



Centros de  
Integración  
Juvenil, A.C.

# EL GRUPO DE CONTENCIÓN EN LA FASE DE EVALUACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO PARA PACIENTES Y FAMILIARES

---

Dirección de Tratamiento y Rehabilitación

Subdirección de Consulta Externa

Departamento de Consulta Externa

Departamento de Centros de Día

Vigente a 2016

## **DIRECTORIO**

**Dr. Jesús Kumate Rodríguez**

PRESIDENTE VITALICIO DEL PATRONATO NACIONAL

**Dr. Roberto Tapia Corney**

PRESIDENTE DEL PATRONATO NACIONAL

**Sra. Kena Moreno**

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA

**Lic. Carmen Fernández Cáceres**

DIRECTORA GENERAL

**Dr. Ricardo Sánchez Huesca**

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO NORMATIVIDAD

**Dr. José Ángel Prado García**

DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE OPERACIÓN Y PATRONATOS

**Dra. Laura Margarita León León**

DIRECTORA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN.

**Coordinación:**

Mtra. Laura Soubran Ortega

**Revisión:**

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez

**Elaboró:**

Psic. Alix Lorena Almendra

Psic. Virginia Ortiz González

Mtro. Marco Antonio Hernández Delgado

# ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN	3
II. JUSTIFICACIÓN	5
III. ANTECEDENTES	8
IV. MARCO TEÓRICO	12
V. METODOLOGÍA	16
V.I OBJETIVO GENERAL	16
V.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
V.III CARACTERÍSTICAS DE LOS DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN	16
V.IV ESTRUCTURA DE LOS DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN	18
VI. FOCOS DE ATENCIÓN EN EL DIÁLOGO DE LOS DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN	19
VI.I FOCO 1: MOMENTO DE CAMBIO	20
VI.II FOCO 2: DILEMA DEL CAMBIO	20
VI.III FOCO 3: EXPECTATIVAS HACIA EL CAMBIO	21
VI.IV FOCO 4: DISPOSICIÓN HACIA EL CAMBIO	21
VII. TEMAS DE DIÁLOGO	22
VIII. HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN	26
VIII.I TÉCNICAS	27
VIII.II CARACTERÍSTICAS DEL COORDINADOR	52
IX. BIBLIOGRAFÍA	54

## I. INTRODUCCIÓN

El uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, es un tema que ha movido al mundo ante sus impactos en la salud biopsicosocial de los sujetos. Como parte de ese movimiento, los profesionales de la salud nos vemos ante una tarea que pone a prueba diferentes aspectos a nivel personal, así como a nuestra percepción del mundo y conocimientos.

Es por esto que nos encontramos construyendo programas, proyectos, estrategias, herramientas, etc. en relación a la atención de esta problemática; tarea que implica la comprensión de varias dimensiones; la primera relacionada con uno mismo como observador, la segunda tiene que ver con una tarea a definir e instrumentar para la intervención y la tercera con un proceso a vivir en relación a al camino de realización de esta tarea.

Para fines de dar dirección y estructura a la tarea que tenemos bajo nuestra responsabilidad como área normativa, se propone partir de la construcción de un Esquema Conceptual, Referencial y Operativo (ECRO) que constituya una base de conocimientos sobre la cual fundamentemos un cuerpo de acciones, basadas estas en un conjunto organizado de conceptos referidos a un sector de la realidad en el que se dan procesos interaccionales y un interjuego o dialéctica entre sujetos.

Un aspecto importante a realzar y que hace pertinente incorporar a nuestro quehacer institucional en materia de tratamiento es que el ECRO, está orientado hacia el aprendizaje y la tarea, que además implica un modelo teórico y operacional. Se puede describir también como un C.U.E.R.P.O.: Conceptos Universales, Estructurados y Referenciales Para Operar.

Por otro lado, y muy pertinente a nuestra tarea, quisiéramos señalar lo que en algunos escritos de Pichón Rivièrè se menciona en cuanto a construir un ECRO grupal para responder a la necesidad de realizar una construcción en común, en el que se adecue la comunicación para que sea posible el aprendizaje y el cambio. Y lo anterior permitiría producir un material apropiado a la práctica, delimitada por los objetivos y la misión institucional; que refleje el conocimiento y la experiencia que CIJ tiene en materia de tratamiento.

Es en este punto en el que nos parece pertinente retomar la noción de **tarea como estructurante y guía de la labor** que en un principio se menciona, es decir que la atención a la drogadicción es un

tema que nos involucra y nos ubica ante una problemática que pone a prueba diferentes aspectos de nuestra persona, percepción del mundo y conocimientos. La tarea misma nos permite estructurar una construcción en común, involucrando al equipo de profesionales de la salud que operan en los CIJ (EMT), a los pacientes o personas que nos consultan y al equipo de profesionales de la salud normativos de CIJ.

Desde este enfoque se hace necesario e importante definir de qué tarea estamos hablando en este espacio, ya que la propuesta de este manual es iniciar un proceso de construcción de una forma de recibir y atender la demanda de las personas que solicitan nuestra intervención profesional en el consumo de sustancias. Es decir, la primera intención de este manual es abrir un espacio de comunicación y retroalimentación con los equipos médico técnicos de los CIJ para el abordaje en un primer momento de atención, que se propone sea a través de la implementación de lo que hemos llamado dispositivos de contención en la fase de evaluación clínica y diagnóstico, pensados tanto para pacientes como para familiares en espacios propios para cada una de este tipo de poblaciones. Los cuales pueden realizarse a través del encuadre de un grupo con sesiones estructuradas en duración y frecuencia (Grupo de Contención) o realizarse a través de una sola sesión (Sesión de Contención).

Este **Grupo o Sesión de Contención** busca ser un preámbulo al proceso de tratamiento y rehabilitación para las personas que solicitan nuestros servicios, que constituya tanto una respuesta rápida y oportuna a su necesidad de atención, como un espacio que acompañe su fase diagnóstica y refuerce la decisión de la persona de solicitar tratamiento.

En consecuencia, el presente manual tiene como objetivo aportar el marco de referencia y los ejes temáticos para la incorporación del Grupo o la Sesión de Contención como parte de los servicios que se ofertan a los sujetos que llegan a Centros de Integración Juvenil por primera vez ya sea en calidad de pacientes como de familiares.

## **II. JUSTIFICACIÓN**

Es bien conocido que las perturbaciones emocionales, los problemas de salud, los conflictos sociales e interpersonales y los problemas laborales inciden como presión para demandar tratamiento (Finney y Moos, 1995; Kline, 1996; Weisner, 1993). En este sentido, es más probable que las personas con abuso o dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas o los familiares de éstos, soliciten atención si perciben el problema como severo, es decir, si se han dado más síntomas de dependencia, mayor cantidad de consecuencias adversas relacionadas con el consumo y más estresores en la mayoría de los ámbitos de su vida o si se da un momento de ruptura emocional que se viva como un acontecimiento que irrumpa en la “estabilidad” experimentada hasta el momento.

Otro aspecto es la presión coercitiva principalmente definida en función del dictamen por una instancia de justicia, educativa o laboral. Asimismo Aizpiri y Marco (1996); Rodríguez-Martos et al. (1999) señalan que la familia, los amigos, los jefes laborales y el sistema de salud hacen ver a las personas con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas la necesidad de analizar las consecuencias negativas del mantenimiento de su conducta adictiva y por consecuencia la demanda de tratamiento.

Desde el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se conceptualiza la motivación para demandar tratamiento como un estado susceptible de cambio (Brownell et al., 1986; Saunders y Allsop, 1987; Van Bilsen y Van Emst, 1986). Este modelo explica que la decisión de iniciar un tratamiento se basa en tres constructos: las etapas o estadios de cambio, el balance decisional y la autoeficacia. Por otro lado, Rounsaville y Kleber (1985) señalan que los factores que influyen en la demanda de tratamiento son: la accesibilidad a los centros, la disponibilidad de servicios comunitarios y la disponibilidad económica.

Todos estos elementos no sólo se relacionan con la demanda de tratamiento sino con la adherencia al mismo. El grado de motivación, sensibilización, comunicación y confianza que genere un equipo terapéutico, así como su capacidad para dar respuesta a las necesidades reales o sentidas del paciente o la familia, son también elementos que favorecen a dicha adherencia (Marco, Knobel y Guelar, 2000).

La falta de apego al tratamiento constituye un problema al que frecuentemente se enfrentan los profesionales de la salud y es particularmente común en el campo de las adicciones (Laredo, Orejudo y Carrobles, 2005), en donde no sólo se observan elevadas tasas de suspensión prematura del tratamiento, sino que éstas constituyen además un factor de alto riesgo para la recaída (Wells, Peterson, Gaaney, Hawkins y Catalano, 1994; Secades y Fernández, 2000).

En el campo de las adicciones se estima que cerca de un tercio de quienes inician tratamiento habrán de suspenderlo en el transcurso del primer mes, mientras que quienes superan este lapso tienen una mayor probabilidad de sostener una permanencia más continuada. Pasado los 90 días disminuye significativamente el riesgo de suspensión y aumenta la adherencia, con el consecuente incremento de las posibilidades de terminar el proceso y alcanzar los objetivos terapéuticos (Secades y Fernández, 2000).

En el caso de CIJ se estima que, en términos de la demanda, el 45.4% de los pacientes acude por condicionamiento o recomendación familiar, el 41.1% *motu proprio*, el 15.4% por condicionamiento o recomendación escolar y el 9.4% por condicionamiento legal. En cuanto a las acciones contra el consumo de sustancias el 29% reportó que antes de acudir a CIJ había intentado interrumpir el consumo de manera voluntaria pero sin apoyo, 7.3% lo había realizado por juramento, 13.6% había sido anexado, 8.9% había acudido a grupos de autoayuda, 7% algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico y el 25.7% no había tomado ninguna medida en contra del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. (Gutiérrez, 2012)

Analizando las cifras aquí mencionadas, damos cuenta que más de la mitad de las personas que acuden a CIJ llegan por demandas “terciadas”, es decir, no por decisión propia. Por lo que la oportuna identificación de las variables que sostienen, tanto la demanda de tratamiento como la permanencia en él, permite mejorar las tasas de retención del sujeto favoreciendo su permanencia en el proceso terapéutico.

Buela-Casal, Sierra, López y Rodríguez (2001), afirman que existe multifactorialidad para que pacientes deserten de un proceso terapéutico, al mencionar que son pocos los casos en los cuales una sola razón motivó el abandono; la tendencia más bien se inclina hacia la configuración de dos o más factores que en cada caso llevan al paciente a no continuar el proceso terapéutico.

La impresión diagnóstica y el motivo de consulta permiten hacer un pronóstico acerca de la probabilidad de adherencia de un consultante; existen trastornos y problemáticas que, dada su naturaleza, hacen difícil, pero no imposible, la alianza terapéutica y el compromiso por parte del paciente (Alcázar, 2007; Mahoney, 1991); los pacientes tienen dificultad para percibir positivamente la ayuda, fijar metas, establecer procesos, y tener una visión optimista de los resultados y estos aspectos, son los que tienden a dificultar el enganche terapéutico incluso antes del contacto con el terapeuta (Rondón, 2009).

La alta tasa de abandonos de los programas de tratamiento en adicciones es uno de los problemas más graves. La identificación temprana de predictores de riesgo de abandono puede proporcionar información útil sobre las necesidades específicas de tratamiento de este tipo de pacientes.

Cannavo y Nochajski, (2012) mencionan que muchas personas pueden tener el mandato de iniciar un tratamiento, pero no todos asisten y muchos de los que asisten nunca participan plenamente en el proceso, lo que sugiere que la disposición al cambio puede ser baja. Dentro de ese contexto podemos considerar que hay muchos factores que pueden interactuar para producir niveles específicos de preparación para entrar en tratamiento, lo cual dará los elementos para establecer los métodos a utilizar para incrementar la motivación para el cambio. El punto de fondo es que se deben considerar todos los factores que pueden estar relacionados con la preparación para entrar en tratamiento y luego desarrollar un plan específico para aumentar la motivación de entrada en tratamiento para aquellos que tienen la necesidad.

Por otro lado, Domínguez (2008) considera importante discutir la pertinencia de los criterios de tratamiento habitualmente manejados por los profesionales, así como la necesidad de dar un seguimiento más estrecho de los abandonos para conocer sus causas, recuperar a los pacientes o establecer criterios de éxito más ajustados a la realidad.

Se vuelven necesarios una serie de revisiones en el proceso de ingreso del paciente: ajustar las expectativas del paciente a los objetivos del equipo profesional (y viceversa), conocer las debilidades del modelo asistencial, tomar medidas para favorecer el contacto y la comunicación y/o formular un modelo de evaluación dinámica del proceso de atención. Así como abrir espacios de retroalimentación y de escucha de lo que le paciente viene buscando y espera del equipo de intervención.



En este sentido, la propuesta de la instrumentación del Grupo o Sesión de Contención obedece a una necesidad vivida en los Centros de generar estrategias de atención oportuna a las personas que solicitan atención, y que por diversos motivos, tardan en iniciar y en mayor medida concluir la fase de Evaluación Clínica y Diagnóstica; por lo que encontramos la necesidad de crear espacios de acompañamiento que, a través de la formulación de preguntas reflexivas, permitan a las personas dotar de sentido su demanda de atención para facilitar que devengan pacientes en este proceso.

### **III. ANTECEDENTES**

La gran demanda que ha presentado Centros de Integración Juvenil para atender a la población con problemas de adicciones, ha generado dificultad para concluir de manera oportuna la Fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico, por lo que algunas unidades operativas han buscado diferentes estrategias con el objetivo de implementar una atención inmediata al solicitante.

Con este panorama, la Subdirección de Consulta Externa, se ha dado a la tarea de elaborar el presente manual de apoyo recopilando la experiencia directa de los diferentes CIJ del país que se han implementado una gran diversidad de dispositivos que tienen como fin brindar un espacio de atención inicial y de contención al solicitante. Estas experiencias heterogéneas se recopilaron durante 2013 y parte de 2014 y servirán de sustento metodológico para esta propuesta de trabajo con el Grupos y la Sesión de Contención.

A continuación se describen algunas de las experiencias mencionadas:

- **CIJ León:** Se llevan a cabo reuniones con base al modelo de entrevista motivacional, con el objetivo de fomentar el cambio de una fase de pre-contemplación a una de contemplación que los motive a permanecer en el proceso terapéutico.
- **CIJ Celaya:** En alta demanda de personas, los tiempos de espera pueden ser hasta de dos semanas, por lo que se les incluye de manera inmediata en grupos que llaman de recepción donde se les imparte, en tres sesiones, los siguientes temas:

1. Reunión informativa: Información general de los planes de tratamiento en CIJ.
2. Daños y consecuencias del uso y abuso de las drogas.
3. Ganancias al dejar de consumir.

Estas sesiones se manejan en grupos abiertos en ambos turnos, y se da seguimiento a los participantes para que en cuanto se tenga una fecha de cita disponible se les programe su primer servicio de fase de evaluación clínica-diagnóstica.

- **CIJ San Luis Potosí:** Se realiza terapia grupal con técnicas de Intervención Temprana (ITA) en personas que acuden por primera vez y que no se les puede dar atención inmediata.
- **CIJ Guadalajara Centro:** Manejan los grupos con actividades psicoeducativas en terapia grupal, y al igual que el **CIJ Tlaquepaque** y el **CIJ San Luis Potosí** han estado trabajando con pacientes que, sumado al consumo de sustancias, tienen historial y riesgos de violencia familiar, escolar, autolesiones y suicidio.
- **CIJ Zacatecas:** Realizan sesiones grupales de sensibilización sobre los daños ocasionados por el consumo de sustancias, distinguiendo entre consumidores experimentadores y usuarios. Con el grupo de experimentadores manejan dinámicas de Intervención temprana (ITA) y a los padres se les integra en círculos de lectura.

Con los usuarios forman grupos que siguen la modalidad de grupo terapéutico y a los padres se les integra en grupo de padres y/o terapia familiar. Ellos consideran que la temática de sexualidad segura puede también resultar de mucha ayuda en estos grupos.

- **CIJ Hermosillo:** En este Centro, se integra a las personas desde el principio en sesiones de terapia grupal tanto para los usuarios como para sus familiares, mismos que continúan una vez que se ha establecido el diagnóstico y se inicia la fase de tratamiento. Han notado que esta actividad fomenta la adherencia al tratamiento al hacer sentir al solicitante atendido desde el principio.
- **CIJ Nogales:** Realizan actividades de Centro de Día Preventivo con los pacientes que se encuentran en espera para iniciar o continuar su proceso diagnóstico.

- **CIJ Los Mochis:** se realizan intervenciones breves vía correo electrónico con los pacientes en lista de espera, con el fin de incrementar su motivación para continuar con su atención en CIJ.
- **CIJ Dr. Kumate (antes CIJ Mazatlán):** Para favorecer la adherencia de los solicitantes en periodo de espera para cita, se les incluye desde el inicio en las actividades de rehabilitación de Centro de Día.
- **CIJ Tlalnepantla:** En este centro se realizaba la inclusión de los solicitantes de manera inmediata en las actividades grupales de Centro de Día; pero observaron que estas sesiones se sobresaturaban y además se generaba mucha confusión en algunos participantes, por lo que regresaron a la dinámica de ofrecer una sesión o reunión informativa antes de incluir a los solicitantes a dichas actividades, por lo que han visto mejores resultados en la adherencia de los pacientes al tratamiento.
- **CIJ GAM Norte:** Se llevan a cabo dos Grupos de Contención, uno por turno, con sesiones semanales y también se integra a los participantes a los Grupos de Ayuda Mutua. En estos grupos se pretende que los pacientes en ambivalencia expongan y compartan sus expectativas de atención y tratamiento; esta actividad permite fomentar en el paciente: continuidad, constancia, confianza y compromiso con las actividades terapéuticas.
- **CIJ Monterrey:** En este Centro se realizan tres sesiones con los solicitantes, donde se da información a los usuarios y a sus familiares sobre el proceso de tratamiento y las fases del mismo y con ello lograr que se sientan más tranquilos y confiados con las actividades terapéuticas que se realizan en el CIJ.
- **CIJ Tlalpan:** Se realizan de tres a cinco sesiones con los solicitantes en la etapa de evaluación clínica y diagnóstica en grupos abiertos. En ellos se informa a los participantes sobre los aspectos generales de los factores que intervienen en una adicción con el fin de contener el proceso de consumo y orientar al usuario al cambio de actitudes en su vida diaria.

Revisando estas experiencias podemos ubicar que los centros han realizado esta diversidad de acciones con diferentes **objetivos:** como serían fomentar el cambio de una fase de pre-

contemplación a una de contemplación que los motive a permanecer en el proceso terapéutico; brindar atención pronta, en casos donde los tiempos de espera entre cada servicio de la Fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico pueden ser muy largos; sensibilizar sobre los daños y riesgos del consumo; hacer sentir que, tanto a los pacientes como a los familiares, se les da atención inmediata; fomentar motivación entre los pacientes para iniciar el tratamiento; favorecer la adherencia terapéutica; conocer las expectativas de tratamiento de los pacientes y sus familiares; brindar información sobre el proceso de tratamiento y las fases del mismo y favorecer a disminuir sensaciones de ansiedad, haciendo que se sientan más tranquilos y confiados en las actividades terapéuticas que están por iniciar.

Todo este panorama vivido por los equipos en la operación, da cuenta de diferentes necesidades a las que se han enfrentado y que han tenido que desarrollar estrategias de intervención que puedan responder a estas necesidades encontradas en la fase inicial del tratamiento, por lo que desde el área normativa, con el fin de contribuir a las prácticas de los equipos en la operación, nos hemos dado a la tarea de sistematizar estas experiencias para poder diseñar espacios que cuentan con las características particulares que contribuyan a afinar nuestras estrategias de intervención.

Por último cabe mencionar que los CIJ coinciden que en los Grupos o la Sesión de Contención es fundamental el papel del coordinador, el cual debe contar con habilidades esenciales para que éstos tengan éxito. Recalcando su papel para fomentar en el solicitante una redefinición de su demanda y prepararlo para la etapa de tratamiento. Entre estas habilidades se encuentran las siguientes:

- Capacidad para establecer empatía.
- Habilidad para el manejo grupal.
- Dinamismo.
- Habilidad de comunicación.
- Capacidad de escucha activa.
- Tolerancia a la frustración.
- Compromiso.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

Asumir una postura biopsicosocial como columna vertebral del modelo de atención en Centros de Integración Juvenil implica entender que los sujetos a los que se les brinda atención no sólo son producto de una serie de procesos bioquímicos que se ven alterados ante el consumo de sustancias psicoactivas; sino también se ven afectadas otras áreas referentes al campo de lo psicológico y las interacciones socio/familiares.

Atender al sujeto consultante considerando tanto sus características individuales como familiares y sociales, no es tarea fácil ya que implica un cambio de epistemología completo pues se deja de lado un modelo unidireccional de atención a la salud donde hay diversos especialistas aislados entre sí; transformándose en un equipo interdisciplinario que dialoga con sus diferentes miradas clínico-teóricas para atender a la persona en sus singularidades pero también a sus pautas de relación que forman parte del sistema de consumo.

Continuando en esta misma línea de pensamiento donde se busca dar cabida a la posición dialéctica entre el sujeto y el contexto social (Serrano y Pons 2011); los enfoques como el Constructivismo y el Construccinismo social, son de gran utilidad para transformar y entender al paciente desde otro lugar que nos aleje de posiciones de poder frente al paciente o de permanecer únicamente en el ámbito psicoeducativo en nuestras intervenciones.

Desde el Constructivismo se concibe al sujeto como parte de un sistema capaz de observarse a sí mismo y usar esta observación en procesos de auto organización de acuerdo a su estructura y al medio en que subsiste (Jubés, Laso y Ponce, 2001). Para este enfoque, el elemento social ocupa una condición coadyuvante para la adquisición de los conocimientos pero no es condición única o necesaria para su construcción.

Desde esta mirada teórica del procesamiento de la información se parte de dos concepciones que se toman como fundamentales: organización y significatividad; es decir, subraya la información subjetiva como dato útil para la construcción de nuevos conocimientos.

En el caso del Construccinismo es necesario situar la realidad como una construcción social que ubica al conocimiento como producto de este intercambio. Es decir, con este elemento damos un

paso más allá del individuo, dando importancia también a los procesos dialógicos que forman a los sujetos en sus interacciones, es decir, la producción del quehacer social. (Serrano y Pons, 2011)

Siguiendo con esta línea de pensamiento regida por el construccionismo, donde las acciones de un individuo (tanto lingüísticas como otras) operan como indicadores de posibles secuencias relacionales (Gergen, 1999) es importante sumar aportaciones del constructivismo pues es, desde los recursos mismos del sujeto demandante a partir del cual se comenzará a estructurar la atención terapéutica.

Si vemos al sujeto como aquel que en la interacción misma permitida por el lenguaje, puede narrarse a sí mismo y a su contexto de diversas maneras por la reconstrucción que se genera a partir del análisis, reflexión, cuestionamiento, indagación y retroalimentación que del proceso mismo de comunicación se deriva de manera recurrente, entonces podemos verlo como aquel que cuenta con recursos y marcos conceptuales previos que sirven como punto de referencia para transformar y transformarse; es decir, a formar parte activa de esta transformación a partir de sus propios recursos y referencias.

Lo anterior gracias a que las prácticas narrativas brindan la posibilidad de otorgar y re-crear significados que permitan darle un nuevo sentido y organización al discurso del paciente. (Jubés et. al., 2001).

Siendo sensibles a la necesidad de crear espacios institucionales de encuentro que cumplan con la función de promover interacciones con el otro; así como de reconstrucción de sí mismo con el entorno, a partir de una escucha activa y reflexiva de las narrativas que envuelven la demanda de los solicitantes, surge la idea de conformar estos espacios de Contención que sirvan para acompañar e integrar la fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico y que puedan servir tanto para dar atención a pacientes como a los familiares de los mismos.

Estos espacios al pensarse como lugares reflexivos de resignificación constante permitirán que los participantes se encuentren en un proceso de autoescucha y cuestionamiento del motivo de consulta manifiesto y por su parte, el profesional de la salud podrá comenzar a dilucidar la demanda latente y singular que produzca una demanda de tratamiento propia en la persona.

El motivo de consulta manifiesto obedece a la interpretación que el sujeto hace de su malestar, que está mediatizada por la información médica o psicológica que dispone, su capacidad para elaborarla, el haber sufrido experiencias previas iguales o semejantes, el imaginario socio-cultural en el que vive, etc. (Sánchez- Pedreño, 1997).

Es decir, el motivo de consulta manifiesto será a aquel que se mencione como la causa que lo llevó a pedir ayuda y asistir a la institución. Los motivos pueden o no estar relacionados con la problemática de consumo; pues en ocasiones refieren que está asociada a conflictos familiares, sociales, legales, escolares y/o laborales más que a la adicción en sí; es desde este lugar desde donde se plantea una demanda manifiesta al otro, la cual puede ir encaminada o no a favorecer el cambio ya que no siempre las personas acuden a tratamiento por iniciativa propia.

Lo importante de este trabajo previo al tratamiento es poder conocer no sólo lo manifiesto por la persona que solicita atención, sino también aquello que se mantiene latente y se correlaciona con múltiples factores que sostienen la conducta adictiva como síntoma de malestar, lo que resulta válido para pacientes y familiares.

Es justo en ese entramado de significaciones donde el motivo de consulta latente se enmarca, planteando una demanda donde la dualidad placer-dolor es de esperarse pues las raíces del consumo se encuentran sostenidas en experiencias de vida que intentan ser mitigadas por la sensación generada momentáneamente por la sustancia psicoactiva. De esta manera, el sujeto queda atrapado en una paradoja que se expresa a través del consumo.

El Grupo o Sesión de Contención tiene como objetivo dar una primera atención encaminada a favorecer el proceso en el que las personas devienen sujetos de un tratamiento, tanto para los consumidores como para los familiares de éstos. Servirá para atender la demanda manifiesta, acompañar y contener a la persona para favorecer la configuración de una demanda encaminada a recibir tratamiento.

Cabe mencionar que en el Grupo y la Sesión de Contención será importante fomentar que las personas comiencen a reconocer las características de su demanda inicial, el momento del cambio en el que se encuentra, su dilema, temores y expectativa hacia el tratamiento.

La peculiaridad de esta propuesta se opone con la concepción que hasta el momento ha permeado el mundo de la academia, donde se distingue al profesor y muchas veces al coordinador de un grupo como aquel sujeto supuesto del saber que transmite su conocimiento a un alumnado cuya interacción es mínima en tanto sólo expresa sus dudas y no su conocimiento; sin embargo, el objetivo de los Grupos y la Sesión de Contención es distinto, ya que no esperamos que tengan un sentido educativo o de instrucción ante la visita inicial de las personas que aún no son pacientes de la institución, sino que sean espacios reflexivos que permitan que las personas comiencen a ubicar sus preguntas y necesidades singulares y favorezcan a la adherencia terapéutica desde una decisión propia y no impuesta.

Si partimos de la idea que los Grupos y la Sesión de Contención están pensados para atender la demanda manifiesta y acompañar al participante en un proceso de reflexión para fomentar que éste transite en la fase de evaluación clínica y diagnóstico, será fundamental escuchar a los sujetos participantes, pues así abrimos un canal de comunicación que favorece no sólo un espacio de diálogo, sino también un proceso de retroalimentación.

Este doble flujo de intercambio donde el sujeto participante puede expresar sus esquemas conceptuales y el profesional de la salud pueda establecer un diálogo haciendo uso de preguntas o dinámicas reflexivas, permite pasar de una modalidad de trabajo psicoeducativo/informativo a uno reflexivo/narrativo y de co-construcción.

Con base a esta postura epistemológica el uso de preguntas reflexivas será básico para intencionar una nueva "realidad" en la persona, poniendo mayor énfasis en encaminarla a que a partir de estas preguntas pueda cuestionarse a sí mismo sobre ellas y otras que se encuentren correlacionadas. (Vaca, 2012).

Cabe mencionar, que los efectos específicos de las preguntas que se realizan, están determinados por el consultante y no por el coordinador. El cambio ocurre como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema pre-existente de significados, que incluye a las creencias y a los sistemas perceptivos/reactivos del consultante. Por ende el mecanismo básico del cambio, no es el *insight*, sino la reflexividad. (Sapène, 2011)



## **V. METODOLOGÍA**

### **V.I Objetivo General:**

- Brindar atención oportuna a las personas que solicitan tratamiento, a través de la intervención grupal en la cual se atiende la demanda inicial en relación a su problema.

### **V.II Objetivos Específicos:**

- Conocer las expectativas relacionadas con el tratamiento.
- Identificar las emociones que les genera el acudir a tratamiento.
- Conocer el nivel de motivación con el que acuden así como su disposición a realizar un cambio.
- Identificar si existe una prioridad de atención.
- Explorar la demanda del sujeto.
- Indagar los antecedentes de tratamiento.
- Acompañar el proceso de la fase de evaluación clínica y diagnóstico.
- Establecer empatía para favorecer la permanencia y minimizar el abandono en la fase de evaluación clínica y diagnóstico.
- Preparar a la persona para iniciar el proceso de tratamiento, fortaleciendo sus expectativas de cambio.
- Establecer el encuadre del tipo de tratamiento que pueden recibir en el CIJ.

### **V.III Características de los Dispositivos de Contención**

#### **-Grupo/Sesión de Contención para pacientes y Grupo/Sesión de Contención para Familiares:**

- La propuesta es que se habilite un espacio de contención específico para los pacientes y otro diferente para los que asisten en calidad de familiares.

**-Criterios de inclusión:**

- Mujeres y hombres que soliciten atención por vez primera en el CIJ y que se encuentren en el proceso de la fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico, de manera que se acompañe este proceso, se facilite su conclusión y su inicio de tratamiento.
- Solicitantes en quienes se identifiquen aspectos que favorezcan el trabajo en grupo.

**-Criterios de exclusión:**

- Personas que presenten dificultades o limitaciones para el trabajo en grupo.
- Personas que presenten un cuadro psicótico.
- Personas en situación de crisis: en éstos casos se trabajará de manera individual para realizar la intervención que responda a la situación apremiante y valorar su posterior ingreso al grupo.
- Adolescentes que cumplen con los criterios para integrarse a los grupos de ITA.
- Personas canalizadas por instancias legales que se integrarán a los Grupos de Recepción.

**-Población:**

- Hombres y mujeres que soliciten atención a su problemática de adicciones.
- Familiares de personas drogodependientes que soliciten ayuda.

**-Tipo de grupo:**

- Abierto mixto tanto para el Grupo de Contención como para la Sesión.

**-Temporalidad:**

- Para llevar a cabo el Grupo de Contención se recomienda realizar una sesión semanal en cada uno de los turnos. La duración se sugiere que sea de entre 60 y 90 minutos, de acuerdo al tamaño del grupo.
- Las personas acudirán al Grupo de Contención mientras transiten el periodo que tarde su fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico. En este sentido el tiempo de permanencia de cada persona en el grupo estará en función de las características de la demanda y recursos de cada CIJ.
- Para realizar la Sesión de Contención se sugiere que sea un encuentro de entre 30 y 60 min. realizándose por única ocasión con esos pacientes que se atiendan.

#### V.IV Estructura de los Dispositivos de Contención

- **Bienvenida:** se recibe a la persona con una bienvenida y se le ayuda con información de lo que es el grupo, su objetivo, su metodología y en qué punto se encuentra para que la persona le sea más fácil integrarse al proceso grupal.
- **Desarrollo de la sesión:** En el desarrollo se tocarán las temáticas relacionadas con la demanda de cada uno de los pacientes poniendo el foco de atención en los momentos de cambio para poder guiar un intercambio reflexivo sobre estos elementos.
- Será importante poder darle sentido al proceso de la Evaluación Clínica y Diagnóstico por el que estén atravesando las personas, acompañándolas en este momento donde aún no reciben tratamiento propiamente y brindándoles elementos que les permiten integrar los diferentes servicios por los que están atravesando, con miras a prepararlas para el inicio del tratamiento.
- Recomendamos en este punto, poder valerse de técnicas que permitan a los participantes transitar por los momentos lógicos del proceso de cambio y generar preguntas en ellos que les permitan formar una demanda de tratamiento.
- **Cierre de la sesión:** Será importante poder concluir la sesión con comentarios finales por parte de los participantes sobre su actitud frente al tratamiento, se sugiere poder hacer una devolución de lo que el coordinador haya escuchado en el grupo con la intención de dar cuenta que se les está dando un espacio de escucha y de atención.

Cuando se realice un **Grupo de Contención**, es decir un grupo que sesione más de una vez, recomendamos tener en cuenta esta estructura para las sesiones pero también poder hacer una lectura del proceso del grupo de manera transversal para poder ir generando las condiciones grupales que posibiliten el ingreso de todos los asistentes a un tratamiento.

Para el caso del Grupo/Sesión de Contención que esté dirigido a familiares recomendamos revisar el Manual de Terapia Familiar para poder tener en cuenta las características propias de esta población y así poder intervenir de manera específica con la función que puedan estar ejerciendo los familiares en el problema de adicción y viceversa.

## VI. FOCOS DE ATENCIÓN EN EL DIÁLOGO DE LOS DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN

Es importante aclarar que el Grupo y la Sesión de Contención son espacios de escucha reflexiva y no se trata de espacios terapéuticos que tengan por fin intervenir para conseguir la suspensión o reducción de consumo. En este punto se abordarán temáticas que giran en torno a comprender y atender la demanda del sujeto, trabajar en construir la alianza o vínculo terapéutico, desencadenar una demanda de tratamiento que hable del sujeto mismo y no de las instituciones o familiares que lo demanden y al mismo tiempo favorecer que pueda concluirse la fase diagnóstica para que la persona pueda iniciar con su tratamiento sin desertar antes.

La propuesta para encuadrar estos espacios de contención es focalizar la atención en cuatro áreas del proceso de cambio: Momento del Cambio, Dilema del Cambio, Expectativas hacia el Cambio y Disposición hacia el Cambio. Cada uno de estos focos se abordará poniendo la mirada en el sujeto, escuchando su propio discurso sobre su condición, su momento de cambio y su decisión de participar de un tratamiento. Además se considerará que no son etapas fijas y lineales, sino que se trata de momentos que tienen un acontecer lógico más que cronológico.



## **VI.I Foco 1: Momento de Cambio**

Las personas atravesamos desde nuestro nacimiento y hasta la muerte por varias etapas de desarrollo que consisten en procesos de continuos cambios físicos, psicológicos y sociales. Todos estos procesos no obedecen a una lógica lineal, ni pueden ser estandarizados, sino que responden a historias de vida singulares. El pasaje de una etapa a otra implica un cambio y todo cambio genera un monto de angustia ante la incertidumbre que implica separarse de un hábito, conducta, creencia, etcétera, y generar nuevos hábitos.

La solicitud de atención implica un cambio en la vida de la persona que la realizó, por tanto el trabajo del EMT en este eje es el de tener la sensibilidad de detectar por un lado la etapa de cambio en la que se encuentra la persona que solicita ayuda para acompañarla, como aquellas condiciones que rodearon esta solicitud y que desde una postura reflexiva, en el proceso de cambio pertinente para dar inicio a un tratamiento.

Esto implica dialogar con las personas acerca de cómo se está conformando este momento en el que, tal vez, no esté listo para hacer cambios, pero es importante poder escuchar las condiciones que posibilitaron que esos sujetos se encuentren en ese momento particular asistiendo a solicitar un tipo de atención pues seguramente aunque en este momento no sea claro aún, se trata de un acontecimiento que hayan podido llegar a una institución donde se ofrece atención a sus problemáticas de adicción.

## **VI.II Foco 2: Dilema del cambio**

Un dilema lleva implícito un problema que puede resolverse a través de varias soluciones, algunas de las cuales resultan completamente inaceptables para las personas involucradas o en ocasiones ni siquiera han sido consideradas por los propios esquemas o estereotipos. El dilema coloca a las personas en una situación de duda respecto a la modificación o no de alguna circunstancia; los coloca en un debate entre una opción adecuada (aquello que se espera que haga) y otra opción “deseada” (aquello que siente que quiere hacer).

El trabajo que se deberá realizar en este sentido será explorar, dialogar y reflexionar sobre los conflictos e implicaciones internas y externas que experimenta la persona respecto a dar inicio a un tratamiento especializado en adicciones. En este punto es importante poder indagar sobre los casos en que las demandas de tratamiento están terciarizadas por alguna instancia de salud, educativa o

por algún familiar y que, por lo tanto, la persona no sienta que sea una necesidad propia sino que se viva más como una imposición externa de lo que se espera de él o de ella.

Será importante que el coordinador se pueda correr del lugar que ocupan las instancias que canalizan a estas personas, es decir, insistimos en dar lugar al discurso y necesidades del sujeto y no imponer nuestros puntos de vista de lo que la persona “debe” o no hacer. Esto es importante ya que desde esta posición posibilitamos que la persona no viva nuestra institución como otra instancia persecutoria que le impone decisiones sobre su consumo y esto puede dar lugar a que se abran cuestiones que lleven a la permanencia de un tratamiento.

### **VI.III Foco 3: Expectativas hacia el cambio**

Las expectativas son anticipaciones que una persona hace de los resultados que obtendrá de llevar a cabo cambios en las conductas que le han causado problemas o bien de lo que espera obtener de algo.

En este punto se trata de explorar con los/as usuarios/as las expectativas que en este momento tienen respecto a la solicitud de ayuda que realizaron: qué esperan de la atención, cuánto tiempo están dispuestos a invertir, cuál es su perspectiva del problema y qué esperan obtener.

Será importante también, poder hablar en términos reales con las personas, dialogar sobre el cuadro en la modalidad de tratamiento que ofrecemos, no ofrecer más de lo que podemos dar, dialogar sobre la responsabilidad de la persona que está siendo atendida para el éxito o no de cualquier tratamiento y poder estimular una participación activa frente a todo el proceso terapéutico.

### **VI.IV Foco 4: Disposición hacia el cambio**

La disposición al cambio se refiere al grado en que las personas están dispuestas a comprometerse a lograr una modificación en su conducta; por lo tanto se está hablando de qué tan motivados se encuentran, qué tan clara tienen la demanda que les trajo a solicitar ayuda, cuántas y cuáles son las razones que encuentran para llevar a cabo ese cambio, etc.

La disposición o motivación para realizar un cambio varía de persona a persona, por lo que con este eje se pretende acompañar en la reflexión sobre cuál es su disposición a modificar conductas que han identificado como problema y explorar su nivel de compromiso para lograr su objetivo.

## VII.TEMAS DE DIÁLOGO

A partir de los referentes teóricos y metodológicos hasta el momento planteados y tomando en cuenta los focos del proceso de los procesos de cambio se sugieren algunas preguntas para pacientes y familiares, que pueden servir para orientar el trabajo en las sesiones; las cuales se pretende que más que ser un cuestionario estructurado, sirvan como guía para orientar el trabajo reflexivo desde el modelo biopsicosocial, según los retos clínicos que cada grupo y/o persona presente.

Las preguntas aquí mencionadas irán de la mano de los focos de atención descritos y se presenta una propuesta hecha para el grupo/sesión de contención para pacientes y otra propuesta para el grupos/sesión de contención para familiares.

### Momento de Cambio

#### **Preguntas para pacientes:**

- ❖ ¿Qué sucedió para que necesitaras solicitar tratamiento?
- ❖ ¿Cómo es que ahora solicitas tratamiento y no antes o después?
- ❖ ¿Qué te facilitó tomar la decisión de solicitar tratamiento?
- ❖ ¿Qué te la dificultó?
- ❖ ¿Te parece que tienes algún problema que necesite solución?
- ❖ ¿Te sientes obligada/o a solicitar atención o lo haces de manera voluntaria?
- ❖ ¿Qué opinas de que te hayan enviado de tu escuela/trabajo a una instancia de atención a la salud?

#### **Preguntas para familiares:**

- ❖ ¿Qué sucedió para que necesitaras solicitar apoyo con esta situación?
- ❖ ¿Cómo es que ahora solicitas atención y no antes o después?
- ❖ ¿Qué te facilitó tomar la decisión de solicitar atención profesional?
- ❖ ¿Qué te la dificultó?
- ❖ ¿Cómo ha sido este momento en que tu familiar ha aceptado solicitar tratamiento? ¿Qué lo ha favorecido? ¿Qué lo ha obstaculizado?
- ❖ ¿Cuál ha sido tu papel para que la persona con problemas de adicción acuda a tratamiento?

## **Dilema de Cambio**

### **Preguntas para pacientes**

- ❖ ¿Cómo te sientes de acudir para solicitar un tratamiento?
- ❖ ¿Has tenido otros tratamientos antes de este? ¿Cómo fue tu experiencia?
- ❖ ¿Por qué se suspendió ese tratamiento? ¿Cómo terminó?
- ❖ ¿Qué te funcionó en esa experiencia terapéutica? ¿Qué no te funcionó?
- ❖ ¿Consideras que en esta ocasión podrías sostener un tratamiento?
- ❖ ¿Qué factores podrían amenazar tu continuidad en el tratamiento?
- ❖ ¿Quién te gustaría que además de ti asistiera a tratamiento?
- ❖ ¿Qué opina tu familia sobre la decisión de acudir a solicitar tratamiento? ¿Qué piensas de esto?
- ❖ ¿Te sientes apoyado por tu familia/pareja/amigos para iniciar y sostener el tratamiento? ¿Necesitarías el apoyo de alguien más?
- ❖ ¿Tú crees que tendrías que realizar algún sacrificio o renuncia en tu vida para dar inicio con el tratamiento?

### **Preguntas para familiares**

- ❖ ¿Cómo te sientes de acudir para solicitar apoyo para ti y tu familiar?
- ❖ ¿Has acudido a otros lugares a solicitar apoyo? ¿Cómo fue tu experiencia?
- ❖ ¿Qué te funcionó en esa experiencia t? ¿Qué no funcionó?
- ❖ ¿Consideras que en esta ocasión podrías continuar participando del tratamiento que tu familiar reciba?
- ❖ ¿Qué factores podrían amenazar tu asistencia? ¿Qué factores podrían amenazar la asistencia de tu familiar?
- ❖ ¿Quién te gustaría que además de ti se uniera al tratamiento?
- ❖ ¿Qué opina tu familiar sobre la decisión de acudir a solicitar tratamiento? ¿Qué piensas de esto?
- ❖ ¿Te sientes apoyado por el resto de la familia/pareja/amigos para iniciar y sostener la participación en el tratamiento? ¿Necesitarías el apoyo de alguien más?
- ❖ ¿Tú crees que tendrías que realizar algún sacrificio o renuncia en tu vida para acudir a los servicios de tratamiento?



## Expectativas hacia el cambio

### **Preguntas para pacientes**

- ❖ ¿Cómo te enteraste sobre nosotros? ¿Qué te comentaron?
- ❖ ¿Qué sabes de la institución o cómo te imaginas el tratamiento en CIJ?
- ❖ ¿Qué te gustaría obtener de este tratamiento?
- ❖ ¿Qué piensas de las instancias que brindan atención y tratamiento para las adicciones?
- ❖ Desde tu lugar de hombre/mujer ¿Cómo te sientes respecto de la atención que recibes de estas instancias?
- ❖ ¿Qué beneficios crees que podrías obtener de este proceso terapéutico?
- ❖ ¿Cómo podrías describir el tipo de apoyo que necesitas en tu tratamiento?
- ❖ ¿Cómo te imaginas participando de este proceso terapéutico?
- ❖ ¿Por cuánto tiempo estarías dispuesto a participar de este tratamiento?

### **Preguntas para familiares**

- ❖ ¿Cómo te enteraste sobre nosotros? ¿Qué te comentaron?
- ❖ ¿Qué sabes de la institución o cómo te imaginas el tratamiento en CIJ para tu familiar y para ti?
- ❖ ¿Qué te gustaría obtener de esto?
- ❖ ¿Qué piensas de las instancias que brindan atención y tratamiento para las adicciones?
- ❖ Desde tu lugar de hombre/mujer ¿Cómo te sientes respecto de la atención que recibes de estas instancias?
- ❖ ¿Qué beneficios crees que podrías obtener de este proceso terapéutico?
- ❖ ¿Cómo podrías describir el tipo de apoyo que necesitas? ¿Qué tipo de apoyo crees que tu familiar necesita?
- ❖ ¿Cómo te imaginas participando de este proceso terapéutico?

## Disposición hacia el cambio

### **Preguntas para pacientes**

- ❖ ¿Qué disposición tienes para el inicio de tratamiento y para mantenerlo?
- ❖ ¿Existe alguna persona que te motive a participar de este tratamiento?
- ❖ ¿Quién estaría más tranquilo de que asistas a tratamiento? ¿Qué piensas de esto?
- ❖ ¿Consideras que puedes resolver tus problemáticas por ti mismo/a o que necesitas ayuda?
- ❖ Si el consumo no es un problema para ti ¿De qué te gustaría hablar en un espacio como este?
- ❖ Imagina que en este momento desapareciera el consumo y te das cuenta que no sientes ni tienes la necesidad de hacerlo:
- ❖ ¿Qué sería diferente en ti?
- ❖ ¿Cómo te sentirías si supieras que superaste esta dificultad?
- ❖ ¿Quién sería la primera persona en darse cuenta?
- ❖ ¿A quién le agradecería saber que lo hayas logrado?
- ❖ ¿Qué estarías dispuesto a hacer para lograr algún cambio?

### **Preguntas para familiares**

- ❖ ¿Qué disposición tienes para apoyar el tratamiento de tu familiar?
- ❖ ¿Existe algo que te motive/desmotive a participar de este tratamiento?
- ❖ ¿Consideras que la problemática de tu familiar con las drogas es algo que tiene que resolver por sí mismo? ¿Qué tipo de apoyo podría necesitar de ti?
- ❖ ¿Crees que además del consumo de tu familiar existen otras problemáticas que obstaculicen recibir tratamiento?
- ❖ ¿Consideras que estas problemáticas pueden tener alguna relación con su disposición de recibir tratamiento? ¿Cómo se relacionan?
- ❖ ¿Consideras que hay cambios que tú puedes realizar para impactar el que tu familiar asista a tratamiento?
- ❖ ¿Qué estarías dispuesto a hacer para lograr la permanencia en el tratamiento de tu familiar?

## **VIII. HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN**

Con la finalidad de favorecer el trabajo reflexivo, se pretende que los Equipos Médico Técnicos puedan hacer uso de aquellos recursos psicoterapéuticos con los que cuentan para posibilitar la creación de una nueva trama narrativa donde la información emocional sobre el sujeto tenga cabida (Díaz, R. 2007).

Algunas de las herramientas a utilizar pueden ser aplicadas desde fundamentos teóricos como terapia motivacional, cognitivo-conductual, psicoanálisis, sistémica, gestalt, humanista, etc.; haciendo uso de técnicas psicocorporales, psicosociales, psicoeducativas, narrativas (cuentos), entre otras.

La selección y uso de las técnicas y herramientas dependerá de la formación teórico-práctica con la que cuenten los coordinadores del grupo o la sesión de contención, además de las particularidades de la población que esté participando del servicio. Siempre considerando trabajar en torno del objetivo propio de este espacio y el proceso mismo del grupo.

En este sentido, el espacio de contención en la fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico pretende crear un espacio de escucha, conversación, reflexión y retroalimentación sobre el cambio en la vida de la persona. Conversación basada en un esquema conceptual, biopsicosocial que plantea que la realidad de cada persona se interpreta (se crea y recrea) a través del diálogo. Sostenemos que en este diálogo aparece una narrativa del sujeto que es necesario comprender como vivencia humana, percibiendo al cuerpo como un elemento atravesado por el lenguaje.

Desde esta perspectiva es fundamental incorporar una revisión personal de cada coordinador, tomando en cuenta sus propias expectativas para que no se confundan y sustituyan con las del sujeto, facilitando la escucha respetuosa, clara, empática, reflexiva que se encamine a generar el cambio, no como algo impuesto sino como una co-construcción de un nuevo equilibrio para la persona que, a través del consumo de una droga, ha intentado obtener.

## **VIII.I Técnicas**

A continuación describimos algunas técnicas con la intención de ilustrar ideas de lo que planteamos como eje de trabajo para el grupo y la sesión de contención: la demanda de tratamiento. Cabe señalar que las descripciones que hacemos de estas técnicas no pretenden ser aplicadas con carácter de obligatoriedad sino únicamente como una propuesta metodológica para poder dar una pauta de intervención. Las técnicas que presentamos aquí como propuesta son desde diferentes campos de saber: técnicas narrativas, técnicas desde la Entrevista Motivacional, dinámicas de grupo y técnicas escénicas.

### **TÉCNICAS NARRATIVAS**

En el desarrollo del manual , se ilustran los focos de atención a manejar en el grupo de contención con una serie de preguntas específicas para conversar con los /las pacientes , estas preguntas están formuladas desde lo que plantea la Terapia con enfoque narrativo, por lo que es importante conocer las bases de esta ya que posibilitaría hacer uso de este enfoque para estructurar una manera de conversar con los pacientes , lo cual se podría hacer tanto de manera práctica según la lista de preguntas sugeridas en cada foco, hasta como algo más estructurado que sea manejado por terapeutas formados con este enfoque .

La terapia narrativa es comúnmente descrita como un enfoque respetuoso y no culpabilizador, que sitúa a las personas como expertas de sus propias vidas (Morgan, 2004). Su principal principio es: “El problema es el problema y la persona es la persona”.

De este modo, el discurso de la persona, su historia, se convierte en fundamental para el terapeuta narrativo, acompañado de un análisis reflexivo de la posición que ocupa y de la necesidad de no imponer sus criterios a la vida de los consultantes (otro término que se utiliza para referirse a las personas que solicitan nuestra ayuda). Gergen (1996) lo llama auto narración y con ello “se refiere a la explicación que presenta un individuo de la relación entre acontecimientos auto relevantes a través del tiempo”.

White señala que al contar a extraños nuestras historias personales nos libramos de ellas y las convertimos en pasado. Esto nos permite comenzar a diseñar un futuro a nuestro gusto, Las personas entenderán, como esas experiencias y circunstancias adversas les permitieron fortalecerse, o tomar decisiones.

El trabajo con la persona o familia comienza con un nombre mutuamente aceptable para el problema. Uno, puede preguntarle a una persona que pierde la paciencia con facilidad: “¿Así que la rabia te ha convencido de pegarle a tu mujer o pegarla con tus hijos?” A una persona con rasgos paranoides se le podría preguntar: “¿Cuando la desconfianza te susurra en el oído, siempre la escuchas?” Al comienzo, la persona y su familia pueden insistir en atribuirle el problema a la persona, pero el terapeuta narrativo, gentilmente, persistirá en la otra dirección, desprendiendo lingüísticamente a la persona del problema-etiqueta. Así los pacientes comenzarán a asumir una visión externalizada del problema.

Esto puede aplicarse al manejo que se haga sobre la demanda que trae el paciente y su familia, al momento de solicitar y transitar por la fase inicial de su atención en diagnóstico, ya que con el tipo de preguntas que podemos hacer, la persona se aleja de la etiqueta, de su identificación con ser discriminado y amplía su percepción, además de que favorece el inicio de la construcción de una relación terapéutica respetuosa.

Otro aspecto de la Terapia narrativa es que se personifica el problema y le atribuye intenciones opresivas y tácticas, esto es, el terapeuta comienza a hablarle a la familia o a la persona, como si el problema fuera otra persona con su propia identidad, voluntad e intenciones, que están diseñadas para oprimir o dominar a la persona o la familia. A menudo, los terapeutas usan metáforas o imágenes que ayudan a realzar el problema, tanto para ellos como para sus pacientes. Por ejemplo, “¿Cómo maltrata el macho borracho a todos en la familia?”. Esto comienza a liberar a la persona y a los que se encuentran a su alrededor, y les impide identificar a la persona con el problema, al mismo tiempo que motiva con el cambio.

David Epston y Michael White han elaborado una serie de técnicas basadas en los aportes de Bateson, la teoría constructivista y el uso de los medios narrativos. Nuestra identidad personal está constituida por lo que “sabemos” de nosotros mismos y como nos describimos como personas. El segundo gran territorio que Epston y White exploran es la variedad de formas en las que podemos usar terapéuticamente la palabra escrita. Este es el campo de los medios narrativos con fines terapéuticos “en blanco y negro”, cartas, invitaciones, cartas de referencia, certificados, predicciones, declaraciones, etc. El lector puede elegir entre gran variedad de nuevas intervenciones.

David Epston subraya el potencial terapéutico de las cartas que resumen habitualmente cada sesión. La copia de la carta constituye normalmente el único registro de la sesión. Esta conducta supone una significativa incursión en una relación más igualitaria entre profesionales y cliente. En el grupo de

contención, se pueden instrumentar medios de esta índole, por ejemplo; cartas de bienvenida, constancia de haber finalizado su o sus sesiones de contención, constancia de felicitación por iniciar su tratamiento, cartas compromiso con su plan de recuperación, etc.

Las historias o narrativas son importantes y para la terapia narrativa, la palabra historia o narrativa significa: eventos, ligados en una secuencia, a través del tiempo y de acuerdo con un tema (plot), significado que emerge a la conciencia o mejor dicho al discurso de la persona al conversar a través de los medios narrativos antes expuestos.

## **ÁREAS QUE SE PUEDEN EXPLORAR CON PREGUNTAS NARRATIVAS. GUÍA DE PREGUNTAS**

### **PARA AVERIGUAR SOBRE EL PROBLEMA.**

- 1.- ¿Desde cuándo entro el problema a tu vida y que te ha dificultado buscar ayuda?
- 2.- ¿Has notado cuándo es más fuerte o más débil el problema?
- 3.- ¿De qué tácticas se vale el problema para influenciarte sin que tú te des cuenta?
- 4.- ¿Qué te hizo darte cuenta y buscar ayuda?

### **PARA IDENTIFICAR LOS EFECTOS DEL PROBLEMA.**

- 1.- ¿Cómo ha afectado el problema la imagen que tienes de ti misma/mismo?
- 2.- ¿De qué manera ha interferido el problema en la relación con tus padres?
- 3.- ¿Cómo ha afectado el problema los planes que tenías para tu vida?
- 4.- ¿Qué efecto ha tenido el problema en tu capacidad para divertirte y disfrutar la vida?
- 5.- ¿Que te gustaría que fuera diferente?

### **PARA EVALUAR LOS EFECTOS DEL PROBLEMA.**

- 1.- ¿Por qué consideras inaceptable que el problema te dicte qué pasos dar?
- 2.- ¿A ti qué te parece, que el problema tenga tanto control sobre tu relación con....pareja... padres.... amigos.... Etc.?
- 3.- ¿Para ti es aceptable que el problema te haya impedido hacer ---x--- ‘?
- 4.- ¿Estos efectos consideras que son más o menos importantes para ti?
- 5.- ¿De qué manera te gustaría que el plan de tratamiento que te ofrezcamos en CIJ pudiera ayudarte con esto (lo explorado con las preguntas)?

Debemos tomar en cuenta que estas preguntas conectan a la persona con su propia forma de ver, percibir, sentir, desear, etc. y por lo tanto la información que dé al terapeuta debe ser manejada por este en la misma tónica, respetando lo dicho por el paciente y de esta manera ligar lo conversado con su demanda de tratamiento.

#### **EL USO DE LA METÁFORA EN LA TERAPIA NARRATIVA:**

La mente humana está diseñada para escuchar historias. Las personas comprendemos el mundo completando lo que percibimos del exterior con nuestras referencias internas. Cuando escuchamos un relato aportamos la información que parece faltar, en este sentido, cada persona que crea una metáfora, escribe una carta, escucha un cuento, completa una historia, participa en una imaginación guiada, etc., crea una historia diferente, en función de las referencias que tenga del mundo.

El significado de los cuentos lo aporta el que escucha, no el narrador. El pensamiento subjetivo, en su divagación, produce nuevos significados.

Ejercicios con base metafórica que se pueden adaptar al trabajo de contención:

#### **EJERCICIO 1.**

Deténgase un momento y piense con energía que su problema (como sea este definido por el terapeuta y la persona en sesión) es como.....

- 1) ... una cadena pesada de hierro
- 2) ... un viento fresco y suave
- 3) ... una guerra selvática permanente
- 4) ... una ampliación constante de las paredes que limitan su mente
- 5) ... una condena heredada de sus padres o familiares
- 6) ... un invento interesante que usted diseñó
- 7) ... una amenaza de crisis que le mantiene siempre alerta
- 8) ... el aliento que guía su vida
- 9) ... una carrera de obstáculos

Preguntas al término: ¿Con qué imágenes, sonidos, sensaciones conecta en cada una de ellas? ¿A qué estado emocional le remite? ¿Qué metáfora le hace sentir mayor vitalidad? ¿Qué le dice esto de ese problema que quiere resolver? ¿Qué le gustaría pasara con esto?

**Para el terapeuta:**

¿De qué manera eso que a la persona le produce el ejercicio, puede ser útil para enfocar y motivar al paciente para adherirse a su programa de tratamiento?

## **EJERCICIO 2:**

Significado profundo de las analogías:

Lo que significan las cosas en nuestro particular modo de experimentar el mundo debe abarcar tres dimensiones:

- 1.- La metáfora
- 2.- Lo que significa para mí
- 3.- Y lo que me hace sentir

Los entrevistadores con enfoque narrativo exploran estas tres dimensiones. La metáfora no debe sujetarse a un examen de definición semántica, sino que es una invitación a la confianza.

En sesión individual de contención y teniendo como foco la situación de la demanda de la persona para recibir tratamiento, el terapeuta realizará la entrevista teniendo en cuenta este criterio: cada palabra a explorar tiene tres preguntas, por ejemplo:

**MI NECESIDAD DE TOMAR TRATAMIENTO:**

- ✓ ... es como...
- ✓ ... y eso significa para ti...
- ✓ ... y eso te hace sentir...



(Según el contexto y la situación las preguntas pueden ser: Mi trabajo, mi vida, la familia, el conflicto, etc.)

El terapeuta anotará y retomará una palabra del entrevistado que le haya llamado la atención en su respuesta y se la volverá a preguntar en la siguiente tríada.

Se deben encadenar estas preguntas hasta que la entrevista obtenga fluidez de conversación normal. No es conveniente que el entrevistado piense demasiado en las respuestas.

Es importante concluir la entrevista con algo que le haga sentido al o la paciente y al o la terapeuta y que ayude en la definición del sentido o la importancia que la persona da a su tratamiento.

### **EJERCICIO 3:**

#### **EL ÁRBOL DE LA VIDA**

##### **UNA APERTURA PARA CONTAR Y ESCUCHAR HISTORIAS ESPERANZADORAS**

Este ejercicio busca posibilitar en los y las pacientes la construcción de una historia alternativa distinta a la dominada por el consumo de sustancias o por algún otro evento doloroso, que esté relacionado con este consumo y le permita reconocer el momento por el que pasa y que lo lleva a solicitar tratamiento (momento de cambio), las posibles soluciones que puede haber para su problema y lo que implica hacer para lograrlo (dilema de cambio), lo que le gustaría o esperaría de esas soluciones o alternativas (expectativas de cambio) el compromiso al que está dispuesto/a para lograr sus objetivos (disposición hacia el cambio) y los recursos, sueños y esperanzas, alrededor de recibir un tratamiento para su problema.

#### **EL FACILITADOR DEBE TENER EN CUENTA QUE:**

La metáfora del árbol representa los diferentes aspectos de nuestra vida y junto con la formulación de preguntas invita a los/las pacientes a contar historias acerca de su vida en una forma en las que ven más posibilidades y recursos en el presente y en el futuro, facilitando la conversación acerca de su decisión o situación problemática que le lleva a solicitar tratamiento sin victimizarlos o satanizarlos, sino por el contrario empoderándolos(as), mediante la apertura de espacios para escuchar y contar historias esperanzadoras o con algún sentido.

Esta herramienta se centra en la realización de preguntas, dado que desde ellas es posible promover nueva información, la cual es susceptible de utilizar para transformar o crear nuevas historias acerca del propósito y sentido del tratamiento.

Las preguntas no son del tipo causa- efecto, sino aquellas que invitan a los/las pacientes a establecer conexiones y reflexiones entre sus creencias, emociones y experiencias, con respecto a buscar ayuda terapéutica.

Estas preguntas, denominadas como reflexivas y circulares (Tomm, Karl 1987)<sup>33</sup> tienen una función específica: la de invitar a la gente a tener una experiencia enriquecida de posibles alternativas.

Para desarrollar esta herramienta se necesitan que el facilitador dirija la actividad y que tome notas sobre el proceso de los/las pacientes, destacando aspectos relacionados con su momento, dilema, expectativa y disposición hacia el cambio, así como con las habilidades, recursos, sueños y los valores que el observador nota en el/la paciente, que pueda apoyar su adherencia al tratamiento.

Es de aclarar que el proceso del árbol de la vida original tiene una duración aproximada de 8 horas, pero se propone hacer una versión corta adaptada al tiempo que se tiene en grupo de contención y que se puede aplicar al final de un proceso de varias sesiones, aunque en este haya pacientes que estén iniciando y a los cuales se les adapta el ejercicio a su momento y la información que escuchen de otros pueda ser utilizada para enriquecer su ejercicio.

#### **MATERIALES:**

• Papel estraza o cartoncillo/ • Pinturas/ • Crayones / • Colores/ • Cinta / • Marcadores gruesos y delgados.

#### **DESCRIPCIÓN:**

##### **PRIMER PASO:**

El facilitador comienza el encuentro con una breve discusión de los árboles en general, en el que los/las pacientes narran el conocimiento que tienen con respecto a éstos. Ellos pueden hablar sobre los diferentes tipos de árboles que conocen.

Posteriormente se les pregunta sobre las diferentes partes de los árboles (raíces, tronco, ramas, hojas, frutos) y sobre los bosques.

## SEGUNDO PASO:

Explique el propósito del árbol de la vida, por ejemplo, el árbol de la vida es una actividad en la cual las personas dibujan un árbol en un pliego de papel estraza o cartoncillo, dibujando las raíces, la tierra, las ramas, las hojas y las frutas. Luego se le dice: “Imagínese que usted es este árbol y relacione la circunstancia por la que llega a tratamiento como partes de un árbol. Por ejemplo, **las raíces** son las creencias o actitud de cómo usted llegó a solicitar tratamiento, **las ramas** son sus expectativas, **las hojas** son gente importante que ha estado o está en su vida y que puede apoyar en su recuperación, **la tierra** aquellos recursos y aprendizajes de vida y/o familia que le pueden ayudar en su propósito de cambio, **los frutos** aquello que le gustará lograr, **el tronco**, los valores, principios y fortalezas que le pueden ayudar para decidir tratarse y mantenerse en esta decisión, etc.

De acuerdo a lo que la persona trabaje en su árbol, se puede integrar el ejercicio con algunas preguntas del tipo:

### Las raíces: (sobre el tratamiento)

¿Hace cuánto tiempo se creó en ti esa creencia?

¿Quién además de ti cree eso?

### Las hojas del árbol: (sobre la gente importante)

¿Por qué esas personas son especiales para ti?

¿Esas personas qué es lo que más admiran de ti?

¿Qué es lo que más valoras de la relación con esa persona?

¿Tuviste épocas especiales con esa persona?

¿Cómo era esa persona contigo? -

¿Cómo te gustaría recordar a esa persona?

¿Cómo crees que esa persona te recuerda?

### Los frutos (sobre logros)

- ¿Para qué piensas que lo que logres te va a servir? .
- ¿Qué apreciaras de ti al conseguir el logro de lo que te gustaría?
- ¿Esos logros cómo crees que contribuirán en tu vida?
- ¿Qué tendrías que hacer para lograr esa expectativa o deseo de logro?
- ¿Quién se daría cuenta de que lo lograste?, ¿cómo se daría cuenta?
- ¿Cómo te gustaría verte en 5 años?

### TERCER PASO:

#### EL BOSQUE DE LA VIDA

Cuando los y las pacientes han compartido sus historias se les invita a que peguen sus cuadros en la pared para formar un bosque de árboles. Una vez que se ha creado el bosque, invite a que escriban algo positivo de lo que oyeron de los demás del grupo cuando presentaron sus árboles.

Posteriormente los facilitadores dan a conocer sus apreciaciones al escuchar la historia de los árboles, por ejemplo: pueden hablar sobre las raíces fuertes y firmes que tienen, así como la mención de los sueños y las esperanzas que expresaron. Es también importante mencionar a las personas importantes y significativas con quienes están conectados y pueden influir en sus decisiones (padres, amigos, profesionales, profesores, abuelos, hermanos, etc), todo esto ligándolo o poniéndolo al servicio de encontrar sentido y propósito de iniciar y mantener su proceso terapéutico.

### CUARTO PASO:

#### LAS TORMENTAS DE LA VIDA

Las tormentas de la vida son una metáfora para explorar algunos de los problemas y los peligros, que incluso los árboles hermosos hacen frente. Esto hace más fácil para que los y las pacientes o

familiares nombren las maneras cómo responden cuando las tormentas vienen en sus vidas y trabajar con esta metáfora ligándola a su disposición al tratamiento y los riesgos de abandono.

#### **EJERCICIO 4.**

#### **CUENTO**

Instrucciones para el relato: el terapeuta induce al paciente relatando la historia por partes y en cada sección hace la pregunta que se marca en el desarrollo del cuento y permite al grupo que imagine lo que evoca y lo anote. Esto se hace hasta concluir el relato.

#### **OBSTÁCULOS**

#### **Terapeuta: (narración)**

Voy andando por un sendero.

Dejo que mis pies me lleven.

Mis ojos se posan en los árboles, en los pájaros, en las piedras. En el horizonte se recorta la silueta de una ciudad. Agudizo la mirada para distinguirla bien.

#### **Pregunta para los/las pacientes:**

1. ¿Cómo imaginas tu sendero y cómo son tus pasos en este sendero?

#### **Terapeuta: (narración)**

Siento que la ciudad me atrae.

Sin saber cómo, me doy cuenta de que en esta ciudad puedo encontrar todo lo que deseo. Todas mis metas, mis objetivos y mis logros. Mis ambiciones y mis sueños están en esta ciudad. Lo que quiero conseguir, lo que necesito, lo que más me gustaría ser, aquello a lo cual aspiro, o que intento, por lo que trabajo, lo que siempre ambicioné, aquello que sería el mayor de mis éxitos.

#### **Pregunta para los/las pacientes:**

2.- ¿Cómo es para ti esa ciudad y que objetivos, metas, aspiraciones te hace evocar?

**Terapeuta: (narración)**

Me imagino que todo eso está en esa ciudad. Sin dudar, empiezo a caminar hacia ella. A poco de andar, el sendero se hace cuesta arriba. Me canso un poco, pero no me importa.

Sigo. Diviso una sombra negra, más adelante, en el camino. Al acercarme, veo que una enorme zanja me impide mi paso. Temo... dudo.

Me enoja que mi meta no pueda conseguirse fácilmente. De todas maneras decido saltar la zanja. Retrocedo, tomo impulso y salto... Consigo pasarla. Me repongo y sigo caminando.

**Pregunta para los/las pacientes:**

3.- En este punto del camino surge algo que imaginas, recuerdas o percibes de ti, fíjate qué es....

**Terapeuta: (narración)**

Unos metros más adelante, aparece otra zanja. Vuelvo a tomar carrera y también la salto. Corro hacia la ciudad: el camino parece despejado. Me sorprende un abismo que detiene mi camino. Me detengo. Imposible saltarlo. Veo que a un costado hay maderas, clavos y herramientas. Me doy cuenta de que está allí para construir un puente. Nunca he sido hábil con mis manos...

Pienso en renunciar. Miro la meta que deseo... y resisto.

**Pregunta para los/las pacientes:**

4.- Ante este nuevo obstáculo fíjate que sientes y que piensas y qué haces

**Terapeuta: (narración)**

Empiezo a construir el puente. Pasan horas, o días, o meses. El puente está hecho. Emocionado, lo cruzo. Y al llegar al otro lado... descubro el muro. Un gigantesco muro frío y húmedo rodea la ciudad de mis sueños...

**Pregunta para los/las pacientes:**

5.- Cómo te sientes?

**Terapeuta: (narración)**

Me siento abatido... Busco la manera de esquivarlo. No hay caso. Debo escalarlo. La ciudad está tan cerca... No dejaré que el muro impida mi paso.

Me propongo trepar. Descanso unos minutos y tomo aire... De pronto veo, a un costado del camino un niño que me mira como si me conociera. Me sonrío con complicidad.

Me recuerda a mí mismo... cuando era niño.

Quizás por eso, me animo a expresar en voz alta mi queja: -¿Por qué tantos obstáculos entre mi objetivo y yo?

El niño se encoge de hombros y me contesta: -¿Por qué me lo preguntas a mí?

Los obstáculos no estaban antes de que tú llegaras... Los obstáculos los trajiste tú.

**Pregunta para los/las pacientes:**

6.- En este momento tú decides decirle algo al niño fíjate qué le dices al niño y el niño a ti ... fíjate que te contesta.

**Terapeuta: (narración)**

Se hace una reflexión de las diferentes respuestas y experiencias, en las que no hay ninguna que sea correcta o incorrecta sino que son posibles caminos que tomamos y reacciones ante esto con las consecuencias propias de nuestras decisiones.

**LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN GRUPO DE CONTENCIÓN  
HERRAMIENTAS PRÁCTICAS**

La Entrevista Motivacional es una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Todo ello dentro de una atmosfera de colaboración, aceptación y comprensión (Miller y Rollnick, 2012).

## CINCO PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Miller y Rollnick describieron cinco principios básicos y habilidades que los/las terapeutas deben tomar en cuenta durante la entrevista motivacional:

- 1.- **EXPRESAR EMPATÍA**
- 2.- **INTRODUCIR LA DISCREPANCIA**
- 3.- **TRABAJAR CON LA RESISTENCIA**
- 4.- **EVITAR LA DISCUSIÓN**
- 5.- **FOMENTAR LA AUTO-EFICACIA**

### **PRINCIPIO 1: EXPRESAR EMPATÍA**

Es una condición indispensable en toda relación humana que involucra una actitud de respeto, comprensiva, sin juzgar, criticar o culpabilizar en la que el terapeuta intenta ver el mundo desde la perspectiva de la persona y en donde reconoce y respeta los sentimientos, adoptando una escucha reflexiva a su discurso, y de ser posible, mostrar cierto grado de solidaridad emocional. (Arkowitz, et al, 2008; Miller y Rollnick. 2012).

### **RECOMENDACIONES PARA EL/LA TERAPEUTA:**

- Responder a los puntos de vista de la persona de una manera tolerante y plural.
- Aceptar la ambivalencia la persona como parte de la experiencia humana y del cambio.
- Considerar que la persona se puede percibir a sí misma como “bloqueada”, con dificultades para definirse, tomar decisiones y actuar en consecuencia.
- La aceptación facilita el cambio.
- Una escucha reflexiva es fundamental.

### **PRINCIPIO 2: INTRODUCIR LA DISCREPANCIA**

Este principio busca crear y potenciar, en la mente de el/la paciente, una discrepancia entre donde está ahora y donde quisiera estar, al darse cuenta de las discrepancias, puede favorecer el aumento de la motivación hacia el cambio (Miller y Rollnick, 2012).



Para generar discrepancia se analizan las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual y que a su vez entran en conflicto con los objetivos deseados sin presionar o coaccionar al/ a la paciente.

#### RECOMENDACIONES PARA EL/LA TERAPEUTA:

- El/la terapeuta crea la discrepancia, la agudiza, la aumenta, la evidencia hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta presente.
- Lograr que la persona reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta por modificar.
- Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto.
- El/la paciente debe presentar sus propias razones para cambiar.

#### PRINCIPIO 3: TRABAJAR CON LA RESISTENCIA

La resistencia es considerada como parte normal de todo proceso de cambio, además de ser una valiosa fuente de información sobre la experiencia de los/las pacientes y no como un obstáculo que hay que superar. El entrevistador debe buscar aprovechar el momento actual y darle un giro a la resistencia y fomentar una nueva percepción para el cambio.

#### RECOMENDACIONES PARA EL/LA TERAPEUTA:

- No proporcionar soluciones al paciente, sugerir puntos de vista, buscar que se involucre de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas y con las actividades terapéuticas.
- Evitar imponer nuevos puntos de vista u objetivos,
- Invitar a la persona a considerar la nueva información y ofrecerle estrategias alternas para hacer cambios.

#### PRINCIPIO 4: EVITAR LA DISCUSIÓN

La Entrevista Motivacional es un enfoque no confrontativo, su objetivo es aumentar la conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos, se apoya en un estilo agradable de persuasión por lo que este principio sugiere a los/las terapeutas a evitar las discusiones y las confrontaciones cara a cara con los/las pacientes (Miller y Rollnick, 2012).

#### RECOMENDACIONES PARA EL/LA TERAPEUTA:

- La resistencia es una señal que indica que se deben cambiar las estrategias que se han estado utilizado.
- Trabajar en el momento en el que se encuentre la persona, tratar de influir en sus percepciones y no discutir con ella sobre sus pensamientos o emociones.
- Evitar asumir la postura de defender argumentos personales.
- Aumentar la conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos.

#### PRINCIPIO 5: FOMENTAR LA AUTO-EFICACIA.

Auto-eficacia significa confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o reto específicos. Fomentar la auto-eficacia consiste en ayudar a la persona a generar la sensación de seguridad acerca de sus capacidades para llevar a cabo con éxito una tarea específica. El énfasis consiste en la responsabilidad personal, la persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por él.

Algunos mensajes que pueden apoyar la percepción de la confianza de la persona es resaltar la responsabilidad personal y la necesidad de aumentar pensamientos positivos en él, acerca de su capacidad para hacer frente a las situaciones de riesgo al consumo, y tener éxito en el cambio (Miller et al., 2012).

#### RECOMENDACIONES PARA EL/LA TERAPEUTA:

- Reestructurar la experiencia negativa que ha tenido la persona acerca de su dificultad para afrontar la situación, ayudándolo/a a que no la percibirla como fracaso, favoreciendo que la visualice como una parte “normal” del proceso de recuperación.
- Ofrecer una variedad de opciones terapéuticas diferentes y prometedoras, remarcando la probabilidad de que cualquier persona pueda encontrar elementos que le sean de ayuda.
- Promover los siguientes mensajes: “*Usted puede hacerlo*”, “*Claro que puede conseguirlo*”; “*Si lo deseas, puedo colaborar contigo para que tú puedas lograr cambiar aquello que te interesa*”.

## MODELO ESPIRAL DE LOS ESTADIOS DE CAMBIO

El proceso de cambio en las personas se conforma de una serie de estadios, cada uno con una actitud y un tipo de motivación diferente.

Estos estadios fueron denominados por Prochaska y Diclemente en 1994, *Espiral de cambio*, el cual explica que las personas se ubican en un continuo circular que puede ser bidireccional.



### ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN:

La persona no ve ningún problema con su conducta e incluso rechaza cualquier observación al respecto. Por lo tanto no tiene intención de cambiar o de realizar una acción específica de cambio en su comportamiento (CSAT, 1999). Esto puede deberse a diversas circunstancias.

*Por ejemplo:*

- A la escasa o nula información o desinformación sobre las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su comportamiento.
- Por haber tenido previos fracasos ante el intento de cambiar y ahora se encuentra desmotivado en cuanto a su capacidad de hacerlo.

En este estadio, es usual que las personas eviten hablar y pensar acerca de sus comportamientos de riesgo que podrían ser modificados; están a la defensiva por las presiones sociales para cambiar y, principalmente, no están motivadas o interesadas en participar en las intervenciones terapéuticas o para la promoción o educación en salud.

A continuación se presentan **preguntas** que pueden trabajarse en grupo de contención con **pacientes** en etapa de **precontemplación**:

#### **PACIENTES EN ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN:**

*¿Qué opinas de que te hayan enviado de tu escuela/trabajo a una instancia de atención a la salud?*

*Comprendo que es un paso importante el que tú estés aquí ¿Qué sucedió para que aceptaras acudir a solicitar tratamiento?*

*¿La atención solicitada es para ti o para tu familiar?*

*¿Consideras que necesitas ayuda de algún tipo?*

*¿Te parece que tengas algún problema o dificultad que necesite solución?*

*¿Cómo es que ahora solicitas tratamiento y no antes o después?*

*¿Qué te facilitó ahora, acudir a solicitar tratamiento?*

*¿Qué te dificultaba o impedía solicitar ayuda?*

A continuación se presentan **preguntas** que pueden trabajarse en grupo de contención con **familiares** en etapa de **precontemplación**:

#### **FAMILIARES EN ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN:**

*¿Qué sucedió para decidieras solicitar tratamiento para tu hijo/a, pareja, etc.?*

*¿Es para usted el tratamiento o para alguien más?*

*¿Usted está dispuesta/o a participar en el tratamiento? ¿Qué tanto?*

*¿Usted considera que tiene algún problema que necesite solución?*

*¿Cómo es que precisamente ahora acudes a solicitar tratamiento y no antes o después?*

*Si el consumo no es un problema para ti ¿De qué te gustaría hablar en un espacio como este?*

*¿Qué te ayudo a decidir solicitar tratamiento en CIJ?*

*¿Qué le dificultaba acudir a solicitar ayuda?*

#### **ETAPA DE CONTEMPLACIÓN:**

La persona comienza a dudar acerca de lo que está haciendo, a medir los elementos a favor y en contra de su conducta, tiene una intención de cambio y, potencialmente, hará un intento formal de cambiar su conducta, sin embargo puede permanecer por largos periodos de tiempo en esta etapa ya que se muestran ambivalentes (Miller y Rollnick, 1996 y CSAT, 1999).

A continuación se presentan **preguntas** que pueden trabajarse en grupo de contención con **pacientes** en etapa de **contemplación**:

**PACIENTES EN ETAPA DE CONTEMPLACIÓN:**

- ¿Te sientes obligado/a a solicitar atención o lo haces voluntariamente?*
- ¿Qué opinas de que te hayan enviado de tu escuela/trabajo a una instancia de atención a la salud?*
- ¿Cómo te sientes de acudir a tratamiento?*
- ¿Has acudido a otros tratamientos antes de este? ¿Cuál fue tu experiencia?*
- ¿Por qué se suspendió ese tratamiento? ¿Cómo terminó?*
- ¿Qué sí te funcionó en esa experiencia terapéutica? ¿Qué no te funcionó? ¿Cómo te diste cuenta de ello?*
- ¿Qué situaciones o personas crees que puedan amenazar la continuidad de tu tratamiento?*
- ¿Qué persona/s consideras que te puedan apoyar en tu tratamiento?*
- ¿Quién te gustaría que además de ti asistiera a tratamiento?*
- ¿Sientes apoyo de tu familia/pareja/amigos/as para iniciar y sostener el tratamiento? ¿Necesitas el apoyo de alguien más?*
- Imagina que en este momento desapareciera el consumo y te das cuenta que no sientes ni tienes la necesidad de hacerlo: ¿Qué sería diferente en ti?*
- ¿Qué estarías dispuesto a hacer para lograr algún cambio?*

A continuación se presentan **preguntas** que pueden trabajarse en grupo de contención con **familiares** en etapa de **contemplación**:

**FAMILIARES EN ETAPA DE CONTEMPLACIÓN:**

- ¿Cómo se siente de encontrar una opción de tratamiento para usted y su hijo/a, pareja, amigo/a, sobrino/a, nieto/a etc.?*
- ¿Ha acudido a solicitar tratamiento antes de este? ¿Cuál ha sido su experiencia?*
- ¿Qué considera que provocó el abandono al tratamiento? ¿Cómo fue?*
- ¿Qué le hizo saber que sí funcionaba o no esa experiencia terapéutica?*
- ¿En este momento, que considera que puede favorecer que el tratamiento sea efectivo?*
- ¿De qué forma está dispuesto/a a participar para que el tratamiento sea efectivo?*
- ¿Quién le gustaría que además de usted asistiera a tratamiento?*

*¿Existe alguna persona que motive al/a la paciente a participar de este tratamiento?*

*¿Quién considera puede ser un apoyo importante para el/la paciente, en el sostenimiento de este tratamiento?*

*¿Qué estaría dispuesto a hacer para lograr algún cambio?*

#### **ETAPA DE PREPARACIÓN:**

La persona identifica que las ventajas de cambio así como las consecuencias adversas del consumo sobrepasan cualquier ganancia del mismo; por tanto, en la balanza de decisiones se inclina a favor del cambio, la persona entonces toma una decisión de cambio y asume un compromiso propio para hacerlo; realiza pequeños ajustes e intenta efectivamente modificar su conducta en un futuro inmediato, por medio de un plan para actuar. (CSAT, *op.cit.*).

A continuación se presentan **preguntas** que pueden trabajarse en grupo de contención con **pacientes** en etapa de **preparación**:

#### **PACIENTES EN ETAPA DE PREPARACIÓN:**

*¿Qué disposición tienes para el inicio de tratamiento y para mantenerlo?*

*¿Consideras que puedes resolver tus problemáticas por ti mismo/a, o que necesitas ayuda?*

*¿Te gustaría terminar este tratamiento? ¿Qué sería diferente a las otras ocasiones?*

*¿Por cuánto tiempo estarías dispuesto/a a participar?*

*¿Qué ventajas tendrías de saber que superaste esta dificultad?*

*¿Quién sería la primera persona en darse cuenta?*

*¿A quién le agradecería saber que lo hayas logrado?*

A continuación se presentan **preguntas** que pueden trabajarse en grupo de contención con **familiares** en etapa de **preparación**:

#### **FAMILIARES EN ETAPA DE PREPARACIÓN:**

*¿Qué está dispuesto/a a hacer para que este tratamiento sea efectivo?*

*¿Está dispuesto/a a acudir a recibir tratamiento junto con el/la paciente?*

*¿Por cuánto tiempo estaría dispuesto/a a participar en el tratamiento?*

*¿Qué sería diferente en usted al saber que la dificultad o problema que lo /la trajo aquí ya se resolvió?*

*¿Quién sería la primera persona que se daría cuenta de que algo en usted es diferente?*

*¿A quién le agradecería saber de los cambios ocurridos en usted?*

Los estadios de cambio constituyen un “mapa” fundamental que permite al personal de salud aplicar las estrategias de intervención que se consideren más indicadas para los pacientes y, en este sentido, las técnicas de la entrevista motivacional son un recurso de apoyo invaluable.

Las investigaciones en torno a los estadios de cambio abordadas anteriormente indican que la gran mayoría de los y las pacientes que tienen problemas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas suelen encontrarse en las etapas de pre-contemplación, de contemplación y rara vez de preparación en el momento en que están transitando por la etapa de **Evaluación Clínica y Diagnóstico** (Prochaska y Cols., 1994).

**LAS ETAPAS DE ACCIÓN, MANTENIMIENTO Y RECAÍDA QUE FORMAN PARTE DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL SE ABORDAN A TRAVÉS DE INTERVENCIONES CLÍNICAS, DURANTE EL PROCESO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO, POR LO QUE NO SE ABORDARÁN EN EL TRABAJO DE GRUPO O SESIÓN DE CONTENCIÓN PARA PACIENTES NI EN EL GRUPO O SESIÓN DE CONTENCIÓN PARA FAMILIARES, SIENDO QUE ESTE SERVICIO BUSCA SER UN PREÁMBULO AL PROCESO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SOLICITAN NUESTROS SERVICIOS, QUE CONSTITUYA TANTO UNA RESPUESTA RÁPIDA Y OPORTUNA A SU SOLICITUD DE ATENCIÓN, SIENDO ESTE SERVICIO UN ESPACIO QUE ACOMPAÑE AL PACIENTE COMO A SU FAMILIAR EN SU FASE DIAGNÓSTICA Y REFUERCE LA DECISIÓN DE LA PERSONA DE SOLICITAR Y PERMANECER EN TRATAMIENTO.**

## DINÁMICAS DE GRUPO

### EJERCICIO 1. PRESENTACIÓN POR FOTOGRAFÍA

#### Objetivos:

- Permitir que los miembros se conozcan y puedan hablar de ellos mismos de manera inicial.
- Obtener elementos sobre los puntos de vista de los participantes acerca del contexto que los rodea.

#### Procedimiento:

- a) Se disponen fotografías o imágenes variadas de diversas situaciones, personas, objetos, animales en el centro del salón.
- b) El coordinador pide a los participantes que formen un círculo alrededor de un conjunto de estas imágenes, de manera que todos los asistentes puedan observarlas.
- c) Se da un tiempo razonable para que cada uno elija una imagen con la que más se identifique, de acuerdo al momento en que se encuentre su estado de ánimo, su situación personal, etc. En este punto se sugiere hacer una sensibilización de manera introspectiva guiando a que los participantes puedan conectar con emociones que estén experimentando en este momento en que solicitan tratamiento. Sugerimos revisar las preguntas reflexivas que se proponen de acuerdo a los diferentes momentos del cambio.
- d) Después que todos los participantes han escogido su imagen, van presentándose uno a uno, mostrándola y explicando el motivo por el cual escogió dicha imagen, cómo y por qué se identificó con ella.

#### Discusión:

Sugerimos retomar las diferentes preguntas sugeridas en el capítulo sobre los temas de diálogo para poder brindar las condiciones que favorezcan la reflexión de los participantes, orientando dicha conversación reflexiva hacia las condiciones motivacionales y de disposición para dar inicio a un tratamiento.

#### Materiales:

Fotografías que reflejan diferentes cosas: objetos, personas, paisajes, actividades, etcétera., de preferencia en colores, pegadas cada una a un cartoncillo.



## EJERCICIO 2. ÉRASE UNA VEZ...

### Objetivos:

- Permitir que los miembros puedan poner en palabras situaciones que están experimentando sin sentirse expuestos.
- Poder construir una historia en colectivo donde los participantes puedan ver que hay elementos compartidos con los otros con quienes podría hacerse comunidad.

### Procedimiento:

- a) El coordinador pide a los participantes que se sienten en círculo.
- b) Les indica que de manera grupal se construirá una historia de un/a chico/a (sugerimos realizar dos momentos de esta parte para que puedan realizar una historia para un chico y una historia para una chica), donde cada participante irá agregando elementos libremente.
- c) El coordinador inicia la historia diciendo érase una vez un/a chico/a que consumía \_\_\_\_\_ (se puede mencionar la sustancia que más repercusión tenga entre la población) y que un día decidió asistir a tratamiento a pesar de que le costra mucho trabajo.... Una vez que de la pauta de la historia, invita a que una persona la continúe de manera libre y creativa, dando lugar a que de manera continua los participantes del círculo vayan aportando narraciones a la historia según el orden en que estén sentados, de manera que todos participen. Sugerimos repetir esta historia con el sexo opuesto al a historia anterior.

### Discusión:

Proponemos retomar los elementos que aparecieron en ambas historias, invitando a los participantes a que reflexionen sobre los afectos, las situaciones y los eventos que aparecieron en la ficción pero que también están en la realidad de ellos mismos frente al momento de iniciar un tratamiento.

## EJERCICIO 3. PALABRAS CLAVES

### Objetivo:

Permite reflexionar sobre diversos aspectos centrales de una problemática.

**Procedimiento:**

- a) Con todos los participantes o por grupos (según el número), se le pide a cada uno que escriba o diga con una sola palabra (que sintetice o resuma), lo que piensa sobre algún tema relacionado con el iniciar y mantener un tratamiento contra la problemática de las adicciones: Sugerimos hacer una selección de preguntas como las que se sugieren en el capítulo de Temas de Diálogo para poder lanzarlas al grupo y realizar esta dinámica.
- b) Los miembros del grupo deberán responder con una sola palabra a esta pregunta.

**Discusión:**

Luego se realiza una breve reflexión en torno a lo que cada palabra significa para los participantes. En este paso, el coordinador puede apoyarse en un papelógrafo en el que previamente se hayan escrito las palabras nombradas por el grupo o simplemente en el pizarrón. Se puede conducir este paso con otras preguntas reflexivas que consideren convenientes. Otros compañeros pueden apoyar sus ideas o contradecirlas, y en este sentido se dirige la discusión.

Pueden aplicarse diferentes variantes a la técnica. Así, por ejemplo, puede pedirse, en lugar de una palabra una frase que resuma o sintetice; la "Palabra clave" o la frase puede ser expresada en forma gráfica por parte de los participantes.

Se puede realizar la técnica a partir de la lectura de un documento, una charla, una discusión o presentación de un medio audiovisual, se le pide a los participantes que resuman en una frase o en la que consideren conveniente, las ideas más importante del tema tratado y posteriormente se abre la reflexión en torno a estas palabras propuestas por los participantes.

**TÉCNICAS ESCÉNICAS****EJERCICIO 1. ROLE PLAYING****Objetivo:**

Representar una escena que permita encarnas diversos roles o posiciones en momentos problemáticos, dando posibilidad de ensayo y error y de exploración de emociones ante la vivencia ficcionada de esas situaciones.

**Procedimiento:**

- a) El coordinador favorecerá el diálogo sobre las situaciones que envuelven el momento de iniciar un tratamiento: favoreciendo la expresión de los participantes, donde ellos puedan aportar cuáles son los casos en que se les hace incluirse a un tratamiento y las condiciones de ese momento.
- b) El coordinador pedirá que se agrupen algunos por parejas, otros en grupos de tres y otros en grupos de 4.
- c) Una vez que están los grupos armados el coordinador les asignará una situación estereotípica de las que se piensan cuando una persona acude por primera vez a solicitar tratamiento, tomando elementos de las situaciones que hayan mencionado en la discusión inicial.
- d) En base a esto les pedirá a los participantes que hagan una representación de: un paciente y un terapeuta en su encuentro inicial (equipo de 2 integrantes), el equipo de tres que realice la representación de un familiar, un paciente y un miembro del equipo profesional y el grupo de 4 integrantes pueden realizar la representación de una pareja y su hijo frente a un terapeuta. Todos estos enmarcados en el momento inicial de solicitar tratamiento.

**Discusión:**

Sugerimos hacer una plenaria con el grupo para que puedan expresar las emociones e ideas de la representación que hicieron así como de las representaciones que observaron.

**EJERCICIO 2. PSICODRAMA****Objetivo:**

Brindar un espacio donde, por medio de la puesta en escena y la improvisación, se pueda explorar el mundo social de las personas, estimular la reflexión en el de sus emociones y relaciones.

**Procedimiento:****a) Calentamiento:**

Actividades para que los miembros del grupo se conozcan entre sí y comiencen a interactuar de una manera más distendida reconociendo el espacio y sus propios cuerpos, movimientos y posibilidades.

## **b) Desarrollo:**

1.- Temática: Ubicar una temática de reflexión en relación a los temas de diálogo propuestos en el capítulo VII. Se puede hacer un breve recorrido por lo que se haya ya hablado del tema en otras sesiones o ubicar una breve reflexión inicial sobre las posibilidades que esa problemática puede tener.

2-Planeación en subgrupos: Una vez divididos en subgrupos se les asignan algunas ideas básicas de la escena a representar (diferentes para cada subgrupo). Con estos elementos el subgrupo dialoga para construir su representación y distribuir los personajes. Sugerimos que sean ideas que disparen escenas relacionadas con los momentos iniciales de todo tratamiento (los miedos, el dilema del cambio, las expectativas, la demanda, etc).

3-Representación: es la puesta en escena donde el/la coordinador/a puede tomarse la libertad de hacer intervenciones con fines reflexivos: puede parar la escena en algún momento que sea necesario hacer un corte para resignificarla, congelar algún momento y pedir al público nuevas alternativas en el desarrollo del guión, hacer un corte y explorar los sentimientos de algunos de los personajes involucrados en la escena preguntándoles cómo se sienten en ese momento preciso de la escenificación, etc.

Se sugiere que el/la coordinador/a tome un papel activo, propositivo, interviniendo y transformando la escena, ofreciendo la plasticidad que cada situación puede tener y considerando las emociones que se desatan y se experimentan al estar encarnando dichas situaciones. (

## **c) Reflexiones finales:**

Una vez concluida la representación, la coordinación propiciará el diálogo reflexivo sobre los contenidos de la misma, retroalimentando los comentarios y fomentando que el grupo llegue a conclusiones sobre el tema, dando así el cierre de la actividad. Se pueden guiar de preguntas como ¿Qué les parecieron las escenas?, ¿Cómo se sintieron representando sus personajes?, ¿Cómo se sintieron viendo las representaciones de sus compañeros?, ¿Qué piensan de la actividad? ¿Cómo los deja la actividad?, etc.

Para la descripción de otras técnicas que pueden adaptarse al trabajo desde los Grupos de Contención, recomendamos la revisión de los siguientes Manuales de Apoyo:

- Manual de Apoyo para las actividades de Centro de Día:  
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/MANUALDEACTIVIDADESEDECENTRODEDIA.pdf>
- Manual de Apoyo de Terapia Familiar:  
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualTerapiaFamiliar2014.pdf>
- Manual de Grupo de Familiares:  
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/2010ManualGrupoFamiliares.pdf>
- Manual de Inhalables:  
<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/2013ManualTXConsumidoresInhalables.pdf>

## VIII.II Características del Coordinador

La experiencia expresada por integrantes del Equipo Médico Técnico que labora en las diferentes Unidades Operativas de Centros de Integración Juvenil, es que quienes acuden a tratamiento llegan por diversos motivos y en diferentes condiciones. Es por ello que el modo en que un coordinador interactúa con sus pacientes es casi tan o más importante que el abordaje específico o la escuela de pensamiento desde la que éste opera. De ahí la relevancia de presentar algunas de las cualidades o habilidades más importantes que debe tener el coordinador que esté a cargo de los Grupos o la Sesión de Contención (Díaz Portillo, 2000 y Miller y Rollnick, 1996):

- Empatía adecuada
- Honestidad
- Sensibilidad
- Espontaneidad
- Calidez no posesiva
- Capacidad de escucha en espejo
- Capacidad de escucha reflexiva
- Compresión y reconocimiento
- Responsabilidad
- Capacidad de establecer límites
- Tolerancia a la frustración
- Adecuado control de impulsos

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**

1. Aizpiri Díaz J. y Marcos Frías J. F. (1996). *Actualización del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Masson.
2. Brownell, K.D; Marlatt, G.A; Lichtenstein, E y Wilson, G.T (1986). The effects of repeated venting relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
3. Cannavo M J. and Nochajski H T. (2012). Factors Contributing to Enrollment in Treatment Programs for Adults, Essential Notes in Psychiatry, Dr. Victor Olisah (Ed.), ISBN: 978-953-51-0574-9, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/factors-contributing-to-enrollment-in-treatment-programs-for-adults>
4. Díaz, P., I. (2000) *Bases de la terapia de grupo*. México: Ed. Pax México.
5. Díaz, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista*. CIPRA Círculo de Psicoterapia Constructivista. Recuperado de <http://cipra.cl/documentos/NarrativaPsicoterapiaConstructivistaConstruccionista-DiazOlguin.pdf>
6. Domínguez, M., Miranda, E.J y Cols. (2008) Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 10(2), págs. 112 – 120.
7. Finney JW, Moss RH (1995). Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*, 90 (12), 23-40.
8. Galanter, M.; Kleber, H.D. (1997). *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias*. España: American Psychiatric Press.
9. Gergen, K. J. (1999). *Toward a postmodern psychology*. En S. Kvale (Ed.), *Psychology and Postmodernism*. London: Sage.
10. González-Tejero, J. y Parra, R. (2011). El constructivismo hoy: Enfoques constructivistas en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13 (1). Recuperado de <http://redie.uabc.mx/index.php/redie/article/viewFile/268/431>
11. Gutiérrez, L. (2012). Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil. Enero-Junio, México:Centros de Integración Juvenil.

12. Jubés, E., Laso, E. y Ponce, A. (2001). *Constructivismo y construccionismo: dos extremos de la cuerda floja*. Recuperado de:  
<http://psicologiaenpositivo.com/pdfs/constructivismo-construccionismo.pdf>
13. Laredo, M.L., Orejudo S., y Carrobles, J.A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 267-271.
14. Kline, A (1996). Pathways into drug user treatment: the influence of gender and racial/ethnic identify. *Substance Use Misuse*, 31, 323-342.
15. Marco A, Knobel H, y Guelar A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes*. 2(1), 45-53.
16. Margarita Tarragona Sáez, las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. Grupo Campos Elíseos, México, D.F. (México)
17. Martínez, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (97) 53-59. Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019656004>
18. Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press.
19. Miller, W. R., Rollnick, S. (1996) ¿Qué es la entrevista motivacional?, *Revista de Toxicomanías*. Recuperado de  
<http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET06-1.pdf>
20. Ortuño Sánchez-Pedreño, F. (1997). *Conducta de enfermedad y actitud del paciente hacia sus síntomas*. Madrid: Manual del Residente de Psiquiatría.
21. Ortín, B., Ballester, T. (2011). *Cuentos que curan. Conocernos mejor con el poder terapéutico de los cuentos*. 5ª. Ed. Barcelona: Océano ambar.
22. Pichón-Rivière, E. (1982). *El Proceso Grupal*. Argentina: Ed. Nueva Visión.
23. Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. American Psychological Association. Recuperado en  
<http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/In%20Search%20of%20How%20People%20Change%20Applications%20to%20Addictive%20Behaviors.pdf>

24. Rodrigo Díaz Olguín Psicólogo y psicoterapeuta,(2007) el modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista, Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista.
25. Rodríguez-Martos A., Altisent R., Aubá J., Freixa F., Gual A., Rodes J., y Santodomingo J. (1999). *Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo*. Barcelona: Ediciones Doyma.
26. Rondón, A.P. y Cols. (2009)Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research* Vol. 2 núm. 2.Págs. 137- 147.
27. Rounsaville B.J., Kleber, H.D. (1985). Untreated opiate addicts, How do they differ from those seeking treatment?, *Arch Gen Psychiatry*, 42(11), 1072-1077.
28. Sapène, J. (2011). *Preguntas reflexivas y estratégicas como intervención en terapia sistémica individual*. Recuperado en <http://es.scribd.com/doc/59812187/Preguntas-Reflexivas-y-Estrategicas-como-Intervencion-en-Terapia-Sistemica-Individual>.
29. Saunders, B y Allsop, S. (1987). Relapse: A psychological view. *British Journal of Addiction*, 82, 417-429.
30. Secades, R., y Fernández, J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.
31. Serrano, J. y Pons, R. (2011). El constructivismo hoy: Enfoques constructivistas en educación. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 13 (1), 1-27.Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/155/15519374001.pdf>
32. Vaca, R. (2012). *Las Preguntas Reflexivas*. Recuperado en <http://prezi.com/cnxmluvqkpth/las-preguntas-reflexivas/>.
33. Van Bilsen, H.P.J.G y Van Emst, A.J. (1986). Heroin addiction and motivational milieu therapy. *The International Journal of the Addictions*, 21, 707-713.
34. Villamil, H. R. (2008). Del constructivismo al construccionismo: implicaciones educativas. *Revista Educación y Desarrollo Social Bogotá*, 2 (1), 71-89.
35. Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 17, 746-752.



36. Wells, E.A., Peterson, P.L., Gainey, R.R., Hawkins, J.D., y Catalano, R.F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and alcohol abuse*, 20(1) 17.