

Diseño de plan de intervención basado en el Modelo Transteórico del Cambio del
Comportamiento para el abordaje del consumo de Sustancias Psicoactivas – SPA en el Hogar
Buen Pastor en la ciudad de Ibagué

Angela María Caro Moreno

Karen Julieth Cáceres Cáceres

Juan Alberto Cárdenas Ruiz

Mary Luz Botero Gonzales

Especialización en Adicciones, Facultad de Ciencias Sociales Salud y Bienestar,
Universidad Católica Luis Amigó

EEATG51 - TRABAJO DE GRADO II - G1

ANGELA MARITZA LOPERA JARAMILLO

Noviembre 12, 2025

Tabla de contenido

Introducción	5
Diseño de plan de intervención basado en el Modelo Transteórico del Comportamiento para el abordaje del consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA.....	7
Diagnóstico psicosocial.....	7
Referente contextual y legal	7
Presentación formal de la institución u organización.	7
Localización geográfica de la propuesta.....	8
Características demográficas del contexto.....	8
Caracterización económica.....	9
Características socioculturales.....	10
Marco Legal.....	10
Caracterización de la población.....	12
Edades y género	12
Estado civil.....	13
Nivel de educación.....	13
Ocupación.....	14
Nivel de relaciones.....	15
Planteamiento del problema.....	16

	3
Justificación.....	19
Objetivos	20
Objetivo General.....	20
Objetivos específicos.....	20
Perspectiva Teórica	21
Conceptualización de la Problemática	23
Diseño metodológico.....	24
Fundamentación metodológica.....	24
Instrumentos para la recolección de información.	28
Procedimiento.	29
Diseño metodológico.....	31
Matriz del Marco Lógico (MML).....	31
Imagen 1. <i>Cronograma de actividades</i>	35
Programación de actividades.....	35
Cronograma detallado.....	36
Presupuesto.....	39
Referencias bibliográficas.....	41
Anexos	46
Análisis de actores.....	46
Conclusiones y estrategias.....	50

Imagen 3. <i>Árbol de problemas</i>	51
Anexo 1. <i>Árbol de problemas</i>	51
Anexo 1. <i>Árbol de objetivos</i>	52

Introducción

Este es un plan de intervención basado en el Modelo Transteórico del Comportamiento, para abordar la problemática del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en los usuarios internos del hogar Buen Pastor, ubicado en el Ciudad de Ibagué. Más allá de esta problemática de adicciones químicas y comportamentales, se identifica un alto índice de abandono en el proceso terapéutico establecido, lo que afecta en modo directo la recuperación de los usuarios y compromete la efectividad del programa actual.

Hay que mencionar, además como lo refiere Becoña et al., (2011) que “desde el punto de vista psicológico, no podemos olvidar que el consumo de drogas tiene con frecuencia consecuencias negativas en otros ámbitos del individuo, tales como la salud física, el ámbito familiar, laboral, económico, problemas con la justicia” (p.124). Es posible que el abandono en un proceso de recuperación ahonde no solo el impacto en la persona, sino en su entorno familiar y comunitario. A nivel familiar, genera un deterioro de las relaciones afectivas y dificultades económicas. A nivel comunitario, aumenta de la percepción de inseguridad, el deterioro de espacios públicos y los efectos negativos en la economía local.

Considerando lo anterior, se convierte en una prioridad realizar actividades previas que sustenten tanto el diseño del plan de intervención como el análisis de los actores, el diagnóstico psicosocial y el establecimiento de posibles estrategias para la recolección de información, además de la construcción de un árbol de problemas.

El análisis de actores permite identificar los niveles de participación, recursos, intereses y los posibles retos, lo que permitirá identificar alianzas y trazar estrategias para mitigar los

problemas percibidos con ciertos grupos. Así mismo, el diagnóstico psicosocial contribuirá a comprender las condiciones individuales y sociales del grupo objetivo, proporcionado una visión más amplia de sus necesidades, factores de protección y factores de riesgo.

En cuanto a las estrategias para la recolección de información, Hernández Sampieri et al. (2014) indican que estas deben cumplir con tres requisitos: “confiabilidad, validez y objetividad” (p. 262). Asegurar el cumplimiento de estos criterios, garantizará que las acciones y decisiones estén fundamentadas en datos reales y que se ajuste a las necesidades de la población. Finalmente, el árbol de problemas es una herramienta clave para identificar, visualizar y comprender las causas y consecuencias del problema central y con ello llevar a buen puerto las estrategias que se consideren adecuadas para la intervención exitosa de la población que se atiende en el hogar Buen Pastor de la ciudad de Ibagué.

Diseño de plan de intervención basado en el Modelo Transteórico del Comportamiento para el abordaje del consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA

Diagnóstico psicosocial

Referente contextual y legal

Presentación formal de la institución u organización.

El Hogar Buen Pastor es una organización sin fines de lucro que se fundamenta en “el amor, el perdón y la misericordia”, acoge a jóvenes y adultos entre los 16 y 70 años con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas y adultos que se encuentran en estado de vulnerabilidad que ampara bajo protección permanente.

Dentro de la organización trabajan en la prestación de servicios de tratamiento y asesoría a personas afectadas por adicciones tóxicas, así como las conductas que se asocian. El proceso, desde un enfoque espiritual y desde la representación de una micro sociedad, trabaja en la habilitación de habilidades para la vida que permitan a los jóvenes y adultos que acoge proyectar y llevar a cabo un proyecto de vida libre de drogas.

Actualmente cuenta con el apoyo de profesionales en psicología voluntarios que encaminados a mejorar las condiciones y calidad de vida de los usuarios internos , buscan que replanteen su estilo de vida a través de un proceso de crecimiento personal y espiritual que ofrece el hogar.

Localización geográfica de la propuesta.

El Hogar el Buen Pastor, cuenta con una sede única, de atención residencial no hospitalario a largo plazo, solo personal masculino, que acoge a un máximo de 40 personas, se ubica en Calle 11 No. 9-47 barrio Malabar que pertenece a la comuna 2 del Municipio de Ibagué - Tolima, sector de estrato 1, 2 y 3 en el que hay construidas alrededor de 300 viviendas. Según Jiménez (2020):

Se delimita el sector por el norte con la Carrera 12, desde la calle 15; por el oriente con la calle 16; por el sur con la zona verde de la quebrada ‘La Pioja’, (hoy canalizada); y por el occidente con el cerro Pan de Azúcar. Los barrios cercanos: Ancón, Siete de Agosto, 20 de Julio, La Paz, Trinidad, Pueblo Nuevo (párr. 14).

Características demográficas del contexto.

De acuerdo con el Plan de desarrollo de la Comuna 2 (2019), “la Comuna 2 posee una extensión total de 214.2 hectáreas, representando el 4.8% del total de la zona urbana de Ibagué (4.470 Has)” (p.15). Así mismo el documento especifica:

la Comuna 2, por las características de las viviendas y el entorno, posee el 25,98% de su territorio en donde predominan viviendas de estrato 1; seguido del estrato 2 con 42,98%, (% más alto), es decir que estos dos estratos representan el 68,96% del total de área de esta Comuna. El estrato 1 predomina en un área de 54,67 ha y el estrato 2 en un área de 90,43 ha. El estrato 3 y 4 no es significativo en esta Comuna, ya que participa con porcentajes mucho menores: 11,75% y 6,06% del área de la Comuna (p. 31).

Caracterización económica.

Con respecto al desarrollo económico, el Plan de desarrollo de la Comuna 2 (2019) concluye:

“la Comuna 2 posee 116 unidades clasificadas como “industria” de las 2.424 que tiene el área urbana y que equivale al 4,8% del total urbano. También posee 371 unidades clasificadas como comercio y que equivalen al 3,2% del total de unidades de comercio en el área urbana y posee 323 unidades clasificadas como de servicios, que equivalen al 4,5% del total de unidades de servicios en el área urbana (p.73).

Hay que mencionar además que, de acuerdo con este informe, La Comuna 2 se encuentra en los últimos lugares en comparación con las demás comunas en cuanto a su participación en el total de unidades económicas. En el sector “industria”, ocupa la novena posición; en “comercio”, la duodécima; y en “servicios”, la décima. Al considerar el total de unidades económicas, esta comuna se ubica en el último puesto (13) (Plan de desarrollo de la Comuna 2, 2019).

Con respecto al desarrollo económico, el Plan de desarrollo de la Comuna 2 (2019) concluye que:

Si esta información se compara con lo consignado en el Plan de Desarrollo Comunal, en el cual se expresa que la actividad económica más importante en la comuna es la correspondiente a las tiendas y misceláneas, se puede concluir que hay una relación directa de este comportamiento con los bajos niveles de educación que presenta la zona; bajos ingresos económicos y una gran dificultad para insertarse en el mercado laboral formal (p.74).

Con respecto a los anterior, Jiménez (2020) indica que la actividad económica del barrio Malabar “corresponde a tiendas de barrio, cuyo número es bastante amplio, negocios de comidas rápidas, salones de belleza, dos ferreterías y dos locales de textiles” (párr. 12).

Características socioculturales.

Según Jiménez (2020), el sector es catalogado como: “la casa de muchos artistas de la Ciudad. Agrupaciones musicales y virtuosos intérpretes que hacen gala de formar parte del gremio que le otorga el título de ‘musical’ a Ibagué” (párr. 3).

En el Plan de desarrollo de la Comuna 2 (2019), se hace referencia a que esta comuna: “cuenta con una oferta sustancial de equipamientos culturales que incluyen una biblioteca a cargo de la Secretaría de Cultura” (p.60) y otros sitios representativos que se encuentran dentro del Barrio Malabar:

- Cerro de pan de azúcar
- Parroquia Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

Marco Legal.

Tabla 1. *Marco legal*

Normatividad	Descripción
Ley 0089 del 16 de enero de 2019	Por medio de la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019)	Artículo 1. Objeto. Adoptar la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Normatividad	Descripción
	<p>Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.</p> <p>Artículo 3. Implementación. La implementación de la Política a que alude el presente acto administrativo estará desarrollada en el Plan de Acción que formule este Ministerio en consonancia con el Plan Nacional de Salud Mental.</p>
Ley 1616 del 21 de enero de 2013	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones
Ley 1566 de 31 de julio de 2012	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas.
Lineamiento Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, mayo de 2020	Tiene como objetivo: “Orientar al gobierno nacional y territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general sobre la construcción participativa e implementación de respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia”.
Política Nacional de Salud Mental 2024-2033	Tiene como objetivo: “Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia”.
Acuerdo 030 del 30 de noviembre de 2024	Por medio del cual se crea el observatorio de Salud Mental del Municipio de Ibagué y se adoptan acciones dirigidas a promover la salud mental, incluido el estudio de salud mental de Ibagué.

Tabla 2. Elaboración propia.

Caracterización de la población

Para la caracterización de la población beneficiaria del proyecto, se llevó a cabo un proceso de recolección de información a través de construcción de bases de datos y entrevistas estructuradas aplicadas a la población interna en el Hogar el Buen Pastor en la ciudad de Ibagué. Estas entrevistas permitieron obtener datos del perfil sociodemográfico, en el que se detallan las categorías de análisis, que permiten reconocer las características generales de la población.

Edades y género

En la población prevalecen más lo hombres con un 100% equivalente a 34 usuarios.

Se logra identificar que dentro de la población el grupo más representativo se encuentra entre el rango de edad de 18 a 27 años con un 44% equivalente a 15 usuarios, esto indica que la mayoría de la población interna dentro del hogar pertenece al grupo de juventud temprana o adultez emergente.

Tabla 2. Rango de edad

Rango de edad	Datos	%
Menor de 18 años	3	9
18 - 27 años	15	44
28 a 37 años	5	15
38 a 47 años	7	21
48 años o más	4	12
Totales:	34	100

Tabla 3. Fuente: elaboración propia

En cuanto a la distribución de los demás rangos, se evidencia una participación importante del grupo entre los 38 a 47 años (adultez media temprana) con un 21% equivalente a 7 usuarios, y con porcentajes inferiores al 20% los rangos: el 15% equivalente a 5 usuarios que

se encuentran en el rango de edad entre 28 a 37 años (adultez temprana), el 12% para el rango de 48 años o más (Adultez Tardía y Vejez Temprana) equivalente a 4 usuarios y el 9% equivalente a 3 usuarios se encuentra el rango menor de 18 años (adolescencia).

Estado civil

Tabla 3. *Estado civil*

Estado civil	DATOS	%
Soltero (a)	28	82
Casado (a)	1	3
Unión libre	4	12
Separado (a)	0	0
Viudo (a)	1	3
Totales:	34	100

Tabla 4. Fuente: elaboración propia

Dentro de la población el grupo más representativo se encuentra entre el rango “Soltero” con un 82% equivalente a 28 usuarios, los demás rangos tienen porcentajes inferiores al 18% y corresponden a: 12% para el rango “unión libre”, equivalente a 4 usuarios; 3% para el rango “casado”, equivalente a 1 usuario y 3% para el rango “viudo”, equivalente a 1 usuario. La gran mayoría de la muestra no está casada ni en unión de pareja estable, lo que indica una baja tasa de matrimonios y uniones formales.

Nivel de educación

Tabla 4. *Nivel escolaridad*

Nivel escolaridad	Datos	%
Primaria	15	44
Secundaria	13	38
Técnico/ Tecnólogo	3	9

Nivel escolaridad	Datos	%
Universitario	3	9
Postgrado	0	0
Totales:	34	100

Tabla 5. Fuente: elaboración propia

El 44% de la población tiene un nivel de escolaridad “primaria” equivalente a 15 usuarios, lo que es un índice de baja escolaridad, el 38% tiene un nivel “secundaria” equivalente a 13 usuarios, lo que es un indicador de que este grupo logro avance en su nivel educativo sin avanzar a estudios superiores.

Los demás rangos tienen porcentajes inferiores al 18% y corresponden a:

9% para el nivel de escolaridad “técnico / tecnólogo”, equivalente a 3 usuarios, 9% para el nivel de escolaridad “universitario”, equivalente a 3 usuarios. Considerando lo anterior, los datos infieren que puede existir una dificultad en el acceso a educación superior y ausencia de estudios en postgrados, lo que puede contribuir tener menores oportunidades laborales, aumento del trabajo informal, bajos ingresos e inestabilidad económica.

Ocupación.

Se logra identificar que dentro de la población predominan las ocupaciones en trabajos informales y no calificado que conforman más de la mitad de la muestra:

El 24% “oficios varios” equivalente a 8 usuarios.

El 12% “vendedor ambulante” equivalente a 4 usuarios.

El 12% “construcción” equivalente a 4 usuarios.

El 6% “panadero” equivalente a 2 usuarios.

El 3% “lavador de carros” equivalente a 1 usuario.

El 3% “confección” equivalente a 1 usuario.

El 3% “latonero” equivalente a 1 usuario.

El 3% “Ornamentador”, equivalente a 1 usuario.

Adicionalmente, el 15% “no tiene una ocupación o no la refiere”, lo que puede indicar desempleo y falta de oportunidades laborales, y como consecuencia incrementa el riesgo de pobreza y exclusión social. Así mismo, se evidencia que es baja la formación técnica y profesional, ya que solo el 6% manifestó ser “profesional” y el 3% tener una carrera “técnica”.

Nivel de relaciones

Tabla 5. *Red de apoyo familiar*

Red de apoyo familiar	Datos	%
SI	24	71
NO	10	29
Totales:	34	100

Tabla 6. Fuente: elaboración propia

Con respecto a la información antes citada, referente al apoyo de la red familiar en los usuarios, se observa que el 71 % (24 personas) tiene una red de apoyo familiar que puede estar acompañando su proceso, mientras que el 29 % (10 personas) no cuenta con dicho respaldo.

Planteamiento del problema

El alto índice de deserción de los usuarios del programa del Hogar Buen Pastor, en la ciudad de Ibagué, representa un desafío significativo para la efectividad del tratamiento. Esta situación, evidenciada en un 62% de abandono entre febrero y octubre de 2024 (21 de 34 usuarios), según datos internos del perfil sociodemográfico del hogar, evidencia la vulnerabilidad en el desarrollo de los procesos terapéuticos y pone en cuestión la efectividad de las intervenciones tanto personales como colectivas. La inestabilidad y la falta de consistencia en la continuidad del tratamiento, ya sea por decisión voluntaria o institucional, afecta no solo a los usuarios, sino también a sus familias, la comunidad, los profesionales que los acompañan y la misma institución, generando ciclos de recaída, desmotivación y pérdida de confianza en el proceso.

Diversos factores personales contribuyen a esta problemática, entre ellos se destacan la baja autoestima, deficiencias en habilidades sociales y de afrontamiento, la escasa capacidad de autorregulación emocional, descontrol de impulsos y trastornos mentales no tratados como la depresión y la ansiedad. A estas condiciones se suma la insuficiencia del acompañamiento, que no siempre se ajusta a las necesidades específicas de cada etapa del proceso de cambio, dificultando así la adherencia al tratamiento.

En este contexto, el Modelo Transteórico, como lo evidencian Cabrera (2000) y Oca Ugarte et al. (2022), sostiene que el cambio en las conductas adictivas se evidencia en fases progresivas (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento), esto indica que toda intervención debe adaptarse al particular y concreto momento en que se encuentra el

beneficiario del programa. La falta de articulación entre las acciones terapéuticas y estas fases genera resistencia, desmotivación y, en muchos casos, abandono del tratamiento.

El entorno familiar también influye de forma determinante. Cuando hay poca implicación afectiva, relaciones fracturadas, conflictos no resueltos, normalización del consumo o negación ante el problema, la estabilidad emocional, volitiva y cognitiva del usuario se ve comprometida. Esta condición puede indicar un mayor grado de vulnerabilidad en este grupo, ya que la falta de acompañamiento familiar se asocia con mayor dificultad en la adherencia al tratamiento, mayor riesgo de recaídas y afectaciones en la salud mental de las personas en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas (Aguilar-Mena, Estrella-Castillo, Pérez-Herrera, & Rubio-Zapata, 2014).

De igual forma, el contexto comunitario adverso, marcado por la exclusión social, la influencia de grupos delictivos, el estigma, la ausencia de redes de apoyo y la falta de oportunidades educativas y laborales, acentúa la sensación de impotencia y el sentimiento de fracaso, lo que limita las posibilidades de construcción de un proyecto de vida.

Preocupa además que, dentro de la misma institución, se identifiquen limitaciones como la escasa presencia de profesionales capacitados, la falta de formación especializada y la ausencia de estrategias diferenciadas según la etapa del usuario, lo que debilita el vínculo terapéutico. Según Oca Ugarte et al. (2022), los procesos de intervención que no consideran las fases del cambio tienden a ser menos efectivos y, en consecuencia, favorecen la deserción.

Las consecuencias son múltiples y afectan a todos los actores involucrados. Los usuarios experimentan recaídas, frustración y deterioro emocional; las familias experimentan un desgaste profundo; los profesionales sienten agotamiento y pérdida de efectividad; y la institución ve

afectada su capacidad de cumplir con su misión. Por tanto, se hace necesario implementar estrategias terapéuticas basadas en el Modelo Transteórico, que respondan tanto al proceso colectivo como a las necesidades individuales de cada usuario. Adaptar las intervenciones a la etapa de cambio en que se encuentra la persona es clave para mejorar los resultados y reducir la deserción en el tratamiento.

Justificación

El Modelo Transteórico del Comportamiento, desarrollado por Prochaska y DiClemente, es una herramienta clave para intervenir en contextos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), en poblaciones vulnerables y con una alta tendencia de deserción como la del Hogar Buen Pastor en Ibagué, donde esta alcanza el 62%. Este enfoque contempla cinco etapas del cambio del comportamiento (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), permitiendo una intervención progresiva y personalizada según la disposición individual al cambio. En contextos donde el índice de deserción es frecuente, este modelo ofrece una guía clara para el diseño de estrategias adaptadas a cada fase del proceso.

La eficacia del modelo radica en su capacidad de identificar no solo los estadios de cambio, sino los procesos de cambio y los niveles de cambio desde donde se pueden construir estrategias específicas para cada etapa, haciendo viables y efectivas las intervenciones adaptadas a las necesidades particulares de los usuarios. Este enfoque mejora la adherencia al tratamiento y facilita procesos de reintegración social.

Además, el Modelo Transteórico ofrece una alternativa terapéutica integral, sistemática y basada en evidencia que aborda efectivamente el desafío que representa el consumo problemático de SPA y a la reducción de la deserción, favoreciendo la recuperación individual y generando efectos positivos en el entorno familiar y social.

Objetivos

Objetivo General

Fortalecer la **permanencia y adherencia al proceso terapéutico** de jóvenes y adultos con problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, internos en el Hogar Buen Pastor de la ciudad de Ibagué, a través de la implementación de estrategias de intervención basadas en el Modelo Transteórico del Cambio.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar las principales **causas del abandono** terapéutico entre los jóvenes y adultos internos del Hogar Buen Pastor, identificando factores individuales, familiares e institucionales que afectan la adherencia al tratamiento.
2. Diseñar e implementar estrategias de intervención diferenciadas, adaptadas a cada **etapa del cambio** (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), que promuevan la continuidad en el proceso terapéutico.
3. Mejorar los vínculos de apoyo familiar y comunitario a través de talleres psicoeducativos y sesiones de acompañamiento.
4. Fortalecer las competencias del equipo terapéutico en la aplicación del Modelo Transteórico, a través de proceso de formación continua que permitan intervenciones más efectivas.

Perspectiva Teórica

El presente plan de intervención se fundamenta teóricamente en el **Modelo Transteórico del Cambio (MTC)**, desarrollado por Prochaska y DiClemente (1983), el cual propone que el cambio de comportamientos adictivos no ocurre de manera inmediata ni uniforme, sino a través de una serie de etapas secuenciales: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Este modelo permite comprender el comportamiento humano desde una mirada dinámica y cíclica, reconociendo que el proceso de transformación personal es no lineal, que puede incluir retrocesos (recaídas) y que requiere estrategias diferenciadas según el estadio en el que se encuentre la persona (Cabrera, 2000; Montes de Oca Ugarte et al., 2022).

Desde esta perspectiva, la adicción a SPA se concibe no solo como un fenómeno individual, sino también bio-psico-social, en el que influyen factores personales (autoestima, impulsividad, salud mental), familiares (conflictos, violencia, negligencia, consumo normalizado) y comunitarios (exclusión, estigmatización, pobreza, violencia estructural). En este sentido, el MTC permite articular intervenciones personalizadas que consideran tanto las condiciones individuales como los determinantes contextuales del consumo (Rivas et al., 2021; Oca Ugarte et al., 2022).

La propuesta también se inscribe en una mirada sistémica y ecológica, que reconoce la importancia de las redes sociales, familiares e institucionales en la rehabilitación. Siguiendo a Minuchin (1983) y Bronfenbrenner (1979), se asume que el entorno inmediato (microsistema) y los sistemas de apoyo (meso y exosistema) **influyen decisivamente en los procesos de adherencia y recaída**. Por lo tanto, el enfoque teórico privilegia intervenciones integrales,

participativas e intersectoriales, en las que unen estrategias terapéuticas, comunitarias y educativas (Cedeño Guillen & Antón Vera, 2019).

En síntesis, esta intervención se apoya en el MTC como marco central, complementado por enfoques de la psicología sistémica, la teoría del apego, el enfoque de derechos y la salud mental comunitaria, los cuales convergen en una visión humanista, contextualizada y transformadora del tratamiento de adicciones. Este abordaje integrador facilita la comprensión del consumo problemático como un fenómeno multicausal que requiere respuestas adaptativas y coordinadas, priorizando la autonomía, la dignidad y la inclusión social de los sujetos involucrados.

Conceptualización de la Problemática

El consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) representa una de las principales preocupaciones en salud pública en Colombia, especialmente en contextos de vulnerabilidad donde coinciden diversos factores de riesgo estructurales y psicosociales. En el caso específico del Hogar Buen Pastor de Ibagué, esta problemática se agrava por los altos índices de deserción terapéutica (62% en 2024), lo cual limita considerablemente los procesos de rehabilitación y reintegración social.

Desde un enfoque biopsicosocial y sistémico, **las adicciones** no deben entenderse como problemas individuales aislados, sino como el resultado de la interacción entre factores personales, familiares, institucionales y comunitarios. En este sentido, Minuchin (1983) plantea que el consumo puede ser un síntoma que refleja tensiones no resueltas dentro del sistema familiar, donde el "paciente identificado" cumple una función de equilibrio frente a conflictos ocultos. La familia, reconocida por la Declaración Universal de los Derechos Humanos como el núcleo natural y fundamental de la sociedad (ONU, 1948), es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el primer espacio de socialización y construcción de normas, vínculos afectivos y valores, siendo un entorno determinante en la aparición y mantenimiento del consumo.

Brandam y Sandro (2010) y Minuchin (1983) **conciben la familia** como un sistema abierto en constante evolución, con estructuras internas, roles y jerarquías que inciden directamente en el comportamiento de sus miembros, moldeando su funcionamiento diario, dando lugar a diversas tipologías familiares según factores culturales, sociales y funcionales.

En cuanto a **la adherencia** al tratamiento, la literatura señala que uno de los principales desafíos es la identificación precisa del estadio motivacional en el que se encuentra la persona (Montes de Oca Ugarte et al., 2022). Esto evita imponer metas que resultan inalcanzables y que generan frustración, desmotivación y eventual abandono. Esto constituye un factor clave en la efectividad del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (Caballero, 1993, como se citó en Becoña, 2011, p.77). En este sentido, la relación terapéutica desempeña un papel determinante en la continuidad del proceso, ya que los pacientes tienden a perseverar en el tratamiento cuando perciben que están siendo comprendidos y acompañados de manera efectiva. La evidencia demuestra que una intervención sólida y ajustada a las necesidades de la persona, reduce el riesgo de abandono (McLellan et al., 2000; Ghidini & Bellocco, 2011).

Finalmente, comprender el consumo de sustancias desde la perspectiva del Modelo Transteórico del Cambio exige un abordaje intersectorial que involucre no solo al sistema de salud, sino también a los sectores educativo, comunitario, cultural y laboral. Solo una intervención articulada y sostenida en el tiempo puede generar procesos significativos de cambio que trasciendan el tratamiento clínico para convertirse en verdaderas estrategias de inclusión, ciudadanía y justicia social.

Diseño metodológico

Fundamentación metodológica

El marco metodológico se enmarca en un enfoque cualitativo con alcance descriptivo, que busca comprender, desde la voz de los propios participantes, las percepciones, motivaciones, barreras y experiencias que inciden en la adherencia y permanencia en los procesos terapéuticos y así direccionar la ejecución de un plan de intervención que se ajuste a las reales necesidades de

la población en proceso de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el Hogar Buen Pastor de la ciudad de Ibagué.

De acuerdo con Sampieri, et al. (2014), “los estudios cualitativos tienen la particularidad de poder desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos” (p.7). En este sentido, el proceso es flexible y dinámico, permitiendo que el investigador ajuste y refine la comprensión del fenómeno conforme se avanza en la interacción con los participantes. Así, un estudio cualitativo típico se caracteriza porque el investigador entrevista a una persona, analiza la información obtenida, genera conclusiones preliminares y, posteriormente, repite este ciclo con otros participantes, ajustando y profundizando los hallazgos hasta alcanzar una visión integral del fenómeno (Sampieri et al., 2014, p. 8).

En esta misma línea, (Patton, 2011, como se citó en Sampieri et al., 2016, p.9), se señala que los datos cualitativos constituyen descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y conductas observadas, así como de sus significados y manifestaciones. Para ello, se emplean técnicas como entrevistas abiertas o semiestructuradas, observación, revisión de documentos y discusiones grupales, todas ellas dirigidas a captar la complejidad de la experiencia humana (Sampieri et al., 2016, p. 9).

El diseño se soporta científicamente bajo la metodología del **Modelo Transteórico del Cambio del Comportamiento (MTC)** que resulta pertinente, dado que permite ver con claridad y comprender el cambio como un proceso gradual y dinámico, reconociendo que las personas atraviesan por distintos estadios (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) durante su proceso de cambio que requieren estrategias diferenciadas de intervención. De esta manera, se asegura la coherencia entre el diagnóstico del estadio en el que se encuentra cada individuo y las acciones terapéuticas a implementar, adaptando cada

intervención a la disposición real de cada usuario del programa frente al cambio, para de esta manera minimizar el riesgo de resistencia y abandono del tratamiento, y garantizar mayor pertinencia y efectividad en los procesos de intervención.

Tres conceptos fundamentales hilan la estructura de la propuesta de intervención: **los procesos de cambio, los niveles de cambio y el balance decisional**, que orientan la intervención en cada etapa del modelo. Vale resaltar que los procesos de cambio, como el fortalecimiento del compromiso, el control de estímulos y el uso de refuerzos positivos, se convierten en estrategias claves para facilitar el avance entre fases. Por su parte, el balance decisional, es decir, la valoración consciente de los beneficios y las desventajas de cambiar son esenciales para activar y sostener la motivación interna. Finalmente, la autoeficacia percibida, entendida como la confianza del individuo en su capacidad para lograr el cambio, se va consolidando a lo largo del proceso y se considera un fuerte predictor del éxito terapéutico (Prochaska & Velicer, 1997).

Es claro que, en este marco, la terapia en los procesos de deshabitación de personas con adicción es un componente fundamental para mantener la adherencia al tratamiento, disminuir la tasa de deserción y el riesgo a las recaídas (Marlatt y Donovan, 2005). Desde una perspectiva integral, implica el **acompañamiento psicoterapéutico continuo** (individual, grupal y familiar), el desarrollo de habilidades para la vida, la reconstrucción del proyecto existencial del sujeto y la resignificación del consumo en su historia de vida (Becoña, 2002). Cuando las intervenciones se sustentan científicamente, como el Modelo Transteórico del Cambio, la factibilidad del proceso es fiable en el tiempo, aunque no exento de dificultades, en el que el usuario se siente acompañado (Prochaska, Norcross y DiClemente, 2013). Además, la intervención asume como

elemento sanador de tipo social, permitiendo la restauración progresiva de la dignidad, sentido de pertenencia y la responsable autonomía (Rascazzo, 2017).

Dicho lo anterior, la población participante está constituida por usuarios en proceso de tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en el Hogar Buen Pastor de la ciudad de Ibagué, en un rango etario entre 16 y 70 años. Se definirá de forma intencional considerando criterios de inclusión como: estar en proceso terapéutico activo, aceptar voluntariamente participar en el proyecto de intervención y firmar consentimiento informado.

La recolección de la información se llevará a cabo mediante la aplicación de instrumentos estandarizados como Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), Escala APGAR Familiar, el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), así como mediante un perfil sociodemográfico , entrevistas semiestructuradas, observación, sesiones en profundidad o grupos de enfoque (Hernández Sampieri et al., 2014, p.408) y “datos secundarios (recolectados por otros investigadores)” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.197)., que permitirán caracterizar la población en términos de edad, género, nivel educativo, ocupación, dinámicas familiares y antecedentes de consumo. Esta caracterización posibilita diseñar un plan ajustado a las realidades individuales y colectivas.

La metodología, por tanto, integra herramientas teóricas, diagnósticas y psicoeducativas que permiten un abordaje integral, flexible y contextualizado, orientado no solo al tratamiento sino también a la promoción de la salud mental, la prevención de recaídas y el fortalecimiento de factores protectores en la población objeto de estudio.

Instrumentos para la recolección de información.

Es esencial implementar técnicas e instrumentos de recolección de información que permitan una aproximación integral al perfil del usuario y su contexto psicosocial. En este sentido se contemplan:

Encuesta de perfil sociodemográfico. Posibilita recopilar datos objetivos sobre edad, género, nivel educativo, situación laboral, condiciones de vivienda y redes de apoyo, lo cual brinda un panorama inicial de las condiciones de vulnerabilidad y factores de riesgo asociados.

La entrevista semiestructurada. Posibilita explorar dimensiones específicas sin perder flexibilidad, y la abierta da lugar a la libre expresión del sujeto, visibilizando experiencias, motivaciones y barreras frente al proceso terapéutico. Como lo mencionan Díaz, Torruco, Martínez & Varela (2013):

Son más informales, más flexibles y se planean de manera tal, que pueden adaptarse a los sujetos y a las condiciones. Se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio (p.163).

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Resulta pertinente para identificar el estadio motivacional en el que se encuentra el usuario respecto a su cambio de conducta, elemento clave para ajustar estrategias de intervención y adherencia al tratamiento.

APGAR Familiar. Evalúa la funcionalidad percibida en el núcleo familiar, midiendo adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y recursos, lo que permite identificar fortalezas o vacíos en el soporte familiar (Secretaría de Salud Medellín, 2015, pp. 170-171).

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Aporta una valoración objetiva de la dinámica interna familiar desde múltiples dimensiones (cohesión, roles, comunicación, afectividad, entre otros), complementando así la perspectiva subjetiva del usuario (Secretaría de Salud Medellín, 2015, pp. 171-172).

La integración de estas técnicas e instrumentos no solo garantiza la triangulación de la información, sino que además permite construir un perfil integral del individuo y su contexto, aspecto crucial para diseñar programas de intervención ajustados a la realidad de una población con alta vulnerabilidad social y emocional. Además de monitorear y evaluar periódicamente el progreso de los participantes en el proceso de intervención, ajustando las estrategias según los cambios en su motivación, compromiso y permanencia en el programa.

Procedimiento.

Fase inicial. Preparación y organización. Incluye la socialización del proyecto de intervención a la institución, definir los roles del equipo de trabajo, la planeación logística y los ajustes a los instrumentos a utilizar.

Fase diagnóstica. Aplicación de los instrumentos para la recolección de información (Encuesta de perfil sociodemográfico, Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), entrevista semiestructurada, APGAR Familiar y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)), para identificar características generales de la población,

factores de riesgo, recursos familiares y comunitarios y estadio de cambio en el que se encuentra cada usuario.

Fase de diseño. Construcción del plan de intervención con base en los resultados de la fase diagnóstica, integrando estrategias diferenciadas según el estadio del cambio del Modelo Transteórico del Cambio (MTC), actividades psicoeducativas.

Fase de implementación. Aplicación inicial del plan de intervención con el grupo seleccionado y sus familias. Incluye talleres psicoeducativos, sesiones de acompañamiento, estrategias de fortalecimiento de vínculos familiares y actividades individuales y grupales diferenciadas según el estadio de cambio. En esta fase se ajustan las actividades, tiempos y metodologías según la respuesta de los participantes.

Fase de seguimiento y monitoreo. Observación y acompañamiento continuo del proceso. Se realiza la reaplicación de la escala URICA, recolección de percepciones cualitativas y evaluación periódica de indicadores de permanencia, adherencia y prevención de recaídas.

Fase de evaluación y cierre. Consolidación de resultados mediante la sistematización de información cuantitativa y cualitativa. Se valora el impacto en adherencia, motivación al cambio y dinámica familiar, y se elabora un informe de cierre con conclusiones y recomendaciones para la sostenibilidad del programa.

*Diseño metodológico***Matriz del Marco Lógico (MML).****Tabla 6. Matriz del Marco Lógico**

Resumen narrativo	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación (MV)	Supuestos Importante (SI)
Fin: Contribuir a la disminución del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y de conductas adictivas en personas entre 16 y 70 años del Hogar Buen Pastor en Ibagué, mejorando su calidad de vida e inclusión social.	Permanencia igual o mayor al 70% de usuarios durante mínimo seis meses consecutivos.	Registros institucionales de egreso y permanencia.	Apoyo institucional sostenido. Participación constante de los usuarios.
	Reducción sostenida del índice de abandono terapéutico en un 30%.	Informes de seguimiento a los usuarios.	Acceso a servicios de salud complementarios. Acompañamiento interinstitucional. Disposición del personal para capacitarse.
Propósito: Implementar un plan de intervención basado en el Modelo Transteórico del Cambio (MTC), alineado con las Políticas de Salud Mental de Colombia, que favorezca la adherencia al tratamiento y el tránsito positivo entre etapas de cambio.	Aumento en la adherencia y permanencia en el proceso terapéutico durante la ejecución del proyecto (al menos 70% de permanencia).	Registros de asistencia y participación institucionales del Hogar Buen Pastor. Informes de avance terapéutico.	Los usuarios mantienen disposición mínima al cambio y no participan en las actividades propuestas. Disponibilidad de recursos financieros y logísticos.
		Sistema de Información SIMAT interno.	Alineación con políticas de salud pública.

Resumen narrativo	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación (MV)	Supuestos Importante (SI)
<p>Objetivo específico 1. Componente 1: Realizar un diagnóstico integral que identifique las principales causas del abandono terapéutico, considerando factores individuales, familiares e institucionales que influyen en la adherencia.</p>	<p>Documento: informe diagnóstico elaborado y validado con la información de al menos el 80% de los usuarios en el primer semestre.</p>	<p>Informe diagnóstico perfil sociodemográfico, encuestas de perfil sociodemográfico, entrevistas. Resultados Escala URICA. APGAR Familiar. Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).</p>	<p>Disposición de los usuarios en la entrega de la información. Obtener información veraz de los participantes. Participación de usuarios, familias y profesionales; disposición de tiempo. Permanencia del equipo de trabajo. Continuidad del apoyo institucional.</p>
<p>Objetivo específico 2. Componente: Diseñar e implementar estrategias diferenciadas de intervención ajustadas a cada etapa del cambio.</p>	<p>Diseño e implementación de las menos 5 estrategias diferenciadas adaptadas a cada etapa; precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, en el primer año.</p>	<p>Plan de intervención consolidado. Registros de aplicación de estrategias. Evaluación comparativa pre y post intervención.</p>	<p>Participación constante de usuarios en las actividades. Personal comprometido con el proceso.</p>
<p>Objetivo específico 3. Componente: Fortalecer los vínculos de apoyo familiar y comunitario.</p>	<p>Realización de mínimo 6 talleres psicoeducativos y 3 sesiones de acompañamiento familiar en el año (participación mínima del 70% de familias).</p>	<p>Registros de asistencia. Memorias de talleres: fotografías, videos, recursos didácticos e informativos). Evaluaciones de satisfacción.</p>	<p>La familia y comunidad aceptan participar y se comprometen con el proceso.</p>

Resumen narrativo	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación (MV)	Supuestos Importante (SI)
<p>Objetivo específico 4. Componente 4: Desarrollar procesos de capacitación y actualización dirigidos al equipo terapéutico en la aplicación del Modelo Transteórico.</p>	<p>Formación continua, por lo menos 4 capacitaciones durante el proyecto, 80% del equipo terapéutico capacitado antes de finalizar el segundo año.</p>	<p>Registros de asistencia. Memorias de talleres: Material pedagógico. Evaluaciones de competencias del equipo.</p>	<p>Disponibilidad del personal terapéutico y apoyo institucional.</p>
<p>Actividades: Componente 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de encuesta de perfil sociodemográfico. • Entrevista semiestructurada. • Aplicación: Escala URICA (pre y post) • Aplicación: APGAR Familiar. • Aplicación: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) 	<p>Encuesta de perfil sociodemográfico aplicada al 85% de los usuarios.</p> <p>34 usuarios: (85%) entrevistados en el primer semestre</p> <p>34 usuarios: (85%) aplicación de la Escala URICA (pre)</p> <p>APGAR Familiar aplicada al 85% de los usuarios.</p>	<p>Informes de avance y de ejecución.</p> <p>Instrumentos aplicados y resultados consolidados.</p>	<p>Asistencia constante de participantes.</p> <p>Compromiso del equipo técnico.</p> <p>Estabilidad institucional y comunitaria.</p>
<p>Componente 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de estrategias diferenciadas por etapa de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). 	<p>Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) aplicado al 70% de los integrantes del núcleo familiar participante.</p> <p>80% talleres ejecutados. (Número de talleres programados / número de talleres ejecutados *100%.</p>	<p>Registros y certificados de participación.</p>	<p>Recursos financieros, humanos y logísticos garantizados durante la ejecución del proyecto.</p> <p>Apoyo Interinstitucional</p>

Resumen narrativo	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación (MV)	Supuestos Importante (SI)
Componente 3: <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de talleres psicoeducativos y sesiones familiares. • Evaluación continua del proceso. 	(usuarios, familiar y equipo terapéutico)).	5 o más profesionales capacitados anualmente	
Componente 4: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones periódicas al equipo terapéutico. • Informe final con recomendaciones. 	Informes institucionales.		

Tabla 6. Fuente: elaboración propia

Cronograma detallado

Tabla 7. Fase inicial

FASES	ene-26				feb-26				
	1	2	3	4	1	2	3	4	
1-Fase inicial									
Socialización del proyecto de intervención a la institución									
Definición de los roles del equipo de trabajo									
Planeación logística y ajustes a los instrumentos a utilizar.									

Tabla 7. Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Fase diagnóstica

FASES	mar-26				abr-26				may-26				jun-26				jul-26			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2-Fase de diagnóstica																				
Aplicación encuesta de perfil sociodemográfico																				
Aplicación Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) - pretest																				
Aplicación entrevista semiestructurada																				
Aplicación APGAR Familiar																				
Aplicación Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)																				
Informe diagnóstico perfil sociodemográfico, entrevistas, instrumentos de evaluación																				

Tabla 8. Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Fase de diseño

FASES	ago-26				sep-26				oct-26				nov-26			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3-Fase de diseño																
Diseño de estrategias diferenciadas por etapa de cambio																

Tabla 9. Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Fase de implementación

FASES	ene-27				feb-27				mar-27				abr-27				may-27				jun-27				jul-27				ago-27			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4-Fase de implementación																																
Implementación de estrategias diferenciadas (Sesiones de acompañamiento individual)																																
Ejecución de Talleres psicoeducativos																																
Sesiones de acompañamiento familiar																																
Capacitaciones periódicas al equipo terapéutico.																																

Tabla 10. Fuente: elaboración propia

Tabla 11. Fase de seguimiento y monitoreo

FASES	ene-27				feb-27				mar-27				abr-27				may-27				jun-27				jul-27				ago-27			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5-Fase de seguimiento y monitoreo																																
Revisión de indicadores verificables.																																
Informes parciales.																																
Aplicación de la escala URICA - post test																																

Tabla 11. Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Fase de evaluación y cierre

FASES	sep-27				oct-27				nov-27			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6-Fase de evaluación y cierre												
Informe final con recomendaciones de sostenibilidad.												
Consolidación de resultados mediante la sistematización de información cuantitativa y cualitativa												

Tabla 12. Fuente: elaboración propia

Presupuesto

Tabla 13. Presupuesto

PRESUPUESTO					
1. Recurso humano					
Cargo / Función	Cantidad	Tiempo estimado meses	Dedicación	Costo unitario	Costo total
Psicólogos Especialista / coordinador	1	22	25%	\$ 6.080.000,00	\$ 33.440.000,00
Psicólogo 1	1	20	30%	\$ 3.800.000,00	\$ 22.800.000,00
Psicólogo 2 o Trabajador social	1	20	30%	\$ 3.800.000,00	\$ 22.800.000,00
Terapeuta ocupacional	1	20	25%	\$ 3.800.000,00	\$ 19.000.000,00
Auxiliar de enfermería	1	20	20%	\$ 2.128.000,00	\$ 8.512.000,00
Educadores	2	8	100%	\$ 2.736.000,00	\$ 43.776.000,00
Subtotal:					\$ 150.328.000,00
2. Recursos materiales					
Recurso	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total	
Papelería y útiles de oficina	mes	22	\$ 100.000,00	\$ 2.200.000,00	
Material lúdico (cartulinas, marcadores, lápices, cuadernos, juegos didácticos)	mes	22	\$ 50.000,00	\$ 1.100.000,00	
Refrigerios talleres (usuarios)	mes	8	\$ 200.000,00	\$ 1.600.000,00	
Refrigerio talleres (educadores)	mes	8	\$ 25.000,00	\$ 200.000,00	
Mobiliario de oficina: escritorio y archivador con llave	Unidad	1	\$ 350.000,00	\$ 350.000,00	
Mobiliario de oficina: Archivador Metálico de Cuatro Cajones con Cerradura de Seguridad	Unidad	1	\$ 1.400.000,00	\$ 1.400.000,00	
Mobiliario de oficina: (1 silla escritorio y 2 sillas fijas)	Unidad	3	\$ 650.000,00	\$ 1.950.000,00	
Otros gastos de oficina (servicio teléfono, comunicaciones, internet)	Unidad	22	\$ 130.000,00	\$ 2.860.000,00	
Subtotal:					\$ 11.660.000,00

PRESUPUESTO				
3. Recursos técnicos				
Recurso	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Proyector - video beam	Unidad	1	\$ 1.500.000,00	\$ 1.500.000,00
Impresora (impresiones, copias, escáner)	Unidad	1	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Computador	Unidad	1	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00
Microsoft Office 2024 Professional Plus (Activación en línea, Licencia de por vida para 1 PC).	Unidad	1	\$ 60.000,00	\$ 60.000,00
Mantenimiento técnico y consumibles (tinta, cableado, antivirus)	Unidad	2	\$ 300.000,00	\$ 600.000,00
Subtotal:				\$ 6.160.000,00
4. Otros				
Recurso	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Auditoría o evaluación externa final	Unidad	1	\$ 2.500.000,00	\$ 2.500.000,00
Subtotal:				\$ 2.500.000,00
5. Recursos financieros				
Fuente de financiación	Destino principal	% Aporte estimado	Aporte total	
Institución Hogar Buen Pastor	Logística, personal de apoyo	75%	\$ 166.381.800,00	
Entidad pública (Secretaría de Salud, Gobernación)	Materiales, talleres y capacitación	15%	\$ 33.276.360,00	
Aporte en especie (voluntariado, donaciones)	Recursos humanos y materiales	10%	\$ 22.184.240,00	
Subtotal recursos financieros:			\$ 221.842.400,00	
Subtotal:			\$ 170.648.000,00	
Administración:		20%	\$ 34.129.600,00	
Imprevistos:		5%	\$ 8.532.400,00	
Utilidad:		5%	\$ 8.532.400,00	
Total presupuesto estimado:			\$ 221.842.400,00	

Referencias bibliográficas

- Aguilar-Mena, E. A., Estrella-Castillo, D., Pérez-Herrera, N., & Rubio-Zapata, H. A. (2014). La importancia del apoyo familiar y social en la salud mental de personas con adicción en proceso de rehabilitación. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 1(3), 34–42.
<https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/22>
- Alcaldía de Ibagué (2019). Plan de Desarrollo Comuna 2. Recuperado marzo 26, 2025, de:
<https://cimpp.ibague.gov.co/wp-content/uploads/2019/12/2.COMUNA.pdf>
- Ander-Egg, E., & Aguilar, M. J. (1989). *Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales. El proyecto de desarrollo local. Fondo y forma.*
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Pirámide.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Socidrogalcohol, Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., Llorente Del Pozo, J. M., López Durán, A., Madoz Gúrpide, A., Martínez González, J. M., Ochoa Mangado, E., Palau Muñoz, C., Palomares Martínez, Á., & Villanueva Blasco, V. J. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. In Socidrogalcohol.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/10_Socimanualadiccionespsicologos2011.pdf
- Cabrera, R. (2000). *El modelo transteórico y su utilidad en la promoción de la salud.* Universidad de Antioquia. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33703006.pdf>

- Cedeño Guillen, S. P., & Antón Vera, G. E. (2019). Intervención integral en la familia del adicto en recuperación ante el consumo de sustancias psicoactivas y estupefacientes del Centro de Recuperación “Puertas de Algani” de Portoviejo. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, (julio). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9085421.pdf>
- Chambo Guevara, P. A., & Tovar Giraldo, Y. X. (2020). Acompañamiento familiar al proceso de rehabilitación de cinco adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas internos en la Fundación Hogares Claret-La Buitrera en la ciudad de Cali. Recuperado de <https://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/1876>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Ghidini, C., & Bellocco, R. (2011). *Dipendenze patologiche e trattamento: evidenze scientifiche e percorsi terapeutici*. Roma: Carocci.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. Mcgrawhill. *Journal of Petrology*, 369(1).
- Jimenez, C. (2020, diciembre 27). Malabar, un barrio central y tranquilo. Qhubo. https://www.qhuboibague.com/malabar-un-barrio-central-y-tranquilo/87206/#google_vignette
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.

- Marzana, D., Pérez-Acosta, A. M., Marta, E., & González, M. I. (2010). La transición a la edad adulta en Colombia: una lectura relacional. *Avances en psicología latinoamericana*, 28(1), 99-112. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v28n1/v28n1a9.pdf>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. (1983). *Familias y terapia familiar*. Gedisa. <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Montes de Oca Ugarte, K. P., Salas Villalobos, D. P., & Segura Morales, M. E. (2022). La motivación para el cambio en habitantes de la calle con conductas adictivas desde el Modelo Transteórico. *Revista REDpensar*, 11(1), 1-15. <https://pdfs.semanticscholar.org/c9fb/7ac8496e86d61551197d18ebff8ba6e317b7.pdf>
- Oca Ugarte, R. J., Aramayo, K. G., Bustamante, F. A., Flores, Y. A., & Valdez, M. (2022). *La motivación para el cambio en habitantes de calle: aplicación del modelo transteórico en conductas adictivas*. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7(123), 56–67. <https://fundacionmenteclara.org.ar/revista/index.php/RCA/article/view/1006>
- Ossorio Portales, C. A. (2015). Función del apoyo social familiar en la recuperación y recaída de sujetos dependientes y abusadores de sustancias. Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143893>
- Pinzón, RAM, y Calvo-Abaunza, A. F. (2021). El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo-Conductuales. Artículo de Revisión. *Informes Psicológicos*, 21 (1), 151-167. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a010>

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). *Changing for Good: The Revolutionary Program that Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*. New York: HarperOne.

Papalia, D. E. (2012). *Desarrollo humano*.

Rascazzo, G. (2017). *Psicoterapia delle dipendenze: approccio integrato e motivazionale*. Firenze: Giunti Editore.

Riascos Meneses, E. L., Marulanda Figueroa, V., & López Muñoz, L. F. (2023). Apoyo familiar durante el proceso de rehabilitación de las pacientes mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas atendidas en la fundación Vive la Vida de la Ciudad de Cali. Recuperado de <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/2266>

Secretaria de Salud Medellín (2015). *Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas. Manual Práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la Atención Primaria en Salud*. ISBN: 978-958-8888-20-0. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO31052016-manual-bordaje.Integral-intervencion-conductas-adictivas.pdf>

Tovar Giraldo, Y. (2018). *Acompañamiento familiar al proceso de rehabilitación de cinco adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas internos en la Fundación Hogares Claret, sede La Buitrera, Cali* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio Institucional Unicatólica.

<https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2172/ACOMPA%20%91AMIEN%20FAMILIAR%20PROCESO%20REHABILITACION%20CINCO%20ADOLESCENTES%20CONSUMIDORES%20SUSTANCIAS%20PSICOACTIVAS%20INTERNOS%20FUNDACION%20N%20HOGARES%20CLARET%20BUIRERA%20CALI.pdf?isAllowed=y&sequence>

Anexos

Análisis de actores

Tabla 14. *Análisis de actores.*

Actor	Poder	Posición	Recursos	Problemas percibidos	Intereses	Ejemplo ilustrativo
Jóvenes (17-25 años)	Poder simbólico (sobre su grupo)	Neutral o ambiguo	Redes de pares, experiencias propias	Falta de oportunidades. Siente rechazo por la sociedad. Creen que no hay alternativas. Pueden percibir su consumo como una opción de vida. Requieren apoyo en intervención. Requieren tratamiento conducta.	Diversión. Pertenencia. Reconocimiento. Estabilidad económica.	Consumen en grupo porque se sienten aceptados por sus “amigos”.
Adultos en consumo (26 – 50 años)	Poder social (dependiendo del contexto)	Neutral o ambiguo	Experiencia laboral. Contacto con la comunidad.	Dependencias a SPA. Dificultades en empleo y familia. Desconfianza en programas de rehabilitación.	Reintegrarse a la sociedad. Recuperar su vida.	Quiere dejar la droga, pero teme no conseguir empleo al hacerlo.
Adultos mayores en consumo (51-70 años)	Poder simbólico (sabiduría y experiencia)	Neutral o ambiguo	Experiencia de vida. Conocimientos adquiridos.	Problemas de salud derivados de consumo de SPA. Aislamiento. Desesperanza.	Mejorar su calidad de vida. Evitar el sufrimiento.	Asiste a reuniones de apoyo, pero siente que ya no tiene solución.

Actor	Poder	Posición	Recursos	Problemas percibidos	Intereses	Ejemplo ilustrativo
Exadictos rehabilitados	Poder simbólico y social	A favor (aliado)	Experiencia en recuperación. Credibilidad con los jóvenes.	Dificultades en la reinserción social. Falta de oportunidades laborales.	Evitar recaídas. Ayudar a otros. Reintegrarse en la sociedad.	Se convierten en mentor de jóvenes que buscar dejar el consumo de drogas.
Centro de rehabilitación / reeducación. Administrativo (dirección, líderes)	Poder institucional	A favor (aliado)	Infraestructura. Terapeutas. Programa de atención.	Falta de recursos económicos. Falta de recurso humano para atender la demanda. Necesidad de apoyo del gobierno local y entes no gubernamentales.	Bridar tratamientos efectivos. Aumentar financiamiento. Disminuir índices de abandono.	Solicitar fondos a entidades para mejorar sus instalaciones.
Profesionales voluntarios (psicólogos, médicos, psiquiatra, trabajadores sociales)	Poder técnico y simbólico	A favor (aliado)	Conocimientos especializados. Acompañamiento psicológico - terapias. Acompañamiento médico.	Falta de acceso a atención en salud mental. No suficiente personal disponible.	Bridar ayuda. Aplicar conocimientos. Generar impacto social.	Ofrecen atención gratuita en centro comunitarios.
Grupo de madres organizadas.	Poder social e informal	A favor (aliado)	Redes de apoyo. Presión social. Voluntariado.	Falta de apoyo para las familias. Entorno familiar influye en el consumo el usuario. Falta de credibilidad en el proceso de recuperación. Antecedentes de abandono en otros procesos. Miedo a que sus hijos recaigan en adicciones. No asisten a las visitas semanales: recursos económicos, viven en otra ciudad, son familias de bajos recursos.	Proteger a sus hijos y/o familiares. Mejorar la seguridad de la comunidad. Involucrarse en el proceso de recuperación.	Organizan marchas y reuniones con las autoridades pidiendo apoyo y soluciones.

Actor	Poder	Posición	Recursos	Problemas percibidos	Intereses	Ejemplo ilustrativo
Red de apoyo Familiar: padre y madre	Poder afectivo y social	Variable (según el caso)	Apoyo emocional. Disciplina. Control sobre el hogar.	Falta de conocimiento en el manejo de la situación. Algunos minimizan el problema o han sido ausentes. Padre con conductas adictivas.	Proteger a su hijo. Recuperar la relación familiar.	Piden ayuda para terapia familiar y mejorar la comunicación.
Red de apoyo Familiar: hijos y esposa	Poder emocional y social	Variable (según el caso)	Afecto. Comprensión. Apoyo emocional.	Pueden sufrir la crisis del adicto. Pueden sentirse desamparados. Resentimiento. Dificultades económicas.	Reconciliación familiar. Evitar conflictos. Recuperar estabilidad.	Buscan apoyo en terapia familiar para entender la adicción de su familiar.
Sacerdote o líder religioso.	Poder simbólico e informal.	Neutral o ambiguo	Credibilidad. Red de voluntarios. Espacios físicos.	Cree que los valores familiares se han debilitado. Puede desconfiar de ciertos métodos (reducción de daños).	Promover valores. Fortalecer la comunidad. Ayudar a quienes lo necesitan.	Organiza charlas sobre el daño del consumo de SPA, pero no siempre apoya programas de reducción de daños.
Entidades no gubernamentales: iglesia, banco de alimentos, A.A., N.A.	Poder organizativo y social.	A favor (aliado)	Espacios. Grupos de apoyo. Alimentos. Trabajo voluntario.	Reconocen la gravedad del problema, pero tienen recursos limitados.	Ayudar a poblaciones vulnerables. Fortalecer a la comunidad.	Organizaciones de A.A. y N.A. con apoyo psicológico.
Entidades no gubernamentales: Empresa privada	Poder económico	Neutra o ambiguo	Financiamiento. Empleo. Becas.	Falta de jóvenes y/o adultos preparados para el trabajo. No ven la rehabilitación como una inversión. No tiene interés en apoyar esta clase de programas.	Asegurar trabajadores capacitados y comprometidos. Responsabilidad social corporativa.	Implementar programas de empleo con personas en proceso de recuperación.

Actor	Poder	Posición	Recursos	Problemas percibidos	Intereses	Ejemplo ilustrativo
Entidades gubernamentales Alcaldía local	Poder formal y económico	A favor (aliado)	Fondos públicos, normativas, influencia política	Aumento del consumo y delincuencia juvenil. Falta de programas de prevención.	Mantener buena imagen pública. Reducir niveles de inseguridad. Captar votos.	Anuncia un plan de prevención de consumo de SPA para comunidades vulnerables.
Entidades gubernamentales gobierno local (secretaría de salud, secretaría de desarrollo social y comunitario, secretaría de educación)	Poder institucional	A favor (aliado)	Presupuesto estatal. Programas de prevención, educación, salud.	Reconocen el problema, pero hay burocracia que dificultan acciones rápidas.	Implementar políticas públicas efectivas. Mejorar indicadores sociales.	Crean campañas de prevención en colegios y barrios.
Policía Nacional (policía infancia y adolescencia)	Poder coercitivo y legal	A favor (aliado)	Autoridad. Prevención del delito. Contacto con comunidades.	Aumentos de delitos asociados al consumo de SPA. Dificultades para abordar el problema desde la prevención.	Reducir delincuencia juvenil. Seguridad.	Realizar operativos en zonas de alto consumo. Capacitar a la comunidad en prevención.
Personas o grupos que se lucran de la venta y distribución de SPA (microtráfico). – Líder de pandillas	Poder coercitivo e informal	En contra (opositor)	Control territorial. Dinero de actividades ilícitas.	Ve a adicción como una forma de control. Considera la intervención una amenaza. Actores de resistencia o conflicto	Mantener dominio sobre los jóvenes. Generar ingresos ilegales.	Amenaza a quienes intentan salir del consumo y de actividades que se derivan.
Comerciantes (alcohol y tabaco)	Poder económico	En contra (opositor)	Dinero, contactos comerciales	No ve el consumo como un problema, si no como parte de un negocio lucrativo. Rechaza regulaciones.	Maximizar ganancias. Evitar restricciones.	Se opone a las regulaciones que limiten la venta de alcohol y tabaco en la zona.

Tabla 1. Elaboración propia

Conclusiones y estrategias

Se deben identificar las estrategias por edad:

- Jóvenes de 17 a 25 años: enfoque en prevención, educación y oportunidades de empleo.
- Adultos de 26 a 50 años: rehabilitación, reinserción laboral y apoyo psicológico.
- Adultos mayores de 51 a 70 años: atención médica, programas de apoyo y acompañamiento social.

Es clave fortalecer alianzas con actores estratégicos como:

- Exadictos rehabilitados: mentores para los jóvenes.
- ONG y grupos de apoyo: sostén comunitario.
- Empresas privadas: oportunidades laborales.

Los actores opositores pueden ser contrarrestados con incentivos:

- Comerciantes de alcohol y tabaco: sensibilización sobre responsabilidad social.
- Personas o grupos que se lucran de la venta y distribución de SPA - Líderes de pandillas: ofrecer alternativas económicas y educativas a los jóvenes bajo su influencia.

Anexo 1. Árbol de problemas

Imagen 2. Árbol de problemas

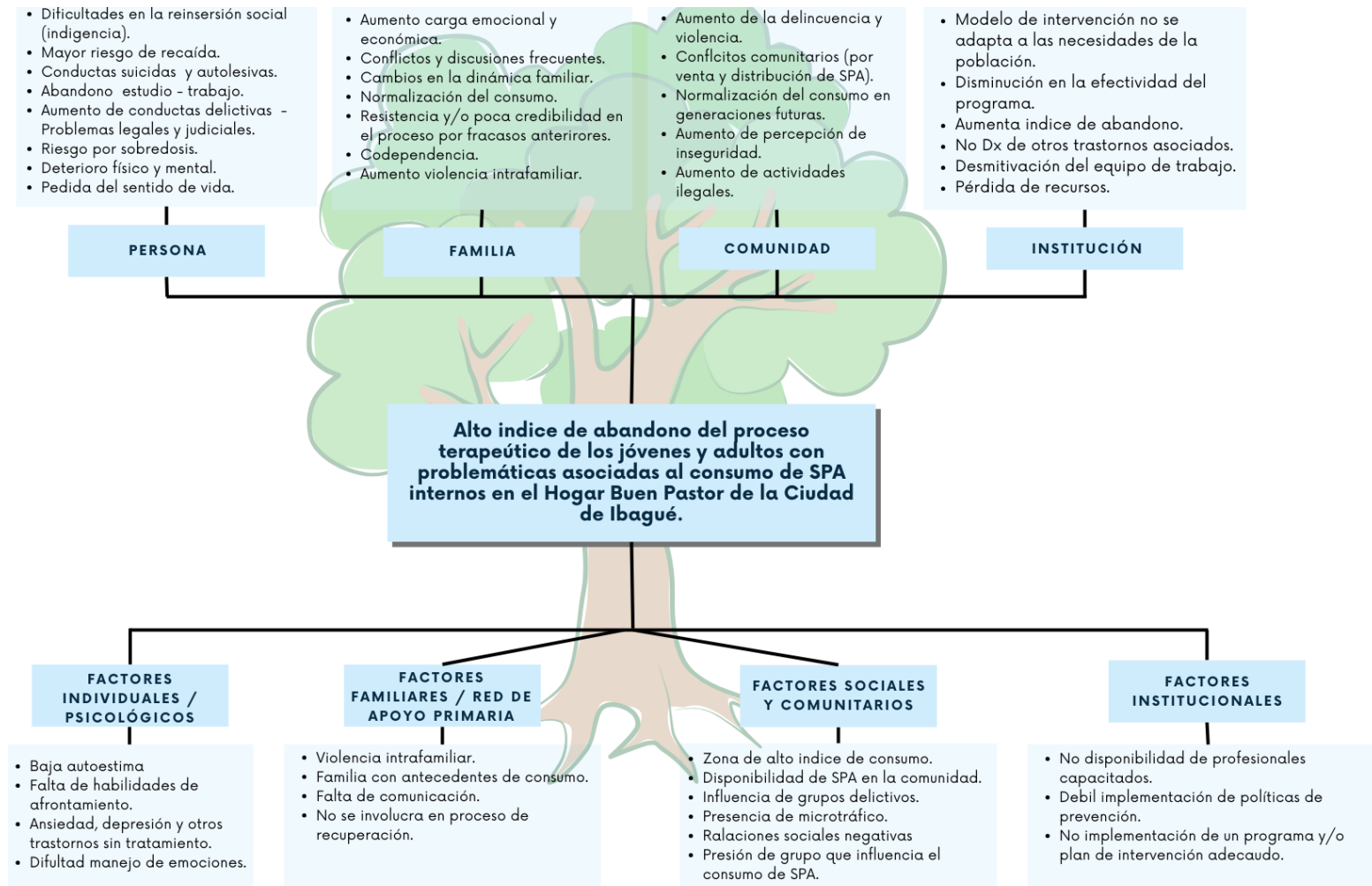


Imagen 2. Elaboración propia.

Anexo 1. Árbol de objetivos

Imagen 3. Árbol de objetivos

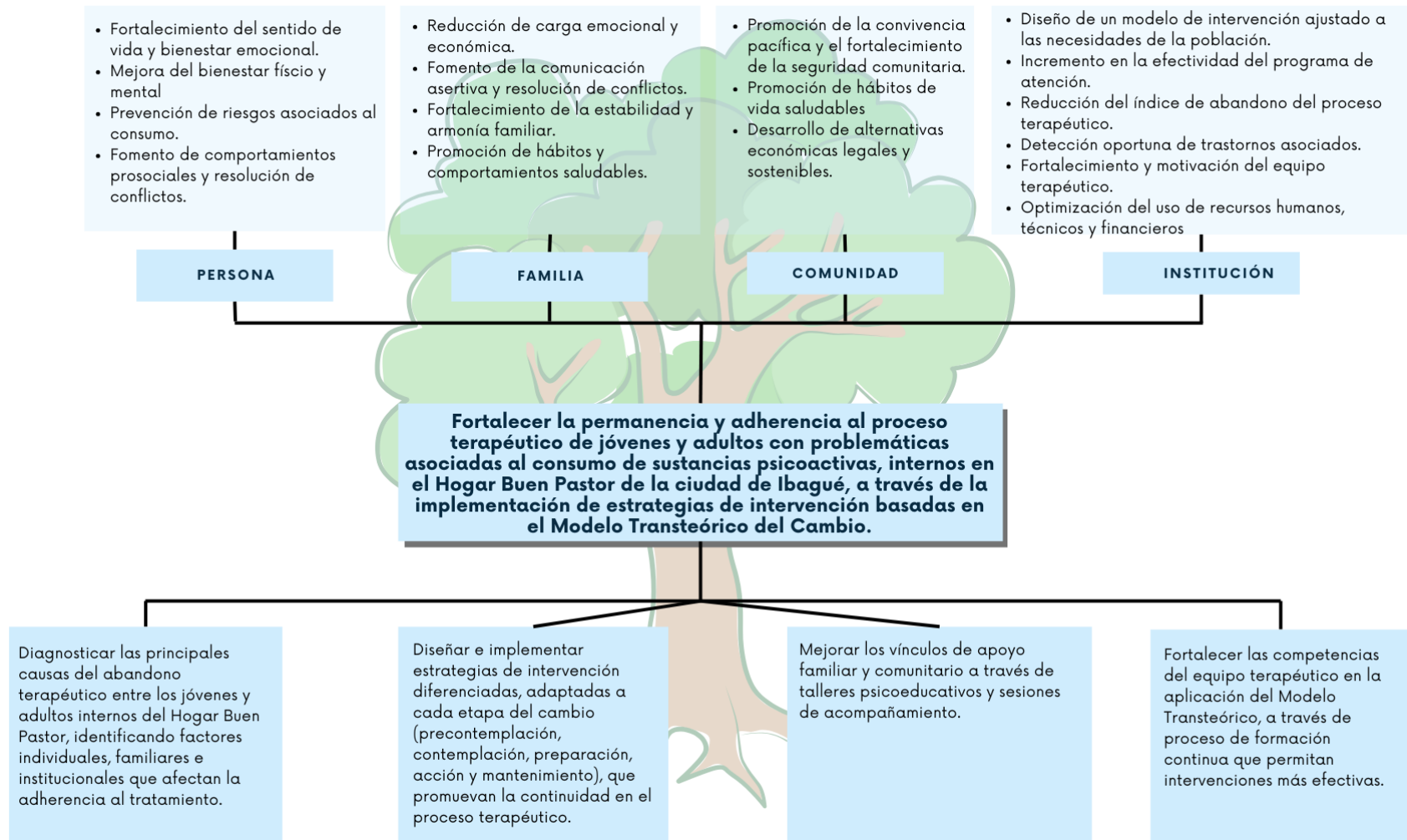


Imagen 3. Elaboración propia.