a viernes de 8:00 a.m a 4:00 p.m., también puede comunicarse a la oficina de la Carrera de Psicología de la Universidad de Costa Rica, Sede Occidente al 2511-7144 de lunes a viernes de 9:00 a.m a 5:00 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este trabajo es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna repercusión para usted.

H. Su participación en este trabajo es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

---

Nombre, cédula y firma del (a) participante

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del (a) representante legal

Fecha

---

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento

Fecha

**Anexo 4. Ficha de sistematización y control de sesiones**

---

<b>Fecha</b>	<b>Tipo de atención:</b>
<b>Nº sesión</b>	<input type="checkbox"/> Individual
<b>Hora:</b>	<input type="checkbox"/> Familiar
<b>Usuario:</b>	<input type="checkbox"/> Grupal
<b>Edad:</b>	

---

**Sustancia adictiva:**  
**Edad de inicio:**  
**Tiempo de consumo:**

---

**Motivo de consulta:**

---

**Actitud del/la usuario/a:**

---

**Objetivo de la sesión:**

---

**Pendientes:**

---

**Observaciones:**

---

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 5. Bitácora personal de Apoyo a Grupos Clínicos**

---

**Grupo:**

**Fecha:**

**Nº sesión:**

**Equipo interdisciplinario:**

---

**Temática abordada:**

---

**Técnicas/ materiales:**

---

**Actividades:**

---

**Discusión:**

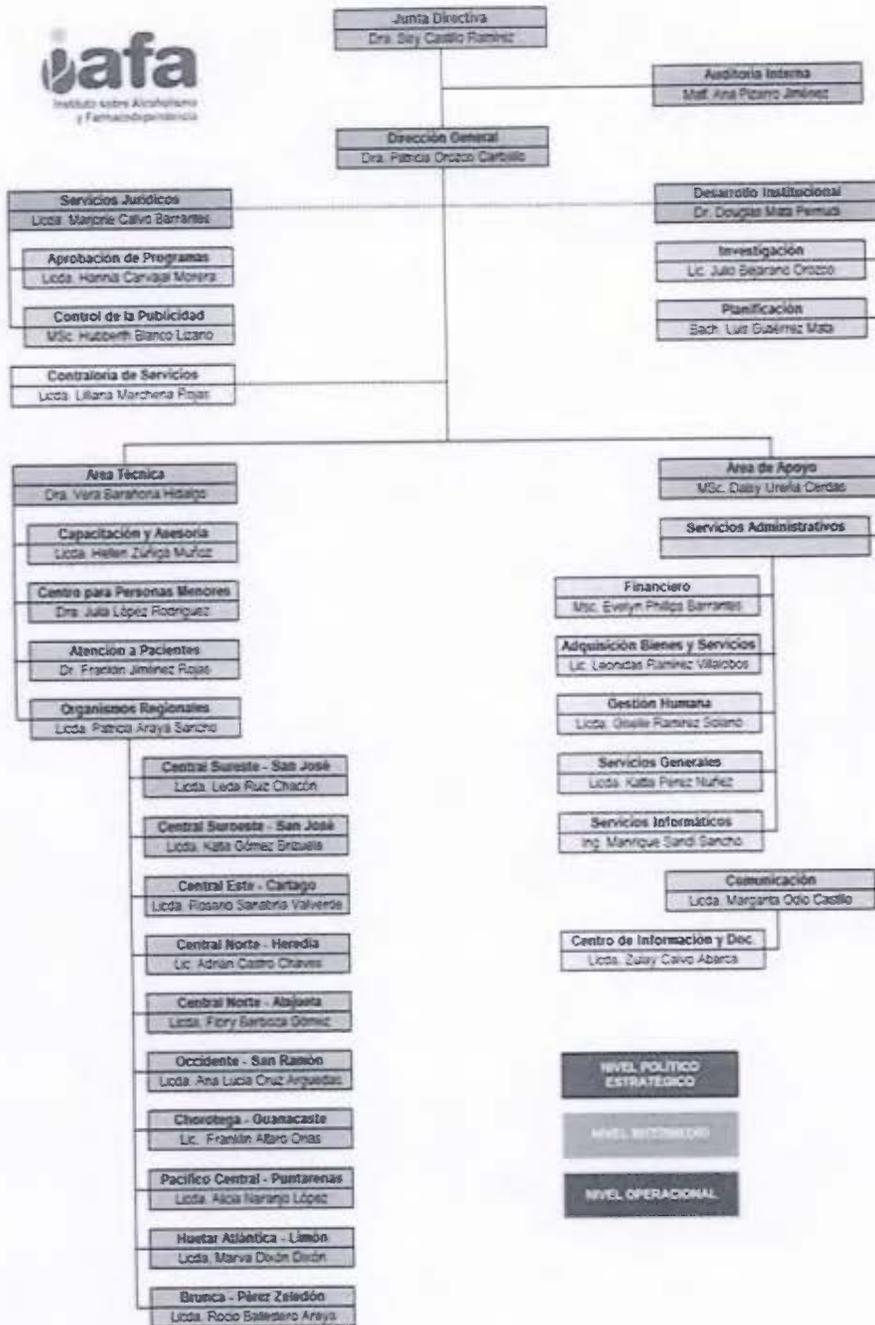
---

**Observaciones:**

---

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 6. Organigrama del Iafa



Fuente: Iafa.