

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

***PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA***

“Fortalecimiento psicológico en el abordaje biopsicosocial de personas con consumo problemático de sustancias que se encuentran en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado”

Sustentante:

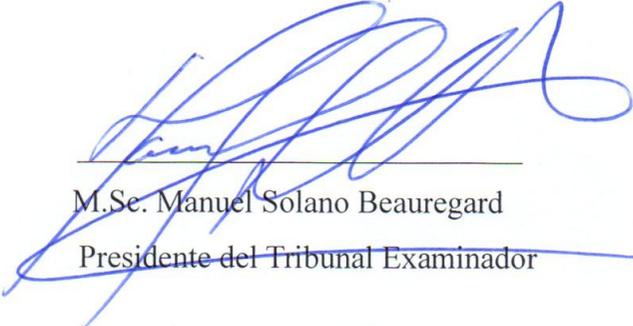
Diego Villalobos García
Carnet: B27232

Comité Asesor:

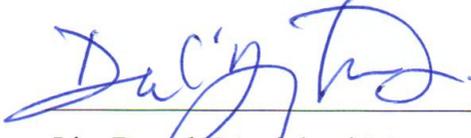
Directora: M.Psc. Paula Picado Granados
Lectora y supervisora Técnica: Lic. Shirley Castro Calero
Lector: Lic. Michael Rojas

2018

Tribunal Examinador



M.Sc. Manuel Solano Beauregard
Presidente del Tribunal Examinador

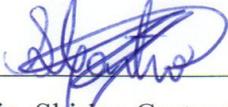


Lic. Demalú Amighetti López
Profesora invitada



M.Sc. Paula Picado Granados
Directora TFG

Lic. Michael Rojas Vargas
Lector



Lic. Shirley Castro Calero
Lectora y Asesora Técnica



Diego Villalobos García
Sustentante

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Graduación, bajo la modalidad de Práctica Dirigida, se diseñó según se establece en el artículo 18 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, razón por la cual los resultados obtenidos en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado se presentarán sistematizando la percepción de los principales aprendizajes tanto del sustentante como de las personas usuarias con respecto al proceso. El programa impartido en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado cuenta con distintas variables y dinámicas que inciden en el proceso de cada usuario, razón por la cual la práctica consistió en una inserción profesional.

El período de dicho proceso comprendió de agosto del 2017 a agosto del 2018, con el objetivo de obtener experiencia en la atención y servicio a usuarios con consumo problemático de sustancias, así como visibilizar el rol del profesional en Psicología en la intervención a dicha población.

En el proceso, el sustentante realizó abordajes grupales a personas mayores de edad con problemas de abuso de sustancias del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, aportando principalmente conocimientos y herramientas desde el enfoque cognitivo conductual, brindadas desde un formato grupal terapéutico. Además, dentro de sus funciones se encontraban aplicar algunos test psicológicos a los usuarios de nuevo ingreso así como colaborar en la sistematización de información tanto en informes como en bases de datos. En total se realizaron 82 sesiones grupales a un total de 109 personas participantes, beneficiadas producto de estas intervenciones.

Dentro los principales alcances que se destacan se encuentra la importancia del rol del profesional en Psicología en el abordaje a las drogodependencias, así como el desarrollo de habilidades y competencias profesionales adquiridas a través de las intervenciones realizadas y el impacto de las sesiones grupales en la salud mental de las personas beneficiadas.

DEDICATORIA

Especialmente a mi madre, a quién le debo absolutamente todo, por haber creído en mí desde un principio, apoyándome y haciendo hasta el último sacrificio por sacarme adelante, espero que sea el primero de muchos triunfos a tu lado.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo tiene el sello de muchas personas que me dieron su apoyo incondicional.

Primeramente agradezco a mis familiares, especialmente a mi madre, por su gran esfuerzo y dedicación para que este éxito fuera realidad. También agradezco a mi padre y a mi hermano que fueron el sustento de mi hogar en días difíciles.

A Shirley Castro, por abrirme las puertas del Centro y hacerme sentir como en casa.

A Michael Rojas por su apoyo incondicional y sacar tiempo valioso de su trabajo para ayudarme a seguir adelante.

A Paula Picado, mi directora de práctica, por sus valiosos consejos y enseñanzas durante este proceso y en mi formación académica.

A las personas usuarias del Centro Salvando al Alcohólico de Coronado, por el privilegio de ser parte de su recuperación y aprender con ellos.

Finalmente a la UCR, por forjarme como un profesional basado en valores humanitarios y brindarme una educación de calidad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Justificación.....	10
2. MARCO DE REFERENCIA.....	13
2.1 Antecedentes de la Intervención.....	13
3. CONTEXTO NACIONAL	18
Estadísticas.....	18
Leyes y Políticas.....	19
Centros	22
4. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL.....	24
4.1 Situación problema y vinculación con la institución	26
5. MARCO CONCEPTUAL.....	27
5.1 Adicción.....	27
5.2 Alcoholismo (Dependencia del alcohol):	31
5.3 Dependencia:.....	33
5.4 Craving:	36
5.5 Farmacodependencia:	37
5.6 Consumo problemático de sustancias.....	37
5.7 Motivación y Aprendizaje	38
5.8 El modelo de los 12 Pasos:	39
5.9 El Modelo Minnesota:.....	40
5.10 Recaída.....	42
6. OBJETIVOS.....	44
6.1 Objetivo General:.....	44
6.2 Objetivos Específicos:.....	44
7. METODOLOGÍA.....	45

7.1 Población.....	47
7.2 Consideraciones ético legales de la intervención y protección a los participantes....	47
7.3 Definición de actividades y cronograma.....	48
7.4 Proceso de supervisión (Rol del psicólogo, del Comité asesor y de la Supervisora Técnica en la práctica).....	48
7.5 Evaluación de la Práctica.....	49
7.6 Devolución con la institución	49
7.7 Aporte de la práctica en la formación profesional en psicología y en la instancia institucional.....	50
8. RESULTADOS.....	51
8.1 Resultados generales.....	51
8.2 Resultados por cumplimiento de objetivos específicos	52
8.3 Especificación de actividades realizadas	57
A. Sesiones de Intervención Grupal	57
B. Aplicación Test Psicológicos.....	68
9. DISCUSIÓN.....	70
10. CONCLUSIONES.....	77
11. LIMITACIONES	79
12. RECOMENDACIONES	80
13. REFERENCIAS:.....	81
14. ANEXOS.....	87
14.1 Anexo 1 : Talleres Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.....	87
14.2 Anexo 2: Test psicológicos aplicados en la institución.....	119
14.3 Anexo 3: Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.....	127
14.4 Anexo 4: “El Cuento de Pedro”.....	131
14.6 Anexo 6: Actividad: ¿Qué estoy sintiendo?.....	133
14.7 Anexo 7: Cartas de la Negación	134
14.8 Anexo 8: Frases de Comunicación “El teléfono sin palabras”	137
14.9 Anexo 9: Cronograma previo de labores.....	138

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores de riesgo de personas con dependencia a sustancias.....	11
Figura 2. Factores de riesgo-vulnerabilidad de personas con dependencia a sustancias.....	72

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento busca describir el proceso realizado en una práctica de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. La misma se llevó a cabo en el período que comprende de agosto del 2017 hasta agosto del 2018, en las instalaciones del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, institución que busca por medio del internamiento y apoyo profesional, un proceso terapéutico de personas con dependencia a sustancias provenientes de todo el país.

La presente Práctica Dirigida se formula con el fin de obtener pericia en base a los conocimientos adquiridos en la Universidad de Costa Rica, aportando al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado en un abordaje más integral de sus usuarios, fortaleciendo no solamente la labor de dicha institución sino la calidad de vida de las personas que hacen uso de sus servicios. Además, el enlace institucional que se logra es importante debido al compromiso social que demuestra de la Universidad de Costa Rica con la realidad de las problemáticas costarricenses. El motivo por el cual surge el interés de realizar esta Práctica Dirigida subyace a la vivencia obtenida a partir del Módulo de Alcoholismo y Farmacodependencia, por lo cual ya se cuenta con un acercamiento previo a la institución.

La institución ya cuenta con temáticas grupales predeterminadas, las cuales fueron en su momento aprobadas por la oficina de aprobación de programas del IAFA, las mismas serán desarrolladas por el sustentante desde el paradigma que considere más pertinente. En este caso, se eligieron las técnicas cognitivo-conductuales como una opción viable debido su amplio uso en el fortalecimiento de habilidades sociales, contando con evidencia empírica sustentable.

En cuanto al enfoque de trabajo se realizaron intervenciones grupales bajo el Modelo de Minnesota, el cual incorpora talleres grupales a las personas con problemas de consumo de sustancias, además de fomentar los Doce Pasos trabajados generalmente en Alcohólicos Anónimos y contar con atención a la familia como parte de recursos para el cambio.

1.1 Justificación

Históricamente se ha estudiado una amplia gama de factores que influyen en el consumo y la dependencia de sustancias, los cuáles representan toda una problemática a la que se enfrenta el individuo, quien generalmente no tiene el desarrollo de herramientas para afrontarlos de una manera eficaz. Primeramente, se ha analizado cómo un medio familiar disfuncional representa un factor de riesgo de la conducta de abuso de sustancias, en cuanto a rupturas en su estructura, historiales de abuso, deficiencias en la comunicación, indiferencia o sobre-protección, falta de afecto, bajo apoyo parental y el uso de la violencia como medio coercitivo (Díaz y Rey, 2012). Es importante mencionar que estas variables no son por sí mismas directamente causantes del consumo de sustancias, pero sí representan vulnerabilidades que potencian el riesgo de que las conductas problemáticas de consumo aparezcan o se agraven si no se cuenta con un óptimo nivel de estrategias de afrontamiento ante la frustración o una buena resolución de problemas.

Además de las variables familiares, también se identifican variables de carácter individual y ambiental. Primeramente, se pueden identificar deficiencias en cuanto a las competencias sociales, la presión grupal y de autocontrol emocional como factores que representan una vulnerabilidad del individuo frente al consumo. Por otra parte, en muchos casos el contexto social suele ser precursor de la conducta de consumo, por el fácil acceso de adquisición a las drogas y pares con problemas de farmacodependencia (Díaz y Rey, 2012). También, se han logrado identificar factores genéticos que contribuyen en la vulnerabilidad para el desarrollo de adicciones. Por último, se agrega a esta lista de vulnerabilidades la falta de oportunidades laborales y educativas como parte de la promoción de condiciones de igualdad y bienestar para los diferentes sectores sociales. (Carmona y Peña, 2017).

A continuación se muestra un esquema que sintetiza algunas de los factores de riesgo o vulnerabilidades que presentan las personas con dependencia a sustancias:

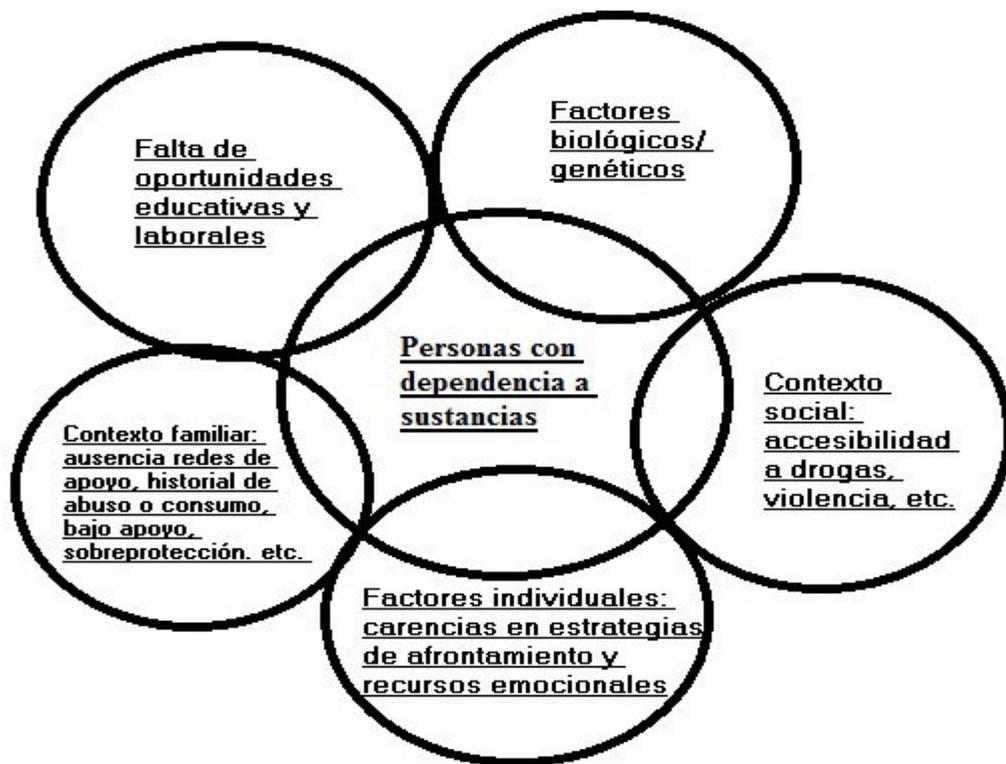


Figura 1. Factores de riesgo de personas con dependencia a sustancias

En cuanto a sus consecuencias, el consumo problemático de sustancias psicoactivas repercute en muchas áreas del individuo, afectando desde el plano individual y emocional (debido al deseo intenso de consumir), hasta el plano social, debido a que comúnmente suelen haber rupturas en el plano familiar y comunitario.

Son variados los modelos de atención multidisciplinaria que se enfrentan a dicha problemática con el fin de poder insertar al individuo a una cotidianidad más funcional. En este sentido, aún en la actualidad se siguen poniendo a prueba enfoques de atención más integrales, que aborden más allá del bienestar físico de las personas enriqueciendo tanto la esfera social como psicológica del individuo. Sin embargo, aún existe un margen de dificultad para encontrar tratamientos eficaces en dicha población.

De esta manera, el programa impartido en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado pone en práctica diversas terapias de intervención, las cuales en conjunto con las dinámicas

propias de la institución, agregan un sinnúmero de variables que inciden en el proceso de cada usuario. Debido a lo anterior, se llega a la conclusión de que los resultados obtenidos específicamente a raíz de las sesiones desarrolladas en la presente Práctica Dirigida se recopilarán por medio de la percepción de los aprendizajes que estos tuvieron de las sesiones impartidas.

El aporte que se realiza desde la psicología al proceso terapéutico de las personas con problemas de consumo es fundamental, debido a que varios estudios evidencian un mayor porcentaje de eficacia en aquellos programas multimodales que incorporan técnicas cognitivo-conductuales dentro de sus intervenciones (Villa y Hermida, 2001). Estas últimas son de vital importancia debido a que se encargan de restablecer las habilidades sociales que las personas han perdido por los años de consumo de la sustancia, así como de poner en debate formas de pensamiento que están arraigadas al continuo consumo de sustancias psicoactivas.

Además, como se verá en dicho documento, el papel de la motivación tiene un peso fundamental en la modificación de las etapas de cambio en los individuos que presentan consumo problemático de sustancias, por lo que desde la psicología es importante incorporar a las sesiones técnicas dinámicas, impactantes y con un sustento empírico sólido, que vayan más allá de un papel meramente asistencial. Además, se habla que en muchos casos la dependencia a sustancias es una secuela de los muchos problemas que realmente aquejan a los individuos en sus esferas sociales, familiares o individuales, por lo que la psicología desde su saber puede aportarle al equipo multidisciplinario un abordaje más integral de la problemática.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes de la Intervención

Para empezar es importante mencionar que en lo que respecta a investigaciones empíricas existe un predominio del enfoque farmacológico sobre la intervención que se brinda a personas con problemas de consumo de sustancias, sin embargo podemos recapitular algunas intervenciones de corte cognitivo-conductual en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas y habilidades sociales que son muy cercanas al contexto de nuestra práctica. Se describirán a continuación los antecedentes internacionales y nacionales más pertinentes en cuanto a los modelos y enfoques de intervención puestos en práctica para personas con problemas de alcoholismo y farmacodependencia.

A. Internacionales

Iniciando por autores pioneros en la atención a personas con dependencia a sustancias bajo el enfoque cognitivo-conductual, Chaney, O'Leary y Marlatt (1978) han estudiado programas de entrenamiento en habilidades sociales en los cuales se desarrollaba un entrenamiento en habilidades de comunicación, en asertividad, y frecuentemente en resistencia a la presión social y manejo de rondas de bebida. Los resultados de sus investigaciones arrojaban que las personas que habían sido entrenadas en habilidades sociales mostraban una disminución significativa de los episodios de recaída en seguimientos de un año, comparados con un grupo de control (grupo de tratamiento tradicional).

Lo anterior dio pie a que el enfoque cognitivo-conductual de atención a la dependencia de sustancias tuviera un mayor eco en la sociedad, como lo demuestra un trabajo realizado por Baker, Fox, y Hasselblad (2000) para el Departamento de Salud de Estados Unidos realizado a través de un meta-análisis de una amplia gama de artículos donde se concluye que varias técnicas conductuales como el entrenamiento en habilidades sociales, la

prevención de recaídas, el manejo del estrés y el entrenamiento en solución de problemas, alcanzan tasas de abstinencia significativas. Cabe destacar que también le dan un peso importante al apoyo social intra y extra tratamiento en el mantenimiento de la abstinencia.

En una investigación realizada por Sánchez, Secades, Zacarés, García, Santonía y Rodríguez (2010) se utilizó un enfoque cognitivo-conductual basado en la prevención de recaídas en personas con dependencia a la cocaína, en el cual se trabajaba la reducción de la exposición a la cocaína, estrategias de manejo de deseo de consumo, manejo de la ansiedad, control de estados de ánimo negativos y desarrollo de actividades alternativas que fueran incompatibles con el consumo de cocaína. Los resultados arrojaron mejoras en la gravedad adictiva a los seis meses de tratamiento con indicadores importantes en la predicción de la recuperación a largo plazo.

También Esquitino, Carballo, Arnau, Ruíz y Sánchez (2012) realizaron un estudio piloto sobre un tratamiento psicosocial a personas con dependencia a sustancias. El modelo de atención utilizado fue el Modelo Matrix que es derivado de las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales de tipo grupal ambulatorio, dividido en tres componentes: habilidades de recuperación temprana y del no consumo, prevención de recaídas y el grupo educativo de familias para facilitar la comprensión del proceso y propiciar su recuperación. Los resultados arrojan que los participantes que estaban abstinentes mantuvieron la abstinencia durante todo el tratamiento (5 meses) y quienes estaban consumiendo redujeron su consumo no solo de cocaína, sino también de alcohol y marihuana.

Por otra parte Estopiñán, Poza, Martín y García (2009) realizaron un estudio donde se ponía en práctica la atención grupal en prevención de recaídas del alcoholismo abordando temáticas como la solución de problemas, las repercusiones para la calidad de vida, el entrenamiento en habilidades sociales, el apoyo familiar y detección de las situaciones de riesgo. Los resultados fueron comparados con un grupo que recibió tratamiento ambulatorio habitual, encontrando diferencias significativas en cuanto a la tasa de abstinencia total durante el tratamiento, en la cual el grupo terapéutico obtuvo un porcentaje de 70% contra un 50% del grupo control. Por tanto, los autores afirman que la

eficacia de las sesiones grupales es igual o mayor a la individual y que por este motivo se ha producido una gran generalización en el empleo de estas.

Por último, Monti, Rohsenow, Colby y Abrams (1995) en su trabajo con personas dependientes al alcohol recomiendan que en el entrenamiento de habilidades y en trabajos realizados con formato grupal es conveniente trabajar aspectos como habilidades de escucha y de conversación, apoyos a la abstinencia, resolución de problemas, comunicación no verbal, expresión de sentimientos, asertividad, rechazo de peticiones y manejo de críticas en general.

Derivado de estos antecedentes se concluye que la atención grupal de corte cognitivo-conductual y el entrenamiento de habilidades sociales en personas con dependencia a sustancias no sólo contribuyen a una disminución significativa de los episodios de recaída, sino también influyen en una mejoría en la gravedad del craving y mayores tasas de abstinencia.

B. Nacionales

En cuanto a los antecedentes nacionales la literatura es aún más reducida, con muchos vacíos metodológicos y falta de investigaciones empíricas donde se sometan a prueba modelos de intervención, por lo que el material destacado refiere la importancia de contar con Centros de Atención para personas con consumo problemático de sustancias y las características que debe tener su efectiva atención.

Tal es el caso del estudio implementado por Álvarez y Morales (2015) donde se evalúan los factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Los participantes de la investigación fueron jóvenes que se encontraban en ese momento en tratamiento o que hubiesen estado en tratamiento en el IAFA previamente. Uno de los resultados importantes que se destacan es que las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaídas mayormente empleadas son a nivel cognitivo: los

pensamientos positivos sobre las ventajas de mantenerse en abstinencia y los pensamientos negativos referentes a las consecuencias del consumo. Lo anterior muestra la importancia del aprendizaje obtenido al finalizar un programa de intervención, lo cual es una de las grandes razones que justifica el presente trabajo y que puede determinar si una persona se mantiene fuera o dentro del consumo.

Por otra parte, más allá del tratamiento que se le brinde a la persona que presenta la dependencia a una determinada sustancia, Obando y Coronado (2003) destaca la importancia de una reorganización del sistema familiar para alcanzar índices de éxito considerables, lo que conlleva a trabajar con las familias de las personas dependientes sobre una serie de aspectos como su propio comportamiento de consumo, la co-dependencia y la negación que pueda existir en el entorno familiar respecto al problema. Los autores señalan que las ganas de dejar de consumir drogas, incorporado a un proceso de reflexión personal, la reestructuración del sistema familiar y el mantenimiento de la sobriedad mediante un programa de atención (Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Co-dependientes Anónimos) constituyen componentes importantes en la intervención a personas con drogodependencia.

Otro antecedente nacional importante es el estudio que realiza Murillo e Inocenti (2011), donde se explora a fondo las visiones de jóvenes costarricenses, de zonas rurales, en un programa de atención, sobre el consumo de drogas. Este estudio es importante de mencionar debido a que es uno de los pocos en el contexto nacional con una metodología cualitativa donde se recogen importantes argumentos sobre la problemática del consumo pero vista desde la persona que la sufre. Este trabajo es pertinente para la práctica debido a que ellos le dan un peso significativo a la influencia de los pares y de la familia en la recaída, aspecto que se trabajará en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.

Por último se destacan dos estudios costarricenses donde se logra visualizar la implementación de protocolos de trabajo en la temática de atención a personas con dependencia a sustancias. El primero realizado por Solano, Piza, Murillo y Rodríguez (2015) da evidencia de los resultados de un programa de drogodependencia en el Hospital

William Allen Taylor de Turrialba, donde se atendieron personas con dependencia o abuso de sustancias que estuvieron internadas en el Hogar salvando al Alcohólico, los cuales se atendieron desde un modelo multidisciplinario orientado no solo a la persona sino también a su familia. La atención incluía desintoxicación, de modificación de conducta, de consejería así como asistencia farmacéutica. Con respecto a los resultados participaron 58 personas de los cuales se logró una tasa de 78% en la abstinencia durante el proceso.

En cuanto al otro estudio realizado por Valverde y Arce (2014) se trata de una propuesta de atención grupal en el manejo de drogas en usuarios con comorbilidad que se encuentran hospitalizados. La intervención propuesta consta de 4 sesiones donde se trabaja la psicoeducación sobre los efectos de las drogas en el cuerpo, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas. Se plantea que debe ser ejecutada tanto por un terapeuta como un co-terapeuta quien le ayude en tareas de moderación emocional de los participantes. Algo llamativo de este estudio es que incorpora una sesión acerca de mitos y realidades del consumo así como se realiza propiamente en el lugar del taller el diagnóstico del estadio de cada persona, lo cual no suele ser usual en intervenciones grupales referidas al campo de atención a personas dependencia a sustancias.

Como conclusión de estos estudios observamos que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento así como la forma de relacionarse entre pares y dentro de su sistema familiar tienen un peso fundamental en la prevención de recaídas una vez terminado el proceso de atención. Sin embargo, también se concluye que a nivel nacional hay una necesidad de investigación que dé cuenta sobre modelos de atención específicos puestos en práctica para personas con problemas de consumo de sustancias. Lo anterior no solo justifica la presente Práctica Dirigida sino que le suma importancia ante una evidente necesidad a nivel nacional.

3. CONTEXTO NACIONAL

Estadísticas

En Costa Rica el acceso y uso de sustancias psicoactivas es un tema vigente y sumamente común en la vida cotidiana de nuestra población. En la actualidad, existen elevadas cifras que nos hablan acerca de la gran demanda de todo tipo de sustancias psicoactivas en muchas de las personas habitantes de nuestro país, en las cuáles se incluyen todo tipo de estratos sociales y de edad.

En su página web, el instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia informa que en el año 2017 atendió un total de 26056 personas con problemas relacionados al uso y abuso de sustancias que resultan en un estimado de 69636 de atenciones brindadas, al incluir las recaídas que estas mismas personas presentaron. Del total de estas 26056 personas, 16679 son mayores a los 26 años, 2750 se encuentran entre 25 y 19 años y 4627 personas son menores de 18 años. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018).

En cuanto a los servicios de tratamiento ONG, para el 2017 se contabilizan un total de 6012 atenciones en todo el país, de las cuales 4475 son mayores de 26 años, 1105 se encuentran entre 25 y 19 años y 432 son menores de 18 años. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018).

Las cifras arrojadas anteriormente demuestran la gran vigencia que continúa existiendo de la farmacodependencia en nuestro país, razón por la cual se justifica mayormente la ejecución de dicha práctica dirigida, con miras a colaborar a reducir las elevadas tasas de esta problemática en Costa Rica.

Leyes y Políticas

Desde el 2001, mediante la “Ley de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, legitimación de capitales y actividades conexas” (Ley 8204), el Estado costarricense descriminaliza por completo el uso inmediato personal de drogas, a diferencia de otros países centroamericanos, lo cual ha producido una mayor apertura para su incorporación en políticas de salud pública. Lo anterior es observable en los artículos 19 y 29 de la Ley General de Salud o Ley 5395, donde se rectifica el derecho de las personas de acceder a servicios de salud e información en la prevención y atención de la dependencia a sustancias, ya sea propio o de las personas que estén bajo su cargo (Amador y Cortes, 2016).

Además, el artículo 3 de la Ley 8204 (2001) indica que es un deber estatal prevenir el consumo de sustancias psicoactivas así como asegurar tanto la identificación, la educación, el tratamiento, el pos tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas damnificadas, así como gestionar los recursos económicos que sean necesarios para recuperar a las personas con dependencia a sustancias y a las afectadas de forma directa o indirecta por la misma. Esto también es señalado por la Ley General de la Persona Joven (Ley 8261), firmada en el 2002, en la cual el Estado tiene el deber de ofrecer una atención integral por medio de la creación de programas especializados a las personas con farmacodependencia (Amador y Cortes, 2016).

En base a lo anterior, en el 2002 se crea la Ley 8289, en la cual se reforma la Ley orgánica del Ministerio de Salud, con el fin de darle el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al IAFA, entregándole tanto el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de drogas tanto lícitas como ilícitas en nuestro país (Amador y Cortes, 2016).

En materia de prevención y atención de consumo de personas menores de edad, además del IAFA existen dos entes implicados. Primeramente, el Ministerio de Salud bajo la ley 7739 del Código de la Niñez y Adolescencia tiene la responsabilidad de promover programas y políticas preventivas contra el uso de drogas así como crear centros especializados para la

atención de menores de edad con dependencia a sustancias. Por otra parte, El Ministerio de Educación Pública también está responsabilizado bajo la ley 8093 de crear y dirigir el “Programa Nacional de Educación contra las Drogas” (Amador y Cortes, 2016).

Cabe destacar que en el año 2008 tanto la Presidencia de la república como el Ministerio de Salud declaran mediante el decreto ejecutivo 34789 el consumo de drogas como un problema de salud pública y de interés público y nacional. Debido a esto, en el año 2009 se firma el Decreto Ejecutivo 35383, donde el IAFA toma el control como ente regulador de los centros privados que brindan tratamiento a dicha población (Amador y Cortes, 2016).

Para el año 2012, con todos los avances anteriores, se formula el Decreto Ejecutivo 37110, denominado “Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica”, en el cual se hace oficial la creación de un sistema nacional de tratamiento, representando un avance significativo en materia de políticas para nuestro país (Amador y Cortes, 2016). En el mismo año, el Ministerio de Salud pública la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, donde se propone el desarrollo de un programa nacional, intersectorial e interinstitucional de atención a las personas consumidoras de drogas desde una perspectiva integral, promoviendo el fortalecimiento de los factores protectores desde un enfoque comunitario y de tratamientos en base a una evidencia epidemiológica y científica (Amador y Cortes, 2016).

Como parte de la implementación de esta política del sector salud, en Enero del 2015 se llevó a cabo el taller: “Elaboración del Modelo para la Reducción de las Consecuencias Adversas del Consumo de Drogas” en el cual varias instituciones incluyendo La Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Ministerio de Salud (MS) y la Municipalidad de San José (MSJ) elaboraron en conjunto el *Modelo de Reducción de Daños del Consumo de Sustancias Psicoactivas* (Amador y Cortes, 2016).

El anterior modelo de atención es definido como una serie de estrategias integrales bajo un enfoque de Derechos Humanos, las cuales se enfocan en la disminución de los riesgos y consecuencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los diferentes sectores poblacionales, conforme a su realidad social y sus necesidades. Para la implementación de estas estrategias se determinaron varias medidas transitorias como por ejemplo la construcción e implementación de proyectos piloto, la identificación de servicios existentes, el intercambio de experiencias con actores tanto nacionales como internacionales especializados en la reducción de daños, la organización de un grupo de trabajo intersectorial para la implementación, coordinación, monitoreo y seguimiento (Amador y Cortes, 2016).

Este modelo entró a regir a partir de Enero del 2017 y actualmente está en ejecución, con el debido proceso de acoplamiento por parte de todas las instituciones implicadas. Cabe destacar que tal y como lo mencionan Amador y Cortes (2016) este enfoque viene a ser un complemento importante que viene a reforzar las estrategias anteriormente utilizadas basadas en la abstinencia:

Es claro que la reducción del daño no contradice las estrategias de prevención y tratamiento basadas en la abstinencia, más bien las complementa. De hecho, se ha reconocido que las intervenciones de reducción de daños, puede mejorar la calidad de vida, preservar la salud en la persona usuaria e incluso facilitar el proceso para que la persona continúe a un tratamiento basado en la abstinencia. (p.6)

Para terminar, es relevante mencionar que a pesar de todo este avance en la legislación aún se reconocen vacíos, tanto en la prevención como en el tratamiento de personas menores de edad y mujeres, así como en la reducción epidemiológica del consumo de sustancias en la población en general. La Caja Costarricense de Salud ha mostrado serias deficiencias, ya que la ley 8204, firmada en el 2001, en su artículo 166 , le brinda la autorización en la creación de centros especializados en la atención a personas con dependencia a sustancias, en un plazo máximo de cuatro años, sin embargo esto aún no ha sucedido, quedando todo bajo la responsabilidad exclusiva del IAFA (Amador y Cortes, 2016).

Centros

Los Centros dirigidos por el IAFA enfocados al *tratamiento* de la farmacodependencia se dividen en diferentes niveles de atención:

Nivel I: Atención ambulatoria: Se trata de servicios en la modalidad de consulta externa, donde se busca la detección e intervención temprana del consumo, bajo personal profesional capacitado. En la provincia de San José podemos encontrar un total de 3 centros de este tipo:

- Programas de Servicio ambulatorio en adicciones y Desarrollo Humano Santa Paula ubicado en Curridabat,
- Proyecto de prevención, detección e intervención temprana de sustancias Psicoactivas ubicado en San José Centro.
- Atención ambulatoria SENSIBILIZA, ubicado en San José centro (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018).

Nivel II: Se trata de una atención ambulatoria intensiva, donde puede existir la hospitalización parcial, según la intoxicación y el síndrome de abstinencia de la persona (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018).

Nivel III: Se trata de servicios de tipo residencial, donde se incluye el internamiento de la persona que es abordada por un equipo multidisciplinario debidamente capacitado. La estancia puede clasificarse como corto plazo (no supera las seis semanas), mediano plazo (de seis semanas a seis meses) y largo plazo (de seis meses a un año) (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018).

En la provincia de San José podemos encontrar un total de 11 centros dentro de los que se destacan:

- Casa Hogar San José ubicado en Sabana Sur,
- Centro de Restauración para hombres farmacodependientes, Casa Maná. Ubicado

en San Sebastián

- Programa para la atención de personas en situación de calle con adicción a drogas en la Arquidiócesis de San José – Casa Hogar San Gabriel (zona rural). Ubicado en Guadalupe.
- Hogar Zoe. Ubicado en Concepción Arriba
- Centro de Restauración Génesis para mujeres. Ubicado en Alajuelita

Atención inmediata:

Estabilización de la persona con dependencia a sustancias

Se orienta hacia al manejo de la intoxicación y del síndrome de abstinencia que puede ir desde el leve a severo. Posee las siguientes modalidades: desintoxicación ambulatoria, desintoxicación residencial con manejo médico directo, desintoxicación con supervisión médica y la desintoxicación hospitalaria para los casos de síndromes severos (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2018).

En esta última categoría se encuentran los Hogares Salvando al Alcohólico, cuya intervención tiene una prolongación menor a un mes. En la provincia de San José, se encuentran un total de 7 centros de este tipo, mencionados a continuación:

1. Roberto Soto Gatgens en San Cayetano, duración: 15 días
2. Escazú, duración: 20 días
3. Aserrí, duración: 22 días
4. San Rafael Abajo (hombres y mujeres), duración: 15 días
5. Curridabat, duración: 28 días
6. Alto de Guadalupe, duración: 15 días
7. Coronado, duración: 1 mes.

Precisamente la presente Práctica Dirigida se desarrolla en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, el cual será descrito brevemente en el siguiente apartado.

4. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL

El Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado es una institución bajo los parámetros de una ONG, apolítica sin fines de lucro ni credo religioso que abrió sus puertas el 18 de marzo de 1997. Esta institución se encuentra ubicada en San Rafael de Coronado y está destinada al internamiento y atención de personas con dependencia a drogas tanto legales, (como el alcohol y el tabaco) así como a drogas ilícitas. Su modalidad de tratamiento es dirigida desde el modelo de Minnesota incluyendo como filosofía los 12 Pasos de AA, a la cual se le agregan sesiones grupales que abordan problemáticas a las que se enfrentan en el consumo y después de este. Las personas usuarias de este Hogar son internadas por un plazo de un mes completo, con el fin de poder manejar la abstinencia, así como estabilizar física y mentalmente al sujeto. El centro está dirigido únicamente para hombres, los cuales se internan por voluntad propia y cuando se quieran marchar tienen la potestad de hacerlo. Además ocasionalmente se dan charlas familiares con el objetivo de educar a estas personas sobre las características del consumo problemático de sustancias y el manejo de la codependencia (Autogestores Salud Coronado, 2013).

Con respecto al personal se cuenta con el aporte de una psicóloga, un trabajador social, una doctora, una enfermera, un consejero y una cocinera. El departamento desde donde se plantea la práctica corresponde al área de psicología, ya que es la misma psicóloga del Hogar Shirley Castro Calero será la supervisora técnica de la presente Práctica Dirigida. En lo que respecta al material con el que se cuenta cabe destacar que es un Centro muy bien equipado, con espacio amplio no solo en sus instalaciones sino en sus áreas verdes. El Hogar cuenta con un comedor grande, la cocina, las habitaciones, la sala de sesiones grupales (donde se concentrará la mayor parte de la práctica), cinco oficinas para la administración y el personal, un corredor así como un planché con marcos de fútbol y basquetbol que está ubicado en el centro de las áreas verdes.

La Práctica en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado es viable debido a la apertura que ha tenido dicha institución con la Universidad de Costa Rica en la introducción de estudiantes en sus programas. Además es una institución que sirve para enlazar el

aprendizaje adquirido en la academia con la realidad costarricense, de modo que se pueden aterrizar los conocimientos fomentados en la Escuela de Psicología a una problemática de nuestro país.

Junta Directiva Periodo 2015-2017: Actualmente la información del Organigrama de la Institución no está disponible sin embargo se cuenta con la división de la Junta Directiva en el periodo que comprende desde el 2015 hasta el 2017, conformada por: **Presidencia:** Willy Vega Flores, **Vicepresidencia:** Lorena Fernández Herrera, **Director:** Ronald Pérez, **Vocal 1:** Marco Artavia Torres, **Vocal 2:** Teresita Vargas Mora, **Vocal 3:** Edgar Varela Umaña, **Fiscal:** Oscar Mena Redondo, **Secretaria:** Esther Montes Valverde, **Prosecretaria:** Sonia Jara Gómez, **Tesorera:** Virginia Méndez Soto. (Autogestores Salud Coronado, 2013).

Misión del Centro: “Ser un hogar dedicado a la prevención y recuperación de los seres humanos enfermos de adicción. Brindando un tratamiento con personal multidisciplinario; capacitado con instalaciones idóneas” (Autogestores Salud Coronado, 2013).

Visión del Centro: “Que el residente tome conciencia de la enfermedad y se responsabilice de su tratamiento, fortaleciendo sus necesidades físicas, mentales y espirituales, para que continuando la práctica de los 12 pasos en los grupos de AA y NA pueda cambiar y adaptarse a la sociedad” (Autogestores salud Coronado, 2013).



Fotografías tomadas de la página web del centro:

Autogestores salud Coronado (2013). *Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado* [fotografía]. Recuperado de <https://autogestoresaludcoronado.wordpress.com/>

4.1 Situación problema y vinculación con la institución

El alcoholismo y la farmacodependencia suelen desarrollar consecuencias negativas tanto a nivel individual como social (efectos psicológicos, emocionales e interpersonales según las características particulares y la droga de elección, consecuencias relacionadas con la deserción escolar, el deterioro laboral a causa del abuso de sustancias y el impacto negativo a la dinámica familiar) (Noel, 2015).

Tal y como podemos visualizar en los antecedentes de dicha Práctica, actualmente las opciones de atención y la puesta en práctica de modelos de intervención en Costa Rica para las personas con alcoholismo y farmacodependencia es escasa y poco evaluada, lo cual es una problemática grave tanto social como individualmente. De esta manera, es sumamente relevante insertar un mayor número de opciones de intervención desde la psicología en el trabajo multidisciplinario en este ámbito, que cuenten con una evaluación constante sobre el impacto en la problemática del consumo y en la mejora de la calidad de vida de las personas que la experimentan.

Precisamente, el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado ofrece una atención integral y multidisciplinaria para todos sus usuarios por lo cual se convierte en una institución sumamente viable en la inserción de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica que aporten con el conocimiento desarrollado durante su formación académica, ampliando y mejorando la atención a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, como se establece en el informe mundial de drogas. (UNODC, 2016).

5. MARCO CONCEPTUAL

El marco teórico de este trabajo busca definir los términos pertinentes a la práctica con el fin de plasmar la visión conceptual que se le dará a las características de la práctica. Además, se busca con este marco conceptual trazar la línea descriptiva no solo del consumo problemático de sustancias, sino también de la atención y el proceso terapéutico de las personas que lo presentan.

5.1 Adicción

El término de adicción ha tenido una evolución constante a través de los años debido a que en un inicio se homologaba al concepto de dependencia (tanto física como psicológica) producida por la ingesta de sustancias psicoactivas, sin embargo con el transcurrir de los años se observó que existían otro tipo de conductas, que no estaban ligadas al consumo de sustancias, que podían producir dependencia con todas sus características (Iglesias y Guadalupe, 2003).

En este mismo sentido, Gossop citado en Iglesias y Guadalupe (2003) definió las características típicas de una adicción, mencionando:

(a) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); (b) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); (c) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y (d) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. (p.74)

Lo mismo es confirmado por Ripoll (2008) que define la adicción como: “un estado de uso compulsivo de una droga (autoadministración), caracterizado por una falta de control de dicho uso y por una sobrevaloración de la droga por encima de otros refuerzos y metas” (p. 25).

En cuanto a esta pérdida de control de conducta mencionada anteriormente Neil Carlson (2006) menciona que: “El término adicción derivada del vocablo latino addicere, “condenar”. Alguien que es adicto a una droga está, de alguna manera, condenado a unas condiciones de servicio involuntario, está obligado a cumplir las demandas de su dependencia a las drogas” (p. 636).

El mismo autor plantea que lo que provoca que las drogas sean tan atractivas para muchas personas es que estas sustancias estimulan los mecanismos cerebrales del refuerzo positivo, convirtiéndose en experiencias gratificantes, por tanto, las consecuencias inmediatas del uso de estas drogas suelen ser aún más potentes que la conciencia de los riesgos y daños tanto morales como materiales que producirán en el futuro (Carlson, 2006).

Carlson (2006) menciona que aunque todavía existen muchos vacíos de información en cuanto al funcionamiento de las bases neuronales del refuerzo, se conoce que la liberación de dopamina está íntimamente implicada en este proceso. Es así como, las drogas adictivas como por ejemplo el alcohol, la cocaína, los opiáceos, las anfetaminas, la nicotina y el cannabis producen la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. Carlson (2006) menciona que:

Algunas drogas lo hacen aumentando la actividad de las neuronas dopaminérgicas del sistema mesolímbico, que se origina en el área tegmental ventral y termina en el núcleo accumbens (y algunas otras regiones del prosencéfalo). Otras drogas inhiben la recaptación de dopamina por los botones terminales y así facilitan los efectos postsinápticos de la dopamina. (p. 640)

Lo anterior también ha sido ampliamente investigado por Ambrosio y Fernández (2011), los cuáles plantean que:

Basándose en los resultados de investigaciones preclínicas en drogadicción, hoy se

admite que un sustrato neural básico que mantiene la conductas adictivas radica en el sistema mesocorticolímbico dopaminérgico. Se le denomina así a un conjunto de conexiones entre estructuras cerebrales pertenecientes al cerebro medio, que harían de estación de salida (área tegmental ventral, sustancia negra, etc.) y al cerebro anterior (cuerpo estriado, amígdala, tálamo, hipocampo, cortezas prefrontal y cingulada, etc.), que sería la diana. Este circuito parece regular las sensaciones placenteras inducidas por reforzadores naturales y artificiales (drogas, juego, Internet, etc.) y, comúnmente, también se le llama circuito cerebral de la recompensa o del reforzamiento. (p. 25)

Otro importante autor que refuerza y describe algunos de los cambios cerebrales que produce la adicción es Redolar Ripoll (2008), el cual afirma que ésta genera cambios neuroquímicos en varias estructuras cerebrales tales como el hipocampo, el área tegmental ventral, la corteza frontal, el núcleo accumbens e incluso la amígdala (reguladora de las emociones). Por lo tanto, al verse afectadas estas estructuras cerebrales, a nivel cognitivo se ven comprometidas funciones como la memoria y el aprendizaje, llegando incluso a incidir sobre la plasticidad neuronal subyacente.

Por otra parte, Fernández, Rodríguez y Villa (2011) señalan que:

El consumo de drogas se ha asociado con alteraciones en los sistemas frontocorticales responsables de las funciones ejecutivas, que juegan un importante papel en la toma de decisiones y en el control inhibitorio de la conducta, llevando a alteraciones en el juicio y promoviendo la impulsividad. (p.160)

Además de estas implicaciones, los autores Caracuel, Delgado y Verdejo (2011) agregan que también existe un déficit asociado en habilidades como el control ejecutivo (debido al daño en la corteza frontal), la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la inhibición de respuestas, el planeamiento y la toma de decisiones. También, debido a la afectación causada en la amígdala las personas con adicción experimentan alteraciones significativas en la experiencia emocional como respuesta a estímulos afectivos y en la reactividad

fisiológica correspondiente.

Por otra parte, cabe destacar que la adicción no es un fenómeno inmediato, es decir que no se genera de forma instantánea después de la exposición a la droga, sino que es generado paulatinamente. Lo anterior, es explicado por Ripoll (2008) expresando que:

La adicción implica adaptaciones neurales múltiples y complejas que se desarrollan en función de diversas ventanas temporales con un curso diferencial que puede ir desde horas hasta días y meses. Por ejemplo, en las respuestas conductuales que se producen tras las exposiciones iniciales a la droga parecen estar implicados cambios plásticos en el área tegmental ventral que inducirán adaptaciones a largo plazo en las regiones inervadas por las neuronas dopaminérgicas de esta región del mesencéfalo. Por el contrario, los cambios plásticos en el estriado dorsal, en el núcleo accumbens y en la corteza prefrontal (entre otras regiones) parecen estar implicados en la formación de asociaciones persistentes a largo plazo entre la droga y diferentes claves internas y/o externas asociadas de forma contingente con la experiencia. (p.29)

Es así, como la adicción está íntimamente asociada a las características y la repetición de la experiencia. Cabe destacar que si bien en los primeros consumos hay una mayor liberación de dopamina, conduciendo a un sentimiento de euforia prolongado, en el consumo crónico el cerebro se adapta a la sustancia, produciendo lo que se denomina como **tolerancia**. (Ripoll, 2008). Ésta es definida por Becoña y Cortes (2011) como:

El proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que, conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto. (p. 18)

La tolerancia se alcanza por medio de una desensibilización del sistema producido ya sea por cambios funcionales que tienen efecto en las neuronas (por ejemplo alterando el

número de receptores) o por un aumento de la metabolización de la sustancia en el cuerpo, la cual conlleva a ocupar cada vez dosis más altas para conseguir el mismo efecto anterior (Ripoll, 2008).

De esta manera, el cuerpo se ha acostumbrado a la droga. Es así como, una vez que la persona tenga adquirida la adicción y no logre realizar la conducta de consumo experimentará grandes molestias físicas y psicológicas a las que se le denominan *síndrome de abstinencia*. El síndrome de abstinencia es definido por Becoña y Cortes (2011) enfatizando que:

Es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado. (p. 18)

Varo (2001) destaca que entre sus principales síntomas se encuentran la hiperactividad autonómica (sudoración, taquicardia), temblor de manos, insomnio, náuseas, vómitos, posibles alucinaciones o ilusiones, agitación, ansiedad y crisis comiciales.

Para finalizar es muy importante mencionar que desde una visión diagnóstica, actualmente la palabra adicción ha sido omitida de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) por su posible connotación negativa dentro de la sociedad, utilizando una expresión más neutral denominada *trastorno por consumo de sustancias* que está conformado por distintos estados o niveles de adhesión a la sustancia. (American Psychiatric Association, 2013).

5.2 Alcoholismo (Dependencia del alcohol):

En cuanto al término denominado alcoholismo, Magariños (2011) nos explica que:

El *alcoholismo* es un concepto que ha experimentado un notable cambio a lo largo del tiempo. En 1933, la Standard Classified Nomenclature Disease reconoce al alcoholismo como una enfermedad¹. En 1960, Jellinek lo define como un trastorno por el consumo de alcohol caracterizado por tolerancia, síndrome de abstinencia y pérdida de control². En 1952, la primera clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana, DSM, habla del alcoholismo como una adicción, incluyéndola dentro de las alteraciones de la personalidad. (p. 7)

A raíz de la evolución del término Garrido y Matute (2013) señalan que:

Si bien es de uso común, el alcoholismo es un término cuya definición ha sido difícil de establecer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió en 1979 el término de alcoholismo por “síndrome de dependencia del alcohol”, caracterizado por síntomas que pueden ser continuos o periódicos, entre ellos deterioro del control sobre la bebida, obsesión por el alcohol, consumo de alcohol pese a sus consecuencias adversas y perturbación del pensamiento, sobre todo negación. (p. 118)

El término alcoholismo no está incluido ni en el CIE-10 ni en el DSM. Lo anterior va acorde a la noción explicitada por Almazán, González y Rocha (2014) quienes prefieren no utilizar el término alcoholismo ya que popularmente tiene una carga peyorativa y está asociado médicamente a una enfermedad crónica del organismo que no puede ser abordada mediante tratamiento psicológico. Los autores sostienen que si bien la problemática tiene consecuencias orgánicas su trasfondo se ubica en los mecanismos de aprendizaje, los cuales son los responsables de que una persona inicie y mantenga su consumo.

Sin embargo, autores más clásicos como Velasco (1980) prefieren seguir utilizando el término alcoholismo, afirmando que hay grandes variaciones en cuanto a las respuestas al alcohol y que debido a esto existen sujetos que incluso reaccionan de esta forma ante ingestas moderadas, sin embargo para que se pueda referir a un problema de alcoholismo debe existir tanto una intoxicación definida como una desorganización de la conducta,

cambios espectaculares de humor, agresividad explosiva y amnesia variable.

Villalobos (2010) también menciona este término, explicando que los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para deteriorar su bienestar físico y mental, así como sus relaciones sociales y económicas, o bien, que ya presentan síntomas de tales manifestaciones. También menciona que el alcoholismo se alcanza por medio de la ingesta repetida de grandes cantidades de bebidas alcohólicas que permiten un comportamiento anormal o desviado.

Pese a estos dos aportes anteriormente mencionados, la noción actual y la más utilizada es la de sustituir el término alcoholismo por “dependencia del alcohol”.

Es así, como Duffy (2015) menciona con respecto al alcoholismo:

Es un término que se utiliza desde hace muchos años y de significado variado. En general se refiere al consumo crónico o periódico de alcohol, caracterizados por la imposibilidad de controlar la ingesta, frecuentes episodios de intoxicación y la falta de preocupación con respecto al alcohol, a pesar de sus consecuencias adversas. La inexactitud del término llevó a un Comité de Expertos de la OMS a descartar su uso, prefiriendo utilizar el de síndrome de dependencia del alcohol como uno de los muchos problemas relacionados con el consumo de alcohol. (p.378)

5.3 Dependencia:

La conceptualización del término dependencia ha tenido un largo desarrollo histórico, tanto así que aún en la actualidad diversos autores disiden sobre su significado. Los primeros intentos de conceptualización se remontan a mediados del siglo XX. En 1965, Eddy, Halbach, Isbell y Seevers definieron el término de acuerdo a sus propiedades tanto **fisiológicas como psicológicas**. En cuanto a las propiedad fisiológicas se resalta la presencia de perturbaciones físicas cuando la administración de la droga es suspendida, mientras que en las propiedades psicológicas se destaca la droga como generadora de un

sentimiento de satisfacción y necesidad psicológica que requiere del consumo periódico o continuo para producir placer o evitar el displacer. Este último tipo de dependencia siempre ha sido vinculado con las propiedades reforzadoras de las sustancias sobre la conducta y de su efecto sobre las características cognitivas (Garrido y Matute, 2013).

Es así como en el 2002, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV-TR) (2002)* define la dependencia de sustancias como un estado que:

consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. (p. 218)

Este término también cuenta con una sintomatología específica descrita en la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS*, tal y como relata Duffy (2015):

El CIE-10, el Manual de la OMS para la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, define a la dependencia del alcohol como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol. El volver a beber después de un período de abstinencia está a menudo asociado con una rápida reaparición de las características del síndrome. (p.378)

Además González (2005) agrega que:

La dependencia al alcohol se caracteriza por la tolerancia a un consumo continuo y que progresivamente va aumentando, en estos sujetos predominan los problemas físicos (por ejemplo daños en el hígado), psiquiátricos, familiares y sociales. En muchas ocasiones la persona con dependencia al alcohol puede pasar inadvertida,

ya que sigue realizando sus actividades cotidianas, aunque conforme progresa la dependencia el sujeto se vuelve más disfuncional. (p. 81)

Es importante recalcar que en el presente documento se va a hacer mención al término “personas con dependencia a sustancias” para referirse a la población con la que se desarrolló la presente Práctica Dirigida, partiendo del hecho de que todos los usuarios que recibe el Hogar Salvando al Alcohólico presentan este diagnóstico para ser admitidos.

Es muy importante mencionar que actualmente en la más reciente versión del DSM (V) dicha conceptualización ha sido modificada, eliminando las categorías de “abuso” y “dependencia”, pasando a una conceptualización dimensional llamada Trastornos por Consumo de Sustancias, en la cual dichos términos no son más que un continuum que van de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) a grave (más de seis síntomas) (Lazcano, 2015). Sin embargo, algo a destacar de ambas versiones del manual es que la conducta adictiva es relacionada tanto con variables de tipo físicas, como psicológicas e incluso cognitivas.

Por otra parte, también existe un amplio debate entre autores sobre si el término de dependencia es homólogo al utilizado popularmente como adicción, como el caso de Pereiro (2010), el cual menciona que: “la diferenciación entre dependencia física y psicológica ha dejado de tener sentido y sería más apropiado hablar de *dependencia o adicción* indistintamente, ya que dependencia y adicción son dos términos que se pueden considerar sinónimos” (p. 71).

Sin embargo, a pesar de esto algunos autores también han hecho intentos por enfatizar su diferenciación. Un ejemplo de esto es el autor Juárez (2004) quien argumenta que la dependencia se ve como:

un estado fisiológico de neuroadaptación producida por la administración repetida de un fármaco y su establecimiento no implica necesariamente un proceso motivado, en tanto que el término adicción se refiere al uso compulsivo de una droga e implica la adherencia física o psicológica a la sustancia. (p.227)

Por lo tanto, a los ojos de este autor la diferencia se centra en el carácter más fisiológico de

la dependencia mientras que la adicción tiene un sustrato más conductual y del comportamiento.

Además, como se mencionó anteriormente al hablar de dependencia se hace referencia generalmente a las consecuencias de sustancias psicoactivas en las personas, mientras que el término adicción comprende una categoría más amplia que cubre tanto la ingesta descontrolada de sustancias como otro tipo de problemáticas, como por ejemplo la adicción al juego o al sexo.

5.4 Craving:

Una gran característica del síndrome de dependencia explicado anteriormente refiere al *craving*. La definición de este fenómeno ha sido ampliamente discutida por muchos autores a lo largo de los años. En el CIE-10 (1992) se define *craving* como:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia psicótropa o de experimentar sus efectos tóxicos. El deseo es intenso y puede originarse ante la presencia de la sustancia, su olor o sabor, o ante otros estímulos que hayan estado asociados a su consumo en el pasado. (p.60)

Pese a la diversidad y evolución de definiciones que ha tenido el *craving* a través de los años, Hervás, Bou, Gurrea, Gradolí y Morales (2001) mencionan que éstas poseen aspectos en común, como: a) el *craving* forma parte de la adicción a sustancias, b) El deseo de consumir la sustancia va a aumentar cuando el sujeto se enfrenta a estímulos asociados a dicho consumo, c) El objetivo en el tratamiento debe ser detectar, analizar, afrontar y manejar los deseos de consumo, ya que estos desaparecen aunque no se produzca el consumo, es decir, romper la relación causal entre *craving* y recaída.

En general, se destaca la definición más aceptada, mencionada por Durán y Becoña (2006) conceptualizando al *craving* como un deseo de experimentar los efectos de una sustancia psicoactiva que ha sido probada en el pasado. Esta definición está fundamentada en base a tres grandes características: a) el *craving* es meramente subjetivo y sólo podemos conocerlo

a partir de la definición que hace cada sujeto, b) es motivacional porque mueve a realizar una conducta, c) es prospectivo porque implica la anticipación de consecuencias positivas para el sujeto.

5.5 Farmacodependencia:

Refiriéndonos a la farmacodependencia Villalobos (2010) la define como:

el estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación. (p.63)

Además Villalobos (2010) enfatiza en la dependencia tanto física como psíquica producida por los fármacos de los cuales se abusa. Por último el autor aclara que se refiere a droga como una sustancia o compuesto ya sea químico o natural que cambia o altera un sistema, por lo tanto la definición de farmacodependencia se amplía más allá del abuso de compuestos químicos.

5.6 Consumo problemático de sustancias

Tradicionalmente existe una noción popular de que lo problemático en el consumo de sustancias reside en cuanto a la frecuencia y dosis de su uso. Sin embargo, lo que realmente convierte el consumo en una práctica riesgosa y amenazante reside en el impacto que el mismo tenga sobre las esferas del individuo. De esta manera, El Abrojo (2007) enfatiza en que:

un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– a una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley. (p.26)

Esta misma conceptualización es retomada por Touzé (2010) quien afirma que existen

diferentes formas de vinculación con las drogas y que cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un uso problemático, definido como aquel que impacta negativamente, ya sea de forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona (individual, social primaria, social secundaria y legal).

Es sumamente importante recalcar que tal y como lo señalan los autores el consumo problemático de sustancias incluye tanto el impacto que existe en el plano individual como en el contexto social del individuo, por lo tanto va más allá de la noción que se tiene de la “adicción” o de la “dependencia” donde las conceptualizaciones refieren a un sustrato meramente fisiológico, específicamente en el cerebro. Debido a lo anterior, en el presente documento se mencionará el término “consumo problemático de sustancias” cuando se refiera al impacto del área tanto individual como social de la persona.

5.7 Motivación y Aprendizaje

Primeramente, es esencial definir el concepto de motivación y reconocer la gran influencia que tiene esta sobre la conducta humana. Carrillo, Padilla, Rosero y Villagómez (2009) enfatizan en la relación entre la motivación y la acción, mencionando que:

La motivación, del latín *motivus (relativo al movimiento)*, es aquello que mueve o tiene eficacia o virtud para mover; en este sentido, es el motor de la conducta humana. El interés por una actividad es “despertado” por una necesidad, la misma que es un mecanismo que incita a la persona a la acción, y que puede ser de origen fisiológico o psicológico. (p 21)

En este sentido, la motivación viene a determinar la energía y la dirección en la que actuamos ante una determina situación. (Carrillo, Padilla, Rosero y Villagómez, 2009).

En cuanto a la influencia de la motivación sobre el aprendizaje Ospina (2006) enfatiza en que: “La motivación se constituye en el motor del aprendizaje; es esa chispa que permite encenderlo e incentiva el desarrollo del proceso” (p.158).

Debido a lo anterior se puede deducir que un nivel bajo de motivación tiene resultados adversos sobre el aprendizaje, ya que la energía con la que el sujeto hace frente ante la nueva información es muy limitada. Por el contrario, si se potencian tanto los factores contextuales como individuales que inciden sobre un alto nivel de motivación el aprendizaje será más significativo. (Ospina, 2006).

Es muy importante mencionar las implicaciones que esto tiene para la ejecución de dicha Práctica Dirigida ya que se adoptan estrategias metodológicas donde se puede motivar a la persona usuaria con el proceso, incluyendo su participación activa en las sesiones y haciendo una ruptura de la recepción pasiva del conocimiento, en la cual no hay un involucramiento ni un nivel óptimo de motivación con lo que se aprende. Por el contrario, esta práctica busca generar aprendizajes desde actividades lúdicas y participativas que generen aprendizajes significativos y logren una mayor adhesión tanto a las sesiones como en el proceso de afrontamiento a la conducta problemática de consumo.

5.8 El modelo de los 12 Pasos:

Antes de iniciar con su definición es importante mencionar que a pesar de que este modelo no será ejecutado por mi persona durante la presente Práctica Dirigida, es importante debido a que es la filosofía de vida que se maneja dentro del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, existiendo toda una dinámica institucional que se despliega de dicha visión de tratamiento.

Este modelo de abordaje de la dependencia a sustancias surge a partir de los modelos originales de Alcohólicos Anónimos, que se originó en 1935 y evolucionó de tal forma que terminó siendo una gran comunidad que se ha extendido a nivel mundial y que, gracias a este modelo, se crearon otros programas como Narcóticos Anónimos. Estos programas parten de cuatro supuestos fundamentales. Inicialmente considera que la dependencia al alcohol y otras drogas involucra una dimensión biológica y una psico-social; posteriormente, entiende la adicción como una enfermedad que involucra dimensiones tanto fisiológicas como psicológicas; en tercer lugar, plantea que la dependencia a las drogas y al alcohol tiene consecuencias para la vida espiritual del individuo y, por último, estos programas asumen que las personas son incapaces de controlar su problema, por lo

que la abstinencia total constituye un requisito indispensable para su tratamiento y el logro de su recuperación (Laitano y Bedoya, 2010).

Como podemos ver el modelo de 12 pasos no es más que una serie de principios y prácticas que las personas con problemas de consumo elaboran para poder mantener su sobriedad y lograr su recuperación ya que no hay una metodología estrictamente definida para trabajarlos. En cuanto a esto Laitano y Bedoya (2010) caracterizan el modelo que siguen el grupo de Alcohólicos anónimos y el modelo de 12 pasos mencionando que:

El programa consta de 12 pasos que van desde el reconocer la falta de poder para controlar el problema, la invitación a creer en un poder superior, tal como cada persona lo entienda, reconocer los errores cometidos y permitir a Dios liberar al individuo de todos sus defectos, estar en contacto con Dios hasta poder llevar el mensaje a otros individuos con problemas similares. La duración del tratamiento está ente los tres meses o un año y puede llegar a prolongarse para toda la vida. (p.163)

5.9 El Modelo Minnesota:

El Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado en el cual se realizó la práctica trabaja bajo una versión modificada del modelo Minnesota para el tratamiento de la dependencia a sustancias. Este modelo fue desarrollado en los años 50's en Estados Unidos y está orientado hacia la abstinencia y basado en el programa de Doce Pasos explicado anteriormente, contando con un abordaje integral y multidisciplinario, lo cual significa que incluye acompañamiento de profesionales como psiquiatra, psicólogo, médicos y personal capacitado en tratamiento de la persona con dependencia a sustancias que colaboran en la definición del camino de la recuperación (Rodríguez, 2009).

El Modelo derivó de la llamada “Experiencia Minnesota” la cual fue una forma revolucionaria de tratar la problemática de la dependencia a sustancias en 1950, debido a que en aquella época predominaba el enfoque hospitalario y esta experiencia vino a aportar un abordaje más integral, multidisciplinario y humanitario para las personas con problemas consumo. Como lo menciona Rodríguez (2009) :

La Experiencia Minnesota partía de conceptos nuevos y cruciales, como ser considerar a la adicción como una enfermedad, y no responsabilizar al enfermo por ello, «*el enfermo no es culpable*», defender el tratamiento humanitario para los adictos, mejorar el acceso a los tratamientos y promover la abstinencia total, creando una filosofía de intervención, radical, controvertida en aquella época y cuya viabilidad era cuestionada. (p.325)

Para el modelo de Minnesota, es fundamental trabajar primero con la adicción ya que de modo contrario se pierde la recuperación de trastornos psiquiátricos o la modificación lograda de problemas sociales y/o físicos. Además, busca ayudar a aceptar y afrontar realista y honestamente el problema de consumo. También se tiene una visión más integral del consumo con consecuencias más allá de las físicas, interviniendo sobre la esfera psicológica, social y espiritual del individuo (Rodríguez, 2009). Precisamente de acá surge la necesidad correspondiente a la presente Practica Dirigida ya que el Modelo no solo busca la recuperación física del individuo sino una mejoría de su calidad de vida.

La intervención desde el Modelo Minnesota es abordada desde un tratamiento residencial, ofreciendo intervenciones complementarias al bienestar físico (desintoxicación y deshabitación asistidas) tales como grupos de auto-apoyo así como fortalecimiento emocional y psicológico. Este modelo es comprehensivo, orientado al logro de la abstinencia, con un enfoque multidisciplinario, retomando algunos aspectos del modelo de comunidad terapéutica como el concepto de “atmósfera terapéutica”, rutinas, tareas cotidianas y el énfasis en construcción de valores y creencias positivas (Laitano y Bedoya, 2010).

Cabe destacar que para el Modelo de Minnesota la adicción no tiene cura, sino que se maneja la perspectiva de que las personas tengan un cuidado continuo de su problemática. Por lo tanto, el núcleo del tratamiento es el cambio del estilo de vida, la recuperación se facilita con el apoyo del entorno natural que son la familia, los amigos y los grupos de auto ayuda, ya que algunas personas logran ayudarse mutuamente debido a la conformación de

subgrupos informales que se desarrolla en el proceso (Rodríguez, 2009).

Como fue mencionado anteriormente, el Hogar trabaja con una variante del modelo Minnesota ya que además de implementar sus fundamentos básicos incluye adicionalmente una serie de talleres grupales (en los cuales se enfocará esta práctica) dirigidos al desarrollo de habilidades sociales como la asertividad, la resolución de problemas, inteligencia emocional, familia (o redes de apoyo), habilidades para la vida, resiliencia, etc. Las anteriores temáticas estarán abordadas mayormente desde un enfoque cognitivo conductual que será detallado posteriormente. Además de esas temáticas, se trabaja grupalmente sobre aspectos característicos de la población tales como la negación y la co-dependencia con el fin de hacer una intervención reflexiva de su condición y de su contexto.

La importancia de la variante del Modelo Minnesota que realiza el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado reside en el fortalecimiento de habilidades sociales de las personas con problemas de consumo, ya que se ha encontrado que las mismas van en decrecimiento cuando se está ante un problema de este tipo, por lo cual trabajar sobre temáticas es sumamente necesario.

5.10 Recaída

Para definir este concepto se apelará al modelo transteórico desarrollado por Prochaska y Diclemente, donde el cambio se ve como un proceso no rectilíneo, es decir que las recaídas también forman parte del proceso de aprendizaje y del crecimiento, sin representar un fallo total e irreversible del proceso. Tal y como lo menciona Torres (2010): “Estos autores encontraron que en los pacientes el cambio seguía un modelo en espiral. De este modo, asumían que los individuos pueden recaer en el consumo a lo largo del proceso, sin implicar un retroceso al punto de partida inicial” (p.174).

Por tanto, tal y como lo menciona Castilla (2016) la recaída no se visualiza como una excepción en el proceso, sino como una norma, donde las personas desarrollan aprendizajes y estrategias que favorecen su crecimiento.

Sin duda, un argumento esencial en el modelo transteórico elaborado por Prochaska y Diclemente fue el de los estadios de cambio, los cuales son etapas comportamentales y motivacionales de un sujeto que pasa por un proceso de cambio de la conducta problemática de consumo. Los estadios de cambio son recopilados por Torres (2010) de la siguiente manera:

- Estadio de precontemplación: Se basa en la ausencia de conciencia sobre el problema, es decir para el sujeto la conducta de consumo no tiene repercusiones sobre el desarrollo de su vida, por lo tanto no planea modificarla.
- Estadio de contemplación: El sujeto obtiene conciencia sobre el problema, planteándose la posibilidad de abandonar la conducta de consumo
- Estadio de preparación: En este estadio, el sujeto no solo ve un problema en su conducta de consumo sino que se compromete a abandonarla, reduciendo progresivamente la dosis, aunque no signifique precisamente que este alcance la abstinencia.
- Estadio de acción: El sujeto presenta cambios conductuales relevantes como un compromiso firme al tratamiento, invirtiendo tiempo y energía hacia su proceso de abstinencia, demostrando una reevaluación personal significativa.
- Estadio de mantenimiento: Está dirigido hacia la conservación de los comportamientos demostrados en el estadio anterior, así como la implicación en la prevención de recaídas del consumo.

Tal y como se mencionó anteriormente el paso por los diferentes estadios de cambio no se da de una manera secuencial o rectilínea, lo cual quiere decir que una persona puede recaer de una etapa de acción a una de contemplación, sin embargo los retrocesos en este modelo se ven como una oportunidad para pulir la técnica y por ende, desarrollar estrategias cada vez más efectivas contra el consumo problemático de sustancias.

En base a lo anterior, a pesar de que la abstinencia es algo a lo que se aspira, el objetivo del presente trabajo no es reprochar o sancionar severamente el proceso de recaída, sino más bien desarrollar recursos tanto de prevención como de afrontamiento de esas recaídas con el fin de promover un sentimiento de mayor autoeficacia y adherencia al cambio.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

Desarrollar competencias y habilidades relacionadas a la práctica psicológica en el área de las drogodependencias, así como visibilizar la importancia del rol de psicólogo en la atención multidisciplinaria de usuarios que acuden al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado .

6.2 Objetivos Específicos:

1. Adquirir competencias del quehacer psicológico profesional asociadas al proceso terapéutico de personas en condición de dependencia a sustancias.
2. Desarrollar una propuesta concreta de intervención grupal para la atención de los usuarios del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.
3. Colaborar tanto en el trabajo interdisciplinario como en las reuniones interconsulta propias del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.
4. Facilitar el aprendizaje de habilidades para la prevención y el afrontamiento de la dependencia a sustancias y el proceso de recaídas de los usuarios del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.

7. METODOLOGÍA

La presente Práctica Dirigida se realizó a medio tiempo durante un año, en el período que comprende de Agosto del 2017 a Agosto del 2018. Cabe mencionar que la presente Práctica Dirigida se desarrolló en un contexto institucional que ya tiene predefinido su enfoque de atención (variante del Modelo de Minnesota) en el cual se realizan talleres grupales dirigidos hacia el enriquecimiento de la calidad de vida de los usuarios del Hogar. Es importante resaltar que las temáticas a desarrollar se encuentran preestablecidas por el IAFA, ente que se encarga de regular la labor del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado. Sin embargo, en lo que respecta al diseño de las sesiones y el enfoque en el cual se brindan las temáticas quedan a criterio del facilitador, lo cual representa un cierto margen de flexibilidad por parte de la institución al profesional que se inserte. En este caso, el diseño de las sesiones contempló en gran medida la utilización de técnicas cognitivo-conductuales debido a su amplia cobertura a la temática de desarrollo de habilidades sociales y de control de la ansiedad. Es importante destacar que algunas sesiones están predeterminadas por el Centro a atenderse desde un enfoque más motivacional o de reflexión personal, debido a la importancia que tiene la motivación en los procesos de aprendizaje por parte de las personas con consumo problemático de sustancias, por lo que en algunos casos las sesiones se desarrollarán por medio de la proyección de alguna película y generación de reflexiones entre compañeros.

Dentro de las técnicas que se abordaron en los talleres se encuentran la respiración diafragmática (Anexo 3), relajación autógena de Schultz, ensayos de conducta, role-playing, psicoeducación sobre la temática, entrenamiento en resolución de problemas, moldeamiento en asertividad por medio de vídeos y resolución de casos, actividades de distracción de la ansiedad, lectura y modelado del lenguaje no verbal (Ver Anexo 1 para descripción de las técnicas). La importancia de la aplicación de estas técnicas consiste en no solo en el fortalecimiento de las habilidades sociales, sino de una mejor reducción del *craving*, un mayor manejo de emociones y un aprendizaje más sólido y fundamentado en la temática del alcoholismo y la farmacodependencia. Cabe destacar, que la mayoría de técnicas se centran en un enfoque cognitivo-conductual abarcando gran parte de la

práctica, sin embargo en ocasiones también se destacó la importancia de la discusión grupal acerca de la problemática, realizándose acercamientos desde la parte motivacional como recurso para el cambio.

Como logros esperados de la práctica se planteó que los usuarios contaran con herramientas eficaces para hacerle frente a su vida cotidiana y a la dependencia a sustancias, demostrando el conocimiento adquirido en los talleres aplicado a su autocontrol y el afrontamiento de situaciones difíciles.

Por último, las temáticas predeterminadas que aborda el Centro (y por ende la Práctica Dirigida) son las siguientes:

- Inteligencia emocional
- Manejo de la ansiedad
- Control de Impulsos
- Habilidades para la vida
- Codependencia
- Negación
- Familia (Redes de apoyo)
- Resiliencia
- Autoestima
- Prevención de recaídas

Es importante señalar que la temática de familia se trabajó grupalmente desde una visión de redes de apoyo que incluían tanto a sus pares como otras personas cercanas a su vida, con el fin de no revictimizar a las personas que no tenían familia de sangre o que sus lazos estaban rotos.

Por otra parte, la temática de la codependencia, incide indirectamente en los patrones de relación familiar o laboral, lo cual conlleva a identificar a otras personas como beneficiarias de la práctica.

7.1 Población

Debido a las características particulares del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, la presente práctica se centra solamente en hombres, mayores de edad, provenientes de todas las provincias del país y de todos los estratos socioeconómicos. Esta institución maneja una modalidad de internamiento durante un mes por persona, la cual una vez vencido ese plazo debe desalojar la institución, razón por la cual la población de la presente Práctica Dirigida es fluctuante debido a la salida y a la entrada de nuevas personas usuarias del centro. La población meta se concentraría en las personas usuarias que contemplen el plazo de Agosto del 2017 a Mayo del 2018.

Otro aspecto importante de mencionar es que el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado trabaja tanto con personas que presenten problemas de consumo con drogas tanto lícitas como ilícitas, por lo tanto la intervención cubre tanto personas con alcoholismo como a personas que presenten dependencia a otras sustancias.

7.2 Consideraciones ético legales de la intervención y protección a los participantes

En cuanto a las consideraciones ético-legales de la práctica se garantiza la voluntariedad de las personas participantes, de tal forma que en el caso que no quieran formar parte del proceso o que se encuentren en proceso de desintoxicación y por tanto requieran atención a su integridad física en el momento de la ejecución de los talleres, no se les obligará a participar en su desarrollo. Lo anterior fue explicado al inicio de cada sesión, verificando su asentimiento para participar en la ejecución del taller. En esta parte, también se les informó la condición de practicante del facilitador, evaluado por profesionales en psicología que forman parte del profesorado de la UCR. Además, se les recordó a cada uno de los participantes la confidencialidad de los datos o experiencias propias que salgan a flote en las sesiones, garantizándoles la protección de su identidad y el uso de la información únicamente para fines académicos o institucionales. Por otro lado, es importante destacar la constante supervisión técnica por parte de Shirley Castro en el desarrollo de las sesiones y mencionar que la práctica se encuentra avalada y respalda por

la institución, brindando la atención necesaria para garantizar la integridad de los participantes.

7.3 Definición de actividades y cronograma

La planificación de los talleres con su debido procedimiento, tiempo y materiales se encuentra en el Anexo 2. En este apartado es importante mencionar que el cronograma de las temáticas a abordar es aprobado por el IAFA y entregado semanalmente al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado por lo que la calendarización de las temáticas es provisional.

Por otra parte, se contó con un calendario de labores previo con el fin de agendar provisionalmente las actividades y fases de la presente Práctica Dirigida antes de ser ejecutada. (Ver Anexo 9)

7.4 Proceso de supervisión (Rol del psicólogo, del Comité asesor y de la Supervisora Técnica en la práctica)

El sustentante, de forma supervisada, estuvo encargado de planificar y desarrollar los talleres grupales de las temáticas brindadas por el Hogar, asistir a las reuniones interconsulta con los demás profesionales, facilitar la evaluación de los resultados correspondientes a la práctica y brindar información relevante con respecto a la condición en que se encuentran los participantes.

En cuanto al desarrollo de las sesiones y el trabajo en la institución, fue supervisado por Shirley Castro Calero quien cumplió la función de Asesora Técnica de la Práctica desarrollando labores destinadas a la supervisión diaria de los talleres, facilitar la evaluación de resultados brindados por las personas usuarias, revisión de informes de la

práctica, así como el acompañamiento a familiares de las personas usuarias del centro. En lo que refiere al proceso de supervisión aparte de la revisión de las sesiones por parte de la psicóloga del centro se planteó tener una reunión presencial semanal con ella con el fin de señalar posibles dificultades y recomendaciones globales sobre su ejecución.

Por otra parte, la directora de la Práctica Dirigida, M. Psc. Paula Picado supervisó la práctica realizando las recomendaciones pertinentes y asistiendo a reuniones conjuntas con la asesora técnica de la práctica. El resto del Comité Asesor fue informado del desarrollo de la práctica como mínimo una vez al mes, dando insumos de relevancia para la ejecución de la misma.

La realización de estas funciones, le permitió al sustentante adquirir y poner en práctica habilidades y competencias correspondientes al tema de la farmacodependencia, además de insertarse en un campo de trabajo multidisciplinario donde la psicología tiene mucho que aportar por lo que inserción resulta vital en el convenio entre la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica y las instituciones derivadas del IAFA como el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, en la temática de intervención al consumo problemático de sustancias.

7.5 Evaluación de la Práctica

En cuanto a la evaluación de la práctica como ya se mencionó anteriormente, el desarrollo de las sesiones fue supervisado diariamente por la Asesora Técnica (psicóloga del centro), la cual brindó retroalimentación continua de las actividades desarrolladas. Además, se contó con una bitácora personal la cual recolectó experiencias y vivencias de los talleres, siendo de gran insumo para la evaluación de resultados al final de la práctica.

7.6 Devolución con la institución

De acuerdo a las negociaciones con la institución, una vez finalizados los talleres, se procede realizar un informe final escrito que incluye el marco de trabajo, la sistematización de la experiencia del sustentante en la labor del Hogar así como posibles recomendaciones pertinentes a la institución. Dicho informe será entregado físicamente a la psicóloga del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado una vez obtenida la versión final del documento de la Práctica Dirigida de la Universidad de Costa Rica, con el fin de incorporar posibles recomendaciones de dicha institución al trabajo. En cuanto los informes para el equipo asesor se acordó hacer una revisión de los resultados parciales cada tres meses, sin incluir la formulación del documento final.

7.7 Aporte de la práctica en la formación profesional en psicología y en la instancia institucional

Es importante el aporte que la presente Práctica Dirigida incorpora al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado debido a que facilita un abordaje más integral a las personas usuarias del centro, fortaleciendo su bienestar psicológico y su adecuada reinserción social. En cuanto a la formación del sustentante es relevante el aporte desde el conocimiento y la experiencia en la temática de atención al consumo problemático de sustancias, siendo sumamente enriquecedora la puesta en práctica de los conocimientos desarrollados académicamente. Por último, la presente Práctica Dirigida refuerza el lazo institucional y la acción social que tiene la Universidad de Costa Rica con las instituciones de todo el país.

8. RESULTADOS

Tal y como se mencionó anteriormente en el presente documento, los resultados de la presente Práctica Dirigida realizada en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado se presentarán sistematizando la percepción de los principales aprendizajes tanto del sustentante como de las personas usuarias con respecto al proceso. Este proceso cualitativo de recogida de información se realiza debido a que el programa impartido en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado cuenta con distintas variables y dinámicas que inciden en el proceso de cada usuario, por lo que se medirán los resultados desde la percepción que ellos tienen de lo aprendido específicamente en las sesiones desarrolladas en la presente Práctica Dirigida.

Los resultados finales obtenidos de la presente Práctica Dirigida se desglosan de la siguiente manera: a) Descripción de la cantidad y distribución de horas asignadas por actividades específicas, b) Cumplimiento de objetivos específicos, c) Especificación de actividades realizadas, d) Aprendizajes propios derivados de la ejecución de los talleres grupales en el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado a mi formación profesional.

8.1 Resultados generales

En relación al cronograma propuesto, en el período que abarca de Agosto del 2017 a Agosto del 2018, se llevaron a cabo un total de 760 horas de práctica que se desglosan de la siguiente manera:

Horas Utilizadas	Actividades
250	Ejecución de sesiones grupales y confección de materiales de las sesiones
180	Confección de informes y revisión de fuentes bibliográficas
150	Acompañamiento y apoyo en la revisión de expedientes y bases de datos con la psicóloga del Centro.
150	Reuniones interconsulta y elaboración de materiales del departamento de psicología
30	Aplicación de pruebas psicométricas

8.2 Resultados por cumplimiento de objetivos específicos

A continuación se exponen tanto los objetivos específicos, con los respectivos indicadores de cumplimiento en actividades realizadas, así como las principales dificultades y aprendizajes obtenidos.

Objetivo Específico	Indicadores	Actividades	Dificultades enfrentadas y su resolución	Aprendizajes y competencias desarrolladas
1. Adquirir competencias del quehacer psicológico profesional asociadas al proceso terapéutico de personas en condición de dependencia a sustancias.	97 intervenciones enfocadas en el trabajo directo con la población usuaria del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales de fortalecimiento psicológico y entrenamiento de habilidades sociales. • Aplicación de test psicológicos 	<p>Dificultades de acceso a algunos recursos propios de la institución debido a problemas de burocracia administrativa.</p> <p>Solución: Se adaptaron las metodologías de trabajo a los recursos disponibles.</p>	<p>Se realizaron un total de 97 intervenciones.</p> <p>Flexibilidad y adaptación a las condiciones propias de la institución.</p> <p>Desarrollo de experiencia profesional en la atención y evaluación de población que presenta consumo problemático de sustancias.</p>
2. Desarrollar una propuesta concreta de intervención grupal para la atención de los usuarios del Hogar	Presentación de una propuesta de abordaje grupal, por medio de una continua revisión y modificación de	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación y retroalimentación de las actividades incluidas en las sesiones grupales 	Limitada literatura sobre intervenciones clínicas en el área del consumo problemático de sustancias, así como de	Experiencia en el manejo de grupos de personas con consumo problemático de sustancias.

<p>Salvando al Alcohólico de Coronado.</p>	<p>actividades realizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de actividades y dinámicas que se adaptaran a la población y lograrán cubrir los objetivos para así lograr un fortalecimiento de los talleres. • Reuniones con la profesional en psicología, en la valoración y resultado de ciertas técnicas y actividades incluidas en las sesiones 	<p>dinámicas adaptadas a la población que logren abordar temáticas específicas</p> <p>Solución: Se recolectó información en conjunto con la psicóloga del Centro para así confeccionar nuevo material.</p>	<p>Importancia de la supervisión y el acompañamiento con otros profesionales.</p>
--	--------------------------------	---	--	---

<p>3. Colaborar tanto en el trabajo interdisciplinario como en las reuniones interconsulta propias del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.</p>	<p>40 sesiones</p> <p>Participación semanal en las reuniones del equipo interdisciplinario de la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Asistencia activa en las sesiones interconsulta del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado. Contribución por medio de informes parciales de mi trabajo así como otras observaciones pertinentes sobre el estado y progreso de las personas participantes 	<p>Disponibilidad de tiempo de los diferentes profesionales para asistir, lo que generaba un ausentismo importante del equipo interdisciplinario.</p> <p>Solución: Modificación y flexibilidad mayor en las fechas de reunión, buscando un calendario más acorde a la disponibilidad de todos/as.</p> <p>Además, se revisaba el trabajo en subgrupos con el fin de que la mayoría se mantuviera informada.</p>	<p>Se realizaron 40 sesiones.</p> <p>La importancia del trabajo entre diferentes profesionales para lograr un verdadero abordaje biopsicosocial en las diversas problemáticas que se generan en la vida de la persona, valiéndose del saber especializado de otros/as profesionales en áreas como la salud física, mental, comunitaria y familiar.</p>
<p>4. Facilitar el aprendizaje de habilidades para la</p>	<p>10 intervenciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sesiones grupales dirigidas a la 	<p>Surgimiento de situaciones de</p>	<p>Se realizaron 10 intervenciones.</p>

<p>prevención y el afrontamiento de la dependencia a sustancias y el proceso de recaídas de los usuarios del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.</p>	<p>Realización constante y permanente de un taller mensual enfocado a la prevención y afrontamiento de las recaídas de los usuarios del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado.</p>	<p>detección de alertas de signos de recaídas así como el desarrollo de habilidades para mantenerse en abstinencia y pautas en caso de consumo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación al equipo interdisciplinario sobre emergentes de las personas participantes en el desarrollo de las sesiones. 	<p>codependencia en las redes de apoyo que pueden generar situaciones de recaída.</p> <p>Solución: Incorporación del taller de codependencia así como la puesta en práctica de reflexión a través de ejemplos cotidianos concretos con posibles herramientas para su resolución.</p>	<p>El trabajo integral que debe realizarse en el abordaje de personas que presentan consumo problemático, incluyendo variables institucionales, laborales, comunitarias, así como familiares en el proceso</p>
--	---	---	--	--

8.3 Especificación de actividades realizadas

A. Sesiones de Intervención Grupal

A continuación se especifican los principales contenidos y resultados globales de cada taller brindado. En total se trabajaron 82 talleres grupales, con un número de 109 participantes. Cabe destacar que los talleres fueron desarrollados integrando el saber de las personas usuarias sobre las temáticas, elaborando los contenidos y ejercicios de una manera verdaderamente grupal, lo cuál generó un gran interés de los usuarios por los talleres brindados al visualizar que sus opiniones tenían relevancia dentro de la temática. Los talleres fueron constantemente evaluados y modificados durante todo el proceso, buscando actividades más óptimas según su resultado en el espacio de sesión grupal. *Lo anterior se hizo con el fin de dejar un sustento sólido a la organización sobre talleres grupales aplicables una vez finalizada la práctica, con el fin de que se repliquen o que algunas de sus actividades puedan ser incorporadas al quehacer del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado. (Para ver con más especificidad las actividades trabajadas ir al Anexo 1).*

Los temas trabajados se muestran a continuación:

Inteligencia emocional

Este taller estuvo dirigido a un mejor manejo de las emociones y a una adecuada expresión de las mismas. Inicialmente se trabajó el reconocimiento de una emoción en el cuerpo, prestar atención al componente físico de sentimientos como la ira o tristeza. Lo anterior se trabajó dinamizando individualmente ante el grupo una emoción de una lista facilitada por el terapeuta (Anexo 6) y ellos debían adivinar el nombre de la misma. Esta actividad en particular despertó un interés significativo en la mayoría de la población debido a que se trataba de algo lúdico y diferente al resto de charlas. En esta actividad los participantes manifestaron aprender cómo las emociones tienen un sustrato físico que en muchas ocasiones se obvia, pero es de mucha utilidad para anticipar el estado emocional de las otras personas.

Posteriormente se estudiaron las definiciones de Inteligencia Emocional, así como sus

ventajas y consecuencias en caso de no tenerla, con el fin de aprender que la misma tiene un impacto positivo en la salud mental de las personas. Luego, por medio de material audiovisual se reflexionó sobre la importancia de ser personas equilibradas emocionalmente y tener una atmósfera de respeto y paz con los demás. Los participantes manifestaron que debido a su historial de consumo, esta habilidad de regular sus sentimientos había decrecido y que respondían fácilmente a impulsos, de modo que esta actividad les ayudaba a mejorar en ese aspecto. También manifestaron que les ayudaba a visualizar las ventajas de tener un mejor autocontrol, como lo eran tener un ambiente de paz con los demás, fortalecer la salud mental y alejarse del consumo.

Por último, por medio de un ensayo de conducta, los participantes debían dinamizar un caso donde tuvieran que poner en práctica los saberes desarrollados en el taller. Esta última actividad se enfocó en la expresión de una queja de forma respetuosa y tranquila ante una situación conflictiva emergente. Para lograr esto, se trasladó al grupo al planché de la institución y se formaron subgrupos que dinamizaron varias situaciones, donde el terapeuta en conjunto con el resto del grupo daban sugerencias de resoluciones eficaces del conflicto. Los participantes manifestaron que esta actividad desarrolló un gran aprendizaje en ellos, debido a que las situaciones expuestas les habían sucedido en el pasado, por lo tanto era fácil aterrizar lo visto en la sesión a casos concretos y de esta manera moldear su conducta.

En cuanto al taller en general la mayoría afirmó que no solo les había sido de mucha ayuda porque consideran que el dominio de su carácter es un tema que deben trabajar continuamente, sino que los contenidos fueron brindados de una forma dinámica y con una metodología llamativa, lo cuál facilitó su aprendizaje. Como parte de los aprendizajes más destacados ellos señalan: no ser impulsivos, trabajar el autocontrol, tener un ambiente de armonía con los demás, ser empáticos con la demás gente y aplicar el P-P-A (parar, pensar y actuar).

Manejo de la ansiedad

Este taller estuvo enfocado en obtener un mayor control sobre el *craving*, por medio de técnicas de reducción de la ansiedad. Primeramente se visualizaron los principales componentes tanto cognitivos, conductuales y físicos que caracterizan la ansiedad haciendo

un breve esbozo de las sensaciones percibidas cuando el craving los ataca. La mayoría de los participantes se mostraron muy interesados en la exposición debido a que desconocían la importancia de la hiperventilación en el proceso de desencadenamiento de los demás síntomas físicos del craving. También destacaron el gran peso que tiene el pensamiento rumiante en el craving, lo cuál les impide concentrarse en otras cosas.

Posteriormente, los participantes dinamizaron la forma en que controlaban su ansiedad antes y después de ingresar al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado. Los usuarios validaron la práctica del deporte, los ejercicios de respiración, los hobbies, la lectura y otras actividades como alternativas eficaces y saludables para hacer frente a la ansiedad que experimentan.

En esta misma línea, el resto del taller fue destinado a aprender por medio del facilitador dos técnicas de respiración sumamente importantes para el control del craving como lo son: la respiración autógena de Schultz (se encuentra en el Anexo 1) y la Respiración Diafrágica (Anexo 3). Se les mencionó que era sumamente importante que aprendieran bien las técnicas y que en otras sesiones se repasarían conjuntamente. La mayoría de participantes manifestaron que estas técnicas les permitían experimentar una sensación de poder controlar su ansiedad.

Por último, se les dio un espacio para hacer deporte en el planché del Hogar de forma supervisada o recrearse por medio de los juegos de mesa que posee la institución, como una forma de reducir la ansiedad y el estrés que les generaba estar internados y no tener conocimiento de la situación familiar o laboral que tenían en el exterior del Hogar. De manera que se implementaron ejercicios de distracción que son viables poner en práctica en su cotidianidad y por tanto desarrollar un estilo de vida saludable.

En cuanto a aprendizajes generales del taller los usuarios destacaron: el reconocimiento de los síntomas cognitivos, conductuales y motores del craving, la importancia del deporte en la salud mental, las estrategias y herramientas eficaces de control del craving, la importancia de prestarle atención al control de la respiración por medio de técnicas y el apoyarse en los demás pares cuando experimentaban este tipo de sensaciones.

Control de Impulsos

Este taller estuvo enfocado en la regulación de impulsos, principalmente de la ira y la agresividad, propiciando el auto control y el dominio de sí mismos.

Se inició por definir grupalmente el concepto de impulsividad y caracterizar a una persona impulsiva. Los principales aportes señalaban a esta persona como arriesgada, poco reflexiva, agresiva, imprudente e irresponsable, por lo que se pudo ver con claridad que la impulsividad la mayoría de veces tenía consecuencias perjudiciales para nuestra vida.

Posteriormente se reflexionó que absolutamente todas las personas han sido impulsivas alguna vez en la vida, por lo tanto es importante contar con herramientas que optimizaran el auto control. Por lo tanto, mediante material audiovisual se recalcó la importancia de estar siempre equilibrados emocionalmente por medio de técnicas de relajación, de dormir lo suficiente, de contar con prácticas de ejercicio y tener una mentalidad positiva, encontrando el humor a ciertas problemáticas en nuestra vida. Además, tanto el facilitador como los mismos participantes dieron insumos para controlar aquellos momentos de impulsividad e ira que en ocasiones todos/as experimentamos. Los usuarios destacaron actividades deportivas, el P-P-A, alejarse de la situación y retomar el conflicto una vez que se encontraran tranquilos así como la utilización de técnicas de relajación. En este instante de la sesión, se procedió al aprendizaje de la técnica de Relajación progresiva de Jacobson, la cual identificaron como sumamente útil en el caso de tener problemas interpersonales, haciendo una pausa en otro lugar ajeno al conflicto y después retomando la discusión con mayor tranquilidad. En cuanto a la técnica manifestaron sentir un antes y un después de ejecutarla, donde sus músculos se relajaban y estaban más concentrados, reduciendo los pensamientos que los distraían de la terapia. Se les explicó que precisamente esta técnica no solo influía sobre su tensión muscular sino que también les permitía erradicar aquellos pensamientos negativos o de craving y centrarse en el momento, pudiendo tomar decisiones más acertadas.

Por último, se realizó un ensayo conductual donde los participantes debían aterrizar los aprendizajes del taller a una situación conflictiva, dejando de lado la impulsividad y logrando tener auto control sobre sus conductas. Las personas usuarias manifestaron que

las técnicas aprendidas en la sesión tenían consecuencias más positivas que reaccionar impulsivamente, tanto a corto como a largo plazo. Muchos de ellos lograron centrar los conocimientos adquiridos en la sesión hacia la impulsividad de consumir, lo cuál fue un logro significativo para la sesión.

Para finalizar se hizo un recuento de los aprendizajes, donde los participantes señalaron la importancia de tener autocontrol, de usar el humor, de no herir a personas queridas, de no atender un conflicto si se encuentran con cólera o enfado y de utilizar las herramientas de respiración brindadas en las diferentes en las terapias como un forma de dominio sobre sus impulsos. Lo que de forma vicaria influyo en un ambiente terapéutico minimizando los conflictos de convivencia que suelen darse en ambientes controlados.

Habilidades para la vida

Dirigida a desarrollar estrategias sociales aplicadas en la vida cotidiana con el fin de vivir más sanamente y tener una convivencia más amena con los/las demás. Para iniciar, se les dio una charla breve a los participantes sobre la definición de 10 Habilidades para la vida de la OMS, con la cuál debían posteriormente resolver un asocie sobre las principales definiciones (Anexo 5). Los participantes reconocieron la importancia de las 10 habilidades y cómo estas se entrelazaban entre sí, siendo de gran relevancia trabajarlas a totalidad

Posteriormente en acuerdo mutuo con los integrantes del Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, se procedió a elegir una de las diez y desarrollarla en la sesión presente. La temática elegida fue la comunicación asertiva, en la cual se facilitaron los principales componentes verbales y no verbales de este tipo de comunicación. Inicialmente se les dio una exposición donde se discutieron las formas inadecuadas de expresión, como lo son la pasiva y la agresiva, reflexionando las debilidades de cada una. Un grupo significativo de participantes manifestaron tener estos tipos de comunicación, lo cuál provocaba que en muchas ocasiones gritaran y fueran agresivos a la hora de comunicarse o por el contrario se guardaran sus ideas o argumentos para sí mismos y nunca los comentaran a nadie.

Para desarrollar el tema de la asertividad, se realizó un ejercicio en el cual los participantes debían hacer lectura del lenguaje corporal de los demás, quienes dinamizaban al grupo una

frase sin verbalizarla. (Anexo 8) con el objetivo de reflexionar acerca del lenguaje no verbal de las personas y de la importancia de proyectar una imagen positiva y adecuada de sí mismos. Esta actividad tuvo gran acogida entre los usuarios, por su componente lúdico y dinámico. Las personas manifestaron que en muchas ocasiones no prestaban atención a su lenguaje corporal ni al de los demás, por lo cuál la actividad era novedosa y les enseñaba cómo podían proyectarse positivamente ante los demás y hacer lectura de los estados emocionales de las personas para tener mayor empatía.

Posteriormente, por medio de la técnica de modelado, el facilitador explicó los componentes verbales y no verbales que son característicos de una comunicación asertiva incluyendo un adecuado tono de voz, una postura cómoda y relajada así como un proceso de escucha verdaderamente activo. Los participantes reconocieron la importancia de ser personas asertivas y todos los beneficios que esto les otorgaba, tanto a sí mismos como a los demás. También destacaron la importancia de escuchar, de ponerse en los zapatos de los demás y de tener una regulación eficaz de su cuerpo.

Una vez finalizada esta actividad, los participantes resolvieron en parejas un caso de un conflicto interpersonal, poniendo en práctica todos los contenidos expuestos en esa sesión. Para esta actividad se utilizaron situaciones que ellos mismo hubieran experimentado en el pasado, con el objetivo de reconocer su actuar ideal. Una vez desarrollada la dinámica, los participantes relataron que anteriormente no todos habían sido asertivos a la hora de resolver sus conflictos pero que sin duda podían visualizar cómo la comunicación asertiva es sumamente útil en la resolución de problemas interpersonales, ya que automáticamente los convertía en mejores personas, provocando que se sintieran mejor consigo mismos y con la demás gente, por lo tanto se comprometían a trabajar sobre ella tanto dentro como fuera del Hogar.

Por último se procedió a abarcar otra habilidad para la vida, como lo es la resolución de problemas, en donde se les hizo una breve exposición a los participantes de los pasos a seguir en la técnica descrita por D'Zurilla y Goldfried (1971) con el objetivo de que lo escribieran en su cuaderno y lo aplicaran una vez estuvieran fuera del Hogar. Como parte de los aprendizajes los usuarios destacaron que muchas veces la mejor solución no era la

que solamente tomaba en cuenta sus propios intereses sino los de los demás y que ser impulsivos a la hora de actuar sobre un determinado problema no generaba resultados esperados por lo que reforzaban la necesidad de mostrarse reflexivos antes de actuar.

Codependencia

La sesión estuvo orientada hacia la visualización y la reestructuración de las dinámicas familiares y de pares que contribuyen al sostenimiento de la conducta de consumo problemática. Inicialmente, se discutió acerca de la definición de codependencia así como los principales comportamientos que los participantes detectaban en sus familiares que no les ayudaban con el cese de la conducta de consumo. La mayoría enfatizó en el aspecto económico, ya que admitían la facilidad con la que cada vez que tenían ganas de consumir conseguían dinero por medio su madre o su padre. También, algunos destacaron la hipervigilancia con las que se les trata, en la cuál los mismos familiares no permiten tener una desarrollo de la vida cotidiana de una manera óptima, con responsabilidades e independencia.

Con el fin de aterrizar las ideas expuestas por muchos sobre la codependencia, en subgrupos realizaron un ensayo de conducta sobre una situación donde sus familiares tuvieran conductas de codependencia y cómo darle solución a la misma. En esta actividad, los participantes reflexionaron sobre la importancia de que su familia también esté bajo un proceso terapéutico, ya que las dinámicas de interacción son complejas.

Negación

Dirigida a reflexionar sobre los mecanismos utilizados por las personas para justificar su consumo, así como generar cambios en este tipo de comportamiento. Primeramente, se expuso de manera breve sobre los mecanismos principales de la negación tales como: justificación, minimización, racionalización, proyección y futurización. Se les dio ejemplos cotidianos con el fin de que las definiciones no les fueran ajenas o abstractas. Los participantes destacaron la importancia de quitarse “las máscaras de la negación” que muchos de ellos han utilizado por mucho tiempo para justificar su consumo, de cara a una recuperación óptima.

Posteriormente, divididos en parejas debían tomar un mecanismo y recrearlo, con su debida solución. Luego, el grupo debía de tratar de adivinar cuál mecanismo estaban dinamizando. Para esto se trasladó al grupo al planché de la institución donde realizaron la debida actuación, llegando a la conclusión de que la negación en realidad solo provocaba un daño para ellos mismos y la gente que querían por tanto, se debía ser honesto consigo mismos y con sus familiares.

Luego, el subgrupo escribía en un papel el mecanismo elegido y diciendo una frase lo arrojaban al basurero, como parte de despedida a esas conductas que seguían alimentando su consumo.

Luego de esto, los participantes contaron con tiempo para leer detenidamente la “carta de despedida a la droga” (Anexo 7) la cuál manifiestan que los llenó de motivación y deseos de renunciar al consumo. Los usuarios manifestaron que esta sesión les ayudó a incrementar el nivel de compromiso que tenían en la batalla frente al consumo y tener una mentalidad fortalecida de cara a su egreso de la institución.

Familia

Orientada hacia un proceso de reflexión de acompañamiento en la problemática, ya sea por medio de sus familiares de sangre, sus pares e incluso por los mismos compañeros de sesión, como una familia que se comprende entre sí y se colabora mutuamente. Este taller fue sumamente especial, debido a que la intención que se tenía era la de ampliar el concepto de familia a un sistema más abierto, incluyendo los compañeros de sesión y las demás personas con su misma problemática, con el fin de hacerles ver que no están solos en el proceso y muchos cuentan con el apoyo de personas que los escucha y los ayuda a enfrentar su problemática, incluyendo a los profesionales de la institución. Esto se recalcó al inicio de la sesión, por medio de una exposición breve acerca de el concepto abierto de la palabra familia. Lo anterior, no solo propició la adhesión a las sesiones, sino a la misma institución y entre pares.

En cuanto a las actividades cada participante formó sobre una hoja un collage, donde podía

plasmar por medio de recortes o dibujos a quiénes consideraban su familia, esto sin importar si tenían su misma sangre o no. Muchos incluyeron al personal del Hogar, a personas de instituciones que les habían ayudado, a sus amigos de no consumo e incluso a sus mascotas. Además, se realizó una actividad donde cada participante debía escribir en el cuaderno de los demás una característica positiva que consideraba que tenía su compañero, siendo sumamente enriquecedor en el proceso de cohesión grupal.

Al final de la sesión muchos destacaron la importancia que tienen unos para los otros dentro del Hogar, ya que pese a las dificultades que presentan las relaciones sociales, se ven como hermanos en los cuáles se pueden apoyar y entender. Igualmente extendieron el agradecimiento con el personal de la institución por darles una oportunidad y trabajar constantemente en beneficio de su condición.

Resiliencia

Se buscó fortalecer la motivación de seguir hacia adelante pese a presentar una dependencia a las drogas, así como influir positivamente en procesos de auto aceptación y del involucramiento en el cambio de su conducta de consumo. Primeramente se construyó grupalmente la definición de resiliencia, la cual fue consensuada por el grupo como la capacidad de hacerle frente a los obstáculos en la vida. Luego, se caracterizó a una persona resiliente poniendo como ejemplo algún familiar, conocido/a o incluso alguna persona famosa. En este punto, se proyectaron varios videos de personas famosas que habían llegado al éxito surgiendo de condiciones de pobreza o superando enfermedades crónicas. Se llegó a la conclusión de que son personas que tienen una visión positiva de la vida y que a pesar de que caen se levantan con mucha más fuerza. Los participantes manifestaron que ver el ejemplo de la lucha de los demás les servía para reflexionar de que ellos también podían vencer su problemática y que los hacía sentirse comprometidos con su cambio.

A partir de lo anterior, se les dejó la reflexión de que cada uno de los usuarios del Hogar son personas resilientes, con una gran capacidad para salir adelante y con mucha fortaleza mental para hacerle frente a su consumo y a las dificultades que les presente la vida.

Lo anterior, fue definido por los participantes como un verdadero apoyo a su motivación y

que les daba autoconfianza de que podían hacerle frente a su problemática, aprendiendo que las personas débiles no son las que caen sino las que se quedan en el suelo sin esforzarse por sus metas en la vida.

Autoestima

Dirigido a propiciar una aceptación incondicional que vaya de la mano con una salud mental equilibrada, incluyendo un proceso de aceptación de sí mismos así como el encuentro con características positivas que los identifican. Como primera actividad los participantes debían decirse en voz alta una cualidad positiva de sí mismos que comenzara con ella inicial de su apellido. Lo anterior, fue muy enriquecedor debido a que muchos comentaron que tenían mucho tiempo de no decirse nada positivo a sí mismos y que eso se sentía bien.

Posteriormente se realizó una actividad en la cuál por medio de dibujos se socializaban los principales cambios tanto físicos como psicológicos que les había dejado el Hogar Salvando al Alcohólico, así como la proyección de cómo querían que fuera su futuro a partir de ahora. Lo anterior fue de mucha utilidad, ya que todos tenían grandes metas y expresaron verbalmente estar comprometidos a alcanzarlas lejos de las drogas y el alcohol. También manifestaron que no permitirían su condición física y mental fuera en retroceso debido a que el Hogar había impactado positivamente sobre estas dos áreas y querían mantenerse igual o mejor.

Para finalizar, se realizó una actividad donde las personas participantes debían escribirse una carta a sí mismos, incluyendo tanto elogios sobre sí mismos como consejos prácticos para enfrentar su problemática de consumo una vez se egresaran del Centro. Las personas manifestaron que esta actividad les llamó la atención, particularmente la idea de que ellos mismos escribieran la carta ya que las palabras se volvían más significativas viniendo de sus propias manos y de su propio pensamiento. Además, relataron que consideraban que la carta les iba a ser de mucha utilidad fuera del Hogar y que era un insumo sumamente importante en la motivación de renuncia al consumo.

Al final de la sesión los participantes destacaron la importancia de quererse y cuidarse a sí

mismos, de aceptarse tanto con virtudes como defectos y de hacerle frente a su problemática, impactando positivamente su calidad de vida.

Prevención de recaídas

Este taller estuvo enfocado a reflexionar y obtener herramientas para prevenir el proceso de recaídas que pueden originarse una vez los usuarios tienen la salida del Hogar Salvando al Alcohólico. Se trabajaron los signos de alerta de recaída, los principales daños del consumo a las esferas de vida de los individuos, así como estrategias o recomendaciones grupales para hacerle frente a su vida cotidiana una vez salieran del Centro. Primeramente, se trabajó con el Cuento de Pedro (Anexo 4), el cuál no era más que la historia de una persona con dependencia a sustancias que recae por culpa de la negación y de esconder sus debilidades ante los terapeutas. Posteriormente en concordancia con el texto debían responder las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cómo puede seguir la historia?
- 2.- ¿Qué señales de alerta identificas?
- 3.-¿Qué tiene que ver esta situación del cuento conmigo?
- 4.-¿Cómo debería haber actuado el personaje del cuento para no recaer?"

La idea de esta actividad no solo era que reconocieran los signos de alerta de recaída en el caso de Pedro, sino que lo vincularán con su posible actuar en el pasado, con el fin de identificar cuándo y cómo actuar. Luego de hacer este ejercicio, los participantes se dividieron en dos subgrupos, dinamizando cómo debió de ser el actuar de Pedro para no recaer. La mayoría se sintieron identificados con errores cometidos en el pasado, pero a su vez afirmaron que la actividad les ayudó para darse cuenta de eso y saber que aspectos deberían corregir una vez salieran del Hogar. Manifestaron especial importancia de seguir en grupos de AA y de no mentir al terapeuta en cuanto a retrocesos personales en el proceso.

Posteriormente, se les invitó discutir grupalmente y a escribir en su cuaderno todas las recomendaciones o consejos pertinentes para no recaer, así como los principales aprendizajes de la sesión como insumo para hacerle frente a su vida diaria fuera del Hogar

Salvando al Alcohólico. De entre estos se destacan hacer un mejor manejo de sus finanzas, no pasar mucho tiempo a solas en sus habitaciones, tener una rutina de alimentación y de ejercicio, no volver a lugares o personas de riesgo de consumo, dormir lo suficiente, trazarse metas (estudiar o trabajar), invertir tiempo y dinero en su familia o seres queridos y seguir acudiendo a grupos de Alcohólicos Anónimos.

Luego se realizó la actividad denominada “balanza” donde se comparaban en la pizarra los “beneficios” o aspectos que ellos consideraban que les ayudaba el alcohol con aquellos aspectos de la vida que el alcohol deterioraba. Al final de la actividad, se obtuvieron muchos más daños que “beneficios”, lo cuál sirvió para que los participantes reflexionaran sobre las consecuencias positivas que podrían obtener por medio del cese del consumo de alcohol, recuperando su vida tanto familiar como laboral así como su salud mental y física.

Para finalizar se hizo un recuento de una serie de técnicas y aprendizajes elaborados a lo largo de todos los talleres que sirvieran como herramientas tanto en la prevención como en el afrontamiento de una posible recaída. La mayoría destacaron el tema de la resiliencia (seguir intentándolo a pesar de los fallos), el apoyo con pares que hubieran salido de consumo, la continua asistencia a grupos de apoyo, la comunicación asertiva, las técnicas de respiración como manejo de la ansiedad, la erradicación tanto de sus propios mecanismos de negación como de la codependencia existente con sus familiares, así como el control y manejo de sus impulsos. Por último se les recordó que la recaída en muchas ocasiones está contemplada como parte de un proceso, por lo cual en caso de llegar a recaer lo importante era que se mantuvieran tranquilos y que siguieran comprometidos con su cambio, asistiendo a algún tipo de tratamiento e incorporando los aprendizajes derivados de dicha experiencia en su proceso de cambio.

B. Aplicación Test Psicológicos

Como parte de inserción al quehacer en el área de psicología se aplicaron pruebas o test psicológicos a las personas que ingresaban al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, colaborando en la labor de evaluación de dicha institución. Es importante mencionar que los datos arrojados en la aplicación de estos test psicológicos no formaban parte de la

presente Práctica Dirigida, sin embargo enriquecieron significativamente la experiencia que el sustentante obtuvo en el trabajo con personas que presentan consumo problemático de sustancias. Las pruebas aplicadas se adjuntan en el Anexo 2 de dicho documento. Cabe destacar que se hicieron un número limitado de aplicaciones (15 en total) efectuadas en los primeros meses de Práctica, debido a que después de esto el Hogar Salvando al alcohólico incorporó nuevos test psicológicos que requerían de un mayor tiempo de aplicación y de revisión, por tanto definiendo conjuntamente con el practicante enfocarse únicamente en la facilitación de los talleres grupales y la asistencia a la psicóloga en la confección y revisión de expedientes y bases de datos.

C. Sistematización de información de usuarios

A pesar del peso mayoritario que tenía la facilitación de los talleres grupales en la presente Práctica Dirigida, otra gran parte del trabajo en la institución estuvo constituida en la confección y revisión tanto de informes como de bases de datos de usuarios de forma conjunta con la psicóloga del Centro. Para esto, se brindaba información sobre el proceso particular de las personas usuarias en las sesiones grupales, reconociendo los logros y avances trabajados. La idea central era sistematizar el proceso de cada usuario en el Salvando al Alcohólico de Coronado. De igual manera, la información arrojada en este proceso no formaba parte de la presente Práctica Dirigida, sin embargo representó avances significativos en cuanto a la experiencia en el quehacer psicológico en instituciones que trabajan con población que presentan consumo problemático de sustancias.

D. Acompañamiento en actividades recreativas

Otra de las actividades realizadas en el Hogar Salvando al Alcohólico consistió en el acompañamiento de actividades recreativas de los usuarios como lo eran el deporte, los juegos de mesa y actividades artísticas, con el fin no sólo de lograr una mejor integración al Centro sino también como una estrategia de obtener mayor adherencia a las sesiones. Además, con este espacio se lograban reconocer individualidades y particularidades de las personas así como conocer las dinámicas de socialización entre los pares.

9. DISCUSIÓN

La presente Práctica Dirigida generó un sinnúmero de aprendizajes en el sustentante, tanto en el campo del consumo de sustancias, como en el quehacer en el área de psicología, así como reflexiones personales de mucho valor. El insertarse en un campo profesional es un proceso de vivencias sumamente enriquecedoras ya que no solo se aterriza la teoría aprendida en la academia sino que se afronta directamente una dinámica organizacional y una realidad latente.

Precisamente, el primer aprendizaje señalado refiere al trabajo de campo con la organización, la cual cuenta con sus particularidades, siendo muy importante no solo la relación saludable existente con la contraparte sino también garantizar un trabajo de calidad, que vaya acorde a sus criterios metodológicos. En muchas ocasiones de la presente Práctica Dirigida la institución fue un apoyo vital para alcanzar los objetivos esperados, ya que en especial en el campo de la farmacodependencia el trabajo en conjunto es un requisito si se quieren cumplir un verdadero impacto. Por otra parte, muchas veces también es importante tener un margen de flexibilidad, sin poner objetivos de forma rígida por encima de la institución, el equipo interdisciplinario o incluso de la misma población.

El continuo trabajo en cuanto a la facilitación de los talleres permite obtener estrategias más adecuadas en cuanto al manejo de la población y de las demandas institucionales. Es importante destacar que durante los 82 talleres grupales brindados, se fueron trabajando y corrigiendo ciertos errores o dificultades encontradas a la hora de facilitar las sesiones, lo que conllevó a tener un manejo más adecuado de los grupos así como un dominio más extenso de la temática a realizar.

Por tanto, el/la profesional debe ser crítico/a de su propio trabajo, evaluando diferentes metodologías, modelos, estrategias de acción y de acercamiento a la población con el fin de darle una mejor atención que impacte realmente en la calidad de vida de las personas usuarias. Es así como se deben identificar fortalezas y debilidades de la intervención, incluyendo modificaciones metodológicas con el fin de lograr una mejora en la calidad de la atención brindada.

De esta manera también se debe tener una visión más crítica del modelo en el cuál se

generó la práctica, generando recomendaciones que aporten a la mejora de la intervención a la población.

Primeramente es muy importante que los profesionales comprendan la importancia de trabajar desde la multidisciplinariedad, debido a que la persona que presenta dependencia a sustancias debe ser entendida como un ser biopsicosocial, lo cuál no solo maximiza nuestro alcance, sino que se logra una intervención más integral. Por tanto, se debe dejar la concepción que estamos en frente de una problemática meramente neurobiológica y avanzar hacia un modelo biopsicosocial, donde existe una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidades y factores de protección vinculados con los sustratos psicológicos y sociales del individuo. (Apud y Romani, 2016).

La incorporación de este modelo biopsicosocial permite abandonar la concepción de la adicción como una “enfermedad del cerebro” y ende, dando un paso enorme desde un modelo farmacológico-asistencial hacia una atención integral, con distintos profesionales que impactan sobre las diversas aristas de la persona.

Debido a esto, en la labor realizada en los diferentes centros de atención, los distintos profesionales deben establecer planes de trabajo individualizados, que analicen e intervengan integralmente las diferentes áreas.

Como se mencionó al principio del presente documento, las personas con problemas de consumo suelen tener diferentes deficiencias o dificultades en esferas importantes de su vida, que son los factores que agregan vulnerabilidad o tienen incidencia sobre su consumo. Las mismas se muestran a continuación:

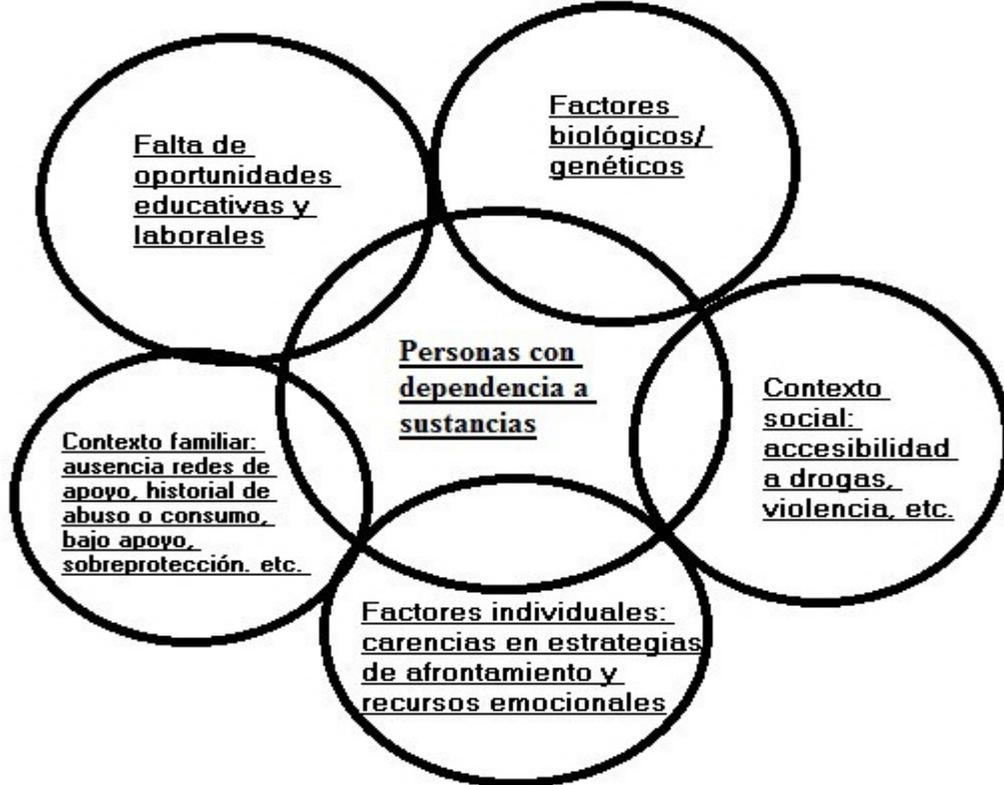


Figura 2. Factores de riesgo-vulnerabilidad de personas con dependencia a sustancias

En el área de la atención a personas con problemas de consumo de sustancias es muy importante evaluar individualmente la condición en la que se encuentran dichas esferas del individuo, interviniendo con planes de trabajo en cada área, asignadas a cada profesional en particular.

En base a la experiencia adquirida y la literatura revisada, se visualiza que parte de estas aristas no están siendo totalmente cubiertas por las intervenciones realizadas, predominando siempre un enfoque médico y patologizante del la persona usuaria, por lo que se dificulta el verdadero impacto a la calidad de vida de las personas. Además, una vez que la persona egresa de dicho centro, se debe hacer un seguimiento de la efectividad del programa, evaluando por ejemplo si la persona está inserta en el contexto educativo o laboral, o cuál es la situación familiar, económica, social, etc.

De esta manera, es sumamente vital acoplar a la atención a las personas con un consumo problemático lo dictado en la Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas dedicada

al tema drogas, reunida en abril de 2016, la cual hace un llamado a un efectivo cubrimiento de los derechos de la ciudadanía de una forma consecuente con la ley, tal y como lo menciona Samper (2017):

La transversalización de los derechos humanos es clave para reconciliar la estrategia en la lucha contra las drogas, con garantías que colateralmente han sido afectadas. Esto tiene básicamente dos aristas: de un lado, que este combate vaya acompañado de un acceso efectivo a la salud, asistencia social, educación, trabajo, y justicia. Se apunta hacia una ciudadanía efectiva en materia de derechos que aún distan de ser, como lo reconoce al alto comisionado de las Naciones Unidas, interdependientes, interrelacionados e indivisibles. De otro, el enfoque de género es esencial para grupos vulnerables, ya que el tráfico de drogas suele reafirmar prácticas discriminatorias. (p. 360)

Es así como se debe incorporar una visión más centrada en la persona, donde el/la profesional debe ser capaz de descentralizar el consumo, dejando de valorar únicamente la abstinencia como un indicador de éxito, dirigiéndose a una intervención más integral que impacte sobre las diversas esferas del individuo y logre dotarle de mayores recursos para el desarrollo óptimo de su vida cotidiana. Lo anterior contemplaría tener un nivel mayor de comunicación y de ejecución de redes institucionales, con el fin de incidir conjuntamente sobre las realidades de las personas.

Posteriormente, en cuanto a la relación con la población participante de los talleres, cabe destacar la importancia de tener una relación terapéutica bien establecida y con límites claros. En primer lugar, la mayoría de las personas con problemas de consumo aplauden un trato humanitario, evitando el uso de etiquetas y la estigmatización, haciendo uso de una escucha empática, tomando en cuenta sus propias opiniones y ubicando siempre el espacio terapéutico como una zona segura, donde no existan maltratos ni abusos de poder. Debido a esto, es importante hacer una revisión de las cualidades del terapeuta rescatando el respeto, el control emocional y la responsabilidad ética como pilares fundamentales para su actuar, así como el uso de un lenguaje libre de estigmatización y señalamiento.

Por otra parte, existen algunas características que se han desarrollado en la población consumidora de sustancias como estrategias de sobrevivencia para poder sostener su

consumo tales como son las conductas de manipulación para obtener alguna recompensa o evitar alguna responsabilidad, por lo que también es vital delimitar la distancia emocional que como profesional en psicología se va a tener a la hora de trabajar, con el fin de evitar conductas de sobreimplicamiento, ya que un trabajo sin límites ni reglas a la hora de intervención reduce significativamente la adherencia de estas personas a las sesiones. Lo anterior quiere decir que pese a que no se deben emplear abusos de poder ni estigmatización, el terapeuta si debe tomar el rol de facilitador y establecer pautas claras de comportamiento en las sesiones desarrolladas.

Precisamente el/la profesional en psicología debe tener muy claro su papel en el campo de trabajo, ya que uno de los grandes errores en los que se puede caer es tomar la figura o el rol de “héroe”, o establecer una relación “paternalista” en el cual el/la profesional en psicología podría más bien sufrir un desgaste por empatía o por el contrario desarrollar conductas de codependencia. Tal y como lo menciona Castresana (2003):

La atención de este tipo de pacientes provoca contratransferencias a veces difíciles de manejar. Las características de la personalidad adictiva como son la dependencia, la pasividad, poca diferenciación, temor al rechazo, la dificultad de reconocer y el miedo a expresar emociones, la impulsividad y el uso de mecanismos de defensa muy primitivos, como son la negación y la proyección, aunadas a la dificultad que tienen los pacientes adictos para aprender de la experiencia, hacen del tratamiento de este tipo de pacientes una tarea realmente difícil que puede llegar a ser emocionalmente agotadora. (p.108).

En esta línea, es muy relevante resaltar que en el área de atención a personas con dependencia a sustancias el progreso no depende únicamente del psicólogo/a sino en mayoría del papel activo y la reflexión que tenga el usuario con su propio proceso. Por tanto, el rol del profesional en psicología debe ir en función de ser una herramienta que brinda apoyo y consejo en base a criterios sólidos y técnicas con un buen sustento, sin llegar con la noción de “rescatar” o “salvar” a todas las personas de su consumo, aunque estas no estén comprometidas con su propio cambio.

Además, como un aprendizaje obtenido particularmente en esta institución, resalta la importancia de la incorporación de actividades dinámicas en el espacio de sesión, que les

ayuden a tener aprendizajes desde diferentes metodologías. En este Centro en especial, la mayoría de usuarios son tendientes a reprochar las charlas extensas o las sesiones donde la repetición continua de conceptos teóricos o la discusión grupal sobre el alcoholismo y su condición son el único recurso. En el desarrollo de la práctica se observó como en estas actividades no existe una interiorización de contenidos por parte de las personas usuarias, sino que las temáticas son replicadas como si fueran un guión, sin ninguna reflexión personal o implicancia emocional con el aprendizaje. Por el contrario, para ellos son sumamente enriquecedoras aquellas actividades que impliquen aprendizajes instrumentales y movimiento corporal como por ejemplo el role-playing, el ensayo de conducta y técnicas de relajación, o aquellas que incorporen material audiovisual como un recurso de enseñanza. Lo anterior, fue analizado en la presente Práctica Dirigida donde la incorporación de estas actividades fue sumamente clave en la adherencia de los participantes a las sesiones.

Precisamente en este punto, tienen mucha relevancia y fuerza las técnicas cognitivo-conductuales, debido a que tienen mayor sustento en la acción, lo que los conlleva a obtener mayor consolidación e implicancia con sus aprendizajes, a partir del movimiento y el carácter instrumental de sus técnicas. Villa y Hermida (2001) nos dan un breve resumen de su aplicación al área de la farmacodependencia:

Existe suficiente soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta (incluyendo la formulación cognitivo-conductual) cuenta con tratamientos empíricamente validados. No obstante, las técnicas conductuales muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios. (p.376)

Por último, la experiencia obtenida, permite visualizar tanto virtudes como debilidades del Modelo Minnesota, ya que la literatura donde se somete a prueba es escasa, limitando no solo el estudio de sus alcances sino también el aprendizaje de sus vacíos y retos. Uno de sus principales vacíos se encuentra en la homogenización que se hace de la población, que en ocasiones termina por tener prácticas excluyentes. Un ejemplo de esto es el mandato de

cómo se debe vivir la religiosidad en las instituciones, homogeneizando, y por tanto excluyendo al que no profesa un credo religioso.

También, pese a que se identifican fases de consumo de alcohol y drogas diferentes en cada uno de los individuos existe una homogeneización en su tratamiento, lo que provoca ciertas dificultades ya que el nivel de análisis y de los resultados de la intervención no suele ser el mismo en una persona en fase de acción a una en fase de precontemplación, por lo tanto, suelen haber ciertas discordancias y diferentes niveles de reflexión.

Además, la tarea o el peso que se le asigna a los individuos de hacerle frente a una abstinencia total suele tener un peso demasiado enorme, mayoritariamente en aquellas personas que aún se encuentran en fases tempranas y todavía no están implicadas en acciones que los conlleven a un cambio. Incluso a nivel teórico se menciona que la propia exigencia de la abstinencia por parte de presiones externas representa un factor que más bien agrava la recaída, tal y como lo plantea Caulier (2007):

esta "exigencia" de la abstinencia y esta concepción de la recaída como una "falta grave", genera un sentimiento de fracaso y de impotencia, de incontrabilidad frente a una situación de recaída que lo lleva a abandonar todo intento de recuperación; no se siente capaz de recuperarse, y continúa en el consumo o lo agrava. (p. 24)

Debido a las razones anteriores se hace necesaria una adaptación del Modelo Minnesota a nuestro contexto, recurriendo a metodologías donde exista una individualización de la intervención, tomando en cuenta aspectos como las diversas fases de cambio donde se encuentran las personas (pre-contemplación, contemplación, acción, mantenimiento), los factores protectores y de riesgo, las redes de apoyo con las que se cuentan o incluso la fe que profesa.

10. CONCLUSIONES

- La vivencia de la Práctica Dirigida permitió lograr un aprendizaje sumamente enriquecedor en la formación de la carrera de psicología, al integrar diversos saberes desarrollados en la academia a una realidad latente, contribuyendo no solo a la formación del sustentante sino al actuar del Centro Salvando al Alcohólico de Coronado. De esta manera, no sólo se alcanza el objetivo general del estudio, referido a la formación profesional del sustentante, sino que por medio de la articulación de saberes académicos-institucionales se presenta una propuesta de trabajo grupal con actividades adecuadas a la población.
- Por medio de este trabajo se vislumbra la importancia del profesional en psicología en la intervención a personas que presentan dependencia a sustancias, dotando de herramientas que contribuyan significativamente a la calidad de vida y el manejo de la dependencia, por medio de técnicas validadas científicamente y respaldadas por investigación previa. Lo anterior permite presentar una propuesta de atención diferente del modelo médico-asistencialista que predomina en la mayoría de centros, donde el foco de intervención es la atención inmediata y no un plan de trabajo a largo plazo.
- Se resalta el trato humanitario como un pilar fundamental de la intervención, donde el/la profesional debe ser capaz de posicionarse desde una escucha empática con las personas que presentan consumo problemático de sustancias. De igual manera, debe evitarse el sobreimplicamiento, ya que puede llevar al desgaste emocional y físico del profesional a cargo y llevarlo a caer en conductas de codependencia, por tanto perjudicando en lugar de colaborar con su proceso de atención.
- En el trabajo con personas con dependencia a sustancias se destaca la necesidad de incorporar metodologías dinámicas e instrumentales, por medio de técnicas que promuevan el aprendizaje desde la vivencia y la implicancia corporal. Precisamente la introducción de técnicas cognitivo-conductuales enriquecen la intervención y contribuyen ampliamente en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.

- Las temáticas brindadas en los diferentes talleres de la presente Práctica Dirigida contribuyen como herramientas individuales que fortalecen el proceso de afrontamiento de la dependencia a sustancias y el contexto social al que se enfrentan las personas usuarias.
- Es sumamente importante cuestionar el modelo de intervención desde una abstinencia absoluta para todos los participantes como un criterio de éxito, ya que por el contrario se debe adecuar la intervención y los resultados esperados al individuo. Lo anterior contrasta con la homogenización que se suele hacer del tratamiento, pese a las diferencias encontradas en cuanto a la ubicación en sus estadios de cambio y en sus posibilidades emocionales, sociales, laborales, educativas, familiares e individuales.
- Durante el desarrollo de la Práctica Dirigida se pudo analizar la importancia de trabajar en conjunto a un equipo interdisciplinario, ya que no solo nutre el conocimiento y la formación del profesional sino que se aborda de una manera más integral a los individuos, articulando la gama de saberes en un abordaje biopsicosocial.
- Para una óptima intervención es necesario que ocurra una descentralización del consumo, otorgándole mayor peso a otras variables individuales y sociales de la persona, ampliando la visión a una perspectiva más integral de las esferas del individuo, por ejemplo interviniendo sobre las oportunidades en cuanto al área laboral, la formación académica, la activación de redes de apoyo y de su contexto comunitario. De esta manera, se debe trabajar bajo un enfoque de Derechos Humanos para que el acceso de la población hacia sectores como la educación o la salud sean garantizados.
- Aún quedan muchos retos, vacíos y limitaciones que enfrentar tanto en la investigación como en la intervención de la población que presenta un consumo problemático de sustancias, por lo tanto es necesario seguir evaluando enfoque y modelos de atención en Costa Rica.

11. LIMITACIONES

- Al tratarse de un centro de internamiento en ocasiones existen discusiones o molestias entre los mismos usuarios que dificultan el proceso e incluso lo llegan a interrumpir. Es importante recordar que al trabajarse desde la voluntariedad existen casos de abandono de los usuarios por alguna insatisfacción con el sistema o con sus propios compañeros. De la misma manera la institución cuenta con la potestad de egresar del centro a quién desacate el reglamento. Lo anterior, está fuera de alcance del papel de practicante y suele influir en su labor.
- Las personas usuarias reciben servicios de consejería individual, medicina, actividades deportivas y otros charlistas grupales, lo que hace que el proceso de mejora o de entorpecimiento de la condición de la persona usuaria también esté sujeta a manos de terceras personas. Sin embargo, pueden identificarse cambios sustanciales, técnicas y aprendizajes particulares a raíz de las sesiones grupales brindadas, que aportan significativamente en el proceso terapéutico integral.
- Debido a la estratificación que rige la estructura del Hogar, existe un constante monitoreo y limitación de recursos hacia los profesionales que laboran, lo cual incide sobre la atención óptima. Si bien una de las grandes demandas que tiene la población es la de encontrar sesiones con actividades más dinámicas y lúdicas, en muchos casos el acceso a los recursos con los que ya cuenta el centro es limitado, lo que genera que se tengan que hacer muchas modificaciones a los planteamientos de trabajo.
- En Costa Rica la investigación sobre modelos de intervención a personas con un consumo problemático de sustancias es limitada, lo cual agrega dificultad al contar con antecedentes escasos y poca bibliografía nacional al respecto.
- Considero personalmente, que el plazo de internamiento es muy limitado, ya que un período más extenso podría generar cambios más sustanciales en áreas como la autoeficacia percibida, mayor concientización sobre la problemática personal, mayor adquerimiento de estrategias sociales y de afrontamiento, así como un mayor nivel de compromiso y adhesión a los programas de intervención.

12. RECOMENDACIONES

A la Escuela de Psicología:

- Es necesario desarrollar un número más amplio de investigaciones sobre la situación actual de la Farmacodependencia en Costa Rica, así como generar un número mayor de prácticas profesionales que sometan a prueba nuevas líneas de abordaje de la problemática.
- Seguir fortaleciendo los lazos con el Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado, debido a la amplia y continua demanda de personas usuarias. Lo anterior conlleva a que en ocasiones el personal sea insuficiente para una atención de las necesidades particulares que requieren.
- Ampliar la formación académica en la temática de la farmacodependencia, por medio de cursos optativos, que permitan especializar al estudiantado su conocimiento y práctica en enfoques de tratamiento así como en el manejo de las características particulares de la población con dependencia a sustancias.

Al Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado:

- Darle mayor énfasis a la utilización de técnicas lúdicas que involucren el aprendizaje por medio del movimiento corporal, ya que una gran parte de la población con la que se trabajó manifiesta estar cansada de recibir tantas charlas al día y sentirse motivados por aquellas actividades donde se aprende de una forma más activa.
- Darle una mayor accesibilidad y mantenimiento a los recursos tecnológicos que posee el centro, ya que el material audiovisual es de gran ayuda en las sesiones, mayormente en talleres donde se promueve la generación de discusión grupal por medio de videos reflexivos o películas.
- Hacer una valoración individualizada de las debilidades y fortalezas en el plano individual, emocional, social, laboral, académica y familiar con el fin de establecer planes de tratamiento enfocados en las necesidades de las personas, visualizadas más allá del cese del consumo de sustancias.

13. REFERENCIAS:

- Álvarez, T. y Morales, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157.
- Almazán, G., González, M. y Rocha, M. (2014). Análisis del Cambio en un Problema de Adicción al Alcohol. *Estudio de Caso Clínica y Salud*, 23(1), 63-87.
- Amador, G. y Cortes, E. (2016). Políticas de drogas y salud pública: ¿Costa Rica ha hecho lo suficiente? *Perspectivas*, 9, 1-9.
- Ambrosio, E. y Fernández, E. (2011). Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. En Sociedad española de toxicomanías (Ed.), *Neurociencia y Adicción*. (p.19-45). Recuperado de:
<http://www.cesmf.edu.mx/assets/images/articulos/NEUROCIENCIA-Y-ADICCION-2011.pdf>.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.
- Apud, I. y Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción: Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas*, 16(2), 115-125.
- Autogestores Salud Coronado (17 de Junio de 2013). *Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado*. Recuperado de <https://autogestoresaludcoronado.wordpress.com/>
- Baker, T., Fox, J. y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD.:U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Becoña, E., y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Carrillo, M., Padilla, J., Rosero, T. y Villagómez, M. (2009). La motivación y el aprendizaje. *Alteridad*, 4(2), 20-32.
- Carmona, L. y Peña, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción de sustancias psicoactivas. *Revista electrónica de psicología Itzcala*, 20(1), 139-167.
- Castresana, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(2), 107-113.
- Cautela R. & Groden J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Caulier, E. (2007). Principios de psicoterapia en adicciones. *SUMMA Psicológica UST*, 4(1), 21-29.
- Capote, E., Toledo, A., Abreu, N., Pérez, E. y Howard, R. (2006). Efectividad de la técnica de relajación de Schultz modificada en la parte final de la clase de educación física. *Archivo Médico de Camagüey*, 10(3), 1-10.
- Caracuel, A., Delgado, L. y Verdejo, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117, 78–81.
- Carlson, N.R. (2006). *Fisiología de la conducta*. (8ª Ed.) España: Pearson Educación.
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006.
- Chaney, E.F., O’Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas. Bilbao: DDB.
- Díaz, K. y Rey, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Avances en enfermería*, 30(3), 37-59.
- Dols, S. (2007). Rehabilitación e integración social en drogodependencias: circuito terapéutico. *Salud y drogas*, 7(1), 17-22.
- Dosso, R. (2009). El juego de roles: una opción didáctica eficaz para la formación en política y planificación turística. *Aportes y transferencias*, 13(2), 11-28.
- Duffy, D. (2015). Consumo de alcohol: Principal problemática de salud pública de las

- Américas. *Psiciencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371-382.
- Durán, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de psicología*, 22(2), 205-211.
- D’Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eddy, N., Halbach, H., Isbell, H., & Seevers, M. (1965). Drug Dependence: Its significance and characteristics. *Bull. WHO*, 32, 721.
- El Abrojo (2007). *El equilibrista: Tomo I*. Montevideo: Frontera.
- Esquitino, J., Carballo, L., Arnau, I., Ruíz, M y Sánchez, R. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el modelo Matrix en un centro público: un estudio piloto. *Salud y drogas*, 12(2), 253-272.
- Estopiñán, P., Poza, A, Martín, P. y García, C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*, 21(1), 15-21.
- Fernández, G., Rodríguez, O. y Villa, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Garrido, A. y Matute, E. (2013). *Cerebro y Drogas*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Gómez, A., & Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15(3), 381-387.
- González, H. (2005). Alcohol: cuánto es demasiado. *El Cotidiano*, 132, 78-83.
- Hervás, E., Bou, N., Gurrea, R., Gradolí, V. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 3, 237-243.
- Iglesias, E. y Guadalupe, L. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21, 71-106.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2018). Programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y recursos comunitarios de problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas: Costa Rica 2018. San José, Costa Rica: IAFA.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (13 de Agosto de 2018). Datos Abiertos. Recuperado de <http://datosabiertos.iafa.go.cr/dashboards/19246/datos-de-tratamiento/>

- Johnson, B. (1993). A developmental model of addictions and its relationship to twelve step program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 23-34.
- Juárez, J. (2004). Neurobiología de las adicciones. En: J. Velázquez M. (Ed.), *Temas selectos de neurociencias III*. México, D.F., México: UAM.
- Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuaderno de Medicina Forense*, 21(4), 96-104.
- Laitano, A. y Bedoya, V. (2010). Una aproximación a los modelos de comprensión de la farmacodependencia. *Katharsis*, 10, 157-175.
- Magariños, M. (2011). Alcoholismo: Perspectiva psiquiátrica para clínicos. *Galicia Clin*, 72(1), 7-10.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. R., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Murillo, L. e Inocenti, A. (2011). Visión de jóvenes Costarricenses, de zonas rurales, en un programa de rehabilitación, sobre el consumo de drogas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 796-803.
- Noel, J. (2015). El uso del Focusing como herramienta para el tratamiento de adictos en recuperación en un programa de doce pasos: Una práctica en Costa Rica Recovery Center (Tesis Licenciatura). Recuperado de:
https://www.google.com/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwirjI-FIYHSAhWHKWMKHe4BD7oQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.focusing.org%2Fes%2FEI-uso-del-Focusing-como-herramienta-para-el-tratamiento-de-adictos.pdf&usg=AFQjCNHV0kQDybAP_nPLW9RrjjQIxEzp4Q
- Obando, L. y Coronado, J. (2003). Drogadicción: hijos de la negación. *Revista de ciencias Sociales*, 1(99), 45-55.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid:

Editorial Meditor.

- Ospina, J. (2006). La motivación, motor del aprendizaje. *Revista Ciencias de la Salud*, 4, 158-160.
- Pereiro, C. (Ed.) (2010). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Barcelona: Socidrogalcohol. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/243.pdf>.
- Puerta, D. y Cruz, D. (2003). Influencia de la respiración diafragmática en la motricidad fina. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 89-95.
- Redolar Ripoll, D. (2008). *Cerebro y adicción*. Barcelona: Editorial UOC.
- Rodríguez, C. (2009). Aspectos teóricos-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 37, 317-327.
- Sánchez, E., Secades, R., Zacarés, F., García, G., Santonia, F. y Rodríguez, O. (2010). Terapia conductual para adictos a la cocaína: resultados de un seguimiento a seis meses. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 159-167.
- Solano, G., Piza, M., Murillo, E. y Rodríguez, L. (2015). Resultados de un programa de drogodependencias en el hospital William Allen Taylor en Turrialba. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 8(2), 24-34.
- Torres, A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 171-187.
- Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas: Un enfoque educativo. Buenos Aires: Ministerio de Educación: Troquel.
- UNODC. (2016). *Informe Mundial sobre Drogas*. Informe Mundial sobre drogas, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Valverde, E. y Arce, A. (2014). Propuesta de terapia grupal de 4 sesiones en el manejo de consumo de drogas en pacientes que además padecen esquizofrenia o trastornos afectivos que estén hospitalizados. *Revista Cúpula*, 28(1), p.8-18.
- Varo, J. (2001). Tratamiento farmacológico de la dependencia del alcohol. *Boletín de Información Farmacoterapéutica*, 9(5), 1-9.
- Velasco, R. (1980). *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo: conceptos básicos*. México: ANUIES-Trillas.

- Vera, P., Valenzuela, P. Abarca, O. y Ramos, N. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 121-131.
- Villa, R. y Hermida, J. (2001). Tratamientos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 49, 61-81.

14. ANEXOS

14.1 Anexo 1 : Talleres Hogar Salvando al Alcohólico de Coronado

<u>Tema: Inteligencia emocional</u>			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Inicio	Inicio del taller y presentación de los facilitadores y los participantes. Se les preguntará qué cosas les gustarían que pasen y que cosas no durante los talleres.	
15 minutos	Actividad ¿Qué estoy sintiendo? (Ver Anexo 6)	Los participantes se sientan formando un círculo. Cada uno de los participantes pasará voluntariamente al frente y dramatizará a sus compañeros una emoción brindada por el facilitador. Los otros participantes tratan de adivinar qué sentimientos está actuando esa persona. La persona que adivina correctamente actúa la siguiente emoción. La emoción brindada será elegirá por medio de una lista de 60 emociones, la cuál posee el facilitador.	
15 minutos	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none">• Lluvia de ideas sobre la definición de inteligencia emocional, las consecuencias y beneficios si se desarrolla.	Papel y Marcadores

		<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta a los participantes: Cuando estaba enojado o frustrado ¿Cómo me comportaba antes del entrar al Centro y cómo lo hago ahora? <p>En un papel se escribirán todas las ideas de los participantes.</p> <p>Inteligencia emocional: capacidad de conocerse a sí mismo, controlarse y motivarse.</p>	
5 minutos	Psico-educación sobre el tema	<p>Video explicativo de Inteligencia Emocional:</p> <p>La IE no es siempre estar felices, sino aprender a regular los sentimientos negativos que vienen a nuestra cabeza en forma de pensamientos irracionales. Por lo tanto, no se trata de suprimir la ira o la tristeza, sino que estas no nos consuman. Además, la IE tiene muchas ventajas como la buena relación con los demás, una buena salud mental, saber mis prioridades en la vida, etc.</p>	Video Beam y Computadora
5 minutos	Video Reflexivo	<p>Se trata de un video que permite la reflexión acerca de la Inteligencia Emocional relatada desde varios niños que aparecen en este corto. Aborda cómo controlar nuestros sentimientos de ira y angustia.</p>	Video Beam y Computadora
10 minutos	Reflexión Grupal	<p>Se trata de elaborar la reflexión grupal por medio de comentarios acerca de los videos presentados anteriormente.</p> <p>Se repasa la técnica de respiración diafragmática.</p>	
20 minutos	Ensayo de Conducta	<p><u>Técnica ensayo de Conducta:</u></p>	

		<p>Vera, Valenzuela, Abarca y Ramos (2005) manifiestan que el ensayo conductual se trata de una técnica donde se simulan, en el contexto de la intervención, una serie de comportamientos apropiados y efectivos para enfrentar situaciones problemáticas, con el objetivo de aplicarlos posteriormente a una situación real. El individuo es guiado, retoralimentado y reforzado por el terapeuta.</p> <p><u>Actividad:</u></p> <p>Se dramatizará una situación donde se exprese una queja de una manera asertiva. La situación va a ser moldeada tanto por el facilitador como por los demás participantes hasta lograr un manejo adecuado de la situación.</p> <p>De esta manera, anotaremos en papeles diversas situaciones y que pasarán a interpretar de forma voluntaria escogiendo uno al azar. Iremos pidiendo que vayan saliendo personas voluntarias para la interpretación por tríos antes de elegir el papel que nos indica de qué va la queja:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Un policía acaba de colocarnos una multa en nuestro parabrisas y trataremos de explicarle que no es justo ya que hemos aparcado en doble fila sólo durante unos minutos.2.- La comida que hoy hemos encontrado en nuestro plato no la podríamos definir	
--	--	--	--

		<p>precisamente como "deliciosa". No es la primera vez que nos pasa.</p> <p>3.- Estamos en la cola del autobús a la hora punta y notamos que una persona se coloca en los primeros puestos sin respetar su turno de llegada.</p> <p>4.- Venimos saliendo de un Centro de Atención y nos topamos a una persona que nos ofrece drogas.</p>	
10 minutos	Cierre	Se le pedirá a uno de los participante que escriba en un cuaderno algo que le llamara la atención de la sesión, puede ser algo creativo (un dibujo, una canción relacionada, etc.) Posteriormente de forma voluntaria se compartirá con el grupo	

<u>Tema: Ansiedad</u>			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Psicoeducación sobre el tema	Inicio del taller y discusión grupal acerca de la definición de ansiedad, el porqué sucede así como de los principales síntomas que se presentan.	
10 minutos	Video 1	Presentación de un breve video acerca de la definición de ansiedad y sus tres sistemas de respuesta (cognitiva, fisiológica y conductual o motora). Posteriormente se harán comentarios en torno a este video.	Material audiovisual.
15	Roll Playing	Los participantes se dividirán en dos subgrupos. Ambos dramatizarán la	

minutos		manera en que controlan su ansiedad antes y después de ingresar al Centro Salvando al Alcohólico.	
10 minutos	Video 2 y Discusión	Se presentará un video con 10 estrategias para liberarnos de la ansiedad, Posteriormente se discutirá en grupo, comentando cuál le llamó más la atención y porqué.	Material audiovisual.
10 minutos	Relajación Autógena de Schultz	<p><u>Técnica Relajación autógena de Schultz.</u></p> <p>Capote, Toledo, Abreu, Pérez y Howard (2006) nos mencionan las etapas de aplicación en la relajación autógena:</p> <p><u>EJERCICIO 1: PESADEZ</u></p> <p>Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.</p> <p>Cierra los ojos y concéntrate en tu brazo derecho (o izquierdo si eres zurdo/a).</p> <p>Respira con normalidad durante todo el ejercicio.</p> <p>Repite mentalmente: “El brazo derecho pesa”, “El brazo derecho pesa”, “El brazo derecho pesa cada vez más”.</p> <p>Repite estas frases lentamente unas 6 veces.</p> <p>Cuando tengas la sensación de que tu brazo derecho pesa, repite mentalmente dos veces “Estoy completamente tranquilo/a”.</p>	

Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.

EJERCICIO 2: CALOR

- Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.
- Cierra los ojos y concéntrate en tu brazo derecho (o izquierdo si eres zurdo/a).
- Respira con normalidad durante todo el ejercicio.
- Repite mentalmente: “El brazo derecho está caliente”, “El brazo derecho caliente”, “El brazo derecho está cada vez más caliente”.
- Repite estas frases lentamente unas 6 veces.
- Cuando tengas la sensación de que tu brazo derecho está más caliente, repite mentalmente dos veces “Estoy completamente tranquilo/a”.
- Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.

EJERCICIO 3: PULSACIONES

		<ol style="list-style-type: none">5. Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.6. Cierra los ojos y concéntrate en las pulsaciones de tu brazo derecho (o izquierdo si eres zurdo/a).7. Respira con normalidad durante todo el ejercicio.8. Repite mentalmente unas tres veces: “Mi corazón late tranquilo”.9. Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco. <p><u>EJERCICIO 4: RESPIRACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.• Cierra los ojos y focaliza tu atención en tu respiración.• Respira con normalidad durante todo el ejercicio.• Repite mentalmente unas tres veces: “Mi respiración es calmada y tranquila”.	
--	--	--	--

- Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.

EJERCICIO 5: ABDOMEN

1. Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.
2. Cierra los ojos y focaliza tu atención en tu abdomen.
3. Respira con normalidad durante todo el ejercicio.
4. Repite mentalmente unas tres veces: “Mi abdomen irradia calor”.
5. Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.

EJERCICIO 6: MENTE

1. Siéntate o tumbate buscando tu máxima comodidad y confort.
2. Cierra los ojos y concéntrate en tu mente, localizándola en la frente
3. Respira con normalidad durante todo el ejercicio.

		<p>4. Repite mentalmente unas tres veces: “Mi mente está fresca”.</p> <p>5. Para finalizar: inspira profundamente, estira las extremidades, abre lentamente los ojos e incorpórate poco a poco.</p>	
15 minutos	Actividad distracción relajante	Se explicará otra de las técnicas para combatir la ansiedad, como lo es la distracción. En base a esto, cada participante tendrá el espacio de 20 minutos para ejercitarse, leer o meditar en base a sus gustos con el fin de hacer una pausa a la ansiedad que experimentan o pueden experimentar.	Balón, libros, juegos de mesa.
10 minutos	Respiración Diafrágica	<p>Se aplicará la técnica de Respiración Diafrágica. (Ver anexo 3).</p> <p>A la respiración diafrágica se le atribuye una gran variedad de beneficios tales como: incremento de la concentración aumento en la cantidad de oxígeno que llega a los pulmones, reducción de la velocidad del ritmo cardíaco y estimulación del sistema nervioso parasimpático responsable de la relajación (Puerta y Cruz, 2003).</p>	
10 minutos	Resumen de Aprendizajes y Cierre	Se le pedirá a uno de los participantes que escriba en un cuaderno algo que le llamara la atención de la sesión, puede ser algo creativo (un dibujo, una canción relacionada, etc.).	Hojas y lapiceros.

<u>Tema: Familia</u>			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Bienvenida	Se recibe a los participantes y se les indica que se abordará el tema en un clima de respeto y confianza.	
20 minutos	Rompe hielo ¿Qué piensan los demás de mí ?	Consiste en colocar abiertos los cuadernos de cada participante y en una hoja de papel todos deben escribirle cosas que piensen de la persona o adjetivos positivos que le describan. Los participantes se desplazan por el espacio de taller grupal.	Papeles o fichas Pilots Cinta
45 minutos	Collage	Entregando hojas en blanco para el grupo, pida que cada uno haga un dibujo de lo que para ellos significa la palabra familia. Puede hacerse también un collage, dejando a disposición fotos de otras personas para que ellos puedan recortar y montar imágenes para representar su idea. Con los trabajos terminados, se puede montar un bonito mural de imágenes. Posteriormente se reflexiona sobre el concepto abierto de familia y sus características.	Hojas en blanco Lápices de color Cartulina o papelógrafo Revistas
15 minutos	Cierre	Se discuten los principales aprendizajes obtenidos en la sesión	

<u>Tema: Negación</u>			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Bienvenida	Bienvenida a los participantes y evaluación verbal de talleres por parte de los participantes.	
20 minutos	Lectura de Carta (Ver Anexo 7)	Los participantes se dividen en subgrupos y leen la Carta de “La negación para mi fiel amigo” la cuál consiste sobre palabras que la droga les envía a cada uno de los participantes, en cuanto a sus características destructoras y el dominio que ha tomado de sus vidas.	Carta
20 minutos	Psico-educación sobre el tema	Exposición por parte del facilitador: La negación es una característica de la personalidad de la mayoría de personas con problemas de alcoholismo y de farmacodependencia. Johnson (1993) propone una definición de adicción en donde contiene el tema de la negación, él mismo postula que: una adicción es una actividad ostensiblemente placentera que causa daño repetido debido a que la persona involuntariamente e inintencionadamente adquiere una falta de habilidad para regular la actividad y tiene una urgencia	Videobeam Computadora

	<p>persistente de realizarla. Un sistema psicológico al que podemos referirnos como ‘negación’, se crea alrededor de la conducta de riesgo. La negación permite al individuo continuar esta actividad a pesar de sus efectos perjudiciales. (p.25)</p> <p>Cabe mencionar que la negación se puede dividir en seis mecanismos principales los cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Negación: La negación simple de las situaciones negativas producto del consumo.• Minimización: Restarle importancia o significado a los eventos relacionados con las consecuencias del consumo.• Racionalización: Asignar una razón lógica a algo que no la tiene o que es por naturaleza irrazonable.• Justificación: Justificar el uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por la forma en que lo tratan o por cualquier otra condición existente en la vida de la persona• Proyección: Ver en los demás los problemas que la persona está pasando en su propia realidad, de modo que puede culpabilizar a otros de su problema.	
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Futurización Salirse de la realidad presente y vivir en el futuro como una manera de no ponerse en contacto con su realidad presente. (Johnson, 1993). <p>La idea de esta actividad es explicar, reflexionar y discutir acerca de la negación o el autoengaño de la persona con dependencia a sustancias, dando ejemplos concretos y comentando porqué es tan perjudicial.</p>	
20 minutos	Carta de despedida a la droga (Ver Anexo 7)	<p>Se lee grupalmente la “carta de despedida a la droga”.</p> <p>Se trata de una carta que contrarresta el mensaje enviado por la droga al iniciar el taller. En este punto, se busca motivar a los participantes a hacerle frente a su problemática, buscando el empoderamiento y diciéndole a la droga que no permitirán que los haga sufrir.</p> <p>(Se le recomienda al Centro también dar un espacio para que los mismos participantes construyan su carta de despedida)</p>	Carta
10 minutos	Arrojando el consumo	Cada miembro del grupo escribe una lista de consecuencias negativas provocadas por la dependencia a sustancias. Después de que cada consecuencia ha sido compartida en voz alta con el grupo, se coloca un cesto	Papel Lapiceros Cesto de basura

		de basura en el centro del círculo y cada miembro estruje las listas y las arroje físicamente en el cesto de papeles al frente del grupo.	
10 minutos	Cierre	En un círculo, se les pedirá a los participantes que compartan una palabra para describir la sesión.	

Tema: Habilidades para la vida (Comunicación Asertiva y Resolución de problemas)			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
5 minutos	Presentación	Inicio del taller	
5 minutos	10 Habilidades para la vida	Se trata de un video descriptivo de las 10 habilidades para la vida propuestas por la OMS.	Video Beam Computadora Parlantes
10 minutos	Asocie Habilidades para la vida (Ver Anexo 5)	Los participantes se dividen en subgrupos y se soluciona el “Asocie de Habilidades para la vida” en base al video observado previamente.	Hojas Lapiceros

<p>10 minutos</p>	<p>Presentación sobre comunicación</p>	<p>Exposición breve del facilitador sobre recomendaciones para tener una comunicación más efectiva con las personas que nos rodean. Entre estas se encuentran escuchar activamente, dialogar (no solo hablar) y leer el lenguaje corporal.</p>	<p>Video Beam Computadora Parlantes</p>
<p>20 minutos</p>	<p>Teléfono sin palabras (Ver Anexo 8)</p>	<p>1) Se dividen en dos grupos 2) Dentro de cada subgrupo se colocan en fila. 3) Se le entrega al último de cada grupo un papel donde está escrito un mensaje acerca de la comunicación (Ver Anexo 8). Nota. Está prohibido mostrar el papel a los demás. La persona lo leerá en silencio y lo devolverá al coordinador de la actividad. 4) El último de cada grupo expresa gestualmente el mensaje al penúltimo, éste se lo transmite de forma no verbal al siguiente y así sucesivamente hasta llegar al primero, que lo deberá traducir a palabras. Gana el grupo cuya traducción del mensaje se parezca más al original. Posteriormente se reflexiona sobre el proceso y comparten las respuestas a las siguientes preguntas: – ¿Qué condiciones son necesarias para una adecuada comunicación?</p>	<p>Hojas de papel con mensaje escrito</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué factores dificultan la comunicación? - ¿Cómo nos sentimos leyendo el lenguaje corporal de los demás? - ¿Qué beneficios podría traerme saber leer el lenguaje corporal en la comunicación? 	
15 minutos	Psico-educación sobre el tema	<p>Exposición breve de qué es y cómo se logra ser una persona asertiva. Componentes verbales y no verbales de la asertividad. (Técnica: Modelado).</p> <p>Cormier y Cormier (1994) definen el modelado como el proceso de aprendizaje observacional donde la conducta de un individuo o grupo, que se reconocen como el modelo, puede actuar como estímulo para los pensamientos, actitudes o conductas de otro individuo o grupo que observa la ejecución de éste.</p>	Video Beam Computadora Parlantes
10 minutos	Role-playing	Dosso (2009) se refiere a la actividad de role-playing como una estrategia lúdica, donde “los actores”, en un proceso de simulación, representan a otras personas. De esta manera, se busca que entren en un proceso de empatía con el otro, lo cual permite comprender en cierto grado los conflictos, necesidades, expectativas, intereses y motivaciones de esa otra persona o de ese conjunto de individuos.	

		De esta manera, para esta actividad, los participantes se dividen en subgrupos y dinamizan una situación conflictiva y la solución de la misma, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en la exposición anterior.	
15 minutos	Exposición de Técnica de Resolución de Problemas	<p>Se realiza una exposición breve de los pasos de la técnica conductual de resolución de problemas.(como parte de los temas de Habilidades para la vida).</p> <p>D’Zurilla y Goldfried (1971) hacen un listado de los pasos a seguir en una adecuada resolución de problemas:</p> <p><u>1. Orientación del problema:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El problema no es la situación, sino mi falta de conductas. • Observar el problema. • Valorar las causas y la importancia del problema. • Saber de cuánto tiempo y esfuerzo disponemos. <p><u>2. Definición y formulación del problema.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir el problema en términos objetivos y solucionables. • ¿Qué es lo que me molesta? • Buscar información relevante y objetiva. • Comprender el conflicto. 	

		<ul style="list-style-type: none">• Establecer metas realistas.• Revalorar el problema en este momento. <p><u>3. Propuestas de alternativas</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Entre más cantidad de alternativas tengamos elijeremos una de mayor calidad.• En principio todas las alternativas pueden ser válidas.• Podemos proponer soluciones diferentes y combinarlas. <p><u>4. Toma de decisiones</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.• Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias.• Preparar un plan de acción. <p><u>5. Llevar el plan a la práctica y comprobar los resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Poner el plan en práctica.• Observar resultados• Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios y nuevo análisis del proceso o de la puesta en práctica si son insatisfactorios.	
--	--	--	--

Tema: Autoestima

Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
5 minutos	Inicio	Bienvenida a los participantes	
10 minutos	Nombre-Cualidad	Cada participante se presentará al resto del grupo diciendo su nombre y una cualidad de sí mismo que empiece con la letra que inicia su apellido.	
20 minutos	Introducción al tema: Antes, ahora y Después	Se les indicará a los participantes que hagan un dibujo de cómo se veían antes de entrar al Centro, como se ven ahora y cómo quieren verse dentro de 5 años. El ejercicio no solo permite visualizar los cambios positivos que han tenido luego del consumo sino el cambio de mentalidad y de proyectos de vida que tienen para un futuro. Se les pedirá que en el dibujo del futuro indiquen un hobby que les gustaría retomar, un proyecto de vida y cómo se visualizan tanto física como psicológicamente.	Hojas Lápices de Color Lápices
10 minutos	Socialización del trabajo	Se comparten voluntariamente los dibujos al resto del grupo, y se reflexiona el ejercicio. Además, se les dice que todos son únicos y especiales y que nuestra vida se trata de aceptar y aprender de nuestros errores, de ver nuestros cambios y nuestras fortalezas y de visualizarnos positivamente hacia un futuro mejor.	
15 minutos	Reflexión grupal sobre	La pizarra se divide con una línea vertical, en el lado izquierdo se escribirá cómo se siente, piensa y actúa alguien cuando se está bien consigo mismo. En	Pizarra Pilots

	autoestima	el lado derecho, cómo se siente, piensa y actúa alguien cuando no se acepta. Además, se anota qué cosas elevan o disminuyen nuestra autoestima	
20 minutos	Dinámica: carta a mí mismo	Cada persona se escribirá una carta a sí mismo, en ella se destacarán aspectos positivos, pueden escribir alguna anécdota o historias en donde destaquen algo bueno de sí mismos.	Hojas rayadas Lapiceros
10 minutos	Cierre	En un círculo, se les pedirá a los participantes que compartan cómo el taller influyó en su autoestima	

<u>Tema: Resiliencia</u>			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Inicio	Bienvenida y encuadre	
20 minutos	Introducción al tema Psicoeducación	Hacer una lluvia de ideas sobre lo que creen que es resiliencia. Generalmente se refiere resiliencia como la capacidad para recuperarse y el tener una conducta adaptativa después de un evento estresante. La resiliencia depende de dos factores: el temperamento y atributos de la personalidad de la persona y las redes de apoyo con las que se cuenta (familiares o externas). El	Marcador de pizarra

		<p>optimismo, la empatía, la capacidad de insight, la competencia intelectual, el autoestima, el tener metas claras, el determinismo y la perseverancia son actitudes que tienen las personas resiliente. Se señala que la falta de resiliencia, como una imposibilidad para poder afrontar de la mejor manera las situaciones estresantes de la vida, puede ser un disparador para el consumo de sustancias adictivas. Por otro lado, se considera que la resiliencia es un factor protector y un conjunto de habilidades que pueden ser necesarias para que no exista una recaída (Becoña, 2007).</p>	
20 minutos	<p>Actividad: la figura de la resiliencia (Modelado)</p>	<p>Cormier y Cormier (1994) definen el modelado como el proceso de aprendizaje observacional donde la conducta de un individuo o grupo, que se reconocen como el modelo, puede actuar como estímulo para los pensamientos, actitudes o conductas de otro individuo o grupo que observa la ejecución de éste.</p> <p>En base a esta técnica, cada uno debe hacer una silueta en una hoja de papel y pensar en una persona que ha sido resiliente en algún momento. Deben escribir en la hoja quién es y porqué creen que es resiliente (cualidades, acciones o comportamientos, etc.). Cada persona explicará a quien escogió y por qué.</p>	

		En la pizarra se hará una silueta en donde se pondrán todas las cualidades y actitudes de alguien resiliente.	
20 minutos	Videos	<p>Se trata sobre un par de videos que muestran ejemplos de personas famosas que han pasado por adversidades antes de llegar al éxito. Estos videos tienen el fin de reflexionar acerca de las actitudes que tenemos hacia las dificultades y cómo eso puede cambiar el resto de nuestra vida. Los casos presentados son el del jugador de fútbol Frank Ribery quien sufrió de bullying y abandono de sus padres por sus cicatrices en su cara, problema que no lo derrotó convirtiéndose en uno de los jugadores más famosos del fútbol mundial. También se conocerá el caso del actor Sylvester Stalone y todo lo que enfrentó para salir de la pobreza y convertirse en un actor destacado. Por otra parte está el caso de Nick Vujicic, un australiano que nació sin brazos ni piernas pero vive la vida al máximo con una sonrisa en su rostro, dando conferencias alrededor del mundo y filmando películas de reflexión.</p> <p>Una vez proyectados los videos se hará una reflexión acerca de lo que piensan y de qué enseñanzas les dejan.</p>	Videobeam Parlantes
15 minutos	Construyendo la resiliencia	En un círculo, se les pedirá a los participantes que digan una cualidad en la que piensan que son fuertes y una en la que deben trabajar más para ser más resiliente.	

5 minutos	Cierre	Se hará un resumen de los principales aprendizajes y se agradecerá la participación	
------------------	--------	---	--

Tema: Prevención de Recaídas			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
5 minutos	Inicio	Bienvenida y encuadre	
15 minutos	<u>Cuento de Pedro</u> <u>(Ver Anexo 4)</u>	Se trata de un breve cuento sobre una persona con dependencia del alcohol, la cuál asiste a un Centro de Atención y poco a poco empieza a caer en negación y un desinterés por las sesiones, lo cual conlleva a que una vez fuera del Centro el persona tenga una recaída. A partir de este ejemplo, la idea es contestar las siguientes preguntas: 1.- ¿Cómo puede seguir esta historia? 2.- ¿Qué señales de alerta identificas? 3.-¿Qué tiene que ver esta situación del cuento conmigo? 4.-¿Cómo debería haber actuado el personaje del cuento para no recaer?”	Hojas (Fotocopias)

<p>10 minutos</p>	<p>Signos de alerta de recaída</p>	<p>Se trata de hacer un listado grupal de las señales de alerta de una recaída:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraerse • Craving • Pérdida de rutina (faltar al trabajo, dormir hasta tarde) • Negación (engañar a otros) • Falta de metas o proyectos • Compulsividad • Volver a lugares o personas de riesgo • Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio. • Irritabilidad • Depresión 	<p>Pilot Pizarra</p>
--------------------------	------------------------------------	---	--------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación • Impotencia • Ausencias a grupos de AA • Resentimientos y discusiones en el hogar • Intranquilidad por lo financiero 	
20 minutos	Role-playing	<p>Retomando el Cuento de Pedro:</p> <p>Divide al grupo en dos equipos y que un equipo elabore una viñeta de una escena de la vida de este usuario en caso de seguir el consumo y en el otro equipo la viñeta de la escena de vida correspondiente a seguir el mantenimiento de su abstinencia. .</p> <p>Luego puedes promover las conclusiones en las que se comente: a qué sentimientos se expone el individuo en una u otra condición, a qué alteraciones o daños en su salud, en lo familiar, en lo social, económico, laboral, en su auto cuidado, en su vida espiritual, etc.</p>	
15 minutos	Mi propia carta	Esta actividad trata de hacerse una carta a sí mismo para cuando se encuentre fuera del Centro, sobre recomendaciones que ella misma se da para enfrentar	<p>Hojas blancas</p> <p>Lapiceros</p>

		su dependencia. Pueden ser recuerdos, consejos, frases inspiradoras, etc.	
10 minutos	La Balanza	<p>Se elabora un listado de “beneficios” y consecuencias del consumo.</p> <p>En un lado se considera cómo ha afectado el consumo a sus relaciones familiares, amistades, trabajo, carrera, salud física y mental, autoestima, responsabilidades y actividades recreativas.</p> <p>Del mismo modo, por el lado de los “beneficios”, se realiza un listado de manera detallada. ¿Qué es lo que obtiene del consumo? ¿Le ayuda a relajarse? ¿A conocer gente? ¿Elimina la ansiedad? ¿Olvida los problemas? ¿Le ayuda a aguantar el aburrimiento?</p> <p>Una tercera lista será sobre lo que las personas pretenden conseguir en su vida, lo que quieren, lo que desean o les gustaría de su vida. También lo que los motiva a no consumir más.</p> <p>La idea es reflexionar acerca de la dificultad de alcanzar esos sueños de seguir con el abuso de sustancias, a diferencia de todo lo que se podría recuperar dejando de lado el consumo. Es así, como se intenta llegar a la conclusión de que el consumo trae consigo más problemas que “beneficios”.</p>	Pilots Pizarra

15 minutos	Repaso	Se repasa grupalmente las técnicas y aprendizajes que hemos obtenido a lo largo de todos los talleres que nos sirven como herramientas tanto en la prevención como en el afrontamiento en caso de una posible recaída.	
-------------------	--------	--	--

Tema:Codependencia			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Inicio	Bienvenida a los participantes	
30 minutos	Psico-educación	<p><u>Exposición sobre qué es la codependencia:</u></p> <p>También con el fin de educar y hacer un impacto sobre la dinámica familiar se trabajará el tema de la codependencia, señalando que cuando se pertenece a una familia, lo que una persona haga afecta a todo el sistema. Cuando dentro de la familia existe una persona que tienen algún problema de consumo, este acto afecta a todos y todas las integrantes (madres, padres, hermanos,</p>	

		<p>hermanas, pareja, hijos, hijas, etc.)</p> <p>Se entiende por codependencia a un vínculo entre personas que incluye la subordinación, por lo tanto convirtiéndose en una relación patológica. (Gómez & Delgado, 2003).</p> <p>Existen comportamientos que son característicos de la persona con codependencia, los cuáles son descritos por Gómez & Delgado (2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Locus de control externo: las conductas del individuo no son determinadas por decisiones voluntarias, sino por fuerzas externas. ➤ Inadecuado manejo de sentimientos: siente que es culpable y merecedor de lo que sucede y que merece sufrir. Busca constantemente proteger y desculpabilizar a la persona que posee la dependencia a la sustancia. ➤ Baja autoestima: la persona teme al rechazo y al abandono. ➤ Comportamientos compulsivos: siente una gran necesidad de controlar a otras personas y eventos alrededor. ➤ Problemas en las relaciones interpersonales: tienen dificultad para fijar límites, siente culpa y ansiedad por los defectos de los otros y llega a considerarlos como suyos. ➤ Estrés, enfermedades psicosomáticas y depresión: la persona 	
--	--	---	--

		suele experimentar síntomas físicos como agotamiento, ansiedad, síntomas depresivos y alteraciones físicas producidas por el estrés.	
40 minutos	Ensayo Conductual	Se dividirá al grupo en 3 subgrupos y se les pedirá que actúen alguna situación en donde ellos hayan experimentado una relación codependiente y cómo solucionarla.	
10 minutos	Cierre	En un círculo, se les pedirá a los participantes que en una frase digan lo que para ellos es la codependencia.	

Tema: Control de los Impulsos			
Tiempo	Actividad	Descripción	Materiales
10 minutos	Inicio	Inicio del taller y presentación de los facilitadores y los participantes.	
15 minutos	Impulsividad	Se hará una lluvia de ideas sobre la definición de impulsividad. <i>Definición de impulsividad.</i> “La predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden	Pilots Pizarra

		<p>provocar sus actos.</p> <p>En la impulsividad predomina la baja tolerancia al estrés y la frustración, la falta de control de impulsos, y los comportamientos agresivos, que pueden poner en riesgo al individuo que puede llegar a ser asociado a actos delictivos”.</p> <p><i>¿Cómo es una persona impulsiva? (Conductas/pensamientos/emociones)</i></p> <p>Imprudente, arriesgada, agresiva, poco reflexiva, insensata, natural, inconsciente, rápida e irresponsable</p> <p><i>¿Hemos sido impulsivos alguna vez en nuestra vida?</i></p>	
5 minutos	Video Reflexivo	<p>Se trata de un video que aborda 5 pasos de cómo controlar nuestros sentimientos de ira y angustia:</p> <p>1-Técnicas de respiración 2-Alejarse de la situación 3-Humor 4-Dormir suficiente 5-Hacer ejercicio</p>	Video Beam y Computadora
5	Técnicas	Video 2: Reflexionar y comentar sobre estrategias que sirven o les hayan	Videobeam

minutos		<p>funcionado para no reaccionar impulsivamente.</p> <p>Contar hasta 10 (técnica tortuga en niños)</p> <p>Parar y retomar en otro momento</p> <p>Aprender de errores anteriores</p> <p>Mirarte en un espejo</p> <p>Distracción</p> <p>Relajación</p> <p>No evitar los pensamientos sino criticarlos</p> <p>Descargar nuestra energía por medio del deporte</p>	<p>Computadora</p> <p>Parlantes</p>
20 minutos	<p>Relajación progresiva de Jacobson</p> <p>(Ver Anexo 3)</p>	<p>Se pondrá en práctica la técnica de relajación progresiva de Jacobson, explicándola antes de ponerla en práctica con el fin de que los participantes se apropien de ella y puedan replicarla posteriormente.</p>	<p>Sillas</p>
25 minutos	<p>Ensayo de Conducta</p>	<p>Se dramatizará una situación donde se exprese una queja de una manera asertiva. La situación va a ser moldeada tanto por el facilitador como por los demás participantes hasta lograr un manejo adecuado de la situación.</p> <p>De esta manera, anotaremos en papeles diversas situaciones y que pasarán a interpretar de forma voluntaria escogiendo uno al azar. Iremos pidiendo que</p>	

		<p>vayan saliendo personas voluntarias para la interpretación por tríos antes de elegir el papel que nos indica de qué va la queja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voy manejando tranquilamente y de repente un carro pega un frenazo y chocamos. ¿Cómo resolvemos el problema de una forma asertiva? 2. Compré un televisor nuevo para ver el clásico nacional pero una vez que llegué a mi casa lo probé y no funcionaba. ¿Cómo debería de reaccionar en ese momento? 3. Voy tarde en mi carro camino a mi trabajo pero hay una presa. ¿Cómo reacciono en el momento y cómo lo resuelvo? 4. La comida que hoy hemos encontrado en nuestro plato no la podríamos definir precisamente como "deliciosa". No es la primera vez que nos pasa. 	
10 minutos	Cierre	Se le pedirá a uno de los participante que escriba en un cuaderno algo que le llamara la atención de la sesión y grafique ese aprendizaje de una forma creativa (ya sea por medio de un dibujo, una frase, etc.) y la comparta con el resto del grupo.	Lapiceros Hojas Lápices de Color

14.2 Anexo 2: Test psicológicos aplicados en la institución

Prueba SOCRATES 7D

CASAA Research Division*

**Questionario Sobre Su Uso Personal de Drogas
(SOCRATES 7D)**

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Cada una describe una manera en que usted quizás (o quizás no) se sienta de su uso de drogas. Para cada una, ponga un círculo alrededor de un número del 1 al 5, para indicar cuanto usted está o no está de acuerdo con esa declaración ahora mismo. Por favor ponga un círculo alrededor de un número y solamente un número para cada declaración.

FOR OFFICE USE ONLY	
_____	Study
_____	ID
_____	Point
_____	Date
_____	Raid
<small>EECC000 - Section 2790 1 Page</small>	

	No Estoy Muy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	Indeciso(a) o Inseguro(a)	Estoy de Acuerdo	Estoy Muy de Acuerdo
1. Verdaderamente quiero hacer cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Hay veces cuando me pregunto si uso drogas demasiado.	1	2	3	4	5
3. Definitivamente tengo algunos problemas relacionados con las drogas.	1	2	3	4	5
4. Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
5. Estuve usando drogas demasiado anteriormente, pero he podido cambiar eso.	1	2	3	4	5
6. La única razón porque estoy aquí es porque alguien me hizo venir.	1	2	3	4	5
7. A veces me pregunto si soy un(a) drogadicto(a).	1	2	3	4	5
8. Verdaderamente quiero hacer algo acerca de mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
9. No solamente estoy pensando de cambiar mi uso de drogas, ya estoy haciendo algo.	1	2	3	4	5
10. Ya he cambiado mi uso de drogas, y estoy buscando maneras para evitar de volver a mi patrón viejo.	1	2	3	4	5
11. Tengo problemas serios con drogas.	1	2	3	4	5

	No Estoy Muy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	Indeciso(a) o Inseguro(a)	Estoy de Acuerdo	Estoy Muy de Acuerdo
12. A veces me pregunto si mi uso de drogas está lastimando a otra gente.	1	2	3	4	5
13. Uso drogas demasiado a veces.	1	2	3	4	5
14. Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
15. Tuve problemas con drogas anteriormente, pero ya no.	1	2	3	4	5
16. Creo que necesito estar viniendo a tratamiento para ayuda con mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
17. Me pregunto si las drogas son buenas para mí.	1	2	3	4	5
18. Si no cambio mi uso de drogas pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
19. Ya he estado tratando de cambiar mi uso de drogas, y estoy aquí para obtener más ayuda.	1	2	3	4	5
20. Ahora que he cambiado mi uso de drogas, es importante para mí a mantener los cambios que he hecho.	1	2	3	4	5
21. Sé que tengo un problema con drogas.	1	2	3	4	5
22. No estoy seguro(a) si uso drogas demasiado.	1	2	3	4	5
23. Definitivamente es tiempo de hacer algo de los problemas que he estado teniendo con drogas.	1	2	3	4	5
24. He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
25. Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas con drogas que tenía antes.	1	2	3	4	5
26. Soy más o menos normal en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
27. A veces me pregunto si estoy en control de mi uso de drogas.	1	2	3	4	5

	No Estoy Muy de Acuerdo	No Estoy de Acuerdo	Indeciso(a) o Inseguro(a)	Estoy de Acuerdo	Estoy Muy de Acuerdo
28. Soy un drogadicto(a).	1	2	3	4	5
29. Estoy trabajando duro para cambiar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
30. Estoy preocupado(a) que mis problemas anteriores con drogas puedan volver.	1	2	3	4	5
31. He tenido más dificultades por causa de las drogas que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
32. No creo que tengo 'un problema' con drogas, pero hay veces cuando me pregunto si uso drogas demasiado.	1	2	3	4	5
33. Tengo un problema con drogas.	1	2	3	4	5
34. Yo sé que mi uso de drogas a causado problemas, y estoy tratando de hacer algo acerca de esto.	1	2	3	4	5
35. He hecho algunos cambios en mi uso de drogas, y quiero ayuda para seguir.	1	2	3	4	5
36. Mis problemas son por lo menos parcialmente debidos a mi propio uso de drogas.	1	2	3	4	5
37. No sé si debería de cambiar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
38. Mi uso de drogas esta causando mucho daño.	1	2	3	4	5
39. Tengo un problema serio con drogas, y ya he empezado a vencerlo.	1	2	3	4	5
40. Estoy limpio(a) y sobrio(a), y quiero mantenerme así.	1	2	3	4	5

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Fecha...../...../.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.

1 2 3 4 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

1 2 3 4 5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

1 2 3 4 5

4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.

1 2 3 4 5

6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

1 2 3 4 5

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.

1 2 3 4 5

9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

1 2 3 4 5

10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.

1 2 3 4 5

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.

1 2 3 4 5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

1 2 3 4 5

13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

1 2 3 4 5

14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

1 2 3 4 5

15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.

1 2 3 4 5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

1 2 3 4 5

17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.

1 2 3 4 5

18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.

1 2 3 4 5

19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

1 2 3 4 5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.

1 2 3 4 5

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.

1 2 3 4 5

22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

1 2 3 4 5

23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

1 2 3 4 5

24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.

1 2 3 4 5

25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

1 2 3 4 5

26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?.

1 2 3 4 5

27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.

1 2 3 4 5

28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.

1 2 3 4 5

29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿ Por qué perder el tiempo pensando en ellas?.

1 2 3 4 5

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.

1 2 3 4 5

31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.

1 2 3 4 5

32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

1 2 3 4 5

Tengo o he tenido causas judiciales por mi problema

Sí No

Este es mi primer tratamiento

Sí No

Precontemplación: 1,5,11,13,23,26,29,31.

Contemplación: 2,4,,12,15,19,21,24.

Acción: 3,7,10,14,17,20,25,30.

Mantenimiento: 6,9,16,18,22,27,28,32.

14.3 Anexo 3: Relajación Muscular Progresiva de Jacobson

Una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica.

El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan.

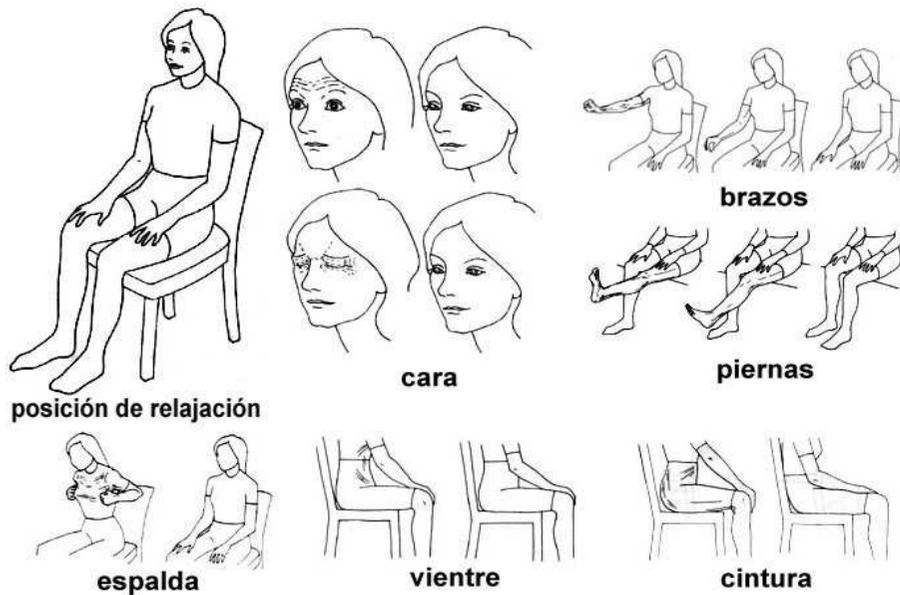
Normas básicas:

- En la relajación es esencial la concentración
- Se eliminará en lo posible toda contracción o sensación de estar agarrotado/a
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos
- La luz debe ser tenue
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales

El ambiente de la habitación ha de ser adecuado, con poca luz y, si es posible, se pueden aprovechar los efectos relajantes que tienen ciertos olores como, por ejemplo el aroma de lavanda lo cual se puede conseguir con un ambientador adecuado.

La aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige.

Postura de relajación:



Siéntese tal y como aparece en la figura "postura de relajación". Cuando se encuentre cómodo/a, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión. Siga la secuencia siguiente:

- 1º Tense los músculos lo más que pueda.
- 2º Note la sensación de tensión.
- 3º Relaje esos músculos.
- 4º Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos.

Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado.

Empecemos por la **FRENTE**. Arrugue la frente todo lo que pueda. Note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla despacio, notando cómo los músculos se van relajando y empiece a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recréese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo.

Seguidamente, cierre los **OJOS** apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en

cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Siga con la **NARIZ Y LABIOS**. Arrugue la nariz, relájela. Arrugue los labios, relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez.

Con el **CUELLO** haga lo mismo. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y deléitese en esta última.

Seguidamente, ponga su **BRAZO** tal y como aparece en el gráfico. Levántelo, cierre el puño cuanto pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible. Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo. Abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo. Repítalo con el otro brazo.

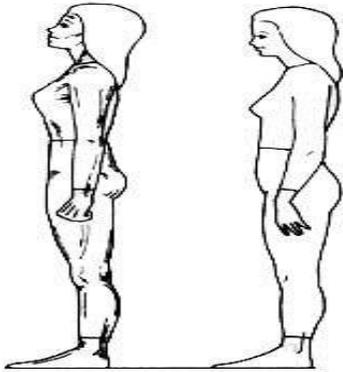
Haga exactamente lo mismo con las **PIERNAS**.

Después incline su **ESPALDA** hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda. Lleve los codos hacia atrás y tense todos los músculos que pueda. Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos. Vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo.

Tense fuertemente los músculos del **ESTÓMAGO** (los abdominales) y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los músculos.

Proceda de igual forma con los **GLÚTEOS y los MUSLOS**.

Relajación estando de pie:



Una vez consiga la relajación de todo su cuerpo de la forma habitual y después de haberla practicado durante varios meses intente relajarse de pie. Proceda de la siguiente forma: Póngase de pie y mantenga la cabeza recta sobre los hombros. Tense todo su cuerpo, apriete las manos a ambos lados del cuerpo, meta el estómago hacia dentro y tense los muslos, nalgas, rodillas, etc. Después comience a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. De nuevo note la diferencia entre tensión y relajación.



También debería de realizar los ejercicios de tensión y relajación de sus músculos tumbado. Proceda tensionando los músculos y relajándolos tal y como se indicó en el ejercicio de pie.

Fuente:

Cautela R. & Groden J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.

14.4 Anexo 4: “El Cuento de Pedro”

Pedro lleva un año de tratamiento y ahora acude una vez a la semana al Centro de Atención

Desde hace tres meses ha empezado un nuevo trabajo que no le gusta y que implica mantener una disciplina y un horario. Dos tardes a la semana asiste a clases de yoga y otras dos a un gimnasio.

Pedro empieza a faltar a yoga y al gimnasio y alguna semana no asiste a ninguna actividad. Un mes después, Pedro se da cuenta de que ha asistido sólo tres veces a las actividades que realiza por la tarde.

Se encuentra con sus amigos algunos fines de semana, aunque la mayoría de ellos tienen pareja e hijos y suelen hacer otros planes. Pedro se aburre a menudo y se queda en casa, comiendo a veces compulsivamente. Cuando está en casa, tiene recuerdos reiterativos de cuando consumía. Y lleva varias semanas soñando con temas de consumo.

Cuando va a ver a su terapeuta se limita a decir que todo va bien.

Pedro empieza a notar que últimamente está más irritable y que tiene conflictos con más frecuencia que antes. También siente ansiedad y está más nervioso.

Un día empieza a planificar un próximo consumo e invita a su casa a uno de los amigos con los que consumía y están juntos hasta muy tarde. A la mañana siguiente, se encuentra muy cansado y decide buscar una excusa y no ir a trabajar.

Duerme hasta el mediodía y, por la tarde, decide no acudir a la cita con su terapeuta y posponerla para más adelante.

En su nuevo encuentro con el terapeuta le reitera que todo sigue muy bien.

1.- ¿Cómo puede seguir esta historia?

2.- ¿Qué señales de alerta identificas?

3.-¿Qué tiene que ver esta situación del cuento conmigo?”

4.-¿Cómo debería haber actuado el personaje del cuento para no recaer?”

14.5 Anexo 5: Asocie Habilidades para la vida

Habilidades para la vida

Auto-conocimiento	<input type="checkbox"/>
Empatía	<input type="checkbox"/>
Comunicación Asertiva	<input type="checkbox"/>
Relaciones interpersonales	<input type="checkbox"/>
Toma de decisiones	<input type="checkbox"/>
Manejo de conflictos	<input type="checkbox"/>
Pensamiento Creativo	<input type="checkbox"/>
Pensamiento Crítico	<input type="checkbox"/>
Manejo de sentimientos	<input type="checkbox"/>
Manejo de estrés	<input type="checkbox"/>

- A. Identificar las fuentes de tensión y estrés. Saber que son dos fuerzas que son necesarias para la vida, tomando control de ellas.
- B. Desconectar de los pensamientos y necesidades propias y conectar con la de otras personas. Debilitar los prejuicios propios para escuchar sin censura.
- C. Establecer y mantener relaciones basadas en el respeto y bienestar mutuo que permitan la autenticidad de las partes.
- D. Implicarse y responsabilizarse de las cosas que le habrán de suceder. No dejar todo al azar, a las costumbres o circunstancias ni a terceras personas. Marcar el rumbo de su propia vida.
- E. Identificar rasgos de la manera de ser. Descubrir gustos, disgustos, talentos, debilidades y fortalezas propias. Saber en qué tipo de personas deseamos convertirnos.
- F. Cada uno de ellos es una oportunidad para crecer, para valorar intereses propios y ajenos. Al reconocerlos, empieza el manejo positivo de problemas y conflictos.
- G. Romper hábitos, estrenar costumbres, inventar, imaginar cosas nuevas, tener apetito de curiosidad.
- H. Escuchar la propia voz para saber escuchar con claridad lo que se siente, piensa y necesita en el momento adecuado, sin imponer, desconocer ni agredir a nadie.
- I. Ver dos veces, preguntar para conocer mejor, escuchar el doble, dudar de las apariencias porque no todo es lo que parece.
- J. Sintonicizarse con el propio mundo afectivo, con aquello que nos emociona, a veces impulsándonos o a veces paralizándonos, con eso que nos conmueve o nos indigna. I

Respuestas: E-B-H-C-D-F-G-I-J-A

14.6 Anexo 6: Actividad: ¿Qué estoy sintiendo?

Los participantes se sientan formando un círculo. Cada persona toma un turno actuando una emoción. Los otros participantes tratan de adivinar qué sentimientos está actuando esa persona. La persona que adivina correctamente actúa la siguiente emoción.

Miedo	Indiferencia	Confianza
Enojo	Entusiasmo	Preocupación
Egoísmo	Paciencia	Dolor
Satisfacción	Tristeza	Cólera
Agradecimiento	Aburrimiento	Asombro
Melancolía	Timidez	Espanto
Aislamiento	Amargura	Alegría
Pesimismo	Amor	Ira
Respeto	Vergüenza	Orgullo
Fortaleza	Venganza	Antipatía
Rabia	Esperanza	Celos
Malhumor	Devolución	Molestia
Culpa	Caridad	Ternura
Frustración	Obstinación	Felicidad
Desesperanza	Ansiedad	Rechazo
Tranquilidad	Tolerancia Asco	
Confianza	Simpatía	
Cariño	Frialdad	
Apatía	Desesperación	
Confusión	Disgusto	
Indisposición	Serenidad	
Optimismo	Inseguridad	

14.7 Anexo 7: Cartas de la Negación

De: Tu adicción Para: "Mi fiel amigo"

¡Hola!, soy, por si te has olvidado de mí... soy tu enfermedad...

Yo odio las reuniones... Yo odio a los poderes superiores... Yo odio a cualquiera que tenga un programa... A todos los que se aproximan a mí, yo les deseo muerte y sufrimiento. Permíteme que me presente, yo soy: La enfermedad de la adicción.

Yo soy traicionera, mentirosa y poderosa. Esa soy yo.

Ya mate a millones de personas y estoy satisfecha por eso.

Yo adoro cogerte de sorpresa. Yo adoro fingir que soy tu amiga y amante.

Yo te consolé, ¿no es verdad? ¿No fui yo la que estuvo a tu lado cuando estabas solo? ¿No me llamaste cuando quisiste morir? -Yo estaba allí.

Yo adoro dominarte, yo adoro hacerte llorar, mejor aun, yo adoro volverte tan torpe que no consigas ni sufrir ni llorar. Cuando ya no puedes sentir nada, eso es verdaderamente gratificante.

Y todo lo que te pido es un largo sufrimiento.

Yo siempre he estado allí para ti. Cuando tu vida te iba bien, tu me invitaste. Te dije que no merecías cosas buenas en tu vida, y yo fui la única que se confabulo contigo. Juntos somos capaces de destruir todas las cosas buenas de tu vida. Las personas no me toman en serio, toman en serio las trombosis, los ataques al corazón y hasta la diabetes. ¡Tontos!. Sin mi ayuda esas cosas no serian posibles.

Yo soy una enfermedad tan odiada, y sin embargo nunca aparezco si no soy invitada. Tu escoges el tenerme. Tu escoges el tenerme a mí, en vez de escoger la realidad y la paz. Tu me odias a mí, y yo odio a todos los que

tienen un programa de 12 pasos. Vuestro programa, vuestras reuniones, vuestro Poder Superior. Todas estas cosas me debilitan, y yo no consigo funcionar del modo al que estoy acostumbrada. Ahora debo quedarme aquí quietecita. Tu no me ves, pero yo estoy creciendo, más que antes. Cuando tu apenas existes, yo puedo vivir. Cuando tu vives, yo apenas puedo existir. Pero yo estoy ahí... Y hasta que nos encontremos otra vez, si nos encontramos otra vez, Yo te deseo muerte y sufrimiento.

Carta de despedida a mi peor enemiga

‘Querida ex-amiga’, como bien dice la canción, yo vivía la vida feliz, hasta que un día te conocí, me costó mucho olvidarte, pues mi sangre era veneno, tú siempre tan atenta a que cuando no te tenía cerca de mí te echara tanto de menos, mi incondicional compañera de viajes, que me inducías e incitabas a hacer fechorías de una gravedad increíble, sin importarme nada ni nadie, sólo por tenerte dentro de mí.

Te apoderaste de mi vida, te apoderaste de mi ser e hiciste que rompiera cualquier círculo cercano a mí, incluida mi familia, sólo te quería y te necesitaba a ti, todo lo demás daba igual.

Conseguiste ser mi dueña. Tengo que decirte que a día de hoy, aún me acuerdo de ti, muy tristemente, pero aún te llevo en mi cabeza y aunque, a veces, te extraño y te echo de menos, te puedo asegurar que a día de hoy no volverás a mi cuerpo, ni a apoderarte de mi vida por mucho que lo intentes.

NO TE DEJARÉ ENTRAR DE NUEVO EN MI VIDA.

Mantendré mi sangre limpia y te alejaré lo más lejos posible de mí, como bien dice el ying-yang. Dentro de lo bueno, hay algo malo y dentro de lo malo, siempre hay algo bueno.

Lo único que encontré bueno de conocerte fue que me hiciste más fuerte, me hiciste conocer que la vida no es de color de rosa, sino que más bien puede llegar a ser tan negra a tu lado, que te hace morir.

Lo peor que me pudo pasar fue conocerte, ya que casi consigues llevarme como tu aliada, la muerte.

Pero gracias a Dios, hoy por hoy ya no te quiero, ni te deseo, tan sólo te deseo que el mal que me causaste en su momento y que sigues causando al mundo entero, se volviera de alguna forma, contra ti, que te erradicaran del planeta y desaparecieras.

No cuentes más conmigo mi querida ex-amiga y compañera, ya que la palabra “odio hacia ti” y “asco hacia mí” por haberte conocido son demasiado sencillas y pobres. No volverás a cabalgar más por mi vida, por mis venas...

Búscate otro pobre jinete que al igual que yo no sepa dónde realmente se sube hasta que él mismo se dé cuenta o en el peor de los casos... te lo lleves contigo.

14.8 Anexo 8: Frases de Comunicación “El teléfono sin palabras”

• Antes de comunicarse hay que saber escuchar
• La comunicación puede ser poderosa
• Expresa sus sentimientos de una forma honesta
• Una mirada dice más que mil palabras
• Tu cuerpo puede hablar
• Mira a los ojos a quién te habla
• Hablar es mejor que gritar
• Escucha atentamente
• ¡Antes de hablar, piensa lo que dirás!
• Donde todos piensan igual nadie piensa mucho
• No discutas repite tu afirmación
• Antes de comunicar hay que saber escuchar
• Siempre hay tiempo para soltar las palabras, pero no para retirarlas.

14.9 Anexo 9: Cronograma previo de labores

En cuanto a las labores realizadas se contaba previamente con el siguiente calendario provisional:

<u>2017</u>					<u>2018</u>							
Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Talleres grupales												
Reuniones Interconsulta												
		Revisión literatura										
		Redactar Informes							Redactar Informes			
Supervisión con Equipo Asesor												