

Para citar este capítulo siguiendo las indicaciones de la séptima edición en español de APA:

Correa Pérez, L. F., Restrepo Segura, Y. C., & Ruiz Zuluaga, E. (2026). La rehabilitación de las adicciones desde un modelo de intervención biopsicosocial. En E. F. Viveros Chavarriá (Dir.). *Consideraciones acerca de la crianza, la rehabilitación, lo psicosocial y el desarrollo cognitivo* (pp. 136-164). Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. <https://doi.org/10.21501/9786287765245.5>

# Capítulo 5

## La rehabilitación de las adicciones desde un modelo de intervención biopsicosocial<sup>1</sup>

Addiction rehabilitation from a biopsychosocial intervention model

Luisa Fernanda Correa Pérez\*

Yusty Carolina Restrepo Segura\*\*

Elizabet Ruiz Zuluaga\*\*\*

### Resumen

El objetivo de este estudio fue comprender los aportes de la intervención biopsicosocial en el tratamiento de las adicciones. Para ello, se realizó una investigación de enfoque cualitativo de tipo histórico hermenéutico, cuyas principales técnicas fueron el grupo focal y la entrevista semiestructurada. Se contó con la participa-

<sup>1</sup> Capítulo resultado de investigación.

Institución financiadora: Universidad Católica Luis Amigó, proyecto: Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones: aportes en los procesos de reintegración social y familiar. Fecha de finalización 24 de noviembre de 2021.

\* Magíster en Neuropsicología, docente Universidad Católica Luis Amigó, grupo de investigación Farmacodependencias y otras adicciones, Medellín, Colombia. Correo electrónico: luisa.correape@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5053-691X>

\*\* Magíster en Intervenciones Psicosociales, docente Universidad Católica Luis Amigó, grupo de investigación Familia y Calidad de vida, y grupo de investigación Educación, Infancia y Lenguas Extranjeras, Medellín, Colombia. Correo electrónico: yusty.restrepouse@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2565-0416>

\*\*\* Magíster en Psicología y Salud Mental, docente, Universidad Católica Luis Amigó, grupo de investigación Farmacodependencias y otras adicciones, Medellín, Colombia. Correo electrónico: elizabet.ruizzu@amigo.edu.co, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7446-6039>

ción de profesionales pertenecientes al equipo interdisciplinario de una institución especializada en el manejo de las adicciones, ubicada en el Carmen de Viboral, departamento de Antioquia (Colombia). Los principales hallazgos evidencian la importancia del trabajo articulado entre los profesionales, la familia y las redes de apoyo para el éxito de la intervención. Se concluye que la efectividad del modelo se debe a la comprensión y abordaje biopsicosocial de las problemáticas secundarias al consumo.

## Palabras clave

Adicciones, Apoyo social, Biopsicosocial, Multidisciplinar, Rehabilitación, Reintegración.

## Abstract

The aim of this study was to understand the contributions of biopsychosocial intervention in the treatment of addictions. For this purpose, a qualitative research of historical hermeneutic approach was carried out, whose main techniques were the focus group and the semi-structured interview. Professionals belonging to the interdisciplinary team of an institution specialized in the management of addictions located in a municipality of the department of Antioquia-Colombia participated in the study. The main findings show the importance of the articulated work between the professionals, the family and the social support networks for the success of the intervention. It is concluded that the effectiveness of the model is due to the understanding and biopsychosocial approach to problems secondary to consumption.

## Keywords

Addictions, Social support, Biopsychosocial, Multidisciplinary, Rehabilitation, Reintegration.

# Introducción

El tratamiento de las adicciones surge, inicialmente, como respuesta a la problemática del “consumo de sustancias psicoactivas, la cual según el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito” (UNODC, 2022) aumenta anualmente, considerando que, en el 2022, cerca de 36 millones de personas padecieron de un trastorno por consumo de sustancias y se calcula un aumento de cerca del 11 % para el 2030 (UNODC, 2022).

En términos generales, el consumo de sustancias psicoactivas ha sido constantemente relacionado con alteraciones en los procesos cognitivos como, por ejemplo, la memoria, la capacidad atencional o las funciones ejecutivas (Verdejo et al., 2004). Por tanto, el tratamiento de las adicciones se ha caracterizado por ser un proceso que incluye educación, promoción, prevención e intervención del consumo de sustancia psicoactivas (SPA), a partir de la implementación de estrategias psicoterapéuticas guiadas por un plan de tratamiento (Pinzon & Calvo, 2021).

Desde la perspectiva cognitiva, la rehabilitación de las adicciones se conoce como un proceso dinámico en el que se conjugan estrategias de estimulación y entrenamiento cognitivo (Sohlberg & Mateer, 2001; Mateer & Sira, 2006), mediante los cuales se busca personalizar los procedimientos con un enfoque hacia metas individuales, orientados hacia los aspectos socioemocionales del paciente y haciendo una valoración constante de las contingencias del proceso (Restrepo et al., 2020).

Estudios evidencian que la prevalencia estimada en el deterioro cognitivo, en consumidores de SPA, muestra un amplio rango de variación 30-80 % en el deterioro, esto dependiendo de las técnicas utilizadas. El nivel de deterioro puede mostrar variaciones entre un deterioro cognitivo leve y un deterioro cognitivo grave, el cual puede ser comparable con un daño cerebral traumático (Pedrero et al., 2011).

De allí, el hecho de la existencia de múltiples modelos de intervención orientados al tratamiento y la rehabilitación. Entre las más usadas se encuentra la rehabilitación cognitiva, orientada a la mejora y recuperación de las capacidades cognitivas de un individuo consumidor, basándose en la consideración del pronóstico de esta enfermedad; sin embargo, a lo largo del tiempo, las instituciones prestadoras de servicios de rehabilitación se han venido pensando estrategias y desarrollo de modelos que permitan mejorar dicho pronóstico desde su integralidad.

Por ello, surgen modelos como el biopsicosocial, que transciende el enfoque en los procesos cognitivos y dirige la atención hacia la persona desde una mirada integral. De esta forma, busca garantizar un abordaje integrado que implica la intervención en aspectos biológicos, relacionado con los componentes orgánicos y físicos; los aspectos psicológicos, que incluyen las emociones y formas de afrontamiento, y los aspectos sociales, en los que se reconoce la influencia de los diferentes factores presentes en el ambiente social. Se puede afirmar que este es un modelo que transciende la conducta e incluye la experiencia social y la conjunción entre todas las áreas que conforman al individuo (González et al, 2022).

Algunas instituciones en Medellín se han orientado hacia la implementación de este modelo en sus procesos de tratamiento, como es el caso de la clínica Servid, una institución privada comprometida con la prestación de servicios especializados en salud mental y adicciones, que atiende a las personas, familias y sociedad, con un modelo de atención integral enfocado en el Ser. Realiza su tarea con un equipo humano interdisciplinario, competente y comprometido a través de la aplicación de procesos clínicos con el objetivo de contribuir a la calidad de vida de la población objeto.

Desde esta perspectiva, se cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatras, neuropsicólogos, médicos, toxicólogos, psicólogos y terapeutas ocupacionales, orientados a dar respuesta de manera conjunta a las demandas y necesidades tanto individuales como sociales de la población

atendida. Esto da cuenta de una intervención oportuna desde la disciplina a la que pertenece cada profesional, pero en diálogo y articulación con los demás profesionales para garantizar un abordaje biopsicosocial.

Lo anterior ha motivado el presente capítulo, que tuvo como objetivo identificar los aportes de un modelo de atención biopsicosocial en el tratamiento de las adicciones de un grupo de personas internadas.

## Método

Para el desarrollo del proceso investigativo, se utilizó el paradigma histórico hermenéutico, a partir del cual se reconoce la diversidad de la realidad construida por los sujetos para comprender el mundo simbólico que comparten. De este modo, se trata de comprender la vivencia específica de quienes participan de un proceso de rehabilitación desde la neutralidad en el interior del grupo (Cifuentes, 2011). Se complementa con el enfoque cualitativo, el cual permite explorar y comprender las narrativas del equipo terapéutico sobre la comprensión y la *praxis* en las fases del proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes de la clínica Servid, lo que indica que el conocimiento adquirido se construirá de manera colaborativa y dinámica, atravesado por la reflexión que posibilitará el análisis de las verbalizaciones compartidas por los participantes (Corona, 2018). Esta comprensión se dará a través de técnicas de investigación social como la entrevista semiestructurada y los grupos focales (Creswell, 2007).

La entrevista semiestructurada es un instrumento que permite generar un espacio de confianza para la participación de los entrevistados, conformada por preguntas que buscan promover la comunicación y la construcción de significados sobre el proceso de tratamiento y rehabilitación (Sampieri, 2014).

Por su parte, el grupo focal es una técnica que facilita la discusión y el diálogo sobre un asunto especial, para el caso de la rehabilitación de las adicciones, desde un modelo biopsicosocial desde los profesionales que implementan el tratamiento, en este sentido, esta técnica facilita la dinamización e intercambio de ideas-opiniones y conocimientos entre los participantes, lo que refleja los significados construidos internamente por el grupo interdisciplinario (Silveira et al., 2015).

## Participantes de la investigación

Para la selección de los participantes, se convocó al equipo interdisciplinario de la clínica Servid para motivar su participación en la investigación, acorde con estos criterios de inclusión: empleados de la clínica Servid, nivel de formación profesional de diferentes disciplinas, encargados del proceso de tratamiento y rehabilitación, y de exclusión: profesionales pertenecientes a otras dependencias o instituciones, que se negaran a participar en el estudio y no poseyeran título profesional. Tanto la aplicación de la entrevista como el grupo focal fueron desarrollados con la participación de 4 profesionales de la clínica Servid.

En cuanto al análisis de la información, se realizó a partir de la transcripción de las entrevistas, compilando etapas o categorías del proceso de tratamiento y rehabilitación de la siguiente forma; primera etapa, desintoxicación y deshabituación; segunda, motivación para el cambio; tercera, proyecto de vida y prevención de recaídas. Posteriormente, se realizó el análisis de la información a través de matrices analíticas y triangulación, además, se constataron los datos y los hallazgos con los antecedentes revisados y se construyeron las conclusiones.

## Consideraciones éticas

La presente investigación fue financiada por la Universidad Católica Luis Amigó y está vinculada al grupo de investigación en Farmacodependencias y otras Adicciones, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales, Salud y Bienestar, las cuales garantizaron que la investigación no representará un riesgo ético, físico o psicológico para los participantes de la investigación.

Para la aplicación de las entrevistas y los grupos focales, se firmó por cada uno de los participantes el consentimiento informado, avalado por el comité de ética de la universidad, en el cual se dieron a conocer los objetivos y el alcance de la investigación, la solicitud para la grabación de las entrevistas y la autorización de la utilización de la información para el informe final.

## Resultados

### El proceso de reintegración

En la clínica Servid, la intervención se orienta desde un enfoque biopsicosocial, a partir del cual es posible abordar al sujeto desde la integralidad, trascendiendo el modelo médico y favoreciendo los discursos interdisciplinarios y sus aportes en el proceso de la rehabilitación de adicciones. Como lo especifican en su modelo de intervención, los aspectos de trabajo que caracterizan la perspectiva biopsicosocial son los siguientes:

- » Entender la adicción como una enfermedad psiquiátrica crónica, recidivante con componentes y afectaciones a nivel sistémico que influirá en la toma de decisiones y en la presencia de otras enfermedades mentales.
- » Promover el desarrollo personal, a través del autoconocimiento, desde lo biológico, psicológico y social.
- » Reconocer el rol de la relación terapéutica en el desarrollo del tratamiento.
- » Acompañar a las personas en todas las fases del proceso.
- » Trabajar sobre los deseos personales y familiares, acordando objetivos en común.
- » Optimizar el trabajo en equipo.

Estas particularidades son abordadas desde un enfoque multidisciplinario integral que involucra psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, toxicología, medicina general, enfermería, nutrición, pedagogía, educación física, entre otras.

La articulación del modelo y el ejercicio profesional puede visualizarse en la narración compartida por los profesionales participantes, como lo evidencia el aporte del profesional 1:

Se trata de un enfoque biopsicosocial, porque no solamente nos enfatizamos en el aspecto médico como primacía, sino desde las distintas áreas, en cuanto a la salud mental. Vamos todos como entrando al unísono, de tal manera que somos un modelo bastante horizontal, en donde no tenemos como un área de intervención única que predomina por sobre las otras.

En los discursos, es posible apreciar la importancia que se imprime a cada una de las áreas involucradas en los procesos de intervención. De esta manera, en el centro de rehabilitación el enfoque aborda las necesidades del paciente y los objetivos que se plantean desde las diferentes áreas, con el fin de favorecer no solo la rehabilitación, sino, también, la reintegración social y familiar, de allí

que el diagnóstico no surja de un solo profesional, sino que se aúnan esfuerzos para que de manera mancomunada pueda abordarse la problemática desde su complejidad, incluyendo una lectura del contexto particular de cada usuario.

De allí, la importancia por comprender el deterioro que representa el consumo de SPA para cada paciente y su familia, orientado a identificar las áreas más afectadas y los posibles focos o necesidades específicas de intervención, comprendiendo a cada paciente como ser individual y particular. Por tanto, la intervención ha de surgir de un diagnóstico inicial que permite conocer la particularidad de cada caso y las necesidades a satisfacer con la rehabilitación. De acuerdo con esto, la clínica en su modelo de atención integral plantea las tres etapas en las que participan la totalidad de profesionales que integran el equipo interdisciplinario, así como se visualizan en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
*Información equipo interdisciplinario*

Profesional	Área disciplinar
Profesional 1 (P1)	Psicología
Profesional 2 (P2)	Psiquiatría
Profesional 3 (P3)	Neuropsicología
Profesional 4 (P4)	Terapeuta ocupacional

A continuación, se presentan los relatos de las personas que conforman el equipo terapéutico en coherencia con las etapas planteadas en el modelo de intervención de la clínica.

## Primera etapa: desintoxicación y deshabituación

Durante esta primera etapa, el usuario se encuentra de manera interna con el acompañamiento de todo el equipo terapéutico. Con el propósito de facilitar la adaptación a la dinámica institucional, tanto para el usuario como para la familia, se atienden las diferentes manifestaciones propias de los procesos de

desintoxicación y deshabituación con una mayor supervisión de los profesionales de medicina y enfermería, para disminuir los riesgos en salud derivados de la intoxicación y la abstinencia, así como las posibles descompensaciones de enfermedades médicas y psiquiátricas. Se espera que el usuario restablezca su estabilidad emocional y comportamental.

Con respecto a este aspecto, el profesional 1 refiere:

La primera es la desintoxicación. Aquí nosotros no evaluamos, empezamos cuando psiquiatría autorice y también cuando el paciente esté más estable. Entonces, el primer mes es para evaluación, empezamos todo el programa de rehabilitación dependiendo de cada paciente, también entendiendo cuáles son las alteraciones o el deterioro que presenta.

Esta primera etapa está orientada al manejo del síndrome de abstinencia, el usuario se encuentra sin salidas al medio familiar; sin embargo, se generan cambios en las rutinas a partir de talleres y actividades previamente programadas.

De la misma manera, el profesional 2 comparte su aporte al respecto:

El proceso diagnóstico, en general, se realiza dentro de las distintas áreas, incluyendo el diagnóstico familiar. Y con ello la cuestión de determinación de la intervención de áreas selectivas que tenemos para los pacientes, por ejemplo, neuropsicología, justamente realiza el proceso diagnóstico durante todas las etapas y se da como un inicio como tal del tratamiento, sobre todo, enfocado a la adaptación del paciente y a la restauración de los distintos valores o situaciones bioquímicas y a nivel sistémico en cuanto a un enfoque de salud de forma inicial.

Lo anterior evidencia que, en esta etapa, se busca estabilizar las variables clínicas propias del proceso de desintoxicación, lo que minimiza los riesgos que esta trae consigo, a través de un seguimiento médico y psiquiátrico, además de orientar y promover la introspección sobre las consecuencias del consumo

y abuso de SPA y la relevancia de su proceso de rehabilitación, propiciando espacios que motivan la transformación de la experiencia vivida y la adquisición de nuevos hábitos.

Por otro lado, desde el área ocupacional, el profesional 4 resalta lo siguiente:

Desde terapia ocupacional, se realiza la observación y la implementación de un plan de intervención individualizado, con el fin de evidenciar rutinas y roles en cada paciente que, por lo general, los tienen pocos desarrollados y deshabitados, por los contextos de donde llegan y, pues, obviamente, se enfrentan a un mundo muy distinto aquí dentro de la internación, donde todo es muy lindo, muy dinámico y la disciplina es muy marcada. Entonces, les favorece mucho habituarse mucho en lo que es el autocuidado, las rutinas, el aseo personal, la misma interacción entre pares, se trabaja mucho en esos aspectos y en esa área.

Conforme a lo anterior, en el protocolo de intervención y para el cumplimiento de estos objetivos, se trabaja con el paciente y la familia temas relacionados con el cambio, como lo son el autoconcepto, las características de la personalidad, la introducción al conocimiento de la patología adictiva y la patología mental, las estrategias de afrontamiento para los síntomas de la abstinencia, la evaluación del proyecto de vida, el afrontamiento de la presión de grupo, la identificación de las redes de apoyo, la biografía autorreflexiva, el autodiagnóstico individual y familiar, el reconocimiento de los hábitos, las expectativas del paciente y su familia y el contraste con la realidad.

Como guía de los procesos anteriormente compartidos por los profesionales, cada área trabaja la intervención orientada por metas que se describen en la Tabla 2.

**Tabla 2**  
*Relación área de intervención terapéuticas*

Área	Meta
<b>Psicología</b>	Apoyo al diagnóstico, identificación y caracterización de la conducta adictiva, intervención en crisis, generación de estrategias psicosociales para el manejo del síndrome de abstinencia y motivación para el cambio.
<b>Psiquiatría</b>	Evaluación de ingreso con diligenciamiento de historia clínica, con un componente toxicológico y de salud mental, con la finalidad de identificar la severidad del trastorno adictivo y la presencia de enfermedad mental psiquiátrica comórbida (patología dual), así como dar un tratamiento inicial dirigido a la desintoxicación para la disminución de los riesgos asociados con los síndromes de abstinencia o descompensación de enfermedades psiquiátricas. Intervención en crisis.
<b>Neuropsicología</b>	Se realizará evaluación en el segundo mes del proceso de atención y atenderá la estabilidad.
<b>Terapia ocupacional</b>	Diagnóstico ocupacional e inclusión en los talleres ocupacionales. Se realiza historia y perfil ocupacional que incluye las habilidades y destrezas.

*Nota.* Tomado de Modelo de atención institucional SERVID para el tratamiento de pacientes con enfermedad mental y trastornos adictivos asociados (Patología dual) 2020.

Por lo anterior, en esta etapa se hace relevante involucrar a la familia de una manera activa, para ello, estas participan de los talleres en los que se profundiza sobre el conocimiento de la enfermedad y la responsabilidad de la familia en el mantenimiento de la misma, así desarrollan conocimientos y dominio sobre el diagnóstico de su pariente e identifican enfermedades similares en la familia y aspectos de la dinámica familiar a nivel individual y relacional que deban ser modificados para disminuir la problemática. Es una etapa en la que se produce un empoderamiento sobre el conocimiento y manejo del diagnóstico, no solo por parte del paciente, sino, también, de su grupo familiar o de socialización primario, lo que genera conciencia frente a los roles asumidos tanto para el mantenimiento de la enfermedad como en la modificación de conductas para lograr la rehabilitación.

## Segunda etapa: motivación para el cambio

En esta etapa del proceso, se espera que el paciente tenga un mayor reconocimiento de su condición clínica y haga parte activa de los diferentes espacios formativos, recreativos, terapéuticos y ocupacionales, asimismo, que asista

a las intervenciones individuales programadas desde las diferentes áreas terapéuticas. Lo anterior, se evidencia en el relato de los profesionales 2 y 4, respectivamente:

En esta ya el enfoque primordial no es tanto el aspecto psiquiátrico y médico, aquí ya vamos más encaminados dentro de una situación, sobre todo, guiado por la parte de entrevista motivacional y ayudando a generar a los pacientes un cambio en torno a la situación del proyecto de vida.

La segunda etapa, cuando ya están muy habituados a la dinámica de la institución, hacen la trazabilidad de los proyectos de vida, donde estos pacientes se van buscando los horizontes para la vinculación social que se trabaja en el aspecto comunitario.

Como resultado de este proceso, durante esta segunda etapa el paciente realiza salidas a su casa con las recomendaciones necesarias por parte del equipo terapéutico, para facilitar el reintegro a nivel familiar y la transformación de espacios relacionados al consumo y problemas. Con ello, se mejora la autoeficacia de la familia como elemento de contención.

Al respecto, el profesional 2 ofrece el siguiente aporte:

A nivel familiar, la misma situación, ya que se tiene un diagnóstico familiar, y se empiezan a hacer los distintos ajustes dentro de la familia como sistema. La parte de terapia familiar está basada principalmente en la terapia sistémica, entonces se basa en evaluar todas las relaciones que se presentan dentro de la misma, se empiezan a trabajar dentro de él. Y normalmente es ya en esta etapa, después de pasar la parte de desintoxicación y deshabituación, que ya se empieza como tal con el trabajo de neuropsicología.

El proceso de evaluación neuropsicológica pretende identificar las alteraciones cognitivas asociadas al consumo de SPA, con el objetivo de tener mayor claridad acerca del diagnóstico. Para esto, es necesario realizar una valoración completa de todas las funciones adaptativas y mentales superiores que están implicadas en la relación que el sujeto establece con el mundo. Así, lo expresa el profesional 2:

Mira las pruebas que aplicamos nosotros son pruebas de inteligencia. Aplicamos las pruebas de inteligencia que aplicamos son el WISC y el WAIS, pruebas estandarizadas. También, aplicamos lo que son todas las pruebas de atención: se aplica TMT y el D2, WISCONSIN también aplicado pues escalas de memoria. Bueno, dependiendo de lo que estamos viendo en el paciente, si tenemos una prueba que siempre la aplicamos es prueba de inteligencia y la BANFE.

Al respecto, el profesional 3 expresa:

Mira, lo que más evidenciamos son capacidades intelectuales limítrofes, también encontramos discapacidad intelectual y, en la mayoría, encontramos dificultades en la atención sostenida alternante y selectiva. Adicional a esto, se presenta baja memoria de trabajo, baja velocidad de procesamiento. Sin embargo, en el funcionamiento frontal es donde encontramos el mayor deterioro, en la mayor parte, alteraciones severas especialmente en corteza orbitomedial, dorso lateral y en el total de funciones ejecutivas.

A partir de la aplicación de estas pruebas, se puede determinar el perfil neuropsicológico y establecer un protocolo de rehabilitación de acuerdo con el compromiso cognitivo. Usualmente, el deterioro cognitivo en pacientes consumidores se asocia a la baja adherencia a los tratamientos, al débil cumplimiento de normas o pautas y a las pocas probabilidades de terminar el proceso terapéutico. Por esto, el profesional en esta área realiza un acompañamiento para rehabilitar las áreas afectadas concernientes a las funciones ejecutivas: memoria, atención, lenguaje, entre otros, también se desarrollan protocolos para la rehabilitación y recuperación del funcionamiento global.

Así, es verbalizado este aspecto por el profesional 3:

Se aplican estos instrumentos desde neuropsicología y nosotros destacamos desde ahí como lo más puntual según las necesidades. Y viene el campo de rehabilitación que se deriva desde el plan de acción, obviamente, desde el profesional. En mi caso, los trabajos de una forma individual o de forma observacional de los grupos. Pero cada paciente tiene un plan de tratamiento definido y obviamente cada paciente va a la historia clínica para reflejar allí los resultados.

En consecuencia, en esta etapa se consolidan las estrategias que permiten la construcción de un sentido de vida que constituya un objetivo cotidiano para el proceso de rehabilitación de adicciones, lo que promueve el fortalecimiento de la red de apoyo basado en relaciones interpersonales sanas, donde pacientes con avances significativos y contundentes en su proceso asumen la responsabilidad de acompañamiento. Este proceso se debe al trabajo articulado entre las diferentes áreas, a partir de las cuales se busca una rehabilitación o recuperación de las funciones ejecutivas alteradas por el consumo y la estimulación de las mismas en terapias alternas, como la ocupacional para trabajar en un proceso de readaptación al entorno social y familiar.

## Tercera etapa: proyecto de vida y prevención de recaídas

Como se puede evidenciar en las etapas anteriores, según lo narrado por los diferentes profesionales, cada una de ellas genera un escalón adicional para el cumplimiento de los objetivos en el proceso de rehabilitación. De esta manera, en esta tercera etapa se brindan mayores espacios de inclusión a nivel social en los que se les hace partícipe de procesos formativos y ocupacionales en la institución o por fuera de esta, se disminuye un poco la participación en los espacios grupales; sin embargo, se continúa con el acompañamiento individual periódico de las diferentes áreas de atención.

Así, lo nombra la profesional 4:

Ahora, si exploramos el mundo del arte, que es donde estos chicos demandan mucha creatividad, son muy expositores desde sus emociones y ahí están implícitas en el área obviamente de trabajo social, de psicología, que demanda mucha fuerza para sus planes de intervención. En esta etapa, la terapia es enfocada en la regulación emocional, promoción, reforzar y potencializar funcionalidad en cuanto a las funciones mentales globales a través de la actividad.

Igualmente, se prepara al usuario y su familia para los procesos de inclusión real y las acciones que deben iniciar y mantener, a fin de que eviten o minimicen las crisis en la dinámica familiar.

Así, lo evidencia el aporte del profesional 3:

En la tercera etapa, el paciente ya está más funcional, obviamente con las capacidades de llevar a cabo una rutina y unos roles más positivos y balanceados. Está el equilibrio en donde el equipo psicosocial manifiesta desde todo un compendio profesional y se lo puede integrar al paciente en unas actividades denominadas prelaborales, que es donde se evidencia la máxima funcionalidad y, obviamente, se miran las directrices para las cuales apliquen estos pacientes, obviamente, se los vincula en la etapa 4, donde están para salir.

Otro aporte al respecto lo ofrece el profesional 1:

Básicamente, como equipo, nos enfocamos en el proyecto de vida basado en nuestro modelo; el modelo biopsicosocial, involucrando la parte biológica, hacer conciencia de la enfermedad. La parte psicológica que es todo el tema del autocontrol y regulación emocional. La parte social, como tal, es la relación asertiva con el medio social, con el entorno, al igual que a nivel familiar. Y a nivel ocupacional, donde si el chico es adolescente pues lo que se espera es que continúe con sus estudios académicos. A no ser que sea un paciente que esté en el entorno universitario. Y se busca que de acuerdo a su funcionalidad y a sus capacidades se esté preparando para la reinserción laboral. En eso consiste la tercera etapa.

Esta etapa se relaciona con el modelo transteórico de cambio y con la fase de acción (Northeas & Caribbean Addiction Technology Transfer Center, 2021), en la que se logra generar modificaciones en su motivación de cambio y el paciente inicia con cambios en la dinámica cotidiana, considerada anteriormente como poco productiva. Por lo tanto, en esta etapa el enfoque se basa en el fortalecimiento de los factores de protección en todas las áreas de desempeño.

## Cuarta etapa: reinserción social y familiar

En esta última etapa del tratamiento la intervención está enfocada en los procesos de inclusión al medio familiar y social de manera funcional, conservando hábitos de vida saludables.

Así, lo evidencia el aporte del profesional 1:

En esta etapa, se espera que el paciente ponga en el contexto lo aprendido. Ante todo, manteniendo una relación distante con todo el tema de las adicciones. Así, se le hace un seguimiento al paciente, es acompañado por los profesionales: psiquiatría una vez al mes, psicología tres veces al mes y, trabajo social, tres veces al mes. Esto es básicamente el proceso ambulatorio.

Otro aporte al respecto lo ofrece el profesional 2:

A nivel familiar, lo consideramos como el momento óptimo en que el paciente tiene la capacidad para vincularse nuevamente con sus seres queridos, su familia primaria, núcleo familiar. A nivel social, la reinserción social consiste en la capacidad del paciente de relacionarse assertivamente con su entorno. Por ejemplo, es muy importante cuando tenemos un paciente con unos rasgos sociópatas lograr vincularlo a un asunto social y también hemos logrado tener muy buenos logros en base a eso.

Frente a este aspecto, el profesional 3 nombra:

Desde la parte de reinserción familiar, pues nosotros hablamos desde la parte de terapia ocupacional mucho de los roles, donde se respeta mucho el rol de hijo, se rescata mucho el rol del padre en los adultos, se rescata mucho el rol de amigo y amiga y el rol de estudiante de acuerdo pues puede ser en la parte escolar o la parte universitaria, pues que demande según la edad cronológica de la paciente.

En esta etapa del proceso de rehabilitación de las adicciones, se evidencia el fortalecimiento de las redes de apoyo, el proyecto de vida establecido previamente, las habilidades para la vida (hábitos de vida saludables, autocuidado,

resolución de conflictos, resiliencia, tolerancia a la frustración, estrategias de autorregulación) y la autoevaluación constante a nivel individual, social y familiar. Esta es la fase final en la que se espera que, tanto el paciente como la familia, cuenten con los conocimientos y capacidades individuales y grupales para hacerles frente a las posibles recaídas y para el desarrollo de estrategias conjuntas para el mantenimiento de una normalidad en la vida del paciente y la vida familiar.

## Discusión

Esta investigación manifiesta las narrativas compartidas por un grupo interdisciplinario de profesionales alrededor de los aportes del modelo biopsicosocial en el proceso de rehabilitación de las adicciones. Los resultados descritos evidencian los aportes de cada profesional para el logro de la reinserción social dentro del proceso de rehabilitación de adicciones, teniendo en cuenta lo planteado dentro del modelo de intervención y lo evidenciado en cada una de las experiencias, según las áreas de intervención.

Pertenecer a un grupo interdisciplinario se orienta hacia el logro de la reinserción social. Para autores como Gallizo (2007), las intervenciones deben estar enfocadas en el desarrollo de habilidades y recursos que promuevan la participación social, la autonomía y la toma de decisiones con la finalidad de generar nuevas estrategias en el proyecto de vida a nivel ocupacional. La rehabilitación integral y reinserción social impulsan la motivación y el aprendizaje de actividades productivas, además de las habilidades de comunicación (Solórzano, 2017); recursos necesarios para minimizar el riesgo de recaída y fortalecer los factores protectores de tipo biopsicosociales.

Modelos como el biopsicosocial favorecen el abordaje integral de la persona con diagnóstico de adicción y sus diferentes contextos de socialización (familiar y social), lo que favorece la construcción de un entorno protector frente a una

posible recaída. De esta forma, la pretensión se encamina hacia un abordaje integral e integrado de las adicciones, lo que pone en el centro de los procesos de tratamiento la relación profesionales/paciente para el logro de los objetivos propuestos en cada etapa del proceso. Esto concuerda con los aportes de González et al., (2022), quienes recalcan que esta relación mencionada debe estar mediada por la escucha activa como un asunto indispensable para lograr el afrontamiento y tratamiento de las adicciones.

Por otro lado, el abordaje de las adicciones, desde el modelo biopsicosocial, afirma que el propósito de la intervención bajo este modelo se focaliza en la persona enferma y los factores biológicos, psicológicos y psicosociales que contribuyen al consumo, en lugar de centrarse solo en la enfermedad (Pickard et al., 2015; Becoña, 2018). Lo anterior, evidencia que el tratamiento se convierte en un asunto de corresponsabilidad en el que cada actor involucrado (profesional/paciente/familia) en el proceso asume un rol relevante para el logro de la misma.

Asimismo, uno de los elementos principales del modelo biopsicosocial es la multidisciplina/interdisciplina, que propone la ruptura de fronteras que permitan el diálogo y proceder multidisciplinario para el abordaje de problemáticas como las adicciones (Centros de integración juvenil, s. f.), hallazgo que se corresponde con los aportes de los participantes de este estudio, en el que se enfatiza en la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario orientado hacia el mismo objetivo, articulando los diferentes saberes que contribuyan a la reintegración social de las personas en tratamiento. Al respecto, el acompañamiento interdisciplinario, bajo este modelo, implica una integración cuidadosa entre las disciplinas que intervienen, esto quiere decir que requiere la construcción de marcos teóricos-prácticos comunes para el abordaje integral (Abornoz et al., 2022).

También, se resalta como novedoso en el tratamiento la rehabilitación cognitiva y su mirada ecológica, que se centra en la funcionalidad y mejora de la calidad de vida de quien está en tratamiento. Esto se relaciona con una inves-

tigación denominada rehabilitación cognitiva para personas con trastorno por consumo de opioides: un ensayo controlado aleatorizado que buscó examinar la eficacia de la rehabilitación cognitiva en personas con trastorno por consumo de sustancias. En los resultados, resaltan la mejoría en funciones cognitivas como aprendizaje, cambio, velocidad de procesamiento de información, memoria de trabajo y capacidad de memoria (Rezapour et al., 2017), elementos verbalizados durante la entrevista.

Aquello, además, está en coherencia con lo encontrado en un artículo de revisión denominado “deterioro neuroplástico y cognitivo en los trastornos por consumo de sustancias: un potencial terapéutico de la estimulación cognitiva”, que señala, en sus conclusiones, que los efectos del entrenamiento estructurado, combinado con otras estrategias como la actividad física y el aprendizaje esforzado, enriquecen los entornos del tratamiento, reducen la ansiedad, el consumo de drogas y mejoran la salud mental (Sampedro et al., 2018).

Desde este modelo, se busca fortalecer no solo las funciones cognitivas, sino, también, mejorar la funcionalidad de quien se encuentra en rehabilitación, centrado en el reconocimiento de sus potencialidades y áreas conservadas. En esta misma línea, Nardo et al. (2022) publicaron una revisión sistemática, en *Neuropsychology Review*, sobre el uso de la remediación cognitiva como intervención complementaria en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, en la que se evidenciaron mejoras en funciones ejecutivas, autorregulación y calidad de vida.

Aunque el modelo biopsicosocial ha representado avances y aportes relevantes para el tratamiento de personas con adicciones, es importante mencionar que el modelo que mayor evidencia científica presenta es el modelo cognitivo. Autores como Rupp et al. (2012), sostienen que las personas que han recibido un tratamiento de este tipo presentan cambios significativos en funciones como la atención, la memoria, la función ejecutiva, las memorias de trabajo y diferida, lo que mejora el bienestar psicológico.

De forma contraria a los modelos tradicionales, algunos autores han referido que la intervención de un fenómeno tan complejo como las adicciones requiere diversas perspectivas epistemológicas que respondan a esta condición, resaltando el papel de lo público en estos procesos en los que se vinculan los actores corresponsables como la familia, profesionales, pacientes y sociedad, de allí la importancia de trascender lo institucional para contar con políticas públicas que apuesten y apunten a la prevención y tratamiento, pero que, además, faciliten la comprensión del fenómeno en los diferentes contextos sociales y comunitarios (Olivares & Valle, 2019).

En este sentido, se ha hecho relevante postular la necesidad de fortalecer un carácter biopsicosocial para la atención en salud mental, donde se revela la necesidad de mejorar las condiciones de calidad y modos de vida, que favorece la integración social, el bienestar y la garantía de los derechos humanos. Esto articulado a la creación de políticas públicas que respondan a las necesidades contextuales y socioculturales. Entonces, problemáticas como las adicciones tendrían que ser abordadas desde lo público con un carácter comunitario que trasciende la necesidad de la internación de las personas, para ser tratadas en un ambiente hospitalario.

Desde esta perspectiva, las patologías de tipo crónico requieren de intervenciones constantes y prolongadas que sean atendidas no solo por el modelo farmacológico tradicional, que se ve insuficiente para responder a la complejidad de estas patologías, sino, también, por modelos integrales que atiendan las fases del tratamiento desde la promoción, la prevención y el tratamiento en salud mental, relevando el modelo biomédico y fortaleciendo la atención biopsicosocial mediante el empoderamiento de los pacientes y su contexto de socialización temprano en los procesos de tratamiento (Leiva-Peña et al., 2021).

Consecuentemente, se podría afirmar que los aportes de un modelo de atención biopsicosocial, en el tratamiento de las adicciones de un grupo de personas internadas, se pueden concentrar en dos aspectos fundamentales; el primero, relacionado con la inclusión del paciente de manera activa en su

proceso de rehabilitación y el abordaje integral del mismo en las diferentes áreas de desarrollo; el segundo, en la posibilidad de vincular otros actores en el proceso de reintegración social, como lo son la familia y la comunidad o entorno social al que se pertenece (Vicioso & Castillo, 2021). De este modo, los pacientes están siendo considerados desde su integralidad, lo que lleva a comprender que hay una interacción de factores de todo tipo: personal, familiar y social, que se relacionan con la decisión del consumo o de inicio y mantenimiento de un proceso de rehabilitación.

En el caso de la clínica Servid, se puede evidenciar la búsqueda de esta intención al diseñar en sus diferentes fases estrategias tanto individuales como grupales que responden a la atención de personas con adicciones, contemplando aspectos como el proyecto de vida, la motivación al cambio y la reinserción social y familiar, abarcando de manera integral a las personas y las familias que hacen frente a esta compleja problemática, sin aislarse o alejarse de otros modelos de atención que se hacen fundamentales y responden a las necesidades de tipo neurológico, incluyendo en su modelo la atención y rehabilitación cognitiva, que hacen frente a una de las principales consecuencias del consumo relacionada con el deterioro cognitivo. Por otro lado, aunque se visiona al paciente como un ser humano que requiere de atención integral, hace falta la inclusión de la sociedad y el sector público como agentes corresponsables en los procesos de intervención para el cambio, pero, también, de prevención ante el consumo y la promoción de la salud mental (Leiva-Peña, 2021).

## Conclusiones

La adicción es considerada como una enfermedad crónica y sistémica en la que el desafío, dentro del tratamiento, es la intervención desde sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica, familiar y social. Esta perspectiva permite un abordaje integral y favorece la recuperación global de quien esté en el proceso de rehabilitación.

Los resultados de esta investigación permiten resaltar que el modelo biopsicosocial de la clínica se destaca por su enfoque integral, en el que no solo se aborda la adicción a las sustancias psicoactivas, sino, también, las diferentes áreas funcionales de los usuarios, planteando así como objetivos de intervención las dimensiones psicológica, biológica, social y familiar.

Las diferentes etapas del tratamiento favorecen que quienes estén en rehabilitación puedan ser atendidos por un equipo multidisciplinario que trabaja de manera articulada desde las áreas de intervención. Asimismo, el tratamiento estructurado en las tres etapas: desintoxicación y deshabituación, motivación para el cambio y proyecto de vida y prevención de recaídas, favorecen la reinserción social y familiar, dado los objetivos que se plantean alcanzar en cada una de ellas. A lo largo de estas tres etapas del proceso, se resalta el enfoque multidisciplinario y la articulación de los diferentes profesionales, lo que representa un factor esencial para que el tratamiento logre resultados exitosos a mediano y largo plazo.

La primera etapa está centrada en la desintoxicación y deshabituación. Esto es crucial para la búsqueda de la estabilidad a nivel biológico y psicológico de los usuarios por parte de los profesionales, quienes se enfocan en mitigar los efectos ocasionados por el síndrome de abstinencia, además de favorecer el autocuidado, la adaptación a las rutinas diarias y el reconocimiento de los efectos del consumo y la preparación para las siguientes etapas del proceso. El equipo disciplinario no solo se centra en la dimensión clínica, sino, también, en la modificación de los hábitos y pensamientos que pueden estar asociados al consumo.

Los profesionales pertenecientes al equipo interdisciplinario, conformado por psiquiatría, trabajo social, psicología, neuropsicólogo, toxicología, enfermería, nutrición, medicina general y salud ocupacional, tienen un papel importante en el proceso de toma de conciencia de la enfermedad, propósito que se fortalece en la segunda etapa del tratamiento, denominada motivación para el

cambio y proyecto de vida, en la cual la motivación para el cambio es uno de los principales objetivos y se ve representada en la reconstrucción del proyecto de vida.

Para el equipo de profesionales, tiene una función significativa la evaluación y rehabilitación neuropsicológica, enfocada en la sustitución o recuperación de las funciones cognitivas asociadas al consumo de SPA. Este proceso está enfocado en la validez ecológica, lo que representa la articulación con el entorno familiar y ocupacional.

La última etapa descrita por los profesionales se enfoca en la prevención de recaídas y en la preparación para reintegración en el ámbito familiar y el entorno social del usuario. Se destacan las actividades ocupacionales y la potencialización de habilidades que se convierten en factores de protección que previenen la recaída. Esta fase del tratamiento no solo implica la integración social, sino, también, cambios en las relaciones interpersonales y en las habilidades cognitivas.

Todo lo anterior señala que, en cada etapa del tratamiento, el enfoque integral es transversal y busca la participación de los diferentes profesionales que dirigen la calidad en las intervenciones y la mejora de los aspectos físicos, emocionales y sociales; la integralidad de los profesionales de diferentes áreas, como psiquiatría, psicología, trabajo social, neuropsicología y terapia ocupacional, favorecen que los objetivos del tratamiento estén basados en las particularidades de cada usuario.

El modelo biopsicosocial aplicado en la Clínica Servid señala una comprensión profunda de las adicciones, desde el tratamiento se enfatiza en la rehabilitación desde el enfoque integral, que involucra las modificaciones físicas, la regulación emocional, además de la adquisición de nuevos hábitos y rutinas, las cuales están encaminadas a la reintegración social, ocupacional y familiar del usuario. Para alcanzar estos propósitos, la formación y el mantenimiento de redes de apoyo constituyen un papel importante para constituir la reintegración exitosa.

El trabajo interdisciplinario y el uso de diversos instrumentos, permiten ajustar el tratamiento según las necesidades del usuario, buscando la efectividad del proceso de rehabilitación, centrado en la búsqueda de la funcionalidad y su calidad de vida.

Finalmente, el abordaje de las adicciones desde el modelo biopsicosocial se enfoca en la integralidad de la atención, promoviendo una atención personalizada en la que se involucra a la familia y al entorno social en el proceso de rehabilitación. Este modelo transciende el modelo hegemónico biomédico al integrarlo con terapias como las psicológicas y ocupacionales que no solo promueven la desintoxicación, sino la reconstrucción de los vínculos familiares y sociales. Estos aspectos resultan en un componente esencial para la prevención de las recaídas y la recuperación sostenida.

Por tanto, este modelo busca no solo la abstinencia, sino el desarrollo de habilidades por parte del paciente y de la familia para una reincorporación efectiva, lo que genera un cambio en el usuario y sus entornos cercanos que garantiza su bienestar psicológico y social. Así, se tiene como resultado una probabilidad alta de lograr la rehabilitación y la reintegración del usuario a los diferentes entornos. El éxito de este proceso es un asunto de corresponsabilidad de los actores, esto implica un rol activo por parte del usuario, quien es el actor principal en el proceso de rehabilitación; de la familia, que adopta una posición como fuente de apoyo y de prevención de recaídas, y de los profesionales, que aportan sus conocimientos desde la interdisciplinariedad para el abordaje integral de las adicciones.

A manera de sugerencias, puede decirse que en futuras investigaciones es importante implementar estudios de corte cualitativos o mixtos, dado que la prevalencia en esta temática es de estudios cuantitativos, los cuales podrían complementarse con herramientas que permitan no solo cuantificar, sino, también, comprender desde lo descriptivo este tipo de problemáticas, así como ampliar el alcance de los resultados y la posible generalización. Asimismo, se recomienda realizar investigaciones de este tipo para mejorar la comprensión

del proceso de rehabilitación de las adicciones desde la subjetividad, a fin de contribuir al diseño de acciones más efectivas para la intervención desde el modelo biopsicosocial.

En cuanto al tratamiento de las adicciones, este enfoque ha permitido resaltar la importancia de abordar aspectos y factores cognitivos dentro de la propuesta integral de la rehabilitación, lo que demuestra que hay elementos que pueden convertirse en riesgo, pero, también, en factores de protección para la prevención de recaídas o mitigación del consumo, por lo tanto, se recomienda la implementación de estrategias de evaluación e intervención neuropsicológicas durante las diferentes etapas del proceso.

## Referencias

- Albornoz, A., Aogeda, C., & Maldonado, V. (2022). El complejo campo de la salud mental: aportes del Trabajo social en el abordaje interdisciplinario. *Margen*, (105), 1-7.
- Becóna, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addictions? Remembering the Vietnam Veteran Study [¿Enfermedad cerebral o modelo biopsicosocial en la adicción? Recordando el estudio de veteranos de Vietnam]. *Psicothema*, 30(3), 270-275. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.303>
- Centros de integración juvenil. (s. f.). *Psicoterapia individual, grupal y familiar del consumo de drogas*.
- Cifuentes, R. (2011). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Noveduc.
- Corona, J. (2018). Investigación cualitativa: fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos. *Vivat Academia*, (144), 69-76. <https://doi.org/10.15178/va.2018.144.69-76>

Gallizo, M. (2007). Social reintegration of substance abusers entered in penitentiary centers [Reinscripción social de drogodependientes ingresados en centros penitenciarios]. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 7(1), 57-73. <https://doi.org/10.21134/haaj.v7i1.81>

González-Rojas, A., Soriano-Villarroel, I., & Martínez-Redondo, P. (2022). *Modelo de intervención con enfoque biopsicosocial y de género para adicciones sin sustancia*. UNAD. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj34b3Jy9iDAxXXI2oFHuHD-toQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.unad.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2023%2F10%2FFaseV\\_Modelo-de-intervencion.pdf&usg=A0vVaw1tn8F7LPbEPtSBCyZfOnu6&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj34b3Jy9iDAxXXI2oFHuHD-toQFnoECAsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.unad.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2023%2F10%2FFaseV_Modelo-de-intervencion.pdf&usg=A0vVaw1tn8F7LPbEPtSBCyZfOnu6&opi=89978449)

Íñiguez, L. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Universitat Oberta de Catalunya.

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev. Panam. Salud Pública*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>

Mateer, C., & Sira, C. (2006). Cognitive and emotional consequences of TBI: intervention strategies for vocational rehabilitation [Consecuencias cognitivas y emocionales del TCE: estrategias de intervención para la rehabilitación vocacional]. *NeuroRehabilitation*, 21(4), 315-326. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17361048/>

Nardo, T., Batchelor, J., Berry, J., Francis, H., Jafar, D., & Borchard, T. (2022). Cognitive remediation as an adjunct treatment for substance use disorders: A systematic review [Remediación cognitiva como tratamiento complementario para los trastornos por consumo de sustancias: una revisión sistemática]. *Neuropsychology Review*, 32(1), 161-191. <https://doi.org/10.1007/s11065021095063>

Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center. (2021). *El Modelo Transteórico del Cambio: Un modelo para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias*. Instituto de Investigación, Educación y Servicios en Adicción.

Olivares-Aising, D., & del Valle Barrera, M. (2019). Community Mental Health: Psychosocial teams and public policies in the intervention of people with addictions [Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones]. *Psicoperspectivas*, 18(2), 70-85. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-isue2-fulltext-1602>

Pedrero-Pérez, E., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de neurología*, 52(3), 163-172. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25542.pdf>

Pinzón, R., & Calvo-Abaunza, A. (2021). El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo-Conductuales. *Informes Psicológicos*, 21(1), 151-167. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a010>

Restrepo, S., Rincón, D., & Sepúlveda, E. (2020). Cognitive training for the treatment of addictions mediated by information and communication technologies (ICT) [Entrenamiento cognitivo para el tratamiento de adicciones mediadas por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)]. *Future Internet*, 12(2), 38. <https://doi.org/10.3390/fi12020038>

Rezapour, T., Hatami, J., Farhoudian, A., Sofuoğlu, M., Noroozi, A., Daneshmand, R., Samiei, A., & Ekhtiari, H. (2017). Cognitive rehabilitation for individuals with opioid use disorder: A randomized controlled trial [Formación cognitiva para el tratamiento de las adicciones mediada por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(8), 1273-1289. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1391103>

Rupp, C., Kemmler, G., Kurz, M., Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W. (2012). Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence [Terapia de rehabilitación cognitiva durante el tratamiento de la dependencia del alcohol]. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 625-634. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.625>

Sampedro-Piquero, P., Ladrón de Guevara-Miranda, D., Pavón, F., Serrano, A., Suárez, J., Rodríguez de Fonseca, F., Santín, L., & Castilla-Ortega, E. (2019). Neuroplastic and cognitive impairment in substance use disorders: a therapeutic potential of cognitive stimulation [Deterioro neuroplástico y cognitivo en los trastornos por consumo de sustancias: un potencial terapéutico de la estimulación cognitiva]. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 106, 23-48. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.015>

Sohlberg, M., & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach* [Rehabilitación cognitiva: un enfoque neuropsicológico integrador]. The Guilford Press.

Solórzano, R., Márquez, V., & Márquez, K. (2017). Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 752-769.

United Nations Office on Drugs and Crime. (15 de noviembre de 2022). *World Drug Report 2021* [Informe Mundial sobre las Drogas 2021]. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

Verdejo-García, A., Orozco, C., Meersmans, M., Aguilar, F., & Pérez, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38(12), 1109-1116.

Vicioso, C., & Castillo, D. (2021). Modelo integra/Erantse de acompañamiento psicosocial para personas en procesos de reintegración social. *Revista de servicios sociales*, (74), 163-178. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.74.10>