

# MANUAL PARA PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE PRESENTAN PROBLEMÁTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

*Realizado por la Comisión de Adicciones del Colegio  
de Profesionales en Psicología de Costa Rica.*



*Personas profesionales miembros  
de la Comisión de Adicciones:*

**Diego Delgado Porras**  
**Luis Andrey Solano Sancho**  
**Maritza Mata Barahona**  
**Michael Rojas Vargas**  
**Paula Picado Granados**  
**Sharon Murillo Mora**

*Colaborador externo:*  
**Gustavo Alonso Rivera Ortega.**

# TABLA DE CONTENIDOS DEL MANUAL DE TRATAMIENTO

Presentación del Manual.....	03
Justificación .....	04
Marco Referencial.....	05
¿Qué son las sustancias psicoactivas?.....	05
Clasificación de las sustancias Psicoactivas .....	05
Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.....	06
Psicopatologías duales.....	09
Comorbilidades asociadas al consumo.....	09
Despenalización del consumo en Costa Rica .....	10
Grupos específicos de intervención .....	12
1. <i>Personas transgénero y con expresiones de género no binario:</i> .....	12
2. <i>Personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana:</i> .....	13
3. <i>Pueblos indígenas:</i> .....	13
4. <i>Personas en estado de gestación:</i> .....	13
Programas de prevención .....	17
Programas preventivos .....	17
Programas de prevención universal .....	17
Programas de prevención indicada .....	17
Escalas de evaluación para determinar el grado de severidad y el capital de recuperación: .....	19
Intervenciones psicoterapéuticas .....	21
Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente .....	21
Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick .....	23
Rehabilitación cognitiva.....	25
Terapia Cognitiva Conductual .....	26
Terapia familiar sistémica .....	26
Técnicas de mindfulness .....	28

## Presentación del Manual

El Manual para Profesionales en Psicología en el Manejo y Tratamiento de Personas que Presentan Problemas Asociadas al Consumo de Sustancias Psicoactivas, elaborado por parte de la Comisión de Adicciones del Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR), mediante la colaboración de un proyecto de grado, con el que se busca facilitar a las personas profesionales en psicología, toda aquella información científica relevante sobre el abordaje de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (TCS).

El presente manual es un instrumento que recoge literatura actualizada y vigente sobre los TCS, en un esfuerzo para orientar hacia las buenas prácticas clínicas y los métodos de rehabilitación basados en evidencia más eficaces. En este sentido, constituye un documento con alto valor científico y bibliográfico, que responde al propósito de ilustrar en el manejo de estas enfermedades.

Como punto de partida, el documento contiene una amplia revisión literaria, a partir de estudios científicos sobre las generalidades de las sustancias psicoactivas (SPA); como lo son las distintas clasificaciones de las SPA legales e ilegales, los criterios de evaluación diagnóstica para TCS, así como comorbilidades asociadas al consumo. Posteriormente, se lleva a cabo una recolección de estrategias de intervención basadas en evidencia, que se muestran eficaces en el tratamiento de estas condiciones.

El manual incide sobre la necesidad de implementar estrategias de formación y andragogía para propiciar abordajes de TCS más eficaces, aspirando a ser una guía de intervención clínica, de manera que los contenidos aquí mostrados, brindan un panorama más amplio para la comprensión del trastorno y un abordaje consistente e integral.

Aunque este documento no tiene un carácter vinculante, se considera una referencia esencial para guiar la práctica clínica y garantizar un estándar de calidad en la atención psicológica, enfocada en la temática del consumo de TCS.

# Justificación

“Los decesos atribuibles al uso de SPA tanto lícitas como ilícitas es de 11,8 millones anuales, lo cual representa una de cada cinco muertes en todo el mundo” (Ruth et al., 2018; Sequeira et al., 2022). Particularmente, Costa Rica presenta una diversidad del tipo de SPA consumidas, siendo el alcohol (consumo registrado del último mes del 28 %), el tabaco (consumo registrado del último mes del 7 %), la marihuana (consumo registrado del último mes del 4,4 %), la cocaína (consumo registrado del último mes del 0,6 %), y el crack (consumo registrado del último mes del 0,3 %), siendo las sustancias con mayor prevalencia de consumo en nuestro país (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, 2022). Además, se resaltó un desplazamiento del consumo tradicional de tabaco, por el uso de dispositivos electrónicos de administración de nicotina, con una prevalencia del 21,2 %. La epidemiología de las drogas, a su vez, ha demostrado que la prevalencia del consumo ha aumentado en sectores poblacionales más jóvenes (IAFA, 2021). Es importante señalar que la problemática del consumo de sustancias psicoactivas se ha vuelto cada vez más urgente. Desde la perspectiva psicológica, es indiscutible la necesidad de ofrecer servicios terapéuticos integrales y basados en buenas prácticas clínicas, tanto para la atención como para la prevención.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), relata en su Informe mundial sobre las drogas, de 2023, (ONU, 2023, p. 1), que la demanda de tratamientos de los TCS sigue sin atenderse, y continúa existiendo un limitado acceso a estos servicios. Los datos señalan que una de cada cinco personas que poseen problemáticas asociadas a TCS, logró recibir ayuda profesional (ONU, 2023, p. 1).

En este sentido, existe la necesidad de facilitar a las personas profesionales en psicología, las pautas fun-

damentales para un abordaje psicoterapéutico competente e integral. La atención de estos padecimientos, en ocasiones, podría llegar a ser escabroso (González, 2020, p. 84), por lo cual, se requiere adquirir un compendio de destrezas teórico-prácticas.

Por estas razones, este manual incorpora:

- Información actualizada sobre los TCS y la neurociencia de la adicción.
- Contenidos organizados de manera didáctica para mejor comprensión.
- Técnicas de abordaje basadas en evidencia frecuentemente utilizadas.
- Recomendaciones para la persona profesional en psicología.

## Marco Metodológico

En correspondencia a Hernández et al (2014, p. 92), la investigación con alcance descriptivo “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Este tipo de alcance no pretende buscar hipótesis o predicciones, sino la búsqueda de características de un fenómeno sujetos al enfoque cualitativo. Al utilizar este tipo de investigación se facilita la recopilación de conocimientos fundamentales en el abordaje de personas con TCS, con el fin de integrarlos en los contenidos dispuestos en este manual.

El desarrollo del presente manual se llevará a cabo a mediante un enfoque metodológico descriptivo. Este enfoque facilita la recolección y el análisis de los datos desde una acción indagatoria más dinámica (Hernández et al., 2014, p. 7).

## Marco Referencial

### ¿QUÉ SON LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

En términos generales, una SPA es aquel agente estimulante del sistema de recompensa cerebral, cuyo uso reiterado produce cambios neuroquímicos y neuroplásticos severos. Para la Organización Panamericana de la Salud (2023) “las [SPA] son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento”. De forma similar, el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 481), destaca que el consumo de drogas produce una activación del sistema de recompensa cerebral, provocando la sensación de “subidón”. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2023) determina que, con el uso repetitivo, estas SPA tienen la capacidad de producir dependencia y numerosas formas de daño.

### Características generales de las sustancias psicoactivas

- Producen cambios neuroquímicos en el cerebro, afectando la conducta y comportamiento.
- Tiene una acción directa sobre el sistema de recompensa cerebral, causando una breve sensación de gratificación y bienestar.
- Sustancias naturales o sintéticas, que podrían considerarse legales o ilegales, y cuyo uso reiterado puede llegar a causar una dependencia o un trastorno por consumo de sustancias.

### Clasificación de las sustancias Psicoactivas

La clasificación en esquemas y categorías no funciona de manera eficiente a la hora de evaluar los componentes de las SPA. La composición química de cada sustancia es única, y con el simple hecho de cambiar los enlaces entre átomos, o al añadir otro elemento se crea una nueva SPA, preparada para entrar en el mercado ilícito de drogas. Por esta razón, varios organismos internacionales se han dado a la tarea de regularizar su comercialización, tipificando cada compuesto conocido en distintos rangos.

Costa Rica ha ratificado la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Estos convenios internacionales proporcionan el marco legal y normativo para la fiscalización de las SPA lícitas e ilícitas.

A continuación, se explica la clasificación de SPA, empleada en Costa Rica:

#### Lista I

- *La sustancia tiene un alto potencial de abuso.*
- *La sustancia no tiene ningún uso médico aprobado en los Estados Unidos.*
- *Existe escasa seguridad para el uso de la sustancia en el área médica.*
- *Ejemplos de estas sustancias incluye: Cannabis, cocaína, fentanilo, heroína, metadona, morfina, opio, entre otros.*

#### Lista II

- *La sustancia tiene un alto potencial de abuso.*
- *La sustancia sí tiene algún uso médico aprobado en los Estados Unidos, con serias restricciones.*
- *El abuso de la sustancia podría causar severa dependencia física o psicológica.*
- *Ejemplos de estas sustancias incluye: anfetaminas, metanfetaminas, fenciclidina, entre otros.*

### Lista III

- La sustancia tiene bajo potencial de abuso, comparado con las sustancias contenidas en el Esquema I y II.
- La sustancia sí tiene algún uso médico aprobado en los Estados Unidos.
- El abuso de la sustancia podría causar moderada o baja dependencia física o psicológica.
- Ejemplos de estas sustancias incluye: preparados de las SPA contenida en la Lista II.

### Lista IV

- La sustancia tiene bajo potencial de abuso, comparado con las sustancias contenidas en el Esquema III.
- La sustancia sí tiene algún uso médico aprobado en los Estados Unidos.
- El abuso de la sustancia podría causar baja dependencia física o psicológica, comparado con las sustancias contenidas en la Lista III.
- Ejemplos de estas sustancias incluye: alprazolam, bromazepam, clonazepam, diazepam, entre otros.

Figura 1: Clasificación de las sustancias psicoactivas, adaptado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, 2020, pp. 9-10).

Si desea consultar la Lista de sustancias sometidas a fiscalización nacional, incluidos los medicamentos psicotrópicos y estupefacientes, puede consultar el listado de sustancias psicotrópicas y estupefacientes proporcionado por la Caja Costarricense del Seguro Social: **Enlace en el código QR.**



Las SPA se pueden clasificar de acuerdo con diferentes enfoques: a) sustancias basadas en una clasificación jurídica en legales o ilegales, controladas o no controladas como se mencionó 2) por su origen natural, sintético o semisintético, o 3) por su efecto en el sistema nervioso central. Esta última clasificación se realiza en función del componente activo y su efecto en el sistema nervioso (SN), que resultan en efectos psicológicos y conductuales asociados con un cúmulo de sensaciones, percepciones y emociones que experimentan los usuarios bajo el efecto de la SPA (ICD, 2003).

## TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Si bien es cierto, existen personas que realizan consumo de sustancias psicoactivas de forma ocasional, sin tipificar como un consumo problemático. Existen otros usuarios que el consumo de estas genera un trastorno (TCS).

Los TCS engloban un conjunto de sintomatologías somáticas, cognitivas y conductuales que impulsan a la persona a consumir una SPA de manera repetida (Sanz, 2019, p. 4984).

Este trastorno podría causar problemas de salud en distintas áreas de la persona que afecta directa o indirectamente en las actividades de la vida diaria.

A continuación, se enuncia los criterios de diagnóstico clínico contenidos en los manuales para la clasificación diagnóstica.

Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (5° ed.).

El Manual Diagnóstico y Estadísticos de las Enfermedades mentales, 5ª. ed. (DSM-5, por sus siglas en inglés), es un documento de clasificación de cuadros clínicos, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2014. Existen versiones anteriores del manual, siendo la quinta versión, la más reciente publicación.

Para el DSM-5, las SPA que alternan la neuroquímica cerebral son causantes de tres trastornos: intoxicación, abstencionismo (síndrome de supresión) y trastornos por consumo de sustancias (Morrison, 2014, p. 393).

**Trastorno por consumo de sustancias:** Una persona ha utilizado una SPA con frecuencia suficiente para que le genera malestar clínicamente significativo o un compromiso con su funcionamiento. Este trastorno puede desarrollarse de manera accidental, por ejemplo, en la utilización de medicamentos para el manejo del dolor crónico (Morrison, 2014, p. 393).

**Intoxicación por sustancias:** Deriva del consumo excesivo de alguna sustancia. Cualquier persona puede intoxicarse; se trata del único diagnóstico relacionado con una sustancia que puede aplicarse a un individuo que solo utiliza una sustancia una vez (Morrison, 2014, p. 393).

#### **Abstencionismo (Síndrome de abstinencia):**

Corresponde a un conjunto de síntomas, específicos para el tipo de sustancia, y se desarrolla cuando la persona que ha consumido con frecuencia deja de utilizarla o reduce de forma intensa su dosis (Morrison, 2014, p. 393).

Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª ed.).

La Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª ed. (CIE-11) corresponde a una norma internacional elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el registro, análisis, interpretación y comparación de datos de mortalidad y morbilidad (Vásquez, 2021).

A continuación, se expone la categorización de los trastornos, debido a consumo de sustancias, según el CIE-11, (Organización Mundial de la Salud, 2023).

**Episodio de uso nocivo:** Episodio único que ha causado daños a la salud física o mental, o ha provocado comportamientos que pueden dañar la salud de otras personas.

**Patrón nocivo de uso:** Patrón de uso que ha causado daños a la salud física o mental, o ha provocado comportamientos que pueden dañar la salud de otras personas. El patrón es evidente durante un periodo de al menos 12 meses, si el consumo es episódico o, al menos, un mes, si es continuo.

**Intoxicación:** condición transitoria clínicamente significativa que se desarrolla durante o poco tiempo después del uso de la sustancia, y se caracteriza por alteraciones en las funciones mentales.

**Dependencia:** La dependencia surge del consumo repetido o continuo de la sustancia. El rasgo característico es un fuerte impulso interno por consumir, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el uso, aumentando la prioridad otorgada al uso sobre otras actividades y la persistencia del uso a pesar del daño o las consecuencias negativas. Una vez definido el patrón de dependencia, se debe especificar si el consumo es:

**Dependencia, consumo actual:** Dependencia actual con consumo dentro del último mes.

**Dependencia, remisión completa temprana:** Después de un diagnóstico de dependencia, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), el individuo se ha abstenido de usar la sustancia durante un período que dura entre 1 y 12 meses.

**Dependencia, remisión parcial prolongada:** Después de un diagnóstico de dependencia, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), hay una reducción significativa del consumo de la sustancia durante más de 12 meses, de manera que, aunque haya habido consumo de la sustancia durante este período, no se han cumplido los requisitos para la definición de dependencia.

**Dependencia, remisión completa prolongada:** Después de un diagnóstico de dependencia, y a menudo después de un episodio de tratamiento u otra intervención (incluida la intervención de autoayuda), la persona se ha abstenido de consumir cannabis durante 12 meses o más.

Como se aprecia, una particularidad de la categorización anterior, es que permite a la persona evaluadora emitir un criterio diagnóstico sumamente minucioso y preciso, debido a todas las subcategorías diagnósticas e indexación de los trastornos.

Sin embargo, no todas las personas que son usuarios de SPA, llegan a cumplir con los criterios para un TCS. Antes bien, pueden experimentar dependencia desde leve hasta severa. Algunos autores explican la depen-

dencia desde un enfoque conductual y desde un enfoque biológico (Vila, 2015). El primer enfoque explica la dependencia como un proceso de aprendizaje, es decir, es el resultado de la interacción entre el patrón de consumo y la asociación con los ambientes de consumo. Mientras que el enfoque biológico considera que la dependencia es una enfermedad del cerebro (Koob y Volkow, 2016).

Por otro lado, la dependencia química, sea esta legal o ilegal, es un proceso que implica, tanto el enfoque conductual como el biológico, ajustada más a un trastorno, en la medida en que el uso sin control induce a comportamiento disfuncional en la persona que lo experimenta (Satel Sally, 2014).

Piazza y Deroche-Gamonet (2013), mencionan que la dependencia es la manifestación de la interacción progresiva de tres etapas que se relacionan con la vulnerabilidad individual y el patrón de consumo que va adquiriendo el usuario. Estas fases se caracterizan porque son consecutivas, pero independientes, lo que quiere decir que algunas personas no avanzan hasta la tercera fase, sin embargo, los individuos que transcurren por las tres fases, requieren de constancia en el tiempo. Estas fases son:

- 1. Uso esporádico de la sustancia:** un gran porcentaje de la población es común que mantenga un uso esporádico de alguna sustancia psicoactiva. Según el tipo de sustancia y de los efectos agudos, así como de la gratificación que experimente, es posible que aumente la probabilidad de repetir la conducta.
- 2. Uso intenso, sostenido y escalado del consumo de la sustancia:** En esta fase, un porcentaje menor de usuarios se caracteriza por mantener un patrón de consumo intenso, sostenido y escalado de la sustancia. En esta fase se ha realizado un cambio cualitativo, que se refleja en las conductas de búsqueda y alta intolerancia para retrasar la recompensa.
- 3. Pérdida de control:** Esta fase se caracteriza, porque marca el inicio de un trastorno por consumo de sustancias, debido no solo a los cambios cualitativos, sino que también por los cuantitativos. Es decir, se ve reflejado en el malestar físico, emocional y conductual de la persona, caracterizado por:
  - Pérdida de control de la ingesta
  - Presencia de conducta impulsiva y compulsiva
  - El deseo "craving"
  - Conducta automática de consumo
  - Intolerancia a postergar la recompensa



**Craving:** se puede describir como el deseo o ansias de introducir una SPA en el cuerpo (Skinner y Aubin, 2010; Leiva y Urzúa, 2017, p. 6). Se presenta cuando no se tiene la SPA disponible o el sujeto está manteniendo la abstinencia (Tiffany, 1990; APA, 2013; Leiva y Urzúa, 2017, p. 6).

**Deterioro cotidiano:** según el DSM-5, una de las condiciones para consolidar el diagnóstico es que haya una repercusión directa en la vida de la persona. Su cotidianidad ha cambiado de forma negativa, ha presentado problemas laborales como resultado de su consumo, deterioro social y de la higiene personal, en ocasiones, deserción académica, etc.

**Consumo impulsivo-compulsivo:** la persona no puede controlar o medir la cantidad de la sustancia consumida, llegando a intoxicarse siempre que tenga a disposición la SPA.

**Síndrome de supresión:** se define como “los signos y síntomas posteriores a la suspensión de la ingesta [de SPA] que clásicamente se manifiesta en las primeras 48 horas en los individuos [con TCS]” (Rebolledo, Granados, González, 2018, p. 583).

**Desarrollo de tolerancia:** corresponde cuando el sujeto debe consumir mayores cantidades de la SPA para sentir sus efectos placenteros como la primera vez que la consumió.

## PSICOPATOLOGÍAS CONCURRENTES

La psicopatología dual se puede comprender como la existencia simultánea de un trastorno, debido al consumo de sustancias y un trastorno mental (Confederación Salud Mental España, 2020, p. 7).

Existen tres hipótesis que explican el origen de las psicopatologías duales (Confederación Salud Mental España, 2020, p. 7):

- La dependencia a sustancias es el trastorno primario que induce la aparición de un trastorno mental.
- Las sustancias se utilizan como automedicación, con el fin de suprimir los síntomas psiquiátricos existentes. Por ejemplo, posterior a un episodio maníaco la marihuana podría aliviar la sintomatología adversa residual del síndrome expansivo.
- La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de los mismos factores de riesgo y predisposición genética.

Las personas que poseen un diagnóstico dual son estadísticamente menos favorables en su pronóstico, comparados con otros trastornos mentales. Estos individuos experimentan mayores tasas de internamiento psiquiátrico y hospitalario, elevado riesgo de suicidio, alta probabilidad de recaídas en el consumo y muertes prematuras (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2022, p. 9).

Algunos datos sugieren que aproximadamente el 50 % al 80 % de los consumidores de sustancias tienen un trastorno mental coexistente (Kingston et al., 2017; Torrens et al., 2015; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2022, p. 10). Los trastornos más comunes son el trastorno de depresión mayor y la ansiedad; sin embargo, pueden existir otras condiciones (trastorno de estrés postraumático, psicosis, trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad y demás).

## COMORBILIDADES ASOCIADAS AL CONSUMO

El concepto de comorbilidad varía dependiendo del autor, no obstante, en este manual se comprenderá como la coexistencia de un trastorno del tercer eje de diagnóstico multiaxial con trastornos de diferentes ejes.

### Esquema de Diagnóstico Multiaxial

El Esquema de Diagnóstico Multiaxial es un esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud por implementar una clasificación estandarizada de los trastornos psiquiátricos en una jerarquía de cinco ejes diagnósticos (Organización Mundial de la Salud, 1996, p. 2).

- Eje I. Se registran los trastornos mentales que presenta la persona en el momento de la evaluación (Campo, 2003, p. 33). En este eje corresponde los trastornos como la esquizofrenia, trastornos depresivos mayor, entre otros.
- Eje II. Se consignan determinantes de larga evolución, que son difíciles de modificar en el corto plazo (Campo, 2003, p. 33). Por ejemplo: trastornos de la personalidad, trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual, entre otros.
- Eje III. Se refiere a problemas médicos presentes en el momento de la evaluación que pueden repercutir en la evolución del diagnóstico del eje I Campo, 2003, p. 33. Se pueden mencionar el asma, la diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otros.
- Eje IV. Se anota los factores estresores psicosociales que han estado presentes durante el último año, que podrían ser responsables de la evolución

del cuadro de eje I (Campo, 2003, p. 33). Algunos ejemplos podrían ser problemas con la ley, abuso sexual o físico, desempleo, analfabetismo, entre otros.

- Eje V. Se hace una evaluación del funcionamiento del área interpersonal, intrapersonal, académica y laboral. Este eje cuenta con una evaluación cuantitativa del rendimiento global, la cual valora el grado de deterioro que producen los síntomas psicológicos en la vida del paciente.



Figura 4: Esquema de Diagnóstico Multiaxial de Psiquiatría, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Campo, 2003, p. 33).

Las comorbilidades del eje III son frecuentes entre las personas que consumen sustancias. Algunas de las enfermedades que podrían presentarse son: enfermedades del corazón o de los pulmones, derrames cerebrales y cáncer (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020c).

El tabaco podría causar cáncer del pulmón, las metanfetaminas podrían causar severos problemas dentales y los opiáceos pueden llevar a la sobredosis y a la muerte, y los inhalantes volátiles podrían dañar y destruir las células nerviosas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020). De forma complementaria, el uso de sustancias inyectables podría incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana y la Hepatitis C (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020).

Los problemas con la ley también es un factor importante para evaluar, contenido en el eje IV. “Un sustancial porcentaje de criminalidad juvenil está asociada al consumo de sustancias” (Pedersen y Skardhamar, 2010; Egnell et al., 2019; Anderberg et al., 2022, p. 407).

## DESPENALIZACIÓN DEL CONSUMO EN COSTA RICA

Es importante hacer notar que, en Costa Rica, a diferencia de otros países, el consumo de sustancias está despenalizado. La Ley sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de Uso no Autorizado y Actividades Conexas, Ley N° 7093, establece lo siguiente en sus artículos 5 y 6:

**Artículo 5.-** Es deber del Estado procurar los recursos económicos necesarios a fin de asegurar el tratamiento para rehabilitar, readaptar socialmente y educar a las personas afectadas por el consumo de las drogas a que se refiere esta Ley. Su tratamiento estará a cargo del Ministerio de Salud, de la Caja Costarricense de Seguro Social, del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y de cualquier otro ente o institución legalmente autorizados. En todo caso, corresponde al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia la rectoría técnica en esta materia, bajo la tutela del Ministerio de Salud.

**Artículo 6.-** El Estado prestará protección y auxilio a los farmacodependientes que sean sometidos al tra-

tamiento de rehabilitación.

En resumen, el Estado costarricense debe proporcionar los mecanismos de salud pública necesarios para la rehabilitación y desintoxicación de personas con problemáticas asociadas a las sustancias.

Recomendaciones en el abordaje de poblaciones clave

## Sectores etarios

### A. Personas menores de edad

Para efectos del presente manual, la persona menor de edad (PME) será comprendida como cualquier “niño o niña a toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho” (Código de la niñez y adolescencia de Costa Rica, 1998, artículo 2).

De conformidad con la encuesta del IAFA (2021), la encuesta reveló que, sobre el porcentaje de estudiantes con curiosidad por probar distintos productos psicoactivos, las bebidas energizantes lideran como la sustancia con mayor curiosidad de consumo (el 18,3 %). Seguido de las bebidas alcohólicas, con un 7,0 % de personas informantes que manifestó curiosidad por probarlas, el cannabis con un 3,3 %, seguido por los alucinógenos con un 3 %.

Sobre el acceso a las sustancias psicoactivas, un 50,3 % de las personas informantes indicaron que



les habría resultado sencillo adquirir al menos uno de los 15 productos psicoactivos por los que se les preguntó. El producto que un mayor porcentaje de estudiantes consideró como fácil de adquirir fueron las bebidas energizantes (el 44,3 %), seguido por las bebidas alcohólicas con un 24,1 %. Seguido por el tabaco (el 11,8 %), y el cannabis (el 7,7 %). Cabe señalar que, actualmente,

los dispositivos de administración electrónica de nicotina han aumentado su incidencia en este sector de la población.

La edad promedio de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas alcanzó los 13,8 años, con una incidencia de 38,2 % o, lo que es igual, 382 por cada mil estudiantes. Por otro lado, la edad promedio de la primera ocasión de fumado de cigarrillos tuvo un valor máximo de 13,7 años, la prevalencia de vida del uso de

dispositivos electrónicos (vapeo) fue del 13,1 %. Entre personas jóvenes, el consumo activo (últimos 30 días) entre las mujeres fue del 2,4 % en mujeres, y del 4,1 % entre los hombres, siendo que en la encuesta de hogares se ubicaba en un 9 %

Los porcentajes de consumidores activos de cannabis lograron máximos relativos en los mismos niveles académicos, para noveno año, el porcentaje fue del 4,4 %, y para doceavo año el porcentaje fue del 6,1 %. La edad de inicio se ubicó en 14,5 años.

En lo que respecta al consumo de cocaína y crack, existen fluctuaciones en la incidencia del consumo, de 0,7 a 0,3 % respectivamente. Sobre otras sustancias, la mayor prevalencia de vida se observó en el consumo de hongos o plantas alucinógenas, con 1,5 %, dándose el valor más alto en estudiantes de noveno año.

Es fundamental destacar que, la temprana consumición de sustancias aumenta el riesgo de una rápida progresión hacia el abuso y el trastorno por consumo de sustancias (Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020, p. 85).

Particularmente, la mayoría de la niñez y adolescencia no consumen narcóticos; no obstante, quienes sí lo hacen suelen tener diversos factores de riesgo y pocos agentes protectores (Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020, p. 85). Observe la siguiente tabla que resume algunas de las razones para el abuso de sustancias en estas edades.

*Tabla 1: Factores de riesgo que podrían incidir en el consumo de sustancias a tempranas edades, adaptado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020, p. 85).*

1. Negligencia, abuso físico, abuso sexual, abuso emocional y otras formas de violencia.

2. Explotación en el mercado de las drogas (utilizados como manufactura).

3. Pobreza, sinhogarismo, hambruna, discriminación.

1. Predisposición genética al nacer.

5. Desarrollo de la personalidad y procesos de socialización.

Cualquier persona puede sufrir las consecuencias del consumo de sustancias, sin embargo, las PME podrían tener pronósticos más desfavorables. Durante la niñez y la adolescencia, el lóbulo prefrontal del cerebro aún no está completamente desarrollado. Esta característica fisiológica hace a la persona significativamente más vulnerable por desarrollar dependencia del narcótico (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020b, p. 3).

### **A. Persona joven**

No existe una definición universal para la persona joven, no obstante, las Naciones Unidas considera jóvenes a las personas entre los 15 a 24 años (Naciones Unidas, 2023).

El Informe mundial sobre las drogas de 2023 (ONU, 2023, p. 1) rescata que las personas jóvenes siguen siendo el grupo más vulnerable al consumo de drogas. Como resultado de esto, incrementa el riesgo de desenlaces nocivos para la salud (Tena et al., 2018). Algunos factores de riesgo podrían ser: la inmadurez neurobiológica, las conductas impulsivas, la presión de pares, la búsqueda de la identidad propia, el sentido de pertenencia a un grupo y demás situaciones las que influyen hacia el consumo de sustancias.

Ahora bien, los factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas son de naturaleza multifactorial (Tena et al., 2018). Dado esto, es fundamental proporcionar programas de prevención y reducción de daños, informando al usuario sobre las consecuencias de un consumo nocivo. Es inevitable que las personas adolescentes consuman sustancias, por lo cual, la psicoeducación hacia patrones de consumo no dañinos es lo más adecuado.

### **B. Persona adulta mayor**

Es posible que, al paso de los años, las personas adultas mayores padezcan de diversas enfermedades atribuidas a la edad. Lo cual, los hace más propensos a experimentar cambios en el estado de ánimo, enfermedades pulmonares o cardíacas y problemas de memoria, y las sustancias pueden empeorar estas condiciones o exacerbar sus consecuencias negativas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2020a).

El Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (s.f., p. 2) afirma que los patrones de consumo de alcohol de las personas adultas mayores suelen ser constantes, pero a menores cantidades, lo cual po-

dría derivar en graves afecciones en los órganos y sistema nervioso. Además de esto, son más vulnerables a intoxicarse, puesto que podrían estar tomando medicamentos que interactúan de formas peligrosas con el alcohol (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, s.f., p. 1).

Algunos de los factores que se deben tomar en consideración a la hora de evaluar a un adulto mayor, son los siguientes:

1. Muchas personas adultas mayor dependen económicamente de sus familiares. Esta dependencia podría materializarse en la financiación del consumo (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, s.f., p. 2).
2. Los trastornos neurodegenerativos son un diagnóstico que se debe evaluar, si el caso lo amerita, y adaptar la intervención a las necesidades de la persona adulta mayor y sus familiares.
3. Los familiares o cuidadores pueden animar a la persona adulta mayor a consumir sustancias, con el fin de hacerlos más dóciles o explotarlos económicamente (Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, s.f., p. 3).

## **GRUPOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN**

### **1. Personas transgénero y con expresiones de género no binario**

La identidad de género es la vivencia interna sobre cómo se siente cada persona, lo cual podría o no corresponder con el sexo asignado al nacer, la vivencia personal de su cuerpo, la vestimenta, la forma de hablar y los modales (Lampert, 2017, p. 3). De la mano con lo anterior, la expresión de género es definida por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como la “manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género” (CIDH, 2008; Lampert, 2017, p. 4).

Ser transgénero quiere decir que la identidad de género de la persona es diferente del sexo asignado al nacer (Planned Parenthood Federation of America, 2023). Por ejemplo, una persona cuyo sexo al nacer fue asignado femenino, años más tarde puede comenzar a identificarse como masculino.

Por otro lado, las expresiones de género no binarios, es cuando la persona no encaja o no se identifica como masculino ni femenino. La persona no binaria

puede identificarse como hombre y mujer, a la vez, un término neutro entre estas expresiones de género o estar completamente fuera de estas categorías (Planned Parenthood Federation of America, 2023).

Lamentablemente, las personas trans y no binarias afrontan mucho prejuicio y estigma social al margen de una sociedad conservadora. Estas poblaciones poseen un mayor riesgo de problemas de salud mental, elevados niveles de depresión, mayor riesgo de suicidio, alta prevalencia de malestar psicológico grave y abuso de sustancias (Guzmán et al., 2020).

Cuando se aborden estas poblaciones, es vital el reconocimiento de la expresión de género con la que se identifican. Las personas trans y no binarias eligen sus nombres propios y sus pronombres conforme a su identidad, siendo esa forma como deberán ser nombradas (Recchi et al., 2018, p. 7).

## **2. Personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad infecciosa que ataca y debilita el sistema inmunitario, haciendo más fácil contraer enfermedades oportunistas (OMS, 2023). Este virus puede ser contraído mediante relaciones sexuales anales o vaginales, sin protección, no obstante, no es la única forma de contagio. Algunas conductas de riesgo podrían ser: compartir agujas, jeringas u otros implementos para inyectar sustancias vía intravenosa; utilizar instrumentos de perforación corporal o agujas de tatuadores que no son nuevos o no han sido esterilizados (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021).

El consumo de sustancias inyectables aumenta el riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades infecciosas. De la misma forma, el consumo de sustancias podría alterar el juicio del usuario, incrementando la posibilidad de incurrir en conductas riesgosas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021). Algunas de las sustancias frecuentemente consumidas por las personas que viven con VIH son: alcohol, opioides, metanfetaminas, cocaína, crack y sustancias inhalantes (como los poppers; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021).

## **3. Pueblos indígenas**

En Costa Rica se reconocen ocho pueblos indígenas: Cabécar, Bribri, Ngäbe, Térraba, Boruca, Huetar, Maleku y Chorotega; los cuales constituyen cerca del 2,4 % de la población costarricense (Camacho, 2021). Cada uno de estos pueblos originarios posee distintas costumbres, idiomas y cosmología; elementos que los hacen diferenciarse unos de otros. Asimismo, existen 24 territorios indígenas protegidos, los cuales representan el 6,7% del territorio nacional (Red Internacional de

Derechos Humanos y Mesa Nacional Indígena de Costa Rica, 2019, p. 2).

Las investigaciones sobre el consumo de sustancias psicoactivas en pueblos indígenas en Costa Rica son limitadas, no obstante, se pueden rescatar algunas consideraciones importantes. La Organización Panamericana de la Salud (2011; Gutiérrez, 2020) ha afirmado que, en el pasado colonial, los altos niveles de pobreza y el restringido acceso a los servicios de salud y educación hacen que la población indígena en América Latina sea vulnerable al consumo excesivo de alcohol. De la mano con este autor, los pueblos indígenas, no solo están expuestos a estos factores de riesgo, sino que además deben enfrentar la ocupación ilegítima de sus territorios, el desarraigo cultural y la desaparición de sus idiomas nativos (Gutiérrez, 2020).

## **1. Personas en estado de gestación:**

El consumo de sustancias en personas gestantes conduce a situaciones de alto riesgo para la persona embarazada y el feto (Reche et al., 2018, p. 1). Los teratógenos pueden llegar a afectar el desarrollo del bebé en el vientre, por lo cual, bajo ninguna circunstancia la persona en etapa gestante debe consumir sustancias psicoactivas o medicamentos contraindicados para el embarazo.

La siguiente Figura muestra algunas de las consecuencias que pueden perjudicar al bebé por el consumo de sustancias:

**Figura 5:** Recopilación de los padecimientos médicos en fetos, a causa del consumo de sustancias durante la gestación, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega. (De Carlo, 2020, p. 22).

### Efectos de las SPA sobre el Feto y el Recién Nacido

#### Perinatales

Embarazo ectópico.  
Parto Prematuro.  
Anomalías o malformaciones congénitas.  
Pérdida del bienestar fetal.  
Aborto espontáneo.  
Muerte fetal intrauterina.  
Transmisión vertical de infecciones.

#### Posnatales

Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).  
Síndrome apneico.  
Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).  
Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN).  
Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).  
Alteraciones psicomotoras y del crecimiento.  
Hipertensión arterial.

Es destacable señalar que el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN), es la complicación más aguda que se presenta con mayor frecuencia entre los bebés que estuvieron expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación (De Carlos, 2020, p. 22), es decir, la persona gestante frecuentemente consumía sustancias en el momento del embarazo. En el momento del parto, cuando se corta el cordón umbilical del neonato, el suministro del aporte de la sustancia en la sangre del bebé se interrumpe, provocando en las siguientes horas o días lo que se conoce como el síndrome de abstinencia (Silva et al., 2022, p. 3878).

Particularmente, el embarazo de personas consumidoras es un acontecimiento de alto riesgo para el binomio materno-fetal. La gestación es una etapa vulnerable para ambas partes, haciendo el consumo de sustancias aún más nocivo (Reche et al, 2018, p. 2). Los nullos o pocos cuidados prenatales, el mal estado nutricional, el riesgo de infecciones y la limitada posibilidad de seguimiento y tratamiento que podrían presentar las personas gestantes son algunas de las consideraciones que requieren un abordaje integral y urgente (Silva et al, 2022, p. 3878).

### 1. Personas en contacto con el sistema de justicia penal:

Entre las comorbilidades que podría presentar un consumidor habitual de sustancias, los encuentros

con los sistemas de justicia es un factor considerado en el IV eje de diagnóstico Multiaxial. A lo largo de distintas investigaciones sobre la delincuencia y el consumo de sustancias, se presenta tres modelos que explican el nexo entre las sustancias psicoactivas y el delito.

**Figura 6:** Modelo tripartito de Goldstein y tipología delictiva más frecuente, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Gómez, 2021, p. 13).

### Consumidor-delincuente

El sujeto no es capaz de sustentar por medios propios su consumo de sustancias, por lo cual, incurrirá en actos ilegales y delictivos para conseguirla; o, infringe las normas, debido a los efectos de la sustancia (delincuencia psicofarmacológica).

### Delincuente-Consumidor

Sujeto con largo historial criminológico que excusa sus acciones al responsabilizar a la sustancia de su comportamiento, siendo el consumo un hecho secundario, que no incide directamente en actos delictivos.

### Determinantes comunes

El consumo de sustancias y la delincuencia están mediadas por variables externas. Algunos de estos factores son circunstancias familiares, sociales y genéticas. La sustancia y la delincuencia están correlacionadas por su simultaneidad en la comisión del acto.

Es importante mencionar que el comportamiento de la persona dependerá del tipo de sustancia que consume. Es decir, las sustancias depresoras, estimulantes y alucinógenas podrían hacer que el sujeto actúe de maneras diferentes cuando se encuentre bajo los efectos de estas (Gómez, 2021, p. 16).

Por lo general, las sustancias depresoras propician a cometer delitos contra la seguridad de tránsito; por ejemplo: conducción temeraria o conducción bajo los efectos de la sustancia (Gómez, 2021, p. 16). Al contrario, las sustancias estimulantes y alucinógenas podrían desencadenar acontecimientos violentos y sintomatología paranoide (Gómez, 2021, p. 16).

Bajo los efectos de estas sustancias, el control de impulsos y ataques violentos podrían ser factibles, por ejemplo: homicidio, lesiones, riñas, agresiones sexuales, desobediencia contra la autoridad, conducción temeraria, excesos de velocidad al volante, entre otros (Gómez, 2021, p. 16).

Dentro de estas nociones, es importante remarcar que, en la confesión de un crimen, la persona profesional en psicología deberá levantar el secreto profesional e informar inmediatamente a las autoridades competentes, por ejemplo, al Organismo de Investigación Judicial.

El Código Procesal Penal de Costa Rica reza en su artículo 281, inciso B, que las personas que ejerzan en cualquier rama del arte de curar tienen la obligación de denunciar los delitos que hayan sido de su conocimiento en el momento de prestar los auxilios de su profesión (Código Penal de Costa Rica, 1996).

### III. Estrategias de intervención basadas en evidencia

#### Niveles de atención

El TCS es una enfermedad crónica muy compleja, pero tratable (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, 2018, p. 5). Existen diferentes servicios que se les puede brindar a las personas con TCS, de conformidad con las Políticas del Sector Salud (IAFA, 2022, p. 78).

#### Nivel I: Atención ambulatoria

El primer nivel de atención centra sus esfuerzos en desarrollar estrategias de detección temprana del consumo de SPA problemático, bajo la modalidad de consultas ambulatorias, es decir, sin internamiento (IAFA, 2022, p. 78).

Se podría decir que son la principal puerta al sistema de salud y se encargan de realizar el diagnóstico y tratamiento inicial del TCS, así como referir a clínicas u hospitales, a Centros de Atención Integral en Drogas (CAID) del IAFA, a ONG y otras instancias afines (Decreto Ejecutivo 37.110, 2012). Dentro de las funciones que deben realizar estos centros se encuentran:

*Figura 7: Acciones por desarrollar en el Primer Nivel de Atención (Recuperado de: Organización Panamericana de la Salud, 2000; Decreto Ejecutivo 37.110, 2012).*

#### Acciones por desarrollar en el Primer Nivel de Atención

- Detección oportuna en comunidad de casos aún no detectados por el sistema de salud.
- Entrevistas clínicas y familiares.
- Exámenes de gabinete (herramientas que permiten valorar el estado de salud o enfermedad de la persona).
- Examen físico y mental.
- Orientación y referencia.
- Charlas de orientación e información.
- Coordinación con grupos de autoayuda.
- Medidas generales en casos leves.
- Coordinación interprogramática.

## Nivel II: Atención ambulatoria mixta o parcial

El segundo nivel de atención es similar a la atención ambulatoria, sin embargo, debido a la intoxicación o el síndrome de supresión derivados del consumo la persona requiere un internamiento hospitalario (IAFA, 2022, p. 78).

Los servicios del segundo nivel de atención son compuestos por equipos interdisciplinarios que diseñan y desarrollan planes terapéuticos individualizados para consumidores de SPA con patrones perjudiciales o dependencia (Decreto Ejecutivo 37.110, 2012).

Estos servicios pueden referir a hospitales, ONG o al IAFA aquellas personas que experimentan complicaciones no manejables, como intoxicación o comorbilidades (Decreto Ejecutivo 37.110, 2012). Dentro de las funciones que deben realizar estos centros se encuentran:

Figura 8: Acciones por desarrollar en el Segundo Nivel de Atención (Recuperado de: Organización Panamericana de la Salud, 2000; Decreto Ejecutivo 37.110, 2012).

### Acciones por desarrollar en el Primer Nivel de Atención

- Detección oportuna en comunidad de casos aún no detectados por el sistema de salud.
- Entrevistas clínicas y familiares.
- Exámenes de gabinete (herramientas que permiten valorar el estado de salud o enfermedad de la persona).
- Examen físico y mental.
- Orientación y referencia.
- Charlas de orientación e información.
- Coordinación con grupos de autoayuda.
- Medidas generales en casos leves.
- Coordinación interprogramática.

## Nivel III: Atención residencial con modalidad de internamiento

En el tercer nivel de atención se encuentran los tratamientos residenciales, donde la persona es internada en un centro de desintoxicación por una estancia a corto (plazo no superior a seis semanas), mediano (plazo de hasta seis meses) o largo plazo (plazo de hasta un año; IAFA, 2022, p. 78). Estos centros usualmente cuentan con equipos interdisciplinarios, como medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social, con el fin de apoyar las necesidades de las personas que recurren a estos servicios.

En correspondencia con la Dirección y Elaboración de la Estrategia Nacional para el Abordaje y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas con Enfoque de Salud Pública en Costa Rica 2017-2021 (2017), en Costa Rica, el 13 % de los servicios de tratamiento residencial son ofertados por el IAFA y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), mientras que el 87 % restante son ofrecidos por organizaciones sin fines de lucro (ONG). Esto evidencia el importante rol que tiene el sector privado en la atención a personas que poseen problemáticas asociadas a TCS.

Figura 9: Acciones por desarrollar en el Tercer Nivel de Atención (Recuperado de: Organización Panamericana de la Salud, 2000; Decreto Ejecutivo 37.110, 2012).

### Acciones por desarrollar en el Tercer Nivel de Atención:

Orientación y referencia.	Reinserción social.
Diagnóstico y Evaluación en casos graves.	Atención y orientación de recaídas.
Medidas generales y específicas en casos graves.	Charlas de orientación e información.
Atención de las complicaciones.	Coordinación con grupos de autoayuda.
Diagnóstico integral.	Coordinación con demás niveles de atención.
Inducción al tratamiento.	Docencia y capacitación.
Manejo de la abstinencia.	Coordinación interprogramática.

## **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN**

Los programas de prevención se enfocan en grupos poblacionales que podrían estar en riesgo de desarrollar TCS (Rural Health Information Hub, 2020). Estas iniciativas ayudan a empoderar a las personas con conocimientos y herramientas para un consumo responsable y consecuente.

Las escuelas y colegios, los servicios de salud pública y otras organizaciones pueden implementar estos programas, los cuales deben ser desarrollados en evidencias, impulsando comportamientos positivos y saludables, en lugar de intentar parar y restringir conductas a través de la manipulación o estrategias contrarias a la ciencia (Washington State Health Care Authority, 2019, p. 6).

## **PROGRAMAS PREVENTIVOS**

Los programas preventivos son aquellos esfuerzos que potencian factores protectores frente al consumo de SPA y cuya finalidad es que no se llegue a presentar, o por lo menos retrasar su inicio en PME (IAFA, 2022, p. 78). Estos programas son ampliamente aplicados en grupos poblacionales jóvenes, donde la mayor parte de personas aún no han iniciado el consumo de SPA.

## **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL**

La prevención universal es dirigida a la población general para orientar e informar sobre las consecuencias derivadas del consumo de SPA (IAFA, 2022, p. 78). Puede desarrollarse en PME, jóvenes y personas adultas, con el propósito de educar sobre las consecuencias de un consumo desproporcionado y sin medidas.

## **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA**

Los programas de prevención indicada se desarrollan para aquellos grupos que consumen SPA y que podrían llegar a presentar problemáticas asociadas al consumo de SPA. Esencialmente, el objetivo de la prevención indicada es informar sobre las consecuencias del consumo y empoderar los usuarios con conocimientos sobre los TCS. Puede aplicarse a poblaciones de alta vulnerabilidad social, hijos(as) de personas consumidoras, habitantes de zonas urbano-marginales, entre otros (IAFA, 2022, p. 78).

A continuación, en la figura 9 se puede visualizar lo expuesto de una forma más clara.

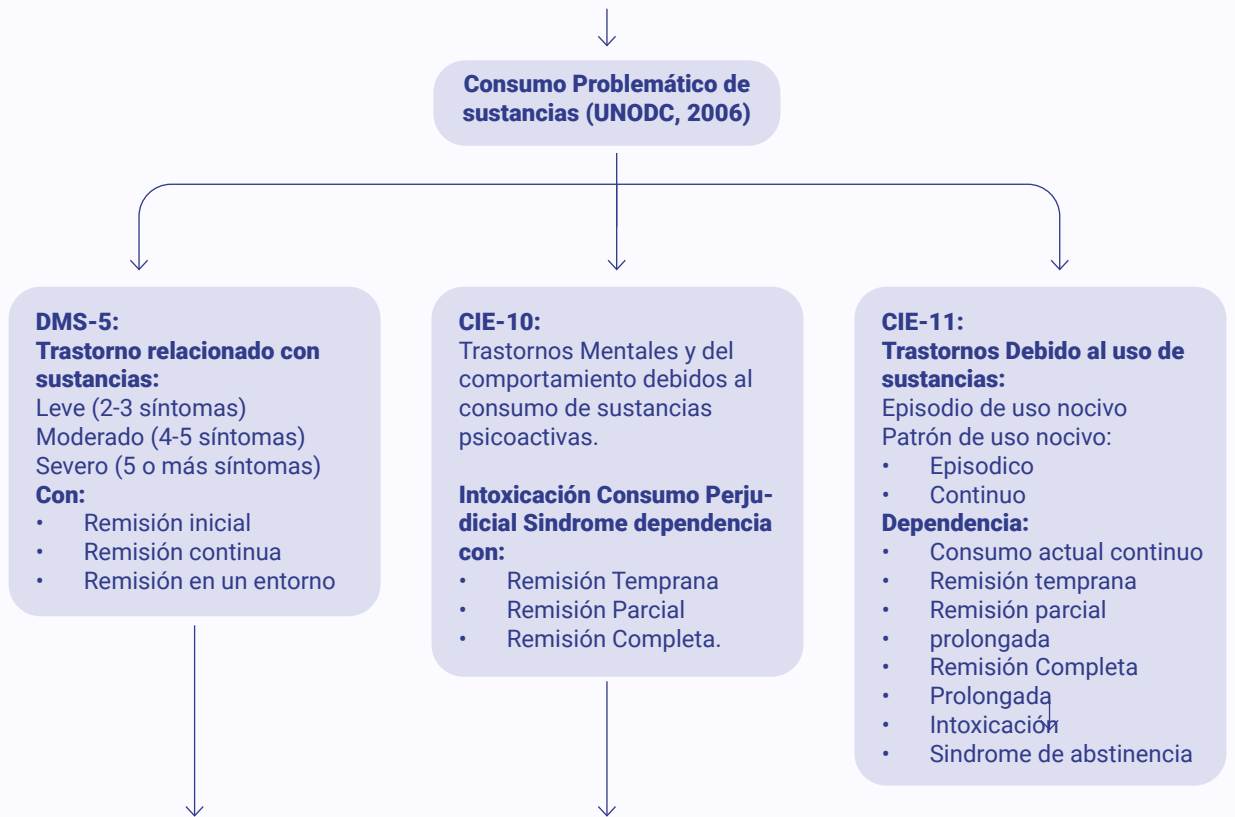
Así también, una guía que la persona profesional puede seguir en el momento de identificar la existencia de un consumo problemático de sustancias, identificar el grado de severidad del consumo y la existencia o no de un TRC, a su vez, definir, a partir de la evaluación, cuál es la meta terapéutica, acordada con la persona usuaria y las posibles modalidades de atención con las que se cuenta a nivel país.

Basado en Enfoque Derechos Humanos (UNGAS,2016),DMS-5,CIE-10, CIE-11, Modelo de Abordaje Integral del Consumo de Sustancias psicoactivas con enfoque de Salud Pública (IAFA, 2020)

1° y 2° nivel

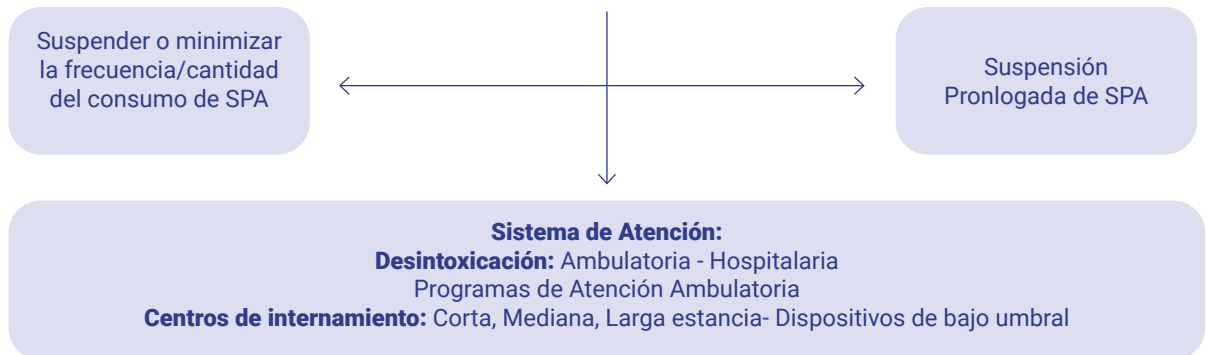


3° y 4° nivel.  
Identificar el grado de severidad del consumo SPA



Guías mhGAP2.0: Determinar el tipo de atención

Tipo de atención basado en la meta terapéutica en conjunto con la persona usuaria.



## Escalas de evaluación para determinar el grado de severidad y el capital de recuperación

Es importante tomar en consideración las escalas para determinar el plan de atención de la persona que inicia un proceso de recuperación, se recomienda utilizar test de tamizaje, para determinar el grado de severidad y poder determinar las áreas que se deben fortalecer, de manera que estas permitan fomentar la adherencia, así como prevenir la recaída.

Por tanto, dentro de las herramientas que permiten determinar el grado de severidad recomendada por la OMS, se encuentra “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (The Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, ASSIST), la cual fue elaborada principalmente para detectar el consumo de drogas, pero puede utilizarse también para detectar el consumo de alcohol y tabaco, sobre todo, en entornos donde el consumo es alto. La prueba se considera una herramienta clave para medir el consumo de diferentes sustancias psicoactivas.

Por otra parte, según las normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas, define el “capital de recuperación”, se contempla como la cantidad de recursos internos y externos que se pueden emplear para iniciar y sostener la recuperación.

La amplitud y la profundidad de los recursos internos, así como los externos con los que cuenta la persona en proceso de recuperación, pueden servir como base para determinar el potencial de oportunidades o de áreas que se debe reforzar para su proceso de acción.

Por tanto, la intención es poder determinar la estrategia, que permita aumentar la capacidad de recuperación, para lo cual es importante contemplar la evaluación de las siguientes áreas, según el Tip 65, Counseling Approaches To Promote Recovery From Problematic Substance Use and Related Issues. pág.56 (SAMSHA, 2023):

- Fortalezas de recuperación en adicción activa
- Barreras de recuperación en adicción activa
- Puntos fuertes de recuperación en recuperación
- Barreras de recuperación en la recuperación

Así también, se debe tomar en cuenta los diferentes aspectos por evaluar para los diferentes ejes, según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA). Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas. Washington DC. 2003. pág. 60. se debe tomar en cuenta, ver Figura 11.

Ejes de Valoración en la Detección de Necesidades de Tratamiento		
EJE	Área a valorar	Descripción al aspecto a evaluar
1	Potencial de Intoxicación Aguda o Síndrome de Abstinencia	Riesgos asociados al nivel actual de intoxicación aguda del paciente o de síntomas graves de abstinencia o de convulsiones, basado en: Historia previa del paciente Cantidad, frecuencia, cronicidad o proximidad reciente de la reducción o supresión del uso de alcohol y otras drogas Signos actuales de síndrome de abstinencia Fuentes de apoyo externo para asistir a un programa de desintoxicación ambulatoria

2	Trastornos y Complicaciones Médicas (Biomédicas)	<p>Existencia de alguna enfermedad física actual independiente del síndrome de abstinencia o la intoxicación</p> <p>Requiere esta enfermedad de tratamiento porque implica riesgos o complicaciones para la recuperación del problema de dependencia de drogas</p> <p>Existencia de trastornos crónicos que afecten la evolución del trastorno por dependencia o de su tratamiento</p>
3	Trastornos y Complicaciones Psicológicas o Psiquiátricas	<p>Existencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos actuales que conlleven riesgo o compliquen el tratamiento, problemas crónicos que puedan afectar el desarrollo del tratamiento.</p> <p>Explorar si los problemas psiquiátricos o psicológicos son consecuencia, forman parte del trastorno por consumo de drogas o son independientes de éste y si su gravedad es tan severa como para requerir de tratamiento específico de salud mental</p> <p>La capacidad actual del paciente para manejar eficientemente sus actividades cotidianas, así como para enfrentar cualquier problema psicológico</p>
4	Disposición al Tratamiento	<p>Disposición del paciente a comprometerse con el tratamiento como una herramienta para el cambio y el logro de un mejor nivel de funcionamiento</p>
5	Potencial de Recaídas, Uso Continuado de Drogas u Otros problemas	<p>El peligro inmediato de problemas severos por consumo de drogas. La capacidad del paciente para darse cuenta, reconocer y enfrentar su problema de dependencia o su trastorno mental, asumiendo los cambios necesarios para poder prevenir recaídas, detener el consumo o impedir la continuación de los problemas</p> <p>La severidad de los problemas a enfrentar y la carga adicional de estrés, que pudieran ocurrir en el caso de que el paciente no pudiera ser comprometido exitosamente con el tratamiento en este momento</p> <p>El grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el mecanismo de disparo de sus recaídas, las alternativas para el manejo de los deseos intensos de consumo y el control sobre sus impulsos de consumir o de causarse daño a sí mismo o a otros</p>

6	Ambiente de Recuperación Ambiente de Vida	Potenciales amenazas para la seguridad del paciente o para su compromiso con el tratamiento (situaciones de vida, relación con familiares y personas significativas, condiciones laborales, académicas, entra otras que conforman el entorno en el cual debe desenvolverse el paciente. Fuentes de apoyo, personas, recursos económicos, posibilidades educativas o de trabajo, que pudieran servir de apoyo a la motivación al tratamiento o para aumentar las posibilidades de éxito terapéutico. Disponibilidad de apoyo comunitario para el proceso de recuperación.
---	--	---

Figura 11.

Con lo anterior, se evidencia la evolución que se ha logrado alcanzar y la importancia de la constante actualización por parte de los profesionales, para poder establecer procesos de atención individual ajustados a la necesidad y la realidad de la persona usuaria.

### Intervenciones psicoterapéuticas

Los TCS son una enfermedad que afecta diferentes áreas del funcionamiento de la persona. En el abordaje de estos trastornos es fundamental proporcionar al paciente atención médica integral, con el fin de asegurarle calidad de vida y un mejor pronóstico en su recuperación. Desde la labor psicológica, las personas profesionales que ayudan a personas con problemáticas relacionadas con SPA, deben crear un plan de tratamiento que asegure la adherencia al tratamiento y al proceso psicoterapéutico, deben conocer las estrategias para que la persona acepte que necesita ayuda y un cambio urgente, deben disponer de empatía y paciencia frente a las posibles recaídas, entre otros.

A continuación, se dispone algunas teorías, técnicas psicoterapéuticas y estrategias fundamentadas en evidencias que han probado ser útiles en el abordaje de TCS. Es importante destacar que la persona profesional en psicología deberá seleccionar aquellas técnicas y estrategias que se adecuen mejor al caso abordado, puesto que no todo lo que se muestre a continuación, demostrará resultados positivos en todas las personas.

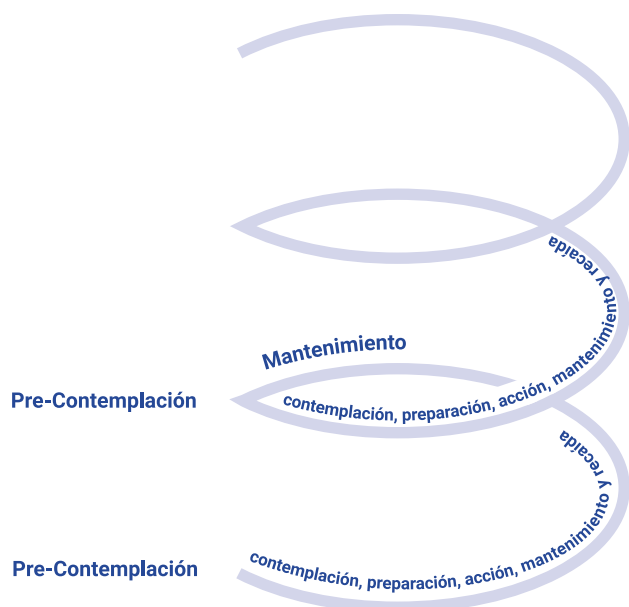
### Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente

El Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio (MT) ha servido para estudiar el cambio de conductas en la salud (Davis et al., 2015; Rondón y Reyes, 2019, p. 2602). Su origen surge por el interés de James O. Prochaska y Carlo DiClemente, de comprender y explicar las dinámicas del cambio en el manejo de conductas de personas con TCS (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 4). Como resultado, se formuló procesos de cambio dentro de una dimensión temporal, que explican el cambio de conductas no saludables a conductas saludables.

Este modelo está basado en evidencia y ha demostrado ser útil para cambiar estilos de vida poco saludables y para ayudar a entender a las personas las razones por las cuales, muchas veces fracasan, pese a querer generar un cambio en su vida (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 5).

El MT entiende el proceso del cambio como una secuencia de cinco etapas, mediante las cuales se presenta una serie de transiciones y procesos de cambio (Rondón y Reyes, 2019, p. 2603). Las etapas se muestran en la siguiente Figura:

**Figura 12:** Modelo en espiral de las etapas de cambio, según J. O. Prochaska, C. C. DiClemente y J. C. Norcross (Recuperado de Zamarripa et al., 2010, p. 114)



Es importante hacer notar que las etapas de cambio del MT no son lineales. La rehabilitación y el cambio, en muchas ocasiones, no es un proceso lineal, por esta razón, la figura tiende a líneas espirales y repetitivas.

### 1. Etapa Pre-contemplativa

La etapa de ‘pre-contemplación’ es la primera fase del MT. Aquí las personas no tienen intenciones de cambiar su conducta en el futuro inmediato, ni tampoco reconocen la existencia de una conducta problemática (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 8). Si se llega a confrontar a la persona sobre el impacto negativo de sus conductas, probablemente recurrirá a justificarlas o a minimizar la problemática. Cuando la persona se encuentra en esta etapa, suele ser resistente, poco cooperativa, desmotivada y no lista para iniciar el proceso del cambio (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 8)

### 2. Etapa de Contemplación

En la etapa de ‘contemplación’ la persona muestra mayor conciencia de la posibilidad de un problema que le afecta, no obstante, no llega a consolidar un esfuerzo para tomar acción (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 10). Aunque la persona llegue a valorar las ventajas y desventajas de las conductas problemáticas, tiende a

favorecer los aspectos positivos de su conducta, es decir, la persona presenta un proceso interno reflexivo, pero no está considerando iniciar el cambio (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 10).

La persona profesional en psicología debe normalizar esta ambivalencia y asistir a la persona a una evaluación de ventajas y desventajas de sus conductas (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 10). Es importante que la persona que ofrece los servicios de salud mantenga una actitud colaborativa no directiva y la escucha activa (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 10). El objetivo principal en esta etapa es elevar el nivel de consciencia de la persona sobre las desventajas de la conducta nociva.

### 3. Etapa de Preparación

En esta etapa, las personas consideran formular un cambio, debido a que perciben más ventajas al cambiar su conducta problemática y poseen mayor conciencia de la situación (Rondón y Reyes, 2019, p. 2604). Llegado a este punto, la persona profesional en psicología debe clarificar y negociar las metas y estrategias de la persona, en relación con el cambio de conducta (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 11).

La persona estará inmersa en un proceso interno de cambio, donde debe ser prioridad enseñarle sobre el manejo de la impulsividad y baja tolerancia de la SPA (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 11). Llegar a establecer fechas con la persona es sumamente importante, puesto que implica compromiso con la acción; en caso de que la persona rechace o no cumpla con la fecha establecida, es indicador de que aún está en la etapa de contemplación (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 10).

### 4. Etapa de Acción

La etapa de acción es cuando la persona muestra disposición de modificar la conducta nociva. La acción es observable como un evidente cambio de comportamiento para la reducción de riesgos (Rondón y Reyes, 2019, p. 2604). La persona está iniciando con la ruptura a nivel fisiológico, psicológico y social de la conducta nociva (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 12). Es realmente importante la ayuda profesional para que la

persona pueda mantener el compromiso con el cambio (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 12).

Si la persona deja de incurrir en las conductas nocivas para demostrarle a la persona profesional o a otros individuos, que no posee problemas de comportamiento, aún esta persona se encuentra en la etapa de pre-contemplación (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 12). La persona debe demostrar conciencia del problema y persevera en el compromiso de afianzar estilos de vida saludables (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 13).

La persona profesional puede emplear técnica de meditación, estrategias de relajación, mindfulness y otras que sean de beneficio para la persona en proceso de cambio (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 13). No es recomendable utilizar dichas estrategias en etapas anteriores a la acción, puesto que podrían causar recaídas.

## 5. Etapa de Mantenimiento

En la etapa de mantenimiento, la persona ha alcanzado las metas negociadas en el plan de tratamiento y está trabajando para mantener lo logrado (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 15). Se puede observar un aumento significativo en la confianza, disminución del deseo de incurrir nuevamente en el comportamiento nocivo y existe un involucramiento activo en el desarrollo de un nuevo estilo de vida (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 15).

En esta etapa, es importante examinar la historia longitudinal de la persona. Se deben trabajar los asuntos relacionados con los problemas de pareja, abuso infantil, depresión, ansiedad, destrezas sociales, problemas familiares y afrontamiento del estrés (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 15).

De la misma forma, en esta etapa se debe proporcionar un tratamiento interdisciplinario, integrando profesionales de medicina, trabajo social y grupos de pares para mantener la conducta saludable (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 15).

## 6. Recaída

Anteriormente, la recaída (reincidir en la conducta nociva) era considerada una etapa del MT, sin embargo, las formulaciones más recientes consideran las recaídas como una transición de las personas que se encuentran en etapas de acción o mantenimiento y regresan a etapas anteriores (Lipschitz et al., 2015; Rondón y Reyes, 2019, p. 2605).

### Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick

El modelo de Entrevista Motivacional (EM) de Miller y Rollnick fue concebido como un enfoque congruente con el MT para abordar pacientes con TCS y su ambivalencia hacia la sobriedad (Pacheco, s.f., p.1).

Ambas teorías permiten una comprensión más completa del proceso de cambio de las conductas relacionadas con los TCS (Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021, p. 29).

Según la definición de los autores, la entrevista motivacional es un método basado en evidencia para promover el cambio, “una forma particular de hablar con las personas sobre el cambio y el crecimiento para fortalecer su propia motivación y compromiso” (Miller & Rollnick, 2023, p. 3).

La EM podría ser considerada como una guía colaborativa y centrada en el cliente, que tiene como objetivo evocar y fortalecer la motivación hacia el cambio de conductas nocivas hacia saludables (Bobes et al., s/f, p. 1).

Esta técnica se fundamenta en los dotes de la escucha activa y, a su vez, ofrece consejos expertos cuando se necesite (Miller y Rollnick, 2012; Bobes et al., s/f, p. 1). Para cumplir con estas destrezas, la persona profesional en psicología puede contemplar los siguientes puntos clave:

**Figura 13:** Puntos claves por tener en consideración durante la aplicación de la EM, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Recuperado de Bobes et al., s/f, p. 2).

**Aceptación:**

- No juzgar.
- Mostrar empatía.
- Apoyar la autonomía de la persona.

**Evocación:**

- No hay que “enseñarle” al cliente.
- Potenciar y evocar las habilidades y fortalezas del cliente.

**Colaboración:**

- No confrontar.
- Se trata de una colaboración activa entre cliente y psicólogo(a).

**Compasión:**

- No mostrarse indiferente.
- No tener lástima por el cliente.
- Dar prioridad a sus necesidades.

Se podría decir que la EM consiste en organizar las conversaciones de modo que las personas se persuadan a sí mismas para cambiar sus conductas nocivas, en función de sus propios valores, principios y metas.

Para comprender mejor esta técnica, se brinda una transcripción de un abordaje clínico con una persona en la etapa de cambio pre-contemplativo:

Tabla 2: Ejemplo de EM (Elaboración propia, 2023).

Terapeuta:	Te quería preguntar, ¿sabés por qué estás aquí?
Cliente:	Supongo que fueron mis compañeros de trabajo quienes me delataron, porque mi jefe me obligó a venir aquí, si no me despiden.
Terapeuta:	Tu jefe ha recomendado que vinieras aquí porque te has presentado al trabajo bajo los efectos de la marihuana. ¿Cuán cierto es esto que me comentó tu jefe?
Cliente:	Pues sí. Yo fumo para relajarme, mi trabajo es agotador y muy estresante. Tengo que estar contestando llamadas de clientes enojados e irrespetuosos. Usted haría lo mismo, si estuviera en mi posición, se lo aseguro.
Terapeuta:	Comprendo que tu trabajo sea tan difícil, muy seguramente deseas que sea el final del día para fumar. Háblame sobre tu consumo de marihuana en un día normal.
Cliente:	Usualmente al despertarme me como unas gomitas de THC en el desayuno. Luego, en mis descansos de las 10:00 a.m. me fumo un puro y después del almuerzo fumo el segundo. Cuando llego a mi casa no fumo puros, uso una pipa para que me pegue más y pueda dormirme más rápido.
Terapeuta:	Deduzco que la cantidad de marihuana que consumes a la semana es bastante. ¿Has tenido que cambiar tus finanzas para comprarte la marihuana que consumes?
Cliente:	En ocasiones no tengo plata a fin de mes, me queda corto el salario que tengo. Pero yo siempre me las arreglo para que me dé abasto la comida... Eso a veces es un problema, porque siempre que fumo me da mucha hambre y me termino toda la comida del mes.
Terapeuta:	Entiendo que eso pueda llegar a ser un problema. Me gustaría comprenderlo más, ¿qué es lo que ha observado que le puede llegar a preocupar sobre su consumo de marihuana?
Cliente:	He notado que la misma cantidad que fumaba antes, ya no me hace efecto. Entonces, tengo que comprar más cantidad y me sale muy caro. Me llego a quedar pobre y no me alcanza para comprar la comida del mes. Una vez me quedé sin agua y sin luz.

Terapeuta:	Entonces, ¿usted cree que sus patrones de consumo le puedan llegar a dar problemas financieros?
Cliente:	Sí, ya me los ha dado, en distintas ocasiones. Me gustaría poder tener mis ahorros y comprarme un carro, pero no lo logro.
Terapeuta:	Agradezco la sinceridad con la que ha respondido a mis preguntas. Algunas personas en situaciones similares han solicitado ayuda para cumplir con sus objetivos. Me pregunto si usted desea que yo le ayude.
Cliente:	Sí, claro. Me gustaría que me ayude a comprometerme con mis ahorros, para poder comprarme el carro que quiero.

## Rehabilitación cognitiva

Se estima que entre el 30-80 % de las personas con TCS podrían tener un deterioro cognitivo, debido al consumo de SPA (Del Río, 2014; Valdevilla et al., 2020). Como resultado de esta psicopatología dual documentada, la rehabilitación cognitiva es una técnica a la cual se puede recurrir para manejar, sobrellevar y reducir el déficit cognitivo de la persona afectada, y ayudarlo a retomar de manera segura e independiente sus actividades de la vida cotidiana (Torralva et al., 2019, p. 17).

La rehabilitación cognitiva se basa en el principio que el cerebro tiene la plasticidad necesaria para recuperarse del daño cerebral y que los individuos tienen la capacidad de adaptarse a las circunstancias y adversidades (Torralba, 2019, p. 18).

La rehabilitación cognitiva es una combinación de estrategias de intervención conductual y otros recursos destinados a reducir los problemas emocionales y favorecer la integración social y laboral de la persona (Torralba, 2019, p. 18).

Desde este enfoque se procura educar sobre las debilidades y fortalezas cognitivas, entrenar las habilidades cognitivas afectadas y generar mejoras evidenciables en la vida de la persona (Mateer, 2015; Torralba, 2019, p. 18).

Las aproximaciones más comunes en la rehabilitación cognitiva se muestran en la siguiente Figura.

**Figura 13:** Aproximaciones más comunes empleadas en la rehabilitación cognitiva, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Recuperado de Torralba, 2019, pp. 29-31).

### Modificaciones Ambientales

Son cambios que se realizan en el ambiente físico de la persona para minimizar el impacto de los déficits cognitivos. Su objetivo es propiciar la aparición de conductas adaptativas y una mejoría funcional inmediata.

### Estrategias compensatorias

Es recomendable aplicar estrategias compensatorias en personas que presentan alternaciones de memoria. Se puede hacer uso de alarmas, calendarios, relojes digitales, agendas, dispositivos GPS, teléfonos celulares y entre otras tecnologías que faciliten la vida cotidiana.

### Estrategias Restaurativas

Se centran en la recuperación de los procesos cognitivos afectados (atención, memoria y funciones ejecutivas), mediante la práctica y el ejercicio de tareas que estimulen la cognición de la persona.

### Estrategias holísticas

La estrategia holística está enfocada sobre la toma de conciencia de la persona sobre las consecuencias del déficit cognitivo, entendiendo que cuanto mayor sea el entendimiento y la toma de conciencia de esas consecuencias, más rápido podrá darse el proceso de rehabilitación.

## Terapia Cognitiva Conductual

Los fundamentos de la terapia cognitiva conductual parten de los principios generales del conductismo, donde el consumo de la SPA provoca efectos placenteros y un reforzamiento positivo que instaura la conducta, mientras que el síndrome de supresión genera sensaciones desagradables y un reforzamiento negativo (Koob y Le Moral, 2008; Cano, 2020, p. 4). En el tratamiento de personas con problemáticas asociadas a SPA, desde este acercamiento se busca ayudar a la persona a identificar patrones conductuales y creencias activas por medio del método socrático y otras técnicas que generen autonomía y pensamiento crítico (Cano, 2020, p. 6).

Algunas de las técnicas utilizadas en el abordaje a persona son las siguientes:

**Tabla 3:** Técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de TCS, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Recuperado de Beck et al., 1999; Cano, 2020, pp. 6-8).

<b>Análisis de ventajas y desventajas</b>	Similar a la EM, su objetivo es romper con el romanticismo del consumo de la SPA con una perspectiva más objetiva. Identifica y modifica las creencias y distorsiones cognitivas existentes, brindando a la persona mayor control y claridad.
<b>Técnica de fechas descendentes</b>	Es empleada para llegar a un pensamiento nuclear o creencia subyacente, partiendo de una emoción negativa intensa y explorando su significado hasta llegar a él.
<b>Retribución de responsabilidad</b>	Utiliza el método socrático para que la persona, sin hacerla sentir atacada o juzgada, consiga dejar de atribuir su conducta a factores externos y logre asumir sus propios actos.
<b>Registro de pensamiento diario</b>	Esta técnica es utilizada como una asignación entre sesiones, donde se le solicita a la persona que haga un registro escrito en momentos que sienta un impulso al consumo o una alteración de su estado de ánimo. Posteriormente, en la sesión se intenta llegar a una respuesta racional de esas sensaciones y sentimientos.
<b>Imaginación</b>	Técnica de visualización que busca mejorar el autocontrol sobre el individuo, utilizada para poder centrarse en las creencias y pensamientos automáticos, o poder generar una distracción del craving.
<b>Experimentos conductuales</b>	Son utilizados para desafiar las creencias nucleares de la persona. Por ejemplo, si una creencia consiste en no poder relacionarse con amistades sin consumir, se buscará que, experimente relacionándose sin los efectos de la SPA, buscando comprobar si su pensamiento nuclear es correcto o erróneo.

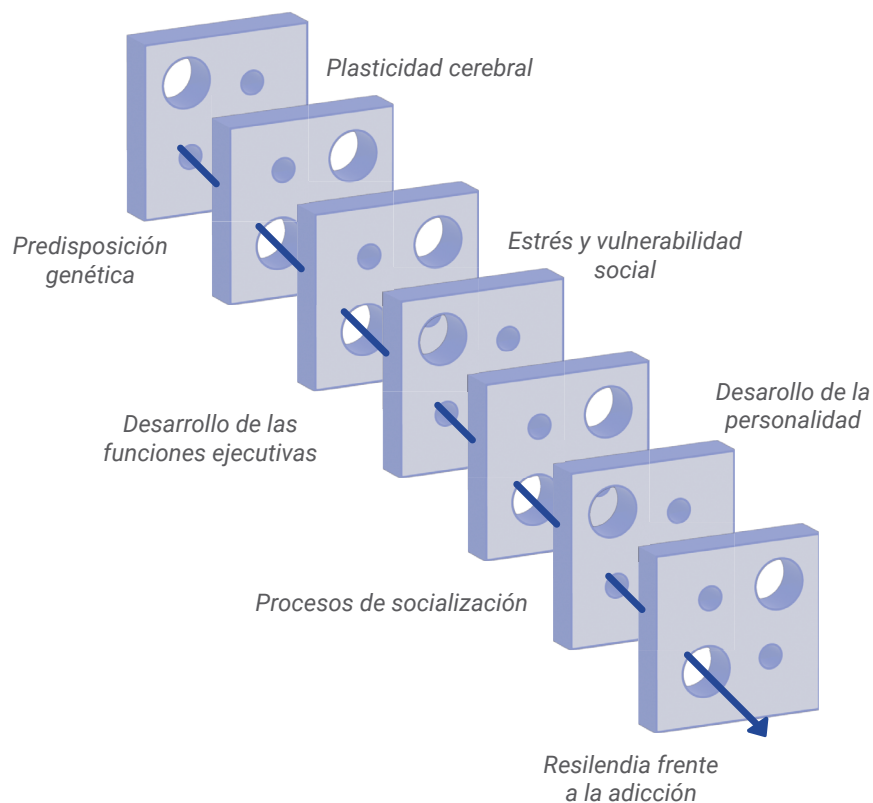
## Terapia familiar sistémica

Existen atributos, características, condiciones o contextos ambientales que incrementan la probabilidad de consumir SPA (Clayton; Becoña, 2002, p. 23; Callisaya, 2018, p. 57).

A estos se les conoce como “factores precipitantes” en el consumo de SPA, y en su contraparte, los “factores protectores” son aquellos que evitan o retrasan hasta edades más adultas el consumo de SPA.

La siguiente Figura muestra el Modelo de Queso Suizo para comprender mejor los factores precipitantes:

**Figura 14:** Modelo de Queso Suizo de los Factores precipitantes asociados al Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas (Del Cid, 2021, p. 25).



Como parte de estas nociones, la familia y las personas allegadas corresponden a un factor protector con las cuales la persona podría encontrar apoyo y rehabilitación (Callisaya, 2018, p. 58). De la misma forma, es claramente notable que los TCS deterioran las relaciones más próximas de las personas e, inevitablemente, la familia llega a involucrarse en el proceso de ayuda y rehabilitación (Ochoa, 2019, p. 5).

Desde la Terapia Sistémica Familiar, la familia debe convertirse en un soporte importante para la persona (Ochoa, 2019, p. 16). Debe estar involucrada activamente en el proceso de tratamiento desde el inicio y a lo largo de todas las intervenciones que se realicen, resultando necesario desarrollar con estas personas las capacidades suficientes para enfrentar dificultades, trabajar los sentimientos de culpa o resentimiento y recuperar el optimismo (Ochoa, 2019, p. 16).

En caso de tratar con personas consumidoras menores de edad, se debe considerar la reinstauración de la jerarquía familiar e incrementar la autoridad positiva de estas figuras (Ochoa, 2019, p. 16). Esto también implica evaluar los mecanismos de comunicación utilizados y reforzar maneras adecuadas de diálogo, con el fin de que todos sus miembros puedan expresar asertivamente los sentimientos positivos y negativos (Ochoa, 2019, p. 16).

En vista de ello, la familia juega un papel fundamental en el proceso de rehabilitación, aspecto que trabajó mucho la Terapia Familiar Sistémica. La familia debe mostrarse como una red de apoyo, brindando acompañamiento y soporte a la persona en todo su proceso (Ochoa, 2019, p. 17).

En dado caso que la persona abordada no cuente con familia, o sus miembros no estén interesados en involucrarse en el tratamiento, se debe encontrar otra red de apoyo semejante, que sustituya las funciones de acompañamiento y con la cual la persona se sienta cómoda (Ochoa, 2019, p. 17).

## Psicoterapia Integrativa Relacional

La Psicoterapia Integrativa Relacional es “un enfoque terapéutico unificador que responde de manera apropiada y efectiva a la persona en los niveles de funcionamiento afectivo, conductual, cognitivo y fisiológico, abordando también la dimensión espiritual de la vida” (Gómez y Etxeberria, 2021, p. 2). El objetivo central es facilitar la plenitud de la persona, de tal manera que su funcionamiento en los espacios intrapsíquicos, intrapersonales y sociopolítico se maximicen, según los límites de cada persona (Gómez y Etxeberria, 2021, p. 3).

### Técnicas de mindfulness

El Mindfulness puede traducirse al español como atención plena o conciencia plena. Corresponde a una técnica de meditación donde se está presente en el momento y no realizan juicios o reacciones ante las experiencias que ocurren alrededor (Baer, s.f., p. 23). Existen una gran cantidad de tratamientos de salud mental y reducción del estrés fundamentadas en la práctica del Mindfulness, varios de los cuales cuentan con gran apoyo empírico (Baer, s.f., p. 24).

Por su parte, León e Ibáñez (2019, p. 129), aseguran que las evidencias científicas de la efectividad de esta técnica son prometedoras, no obstante, únicamente pueden ser utilizadas como un complemento de la intervención principal.

Diversos autores han identificado los componentes principales del mindfulness, los cuales, pueden resumirse en cinco pilares: exposición, cambio cognitivo, autogestión, relajación y aceptación (Massaro, 2014, p. 56).

El mindfulness permite “prestar atención a las sensaciones producidas por el dolor crónico, pero en ausencia de las consecuencias adversas” (Rodríguez 2014, p. 56). Esto corresponde al componente de la exposición del mindfulness, y podría asemejarse a la desensibilización sistemática de los síntomas desagradables producidos por el síndrome de supresión.

La exposición es una observación sin juicio sobre las manifestaciones de patologías, sin los intentos de espaciar o huir de ellos, practicando la tolerancia hacia estas sensaciones (Rodríguez, 2014, p. 56).

Luego, el cambio cognitivo se puede relacionar con la desidentificación de los pensamientos. Desde el min-

fulness se practica la observación sin prejuicios de las actitudes y sentimientos frente a los pensamientos (Rodríguez, 2014, p. 56). Esto reduce la necesidad de escapar o evitar los pensamientos, e interrumpe el patrón rumiativo del juicio (Rodríguez, 2014, p. 56).

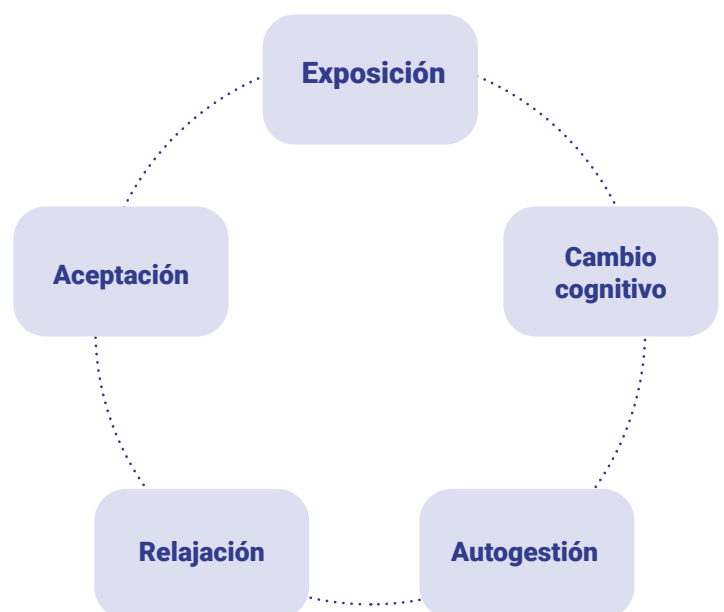
Desde el mindfulness se desarrolla la habilidad de tomar consciencia del cuerpo y la mente, permitiendo desarrollar con prontitud las respuestas de afrontamiento requeridas ante patologías desagradables o situaciones (Rodríguez, 2014, p. 56).

A esto se le llama autogestión y puede ser de utilidad para reconocer prontas las señales del craving y mantener la abstinencia (Rodríguez, 2014, p. 56).

Otro componente del mindfulness es la relajación. Suele estar muy presente a la hora de meditar, no obstante, no es el objetivo principal que se desea conseguir (Rodríguez, 2014, p. 57).

Por último, la aceptación es uno de los pilares del mindfulness (Rodríguez, 2014, p. 57). Su objetivo es obtener una observación de las circunstancias sin ningún juicio o análisis, promoviendo una interpretación objetiva y correcta de los eventos cotidianos.

**Figura 15:** Componentes importantes en el Mindfulness. (Elaboración propia, 2023).



## Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Las personas que afrontan situaciones estresantes podrían no contar con las habilidades necesarias para afrontar estos problemas o manifiestan conductas compensatorias desadaptativas (Sarango, 2021, p. 318).

De estas circunstancias, surge el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, donde se emplea destrezas conductuales y cognitivas para la adaptación ante estas demandas (Sarango, 2021, p. 318).

Desde este enfoque, existen dos clases de afrontamiento (Sarango, 2021, p. 318):

1. Afrontamiento pasivo: el individuo se adapta al entorno que le causa malestar.
2. Afrontamiento activo: el individuo lleva a cabo una serie de acciones que alteran el agente estresor y facilita su adaptación en el entorno.

Las habilidades de afrontamiento juegan un papel importante en la vida de las personas que consumen SPA. A continuación, se muestra cinco áreas que deberían ser trabajadas con la persona:

**Figura 16:** Áreas trabajadas y practicadas en los entrenamientos en habilidades de afrontamiento, recopilado por Gustavo Alonso Rivera Ortega (Recuperado de: Mojarro et al, 2017, pp. 65-66).

<b>Capacidad de tomar decisiones y solución de problema</b>	Permite tomar constructivamente decisiones, ponderando las opciones viables y las posibles consecuencias de las acciones. Saber resolver problemas faculta a la persona manejar situaciones generadoras de angustia, estrés y ansiedad, por ejemplo, el craving.
<b>Pensamiento creativo y crítico</b>	Brinda herramientas para el análisis crítico de la información y experiencias cotidianas. Esto también ayuda a reconocer y evaluar los factores que influyen en las actitudes y comportamientos.
<b>Habilidades de comunicación interpersonal</b>	Proporciona las competencias necesarias para relacionarse de forma positiva con otras personas a su alrededor. Desarrolla la capacidad de expresión verbal y no verbal, como principio fundamental para relacionarse con pares y desenvolverse en espacios sociales.
<b>Autoconocimiento y empatía</b>	Reconocimiento de propias fortalezas y debilidades como requisito en la formación de relaciones interpersonales. Capacidad de compartir su estado emocional y comprender los sentimientos de otras personas.
<b>Manejo emocional y del estrés</b>	Técnica de visualización que busca mejorar el autocontrol sobre el individuo, utilizada para poder centrarse en las creencias y pensamientos automáticos, o poder generar una distracción del craving.
<b>Experimentos conductuales</b>	Implica el reconocimiento de la forma correcta de expresar sus estados emocionales y la puesta en marcha de alternativas conductuales para evadir los estados estresantes.

## Programas en Prevención de Recaídas

La recaída es la sexta etapa en el MT. Se refiere a “una serie de acontecimientos que pueden estar seguidos por el regreso a los niveles de línea base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento” (Díaz y Zapata, 2019, p. 9), es decir, cuando una persona vuelve a consumir después de un periodo de mantenimiento de la abstinencia. Los programas en Prevención de Recaídas tienen como objetivo anticipar y afrontar esta reincidencia en el consumo a través de un cambio conductual de la persona (Díaz y Zapata, 2019, p. 9). Posee un enfoque cognitivo-conduc-

tual, donde se refuerza la idea de que el cliente posee una sensación de control durante su periodo de abstinencia y, a medida que el tiempo de sobriedad sea mayor, esta sensación de control aumentará (Díaz y Zapata, 2019, p. 9). Se han identificado factores que inciden en la posibilidad de una recaída. (Díaz y Zapata, 2019, pp. 9-10):

- 1. Estados emocionales negativos:** ira, frustración, ansiedad, depresión, aburrimiento, entre otros.
- 2. Conflictos interpersonales:** problemas matrimoniales, situaciones en el grupo de pares, ámbito laboral, entre otros.
- 3. Presión social:** consumo de SPA o repetición de la conducta adictiva por insistencia directa o indirecta de personas externas.

La Prevención de Recaídas también juega un papel importante en el plan de tratamiento, puesto que se apoya y beneficia de distintas terapias y técnicas psicoterapéuticas. Es importante utilizar diferentes estrategias en la intervención realizada a los clientes, puesto que, el programa de Prevención en Recaídas, implica que el paciente cuenta las herramientas emocionales, sociales y cognitivas para mantener la sobriedad.

## IV. Referencias Bibliográficas

Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2021). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35325/NSDUHFFRPDFWHTMLFiles2020/2020NSDUHFFR1PDFW102121.pdf>

Anderberg M., Dahlberg M., Wennberg P. (2022). *Criminality among young people with substance use problems in Sweden: A one-year follow-up study*. *Journal of Drug Issues*, 52(3), pp. 406-420.

Asociación Americana en Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadísticos de las Enfermedades Mentales*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Baer, R. (s.f.) *Técnicas de Tratamiento basadas en Mindfulness: Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones*. Editorial Desclée De Brouwer.

Beatriz M., Ponce M. y Sampedro K. (2022). *Síndrome de abstinencia neonatal: una problemática actual en la unidad de neonatología*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(2), pp. 3875-3892.

Bobes M., Bascarán M., Díaz E., Saiz P. y García M. (s.f.). *Proceso de cambio y entrevista motivacional*. [https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso\\_Alcohol/archivos/pdf/tema\\_7.pdf](https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_7.pdf)

Callisaya, J. (2018). *Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz*. *Revista Drugs and Addictive Behavior*, 3(1), pp. 52-74.

Camacho, C. (2021). *Pueblos indígenas en Costa Rica*. <https://www.iwgia.org/es/costa-rica/4130-mi-2021-costa-rica.html>

Campo, A. (2003). *Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial*. *Revista Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga*, 6(18), pp. 32-35.

Cano, N. (2020). *Eficiencia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de drogodependencias [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la República Uruguay]*. Repositorio Colibrí. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/29267/1/tfg\\_nahuel\\_cano\\_waller\\_4.705.311-9\\_1.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/29267/1/tfg_nahuel_cano_waller_4.705.311-9_1.pdf)

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021). *Formas en que se puede transmitir el VIH ¿Cómo se pasa el VIH de una persona a otra?* <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-transmission/ways-people-get-hiv.html>

Código de la Niñez de la Adolescencia. Ley No. 7739 del 6 de enero de 1998. (Costa Rica).

Confederación Salud Mental España. (2020). *Apuntes sobre Patología Dual*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CI-

CAD/OEA). *Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral del Tratamiento de la Dependencia de Drogas*. Washington DC. 2003. Pág. 60.

De Carlos, B. (2020). *Consumo de tóxicos durante el*

*embarazo y consecuencias en el recién nacido: Actualización para profesionales de enfermería [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pública de Navarra]* Repositorio Académica-e. [https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/37784/DeCarlos\\_112367\\_TFG.pdf?sequence=1](https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/37784/DeCarlos_112367_TFG.pdf?sequence=1)

Del Cid, A. (2021). *Libro Técnica, rapport y colmillo: Manual de enfermería para el buen manejo de la entrevista motivacional*. Ediciones Peplau Siglo XXI.

Departamento de Justicia de los Estados Unidos. (2020). *Drugs of Abuse: a DEA Resource Guide*. [https://www.dea.gov/sites/default/files/2020-04/Drugs%20of%20Abuse%202020-Web%20Version-508%20compliant-4-24-20\\_0.pdf](https://www.dea.gov/sites/default/files/2020-04/Drugs%20of%20Abuse%202020-Web%20Version-508%20compliant-4-24-20_0.pdf)

Díaz, A. y Zapata, D. (2019). *Programa de prevención en recaídas basado en mindfulness para personas con adicción a sustancias psicoactivas en proceso de transformación de vida de la Institución Prestadora de Servicios de Salud PSICO de la ciudad de Cartago*. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5593/1/DDPAESPA8.pdf>

Gómez, E. (2021). *Relación entre el consumo de drogas y*

*comisión delictiva [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Jaime I]* Repositorio UJI. [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/193998/TFG\\_2021\\_GomezMorales\\_%20EvaM.pdf?sequence=1](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/193998/TFG_2021_GomezMorales_%20EvaM.pdf?sequence=1)

Gómez, M. y Etxeberria, Y. (2021). *50 años de Psicoterapia Relacional Integrativa*. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), pp. 1-5.

González, G. (2020). *Patología dual. Definición, historia y recursos*. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 81-96. <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/368875/466458/>

Gutiérrez, A. (2020). *La problemática de adicciones en pueblos indígenas de Colombia y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. *Revista de derecho (Valdivia)*, 33(2).

Guzmán M., Barrientos J., Saiz J., Gómez F., Cárdenas M., Espinoza R., Bahamondes J., Lovera L. y Giami A. (2020). *Salud mental en población transgénero y género no conforme en Chile*. *Revista médica de Chile*, 148(8).

Hernández, R; Fernández, C; y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Education.

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. (2022). *VII Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de Sustancias Psicoactivas*. Costa Rica, 2022.

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (s.f.) *Consecuencias del consumo nocivo de la tercera edad*. <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/06/PC-MD-054-AL-AD-AF.pdf>

Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas. (2018). *Principios del tratamiento a la adicción de drogas: una guía basada en investigación*. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/675-principles-of-drug-addiction-treatment-a-research-based-guide-third-edition.pdf>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020a). *El consumo de drogas entre los adultos mayores*. <https://nida.nih.gov/es/publications/el-consumo-de-drogas-entre-los-adultos-mayores>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020b). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa.pdf>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2020c). *What are the other health consequences of drug addiction?* <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2022). *Aprobación de Programas Públicos y Privados. Directorio. Programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y recursos comunitarios de problemas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas*. <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/iafa-directorio-ong-mayo-2022.pdf>

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2021). *VI Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de Educación Secundaria, 2021. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia Área Técnica Proceso de Investigación*

Koob, G. y Volkow, N. (2016). *Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis*. *The Lancet Psychiatry*, 3 (8), 760–773. doi:10.1016/s2215-0366(16)00104-8

Lampert, M. (2017). *Evolución del concepto de género: Identidad de género y orientación sexual*. <https://www.camara.cl/ver-Doc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUESTA&prmID=56104>

Ley No. 7093 de 1998. *Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso No Autorizado, actividades Conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo*. No. Gaceta 83 de 1988.

Ley No. 7594, Código Procesal Penal. (04 de junio de 1996).

[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=41297&nValor3=96385&strTipM=FN](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=41297&nValor3=96385&strTipM=FN)

Massaro, A. (2017). *Tratamiento basado en Mindfulness para Pacientes con Adicción al Alcohol y Cocaína*. [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681418/massaro\\_bologni\\_alessandro\\_francesco.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681418/massaro_bologni_alessandro_francesco.pdf?sequence=1)

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow (Fourth edition)*. The Guilford Press.

Mojarro A., Herrera I. y Servín L. (2017). *Entrenamiento en Habilidades para la vida como Estrategia para la Atención Primaria de Conductas Adictivas*. *Revista Psicología Iberoamericana*, 25(2), pp. 63-69.

Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía para el Diagnóstico Clínico*. Editorial Manual Moderno.

Naciones Unidas. (2023a). *Informe mundial sobre las drogas 2023*. [https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special\\_points\\_S.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_points_S.pdf)

Naciones Unidas. (2023b). *Juventud*. <https://www.un.org/es/global-issues/youth>.

Norma No. 37110-S, *Políticas del Sector de Salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica*. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC)

Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center. (2021). *El Modelo Transteórico del Cambio: Un modelo para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias*. <https://www.uccaribe.edu/wp-content/uploads/2021/11/Modelo-Trans-teorico-del-Cambio.pdf>

Ochoa, K. (2019). *La Adicción a Sustancias en la Familia bajo el Lente del Enfoque Familiar Sistémico*. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4378/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga. (2022). *Comorbidities in Drug Use Disorders: No Wrong Door*. [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC\\_Comorbidities\\_in\\_drug\\_use\\_disorders.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_Comorbidities_in_drug_use_disorders.pdf)

OMS. (2023) *VIH y SIDA*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Editorial Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*. [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO\\_International\\_Standards\\_Treatment\\_Drug\\_Use\\_Disorders\\_April\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación Internacional de Enfermedades (11.a. ed.)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Abuso de sustancias*. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>.

Pacheco, M. (s.f.) *Entrevista Motivacional de William y Stephen Rollnick*. <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Entrevista%20Motivacional.pdf>

Planned Parenthood Federation of America. (2023) *Identidad transgénero y de género no binario*. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-sal>

Piazza, P. V., y Deroche-Gamonet, V. (2013). *A multistep general theory of transition to addiction*. *Psychopharmacology*, 229 (3), 387–413. doi:10.1007/s00213-013-3224-4ud/identidad-de-genero/trans-e-identidades-de-genero-no-conforme

Rebolledo D., Granados D. y González P. (2018). *Perspectivas del síndrome de supresión etílica: tratamiento a la mexicana*. *Revista*

Medicina Interna de México, 34(4), pp. 582-593.

Recchi J., Sotelo J. y Santamaría C. (2018). Atención integral de la salud de las personas trans: Recomendaciones para los equipos de salud. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000877cnt-2018-10\\_atencion-personas-trans.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000877cnt-2018-10_atencion-personas-trans.pdf)

Reche D., Ureña S. y Membrilla L. (2018). Efectos tóxicos del consumo, Las drogas en la gestación. *Revista Paraninfo Digital*, 12(28), pp. 1-2.

Red Internacional de Derechos Humanos y Mesa Nacional Indígena de Costa Rica. (2019). Los derechos humanos de los Pueblos Indígenas de Costa Rica: promesas vacías y acciones incumplidas. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjbjIKF0bz\\_AhXpfDABHR-GYDDwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fuprdoc.ohchr.org%2Fuprweb%2Fdownloadfile.aspx%3Ffilename%3D6505%26file%3DSpanishTranslation&usg=AOvVaw2zmFOlp5ppdOxnEB-F9dsCw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjbjIKF0bz_AhXpfDABHR-GYDDwQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fuprdoc.ohchr.org%2Fuprweb%2Fdownloadfile.aspx%3Ffilename%3D6505%26file%3DSpanishTranslation&usg=AOvVaw2zmFOlp5ppdOxnEB-F9dsCw)

Rondón, J. y Reyes, B. (2019). Introducción al Modelo Transteórico: Rol del Apoyo Social y de Variables Sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), pp. 2601-2633.

Rural Health Information Hub. (2020). Modelos de Prevención de Trastornos por Consumo de Sustancias. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/substance-abuse/2/preventio>

Satel Sally, Lilienfeld Scott O. (2014). Addiction and the Brain-Disease Fallacy. *Rev. Frontiers in Psychiatry*, 4. DOI=10.3389/fpsy.2013.00141

San Francisco AIDS Foundation. (2019). Vivir Positivamente: Su Hoja de Ruta para Vivir con VIH. <https://www.sfaf.org/wp-content/uploads/resources/Living-Positively-SPANISH-v2-MOBILE.pdf>

Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Revista Medicina*, 12(85), pp. 4984-4992.

Sarango, R. (2021). Habilidades de Afrontamiento para la Conducta de Beber (HACB) como Tratamiento para el Alcoholismo. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud*, 4(8), pp. 315-323.

Sequeira A., Blanco M. y Brenes J. (2022). Dependencia de sustancias psicoactivas en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y neurobiológicos de una enfermedad incomprendida. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2). [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-02012022000100531#ref40](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012022000100531#ref40)

Tena A., Castro G., Marín R., Gómez P., Fuente A. y Gómez R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Revista Medicina interna de México*, 34(2).

Torrolva T., Roca M. y Raimondi C. (2019). Rehabilitación Cognitiva de la Teoría a la práctica profesional. Editorial El Ateneo.

Valdevila J., Jaramillo J., Carcelén R., Valdevila R. y Murillo D. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Revista Correo Científico Médico*, 24(2), pp. 527-542.

Vásquez, J. (2021). Criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de drogas. <https://www.issup.net/files/2021-01/Crite->

[rios%20diagnósticos%20enero%202021%20JLVM.pdf](https://www.issup.net/files/2021-01/Criterios%20diagnósticos%20enero%202021%20JLVM.pdf)

Washington State Health Care Authority. (2019). Herramientas de Prevención: ¿Qué funciona y qué no funciona? [https://www.hca.wa.gov/assets/program/px\\_tool\\_what\\_works\\_what\\_doesnt.pdf](https://www.hca.wa.gov/assets/program/px_tool_what_works_what_doesnt.pdf)

Vila Carranza, J. (2015). Adicción y aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(2), 79-89.

Zamarripa J., Ruíz F., López J., Pérez J. y Ceballos O. (s.f.) Adherencia al ejercicio físico en regiomontanos: Modelo Transteórico. [https://www.researchgate.net/publication/274392656\\_Adherencia\\_al\\_ejercicio\\_fisico\\_en\\_regiomontanos\\_Modelo\\_Transteorico](https://www.researchgate.net/publication/274392656_Adherencia_al_ejercicio_fisico_en_regiomontanos_Modelo_Transteorico)

