

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

TRATAMIENTOS DE LAS ADICCIONES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA
DROGODEPENDENCIAS UTILIZADOS MÁS FRECUENTEMENTE EN
ECUADOR**

AUTORES:

FRANCISCO CAMILO ARIAS ARCOS

NIKOLE ROMERO GARRIDO

DIRECTORA:

VIOLETA BATUL ROJEAB BRAVO

QUITO, 2023

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, en especial a mis padres Francisco y Elena, quienes han estado durante toda mi vida y han apoyado el trayecto de mis estudios. Además, que la elaboración de la tesis sea un recordatorio para mí “Camilo”, de que la pasión, el esfuerzo y la diversión son parte del camino del aprendizaje.

Camilo Arias

La dedicatoria es para mi FAMILIA que siempre ha estado junto a mí, esto va por ustedes, esto está dedicado y retribuido a la confianza y apoyo que me brindan, dedicado con todo mi amor a cada uno de ustedes.

Quiero dedicar este logro en mi vida a mi Papi Marcelo que desde el cielo me guía y cuida, que está siempre y cada día en mi corazón y pensamiento, que intento con mis acciones acercarme un poco al gran ser humano, abuelo, padre, amigo, jefe, sé que la vara es muy alta pero cada día trabajo en ser un poco más como mi abuelo.

A mi tío Pepe, otro ángel que desde el cielo me impulsa a ser cada día mejor, a quién con su amor y apoyo me dio ese cariño de abuelo que tanto extrañaba, que también con su ejemplo de calidad humana, honestidad y amor me deja un ejemplo a seguir.

Dedico a estos seres maravillosos en mi vida que me acompañan siempre físicamente y en mi corazón, las veinticuatro horas del día los siete días de la semana, cada hora, minuto y segundo. Esto va dedicado a cada uno de ustedes con todo mi corazón y amor.

Nikole Romero Garrido

Agradecimientos

A nuestros Maestros, gracias por guiarnos y enseñarnos a sentir ese amor, pasión y compromiso con nuestra carrera, al ingresar a la universidad entramos con el gusto por una profesión y gracias a ustedes ahora es nuestro orgullo, estamos convencidos que gracias a ustedes podemos decir que trabajaremos en lo que más nos gusta hacer. Gracias a nuestros profesores, mentores, maestros que compartieron su sabiduría y que ahora está en nuestras manos honrar su legado y ser los mejores en nuestro campo, con la responsabilidad y profesionalismo que como personas y profesionales estamos obligados a cumplir.

Agradecemos de forma especial a nuestra directora Batul Rojeab, por ayudarnos y guiarnos durante todo el proceso de la elaboración de la tesis, además de contar con su apoyo para resolver cualquier inquietud que se presentaba en el camino.

Camilo Arias y Nikole Romero Garrido

Quiero agradecer a mi familia que me ha apoyado y brindado varios recuerdos felices y que son el motor de la vida para esforzarme día a día, agradecer a Dios por darme unos padres que me guían mi camino y me brindan la sabiduría para caminar en el trayecto de la vida.

Camilo Arias

Agradezco a la vida por la familia que me ha otorgado, la bendición de poder contar con ellos siempre y cada día de mi vida es lo más grande que tengo. “Family First”, es la frase que siempre la tengo presente, ustedes han sido mi pilar fundamental, en los valores que me inculcaron, en la responsabilidad que me enseñaron, en mil cosas más que implantaron en mí, gracias por siempre alentarme y apoyarme en todas mis decisiones y hacerme ver cuando me equivoco.

Los amo mucho.

Gracias, infinitas gracias a cada uno de ustedes, porque si no existieran en mi vida no sería quien ahora soy, no podría haber alcanzado esta meta tan importante, no podría seguir alcanzando más sueños, gracias por su apoyo y dedicación. Todos y cada uno de ustedes son lo mejor, son asombrosos y admirables.

Nikole Romero Garrido

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto de estudio la descripción de los tratamientos psicológicos aplicados en casos de drogodependencias en Ecuador, tomando en cuenta los conceptos básicos, las clasificaciones de los manuales diagnósticos y los principales enfoques psicoterapéuticos utilizados en la práctica clínica, como lo son: el enfoque cognitivo-conductual, el enfoque sistémico, psicoanalítico y humanista. Para ello se realizará una recopilación bibliográfica sobre los planteamientos y las técnicas utilizadas por los modelos teóricos para el abordaje y entendimiento de la drogadicción. Luego se abordará los documentos de informes, protocolos y guías, propuestos en Ecuador, que sirven como lineamientos para el manejo del fenómeno de las drogas, profundizando en los datos e información sobre los tratamientos en personas que presentan un uso problemático de sustancias. Con el fin de obtener un afianzamiento teórico respecto al abordaje de las drogas, además de conocer la realidad del país sobre los servicios de salud, las herramientas que posee para tratar la problemática y la cantidad de personas que acuden a los establecimientos para solicitar ayuda.

Abstract

The purpose of this paper is to study the description of psychological treatments applied in cases of drug addiction in Ecuador, taking into account the basic concepts, the classifications of diagnostic manuals and the main psychotherapeutic approaches used in clinical practice, such as: the cognitive-behavioral approach, the systemic, psychoanalytic and humanistic approach. To this end, a bibliographic compilation will be made on the approaches and techniques used by the theoretical models for the approach and understanding of drug addiction. Then it will address the documents of reports, protocols, and guidelines, proposed in Ecuador, which serve as guidelines for the management of the drug phenomenon, deepening the data and information on treatments in people who present a problematic use of substances. In order to obtain a theoretical reinforcement regarding the approach to drugs, in addition to knowing the reality of the country on health services, the tools it has to deal with the problem and the number of people who go to the establishments to request help.

Tabla de Contenido

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT.....	IV
CAPÍTULO I.....	1
1.1. FUNDAMENTACIÓN Y PRINCIPIOS TEÓRICOS	1
1.1.1. ¿Qué Son las Drogas?	1
1.1.2. Clasificación de las Drogas.....	2
1.1.2. Tipos de Consumo.....	4
1.1.3. Vías de Administración.....	6
1.1.4. Definición de Adicción.....	7
1.1.5. Clasificación de los Criterios para las Adicciones en los Manuales Diagnósticos DSM-IV, DSM-5 y CIE-10.....	9
CAPÍTULO II	13
2.1. EL TRATAMIENTO Y SUS TIPOS.....	13
2.1.1. A qué Llamamos Tratamiento.....	13
2.1.2. Herramientas Implicadas en la Evaluación de las Adicciones	14
2.1.3. Sobre los resultados y la duración	14
2.1.4. Los Abordajes en la Adicción.....	15
2.1.5. Consideraciones en la población	17
2.1.6. Tipos de Tratamientos Desde los Enfoques Psicológicos	20
CAPÍTULO III.....	54
3.1 TRATAMIENTOS PARA EL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN ECUADOR	54
3.1.2. Tratamientos Utilizados en el Ecuador para Personas Drogodependientes	60
3.1.3. Protocolos y Reglamentos Relacionados a los Tratamientos para las Drogodependencias	67
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXOS.....	90

Capítulo I

1.1. Fundamentación y Principios Teóricos

1.1.1. *¿Qué Son las Drogas?*

El uso de las drogas acompaña la evolución e historia de los seres humanos, siendo utilizadas en la mayoría de las culturas, con objetivos a nivel individual y social: a nivel individual se ha proporcionado una liberación y estimulación de los estados emocionales, síntomas físicos y estados alterados de la conciencia, mientras que a nivel social han facilitado la implementación de rituales y ceremonias, además de fines médicos (Beck, et al., 2019).

Las drogas se ven presentes durante el intercambio y comercialización de productos. En China el comienzo del uso del opio, que permitió el intercambio y contrabando para el consumo de té, mientras que, durante la etapa de la Segunda Guerra Mundial, cobró importancia el consumo de anfetaminas para incrementar la eficacia militar (Gabantxo y Jauraritz, 2001). Siendo a su vez que la presentación de las drogas llega ser acompañada ante el estereotipo social de “drogadictos”, generando una guerra entre el consumo, el mercado y las políticas restrictivas de las drogas.

Al considerar el término *droga*, que es denominado por la Organización Mundial de la Salud ‘(OMS)’, “como toda sustancia que, introducida al organismo, genera una modificación en el sistema nervioso” (Kramer y Cameron, 1975, p. 13). Llegando a ser una sustancia psicoactiva que cumple con el principio de alterar las funciones del pensamiento, comportamiento y emociones.

Conceptos básicos

Existen varios conceptos básicos y términos clave al momento de abordar el fenómeno de las drogas, que se verán mencionados a lo largo de esta disertación y que son importantes para determinar y conocer los aspectos clínicos e influencias en la persona, que son descritos por Gómez (2017):

1) *Craving* como término utilizado para describir el deseo intenso y prolongado de uso de la sustancia, presentando una pérdida del control sobre el consumo, 2) *Dependencia* definida como el estado adaptativo ante la administración repetitiva y continua de la sustancia psicoactiva, produciendo consecuencias negativas, a lo largo de un periodo de tiempo, 3) *Tolerancia*, referido como un estado de adaptación, que se caracteriza por la disminución de la respuesta y efecto ante la misma cantidad de consumo de sustancia o por la necesidad de un mayor consumo para generar el mismo grado de efecto, 4) *Síndrome de abstinencia* conjunto de síntomas fisiológicos y psicológicos que se generan en las personas dependientes de la sustancia psicoactiva, al momento de dejar de consumir y 5) *Patología Dual* hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por un consumo de drogas, presentando una comorbilidad.

1.1.2. Clasificación de las Drogas

Al referirse a la clasificación de las drogas, se pueden seguir varios criterios, (Becoña, 2002): desde su origen, desde la consideración sociocultural y desde el efecto producido en la persona

Según la Organización Mundial de la Salud (1975), se ha agrupado a las drogas por su efecto en el SNC (Sistema Nervioso Central). Conforme a este criterio se las puede clasificar como: estimulantes, depresoras y psicodélicas o perturbadoras.

1.1.2.1. Estimulantes.

En cuanto a las drogas estimulantes son las que aceleran la actividad del SNC, es decir que se produce euforia, menor control anímico, desinhibición, irritabilidad, menor fatiga, agresividad, dificultad para conciliar el sueño, inquietud, excitación motora. En esta clasificación de drogas estimulantes están: la cocaína, anfetaminas, la mayoría de las sustancias de síntesis (polvo de ángel, popper, éxtasis, GHB, ketamina) y las nuevas sustancias que son psicoactivas (OMS, 1975).

1.1.2.2. Depresoras.

Las drogas depresoras son las que retardan o disminuyen el funcionamiento del SNC, las cuales producen alteraciones en la concentración y en ocasiones el juicio de las personas. No permiten percibir los estímulos externos y provocan relajación, sedación, sensación de bienestar, disminuye la tensión y apatía. Son consideradas drogas depresoras: alcohol, tranquilizantes, barbitúricos (ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivos), los opioides y sus derivados como morfina, heroína, metadona, codeína (OMS, 1975).

1.1.2.3. Alucinógenas o Psicodélicas.

La última clasificación que menciona la OMS es la de las drogas alucinógenas o psicodélicas cuya principal característica es la capacidad de crear distorsiones en la percepción y alterar muy fuerte el estado de ánimo y la forma de pensar. Estas drogas incluyen sustancias que provienen de fuentes naturales y sintéticas, estructuralmente son diferentes.

Ahora bien, al cannabis la OMS (1975) la clasifica en las drogas alucinógenas por su principal activo que es el THC, pero en la actualidad se la separó de estos, ya que, sus efectos cuando se consume en cantidades bajas o moderadas son aumento del apetito, causa euforia o sensación de relajación, dificultad para concentrarse y retener información.

Por otro lado, según Valdés et al., (2018) se puede clasificar a las drogas según su estado legal, farmacológico, duras y blandas.

1.1.2.4. Por su Estado de Legalidad.

- Legales

La clasificación según su estado legal depende de las restricciones de cada Estado particular. En la mayoría de los países occidentales las drogas se clasifican en sustancias lícitas como por ejemplo el tabaco y las bebidas alcohólicas; las drogas que se utilizan principalmente como medicamento, por lo general se las obtiene por una receta médica.

- Ilegales

Las drogas ilícitas son consideradas así dependiendo a la legislación de cada país, pero se las consideran ilegales cuando su comercio es prohibido.

Según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2018) cada año publica una lista la cual la llaman Lista Verde, que contiene las sustancias psicotrópicas que son sometidas a la fiscalización internacional. Algunos ejemplos de las sustancias que se repiten varias veces y se encuentran en esta lista son la anfetamina, metanfetamina, alprazolam, amobarbital, metacualona, catina, zolpidem, fenetilina, pentobarbital, etc.

1.1.2.7. Clasificación Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)

1.1.2. Tipos de Consumo

Los tipos de consumo, hacen referencia a las etapas de la evolución del consumo de sustancias, identificando que existe una forma gradual y secuencial para llegar a presentar una dependencia o adicción, (Moscoso y Titto, 2015) en donde cada etapa de consumo se

distingue por la frecuencia y consecuencia, dividiéndose en las etapas de: consumo experimental, consumo social u ocasional, consumo habitual o regular y consumo dependiente- adictivo, siendo este último en el que se basará esta disertación para describir los tratamientos e intervenciones psicológicas.

1.1.3.1. Consumo Experimental.

El consumo experimental se presenta cuando una persona prueba una o más drogas, en una situación de contacto inicial o llamada también como su primera vez, que suele darse por presión grupal o por curiosidad, en donde el individuo desconoce los efectos de la sustancia. Después de su primer contacto puede suspenderse definitivamente su uso, debido a los efectos desagradables, el temor a las consecuencias, por voluntad propia u otros motivos, de la misma forma puede continuar con su uso, en el que si el individuo se ve expuesto a reforzadores de consumo como lo son: la afinidad con el grupo de consumidores, efectos que permitan sobrellevar eventos adversos, entre otros, avanzando y evolucionando su consumo hacia nuevas etapas (Moscoso y Titto, 2015).

1.1.3.2. Consumo Social u Ocasional.

El siguiente tipo o etapa de consumo se conoce como ocasional o por placer, es decir que se presenta de manera intermitente, sin desarrollar un estado de dependencia hacia la sustancia, en donde al haber experimentado con anterioridad los efectos de la droga, la persona tiende a consumir en diversas situaciones como fiestas, conciertos, reuniones, sin una frecuencia definida, siendo capaz de realizar actividades sin necesidad del uso de drogas. Se la puede identificar más por el objetivo y la forma en que se usa, más que por la frecuencia en la que se consume (Moscoso y Titto, 2015).

1.1.3.3. Consumo Habitual o Regular.

El consumo regular posee una periodicidad y una frecuencia, en donde podría aparecer un grado de tolerancia a la droga, además de que se pueden identificar cambios en el comportamiento y en su interacción social, en esta etapa se tiene una sustancia de preferencia que cumple un papel en la vida de la persona, se diferencia de un consumo adictivo, debido a la cantidad y frecuencia de uso, además de las complicaciones y problemáticas (Moscoso y Titto, 2015).

1.1.3.4. Consumo Dependiente o Adictivo.

El consumo dependiente o adictivo, hace referencia (Moscoso y Titto, 2015) al aumento excesivo en la cantidad y frecuencia del uso de la droga, en donde el nivel de tolerancia producido es mayor, generando que al sentir el efecto de la sustancia se necesite una mayor cantidad y frecuencia, y a su vez provoca consecuencias individuales y sociales, se consume para evitar síntomas y signos desagradables, donde el propósito de vida gira en torno a la obtención y consumo de uno o varias drogas.

1.1.3.5. Consumo Terapéutico.

Otro tipo de uso de drogas psicoactivas es el uso terapéutico, que conlleva el uso de diversas sustancias para mejorar estados de malestar y problemáticas sintomatológicas. Desde el uso del cannabis o marihuana con fines médicos y una creciente despenalización, al mismo tiempo en pacientes con una adicción a opiáceos, se presentan terapias alternativas a las que promueven abstinencia total, llamadas terapias de sustitución. Estas, mediante el uso de metadona, disminuyen las conductas de riesgo como la muerte por sobredosis y la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Moscoso y Titto, 2015).

1.1.3. *Vías de Administración*

Es importante también la naturaleza y la forma de administración como por ejemplo si se inhala, ingiere o inyecta. Se puede decir que por lo general las personas que ingieren alcohol lo hacen de forma ocasional o por placer. Cabe mencionar que cada sustancia tiene diferentes formas de administración o vías para llegar al torrente sanguíneo y posteriormente al cerebro (Moscoso, y Titto, 2015). Dentro del Anexo 1, se establecen las vías de administración de las drogas.

1.1.4. Definición de Adicción

Es importante dentro de la disertación abordar los términos empleados a lo largo de la historia para describir el uso problemático de las drogas, existiendo así: toxicomanías, drogodependencias y adicción, que son utilizados para el entendimiento y tratamiento en los diferentes abordajes teóricos psicológicos.

Con el paso del tiempo los términos toxicómano y toxicomanía, fueron reemplazados, durante las décadas del siglo XX, por drogodependencia y abuso de sustancias, que hacen referencia al vínculo de consumo compulsivo y patológico que genera un deterioro en la salud física, el estado mental y las interacciones sociales (Gómez, 2017). Mientras que el término de adicción es empleado por diversos autores (Corominas, et al., 2007), haciendo referencia al conjunto de trastornos psíquicos, los cuales tienen como característica una necesidad compulsiva de consumir sustancias psicotrópicas con un potencial alto de abuso y dependencia a largo tiempo, generando un desinterés hacia las conductas, placeres y experiencias establecidas.

El término toxicomanía es empleado de forma común en los escritos de enfoque psicoanalítico (Castaño y Gonsalves, 2014), para abordar el fenómeno de las drogas desde la relación que existe entre el sujeto y el objeto droga, así como la posición que ocupa ante el deseo y la forma particular de gozar del sujeto. Generando un abordaje clínico centrado en el

sujeto, a partir de sus construcciones e historia, sin dar una gran importancia en qué consume o con qué frecuencia, sino con el sentido que se otorga y en cómo se percibe.

La OMS define a la drogodependencia como un estado de intoxicación crónica generada por el uso repetido de una droga, por el deseo predominante de consumir y obtener por cualquier medio, así como el incremento de dosis y los efectos negativos (Moscoso, y Titto, 2015). Además, cabe mencionar que un consumo alto o incrementado de forma ocasional en fiestas o reuniones puede ocasionar una dependencia a las drogas.

Por otro lado desde el aspecto neurobiológico es más utilizada la palabra adicción, que es definida como un estado de uso compulsivo de drogas, en donde se ven afectas las áreas superiores del cerebro como la sensopercepción, el pensamiento y el lenguaje, llegando el sujeto a carecer de un control eficaz para su conducta, realizando una valoración de las drogas por encima de cualquier meta, por encima de las relaciones sexuales o la alimentación, llegando a considerar que la existencia está dirigida primordialmente a la obtención y la administración de la droga, sin importar la consecuencias que influyen en los ámbitos de su vida (Redolar Ripoll, 2012).

Desde el DSM-5, la palabra adicción no es usada como término diagnóstico dentro de la clasificación, aunque llega a ser implementada en varios países, para describir problemas severos referentes al consumo compulsivo, y estados extremos, sin embargo, fue omitida por la incierta definición y la connotación negativa, cabe recalcar que, en este manual, los trastornos asociados al consumo de drogas se conocen como Trastornos relacionados con sustancias (Gómez, 2017).

Para facilidad del lector, se ha establecido que el término “adicción”, se presentará a lo largo de la disertación como sinónimo de drogodependencia, trastorno por uso de sustancias y toxicomanía, para referirse a un consumo o uso problemático de sustancias psicoactivas, que afecta a nivel físico, psicológico y social el estado de la persona y que a su vez se presentará desde la visión diagnóstica clínica como trastornos relacionados con sustancias.

1.1.5. Clasificación de los Criterios para las Adicciones en los Manuales Diagnósticos DSM-IV, DSM-5 y CIE-10

Para determinar una clasificación y posteriormente describirla, se utilizará de referencia los manuales diagnósticos, que serán descritos durante este apartado, comenzando por el DSM-5, siendo un manual que se basa en una descripción clara que posee categorías diagnósticas y que contiene una visión empírica, sin proponer una línea de tratamiento psicoterapéutico o destinar una teoría o corriente psicológica.

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), se organizan las sustancias en diez tipos: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancias anfetamínicas, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (APA, 2014).

Mientras que en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), se consideran once tipos de drogas: alcohol; anfetaminas; cannabis; alucinógenos; inhalantes; cocaína; opiáceos; fenciclidina; sedantes; hipnóticos o ansiolíticos. Además, se incluye dentro de los tipos, el trastorno referido a la dependencia de la nicotina y de igual forma la cafeína (APA, 2000).

La clasificación del DSM- 5 (American Psychological Association, 2014), elimina los términos de abuso y dependencia considerados en el DSM-IV, y queda únicamente el

Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), además se presenta el nivel de severidad de leve (2-3 síntomas), moderado (4-5 síntomas) y severo (6 o más síntomas), estableciendo un criterio diagnóstico cuando la persona presenta 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses.

Los TRS se dividen en dos grupos: a) trastornos por uso de sustancias y, b) trastornos inducidos por sustancias, incluyendo la intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicación.

a.- Trastornos por uso de sustancias

Se ve vinculada con la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, que permiten identificar que la persona continúa usando la sustancia y que conlleva problemas significativos. El diagnóstico se basa en un patrón patológico de comportamiento, que corresponde a los siguientes criterios:

Criterios 1-4, referentes al control deficitario o improductivo sobre el consumo, llegando a considerar las cantidades, el tiempo, los deseos de dejar o regular su consumo, las actividades diarias, y la urgencia de conseguir o consumir.

El segundo grupo de criterios hace referencia al deterioro social: Criterios 5-7, presentados en el incumplimiento de deberes fundamentales, la persistencia de consumo a pesar de las problemáticas sociales e interpersonales, la reducción o el abandono de importantes actividades sociales, y el descuido de aficiones y actividades sociales.

El tercer grupo de criterios está relacionado al consumo de riesgo de la sustancia: Criterios 8 y 9, considerando el consumo continuo a pesar de conocer que presenta un

problema fisiológico o psicológico, el fracaso en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que provoca.

En el último grupo, se encuentran los criterios farmacológicos: Criterios 10 y 11, donde se considera la tolerancia y la abstinencia, en donde los síntomas y los criterios varían según la clase de sustancia usada, además no es necesario que se presente tolerancia o abstinencia para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias.

b.- Trastornos inducidos por sustancias

Los criterios de intoxicación de una sustancia, se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido al uso reciente de la sustancia, dentro de los criterios se encuentran los cambios significativos en el comportamiento, como un juicio deteriorado, una fluctuación en el estado emocional, además los cambios más frecuentes suelen aparecer en la percepción, la atención, el pensamiento, el comportamiento interpersonal y la conducta psicomotora (DSM-5, 2014).

También hay trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos como: espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastorno del sueño-vigilia, disfunciones sexuales, trastornos neurocognitivos.

En cuanto a los criterios de abstinencia, se presenta en el desarrollo de cambios problemáticos a nivel comportamental, fisiológicos y cognitivos debido a la eliminación o reducción del uso prolongado de la sustancia, causando un síndrome que produce malestar y afecta la esfera social, laboral, y donde existe una necesidad intensa de volver a consumir, para disminuir los síntomas DSM-5, 2014).

Para una mayor facilidad de comprensión del lector, se presenta en el Anexo 2, un resumen de los criterios de los manuales diagnósticos DSM IV-TR y DSM 5, para la problemática de las adicciones.

En la salud pública y privada del Ecuador para otorgar un diagnóstico a un paciente siempre se recurre al CIE-10 "Clasificación Internacional de Enfermedades" el cual es una publicación científica de la OMS para la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.

Para diagnosticar trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas se usa los códigos desde el F10 al F19 los cuales serán presentados en la siguiente tabla. Para identificar la sustancia psicoactiva se debe adquirir la mayor cantidad de información incluyendo el informe del paciente, exámenes de sangre u otros líquidos corporales, síntomas físicos o psicológicos y otras evidencias o declaraciones de terceras personas que sea información verídica (O.M.S., 1992).

El diagnóstico principal debe siempre clasificarse por la sustancia o el grupo de sustancias que ha contribuido más con el síndrome clínico que se presenta. Después de haber clasificado la sustancia se debe codificar el cuarto carácter (O.M.S., 1992). Dentro del Anexo 3, se establecen los códigos diagnósticos establecidos por el CIE-10.

Capítulo II

2.1. El Tratamiento y sus Tipos

2.1.1. A qué Llamamos Tratamiento

Debido a la complejidad del abordaje terapéutico multidisciplinario de las drogodependencias, en esta disertación se hará énfasis en el abordaje terapéutico psicológico o también denominado psicoterapia. Esta es descrita (Becoña y Cortes, 2010), como un conjunto de intervenciones estructuradas basadas en técnicas psicológicas, que tienen como objetivo eliminar, modificar o retardar síntomas, promoviendo un cambio en los estados alterados de la conducta, generando así un bienestar personal.

En el tratamiento psicológico de las drogodependencias se requiere de un terapeuta, que es un guía entrenado que provee su conocimiento a través de herramientas o técnicas a disposición del paciente con la propuesta de encontrar soluciones a su problema. Además, es importante resaltar que, para que un tratamiento resulte en su eficacia, el empleo de técnicas de evaluación clínica son necesarias, desde la entrevista, la historia clínica, cuestionarios y test, entre otros, que son considerados al establecer un proceso de psicodiagnóstico.

Es importante considerar que el proceso de psicodiagnóstico llega a variar desde los planteamientos teóricos de cada enfoque psicológico, teniendo un proceso diferente al considerar los elementos implicados en la aplicación diagnóstica, distinguiendo el uso de pruebas y test desarrollados por cada enfoque psicológico, como lo son las pruebas proyectivas y las pruebas cognitivas. Por ende, el planteamiento de trabajo terapéutico a realizarse llega a cambiar, entre los ejemplos de los diversos elementos que pueden varias se encuentran: la importancia que se da a la cantidad de consumo, la relación social, los efectos negativos de consumir la sustancia, entre otros.

2.1.2. Herramientas Implicadas en la Evaluación de las Adicciones

Al momento de abordar el tratamiento de las adicciones, es importante considerar y conocer el uso de cuestionarios para determinar la implicación que tiene la droga dentro de la persona y que a su vez son herramientas utilizadas por la mayoría de las instituciones que trabajan en la problemática de las adicciones, siendo que en el Anexo 4, se encuentran los instrumentos más utilizados para la evaluación clínica de las adicciones a las diversas sustancias.

2.1.3. Sobre los resultados y la duración

Ahora bien, al momento de abordar sobre los resultados, es importante considerar que depende no solo del rol del terapeuta o psicólogo, sino también del cliente/paciente, desde el nivel de colaboración, el trabajo e implicación en sus metas, las tareas planteadas en sesión, así como la misma asistencia a terapia. Además, para lograr un buen resultado se debe tener en cuenta la capacidad que tiene el terapeuta para llegar al cliente y ajustar el enfoque necesario para el problema que se presenta, llegando a ser un trabajo en conjunto.

En cuanto a la duración del tratamiento, llega a ser una de las preguntas más frecuentes de los familiares y de los clientes, pero el tiempo depende mucho de ciertos aspectos de la persona a tratar. El primer punto sería el problema por el cual se acude a terapia; ya que hay que evaluar la gravedad inicial, además si tiene o no motivación para trabajar y sus recursos económicos (Morejón, 2019).

Se debe considerar que cada persona avanza a un ritmo diferente, siendo que no existe un tiempo predeterminado, sin embargo, dentro de las investigaciones (NIDA, 2010) se ha demostrado que, para obtener buenos resultados, las intervenciones deben implicarse durante

un periodo largo, por ejemplo, dentro de los tratamientos residenciales la participación de un programa de menos de noventa días tiene poco efecto.

2.1.4. Los Abordajes en la Adicción

Los tratamientos psicológicos son muy eficaces, siendo el eje central para la intervención de adicciones, (Becoña y Cortes, 2010) donde se distinguen dos formas de abordaje: el orientado a la abstinencia y el orientado a la reducción de consumo, que dependerá de las necesidades del paciente y de los objetivos trazados en las sesiones.

El abordaje orientado a la abstinencia (Castaño y Gonsalves, 2014), propone un enfoque prohibicionista que tiene por objetivo la eliminación total del uso de drogas, organizando intervenciones terapéuticas dirigidas a eliminar el uso de la droga, con la premisa de que esta es la única manera para rehabilitar y recuperar a la persona con trastorno de uso de sustancias. Sin embargo, es preciso mencionar que una enfermedad crónica como lo es la adicción, desde la perspectiva del enfoque biomédico no se puede asegurar una curación como tal.

Es también de importancia mencionar que no todos los abordajes buscan como objetivo principal la abstinencia, por ejemplo desde el estudio realizado por Witkiewitz, et al., (2021), en el que se examinan los perfiles de recuperación de pacientes ambulatorios, que presentaron un trastorno por consumo de alcohol, se evidenció que es posible la recuperación sin la abstinencia, desde la aplicación de reducción de consumo, bebiendo con moderación o de forma controlada, y que además puede resultar sostenible a largo plazo, como lo estudian los autores, 10 años posteriores al tratamiento. Siendo así que se presentan estudios que apoyan y sugieren que la abstinencia no es el único camino para lograr un nivel de funcionamiento psicosocial.

Otra forma de consideración ante el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias son las Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE), que surgen ante “la disparidad o desigualdad entre la atención a los pacientes y las prácticas clínicas respaldadas por pruebas empíricas” (Glanser y Rawson 2010). Las PBE, proponen un enfoque psicosocial basado en la implementación de protocolos y manuales desde la evidencia científica, en base a la integración de las pruebas de investigación con experiencia clínica, proporcionando a los profesionales una formación en habilidades básicas que permitan mejorar los resultados clínicos.

Un ejemplo de las propuestas terapéuticas esenciales de las PBE, son descritas por Carroll y Rounsaville para el tratamiento de la adicción, las cuales consisten en dos objetivos primordiales: mejorar el control de impulsos y reducir la ansiedad (Glanser y Rawson 2010). Además, las PBE están vinculadas con el sistema político de atención sanitaria e implicadas en diversas instituciones como lo son la American Psychological Association, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), National Institute on Drug Abuse (NIDA), entre otras, que recopilan y realizan investigaciones para proponer iniciativas en el abordaje de la adicción desde el sustento científico.

A pesar de las grandes iniciativas propuestas por las instituciones, no existe un consenso dentro de las investigaciones sobre el tratamiento de las adicciones, en cuanto a los estándares a utilizar para definir las PBE, debido las diferentes controversias como son: a) las PBE pueden ser usadas por clínicos que no tienen la formación y experiencia pertinente, b) las PBE darán lugar a un tratamiento menos individualizado y una peor calidad de atención, y c) las PBE están centradas en el enfoque teórico, con una falta en el énfasis de la competencia de aptitudes y habilidades del terapeuta (Glanser y Rawson 2010).

En la actualidad, las revisiones e investigaciones sugieren una mayor evidencia científica en las prácticas y terapias psicológicas basadas en el enfoque cognitivo-conductual y en la entrevista motivacional (Pereiro y Fernández, 2018). Sin embargo, no se desvalida las demás propuestas terapéuticas, ni mucho menos se aclara que sean superiores.

A su vez en las guías y manuales de intervención para la adicción, primordialmente se describen terapias y programas basados en la evidencia, que priorizan la efectividad y eficacia de la intervención. Dentro del NIDA (Instituto Nacional sobre el abuso de Drogas de EE.UU.) se plantean trece principios claves para el tratamiento para la drogadicción, en el que se sugiere ser la base de cualquier programa de tratamiento, dentro del Principio 2, se aclara que no existe un único tratamiento apropiado para todas las personas y que la mayoría de las intervenciones son enfocadas sobre la conducta.

Para mayor conocimiento del lector dentro del Anexo 5, se describen los 13 principios de tratamiento para la adicción a sustancias de forma resumida.

2.1.5. Consideraciones en la población

En los tratamientos de la adicción, es de gran importancia considerar el tipo o grupo de población a trabajar, sobre todo al abordar poblaciones en situaciones especiales, (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011) cómo son los adolescentes, personas migrantes, mujeres, madres, ancianos y médicos. Siendo así que a continuación se explicarán algunas particularidades con estos grupos:

2.1.5.1. Adolescentes.

Durante la adolescencia el organismo se encuentra en un proceso de desarrollo, en donde el uso problemático de drogas puede estar vinculado a un alto nivel de conductas de riesgo, como son los accidentes vehiculares, la transmisión de enfermedades sexuales y una mayor tasa de suicidio, además de las posibles alteraciones cerebrales (Pereiro & Fernández,

2018). En donde el abordaje se ve obstaculizado frente a las diversas estigmatizaciones, una de ellas la relación de drogadicción y delincuencia, que imposibilita el acceso adecuado a establecimientos de salud y por ende el tratamiento.

Dentro de los programas y prácticas basados en la evidencia para el abordaje para adolescentes que presentan una problemática en adicciones (SENDA, 2021), se encuentran: la terapia cognitivo conductual, el reforzamiento comunitario, la terapia familiar funcional, la terapia familiar multisistémica y la terapia familiar multidimensional.

2.1.5.2. Migrantes.

En personas migrantes el tratamiento en adicciones se ve limitado frente a la relación de imaginarios negativos y la poca integración social, además del posible involucramiento en el tráfico de drogas durante los trayectos migratorios, así como la imposibilidad de acceder a servicios sanitarios y sistemas de apoyo. En donde la implementación del abordaje terapéutico efectivo se ve necesario un enfoque especializado en el que se consideren las especificidades culturales, desde valores, normas, actitudes y expectativas sobre el tratamiento y la relación profesional (Hedoux, 2017).

2.1.5.3. Mujeres.

El impacto entre la dinámica de drogas y mujeres, (UNODC, 2021) se encuentra ante una realidad de prejuicios y desinformación, donde aproximadamente las mujeres constituyen un tercio de las personas que usan drogas, y que son usualmente rechazadas en programas de tratamiento residencial, por aspectos relacionados con el rol social de cuidado familiar ante una “irresponsabilidad”, siendo así que se presentan barreras sociales e incluso individuales que impiden el acceso al tratamiento.

Desde los planteamientos para el abordaje de tratamiento en la población referente a mujeres, es imprescindible el abordaje desde un enfoque de género que permita a la

población cubrir sus necesidades específicas, como lo son el estigma social, información sobre el trauma, recursos que promuevan su salud y autonomía (Iris, 2020).

Existen programas basados en la evidencia para el tratamiento específico en mujeres adultas (SENDA, 2021), entre ellos se encuentran:

- 1) Vía hacia la recuperación de mujeres: en donde se implementan doce sesiones de noventa minutos, divididas en dos secciones: la exploración (se aborda la vida en relación con la adicción de sustancias; el cuerpo y la sexualidad; trauma y la violencia) y la curación (se orienta a métodos de recuperación).
- 2) Opciones: Un programa para que las mujeres elijan comportamientos saludables: es un programa que tiene como objetivo disminuir el riesgo de exposición de alcohol al feto en el caso de embarazo, además de intervenciones breves para la disminución del uso de alcohol y utilización de métodos anticonceptivos.
- 3) Modelo del Consorcio de Boston: se inicia con un proceso de evaluación de trastornos mentales y traumas, para elaborar un plan de tratamiento, se implementa: la prevención de VIH, habilidades de comunicación para comunicar experiencias traumáticas, habilidades para el manejo de dinero, construcción de habilidades parentales y apoyo para la comunicación con sus hijos.

2.1.5.4. Adultos Mayores.

La adicción en adultos mayores (Bobes, et al., 2011) se ve invisibilizada y tratada de forma defectuosa, en donde el uso problemático de sustancias surge en alteraciones como es la aceleración del deterioro físico y psicológico, con la posibilidad de presentar sintomatología de ansiedad, deterioro cognitivo y síntomas psicóticos, entre otros. Entre los principales usos de drogas se encuentra el alcohol y los hipnosedantes, según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas “NIDA” en 2020, alrededor del 65% de las personas mayores

bebieron alcohol en altos niveles de riesgo y aproximadamente un millón de adultos mayores de 65 años viven con un trastorno por consumo.

2.1.5.5. Médicos.

Sobre la adicción presente en médicos, existen muy pocos estudios epidemiológicos que resalten resultados del uso de drogas, donde la no realización de estudios se ve ligada ante el estigma social de la relación de responsabilidad profesional, siendo improbable que el médico solicite ayuda o recurra a recursos habituales de tratamiento, a su vez, se presenta un alto nivel de riesgo ante el abuso, ya que el médico tiene a su alcance las sustancias, y por lo general termina automedicándose con el riesgo de cronificación e incluso presentar una patología dual (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011).

En el estudio realizado por Estrada y Paredes en 2022 sobre el riesgo de dependencia en posgradistas de anestesiología en la ciudad de Quito, se encontró un 96% de prevalencia ante la posibilidad de presentar una dependencia. Recalcando la importancia de abordar y generar estudios sobre este tipo de población y la invisibilización de las adicciones presentes en el personal médico. A nivel de tratamiento es importante garantizar la absoluta confidencialidad, además de trabajar en la psicoeducación y la psicoterapia, que permitirá fomentar la conciencia de enfermedad, disminuir las recaídas y la adherencia al tratamiento (Bobes, et al., 2011).

2.1.6. Tipos de Tratamientos Desde los Enfoques Psicológicos

2.1.6.1. Enfoque Cognitivo – Conductual

La terapia de enfoque cognitivo conductual es un sistema de psicoterapia que dentro de las adicciones tiene por objetivo ayudar al paciente a disminuir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de usar droga, mediante la identificación y modificación de

creencias y acciones, además de la enseñanza de técnicas específicas que generan una mejoría en las situaciones de efecto negativo como la ira, la ansiedad y la desesperanza (Becoña y Cortes, 2010). En este modelo, se entiende al consumo como una conducta desadaptativa que surge como un proceso de aprendizaje específico que lleva a la persona a presentar una adicción.

La terapia cognitiva conductual posee mayor apoyo empírico, demostrado en la intervención grupal e individual, y permite trabajar junto con tratamientos de multicomponentes, como el uso farmacológico, además de ser eficaz a corto plazo para reducir el consumo y mejorar las relaciones familiares en adolescentes adictos (Becoña y Cortes, 2010).

Entre los principales tratamientos basados en la evidencia desde el enfoque cognitivo conductual, se encuentra el programa para el tratamiento de la cocaína (Carroll, 1998), el tratamiento de la adicción al tabaco (Becoña, 2007), entrenamiento en habilidades sociales en la dependencia de alcohol (Monti Abrams, Kadden y Cooney, 1989), la prevención de recaídas (Marlatt y Donovan 2005) y la terapia cognitiva (Beck 1999).

A continuación, se presentan las técnicas y programas de enfoque cognitivo conductual que cuentan con un nivel de evidencia y de recomendación, descritos por Pereiro y Fernández en 2018:

-Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento

El procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento tiene por objetivo que la persona adquiera o refuerce sus habilidades de afrontamiento y autocontrol, que son necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de uso de drogas, mejorando así las estrategias cognitivas y conductuales (Becoña y Cortés, 2010). El abordaje está basado en la teoría del aprendizaje y surge ante la perspectiva de que

la persona no posee las habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales, lo que genera eventos de estrés y por ende se llega al consumo de sustancias.

Las técnicas plantean el análisis de la conducta y su relación con la vulnerabilidad de cada sujeto al responder a estímulos concretos que desencadenan el deseo de consumir, realizando un análisis de variables relacionadas a un cambio ante las condiciones de vida, los factores inter e intrapersonales que son considerados en la historia de vida, con el objetivo de aprender a desarrollar recursos para el manejo y la gestión de su vida, al alcanzar y mantener la abstinencia o reducción de drogas (Becoña y Cortés, 2010).

Entre los principales componentes a trabajar se encuentra la habilidad para rechazar el consumo, entrenamiento en resolución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad y rechazo de peticiones (Becoña, et al., 2008).

Para el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas se propone un programa de cinco fases (Pereiro y Fernández, 2018): 1) entrenamiento en orientación al problema, 2) entrenamiento en la definición y formulación del problema, 3) entrenamiento en elaboración de alternativas, 4) entrenamiento en toma de decisiones, 5) entrenamiento en implementación de soluciones y verificación:

- 1) Se basa en el reconocimiento de problemas y la valoración positiva de uno mismo.
- 2) Se identifican los factores que hacen que una situación se convierta en un problema, además de definir las metas relacionadas con una solución.
- 3) Uso de estrategias que permitan generar soluciones y alternativas específicas, una de ellas es la tormenta de ideas.
- 4) Se seleccionan las soluciones generadas, considerando la más adecuada, teniendo en cuenta las consecuencias y beneficios a corto y largo plazo.

- 5) Al haber identificado la solución, se pone en práctica, observando el efecto que produce, si es necesario retroceder a las fases anteriores o finalizar el proceso.

A nivel de la evidencia científica se muestra una mejoría significativa sobre el tratamiento de alcoholismo y cocaína, demostrando resultados positivos al combinar la terapia con el uso de fármacos y programas amplios, además de presentar una alta efectividad en personas que poseen una dependencia leve (Pereiro y Fernández, 2018).

- Terapia de exposición a señales

La terapia de exposición a señales surge a partir de los lineamientos del condicionamiento clásico, en donde se distinguen los estímulos neutrales que se ven asociados a la conducta adictiva, siendo estímulos que provocan un estado de craving y por ende posibilitan una recaída, esta terapia permite una respuesta apropiada ante dichos estímulos, mediante la exposición y control, llegando la persona a exponerse a estímulos sin llegar al consumo (Becoña y Cortés, 2010).

En la actualidad esta terapia se ve vinculada con la utilización de la realidad virtual, (Bonillo y Ruiz, 2020) tratando de reducir las conductas adictivas, al exponer a la persona a estímulos y ambientes que generan impulsos de consumo, al permitir que el paciente genere habilidades que disminuyan la probabilidad de recaída, sobre todo se ha evidenciado una eficacia ante la problemática de nicotina y alcohol, además de ser beneficiosa en la población de jóvenes.

- La prevención de recaídas

La prevención de recaídas plantea que la persona retoma el uso de sustancias debido a que ante una situación de riesgo, no existen las estrategias adecuadas para mantener el estado de abstinencia, en donde al responder de forma eficaz ante la tentativa de consumo, el control

y autoeficacia auto percibida se incrementa, al identificar pensamientos, emociones y situaciones que produzcan una tendencia al consumo, más que una técnica surge como un programa, utilizando el entrenamiento en habilidades, los autorregistros y un análisis funcional del consumo (Becoña y Cortés, 2010).

Se ha demostrado la eficacia (Pereiro y Fernández, 2018) en la reducción del consumo de alcohol y en una mejoría en el acomodamiento psicosocial, al presentar una disminución en la frecuencia de recaídas, se presenta útil en modalidades individuales como grupales, además de la alta eficiencia en personas con un pronóstico de alcoholismo grave y escaso apoyo social.

- Manejo de contingencias

El manejo de contingencias (MC) se basa en la intervención conductual, implementando los principios del condicionamiento operante, que consiste en la aplicación de reforzadores o castigos de forma contingente, su aplicación es en forma de apoyo o complementario a otras intervenciones, proporcionando al consumidor refuerzos o incentivos que permitan alcanzar conductas deseables para los objetivos terapéuticos, entre las intervenciones más frecuentes está el uso de vouchers que pueden ser canjeados por bienes o servicios, sirviendo como un incentivo para no consumir (Becoña y Cortés, 2010).

Los programas de MC refuerzan la asistencia al tratamiento, la abstinencia y las conductas que contribuyen a objetivos terapéuticos, en donde contribuye a las dificultades presentadas en un inicio por la desmotivación para un cambio, como lo es en las personas que usan cannabis, resultando en niveles de eficacia al ser combinado con programas de reforzamiento comunitario o programas de mantenimiento con metadona para el tratamiento de la heroína (Pereiro y Fernández, 2018).

- Programas de reforzamiento comunitario

Los programas de reforzamiento comunitario se basan en un modelo psicoterapéutico conductual de multicomponentes con elementos clave: 1) Uso de medicamentos como disulfiram¹, 2) Entrenamiento en habilidades de comunicación, 3) Implementación de un club social que posibilite la reinserción, 4) Entrenamiento para manejar adecuadamente los deseos de beber y la presión social, además se ha demostrado que el programa llega a ser útil en espacios ambulatorios y hospitalarios, reduciendo el uso de alcohol y mejorando la esfera laboral y social (Pereiro y Fernández, 2018).

- Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva propuesta por Beck es un sistema de psicoterapia que tiene por objetivo la modificación del pensamiento ante creencias desadaptativas que resultan en emociones y conductas contraproducentes, en donde las personas adictas realizan procesos de cognición disfuncionales.

Al permitir reducir la intensidad y la frecuencia del craving, a través de la discusión de creencias, además de enseñar al paciente técnicas específicas para manejar los impulsos, llegando a reducir la presión e incrementar el control, en donde el terapeuta examina un serie de acontecimientos que llevan al uso de drogas, explorando las creencias básicas acerca del valor de las drogas, y al mismo tiempo se entrena al paciente para que evalúe la forma en cómo su pensamiento erróneo desencadena estrés y angustia (Pereiro y Fernández, 2018).

Entre las principales herramientas utilizadas, se encuentran: a) el diálogo socrático, b) la evaluación de ventajas o desventajas, también llamado costo- beneficio, c) flecha

¹ Fármaco utilizado como un agente aversivo dentro del tratamiento de alcoholismo crónico.

descendente, d) registro diario de pensamientos, e) tarjetas flash, f) programación de actividades (Beck, Wright, Newman y Liese, 2019), como se explican a continuación:

- a) Permite un método de cuestionamiento reflexivo que permite guiar al paciente en el proceso de descubrimiento de los patrones de pensamiento, además de evaluar y sintetizar nuevas fuentes de información, generando una introspección y una toma de decisiones racional.
- b) Es un proceso de análisis de creencias, en donde se visibiliza la adicción en su vida cotidiana, evaluando mediante la enumeración o la creación de una matriz para escribir las ventajas y desventajas del uso de drogas.
- c) Es una técnica que permite abordar los pensamientos catastróficos (todo o nada), mediante el análisis que desencadena el pensamiento automático en creencias sucesivas, para considerar el significado personal.
- d) Es una estrategia que permite al paciente examinar sus creencias y considerar alternativas eficientes ante el impulso de consumo, mediante el registro de sus pensamientos en un formato de registro diario y la guía del terapeuta.
- e) Son frases escritas en una tarjeta que toman en consideración las ventajas de no consumir drogas, que permiten tramitar el estado de craving, generando un pensamiento objetivo.
- f) Permite recopilar y recoger una línea de base sobre el tiempo y actividades centradas en el uso y búsqueda de drogas, para reemplazar el anterior estilo de vida con una organización proactiva y adquisición de nuevas actividades al rehacer su vida al margen de la influencia de las drogas.

Además de las técnicas antes mencionadas, la terapia cognitiva posee una serie de cuestionarios, escalas, inventarios y registros que son implementados para el abordaje de

adicciones, que permiten evaluar el progreso o retroceso de los objetivos e intervenciones terapéuticas.

- La Entrevista Motivacional (EM)

La Entrevista Motivacional, descrita por Miller y Rollnick en 2002, es un estilo de relación entre paciente/cliente y terapeuta, que plantea trabajar en promover la motivación, en el que la persona explora las razones que promuevan el cambio de la conducta adictiva, además la EM surge de la evolución de la terapia centrada en el paciente, combinando el estilo empático y apoyo de Rogers (1959), la teoría de autopercepción de Bem (1972), y enfatiza las razones para realizar un cambio y la autonomía (Torres 2010).

Llegando a ser un método útil al inicio de cualquier tratamiento, en el que los pacientes están poco predispuestos a realizar un cambio en la problemática de adicciones, y presentan una ambivalencia al momento de decidir, en el que la EM permite ayudar a resolver la ambivalencia, al generar una apertura hacia el cambio y posibilitar un trabajo terapéutico posterior (Torres 2010).

Se pueden destacar dos fases dentro de la EM, la fase 1, tiene por objetivo aumentar la motivación al cambio, desde los deseos, la capacidad, las razones y necesidades de la persona para el cambio y posteriormente la fase 2, que se centra en fortalecer el compromiso al cambio (Becoña y Cortés, 2010).

Además, dentro del planteamiento de la EM, el terapeuta no asume un rol autoritario, sino directivo, siendo quien guía a la persona hacia determinados objetivos, llegando a analizar y devolver las percepciones del paciente, sin etiquetar o juzgar, en donde el paciente/cliente articule y resuelva su ambivalencia.

La EM, cuenta con cuatro principios básicos descritos por Miller y Rollnick en 1991, citado por Arenas (2022): Expresar empatía, Evidenciar las discrepancias, Avanzar con las resistencias y Fomentar la autoeficacia.

Es importante mencionar el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, para el entendimiento de la EM, (Prochaska y DiClemente, 1982, como se citó en Becoña y Cortés en 2010) en el que se hace referencia a una visión del cambio del comportamiento, en cuanto la persona se plantea modificar su conducta adictiva, su abordaje abarca la integración de tres dimensiones: los estadios, los procesos y niveles de cambio. Llegando a comprender y establecer una forma de trabajo determinada para el estado en que se encuentre la persona. Entre las tres dimensiones planteadas, se destaca en los textos (Torres 2010) los estadios de cambio que serán descritos a continuación:

- a) *Estadio de pre-contemplación*: no existe conciencia del problema, siendo que, la persona no plantea cambiar su conducta adictiva, en este estadio los aspectos gratificantes de la sustancia resultan superiores a los aversivos.
- b) *Estadio de contemplación*: surge al momento en el que aparece una conciencia del problema y el sujeto plantea la posibilidad de dejar la conducta de adicción, comienza a equilibrarse los aspectos gratificantes y aversivos.
- c) *Estadio de preparación*: en este periodo la persona se compromete a dejar o abandonar su conducta problemática, al comenzar a reducir la dosis consumida, a pesar de no alcanzar la abstinencia.
- d) *Estadio de acción*: se realizan cambios conductuales más relevantes, como es la reevaluación personal y acciones dirigidas a la abstinencia, implicando un compromiso firme al tratamiento, además de una inversión clara sobre el tiempo y energía necesaria.

- e) *Estadio de mantenimiento*: en este estadio, los objetivos son dirigidos a la conservación y consolidación de los cambios alcanzados, así como el abordaje de la prevención de recaídas del consumo.

Una vez descrito y abordado el planteamiento teórico de Prochaska y DiClemente, se presentan una serie de estrategias dentro de la Entrevista Motivacional, (Becoña y Cortes, 2010) que son utilizadas: con objeto de fomentar la discrepancia, y con objeto de fortalecer el compromiso para el cambio, descritas a continuación:

Estrategias con objeto de fomentar la discrepancia: Plantear preguntas de respuesta abierta; Escucha reflexiva: prestar atención sin interferir; Afirmar; Resumir partes de la intervención o la sesión completa; Reforzar las afirmaciones auto-motivadoras del paciente.

Las estrategias para fomentar la discrepancia son utilizadas para crear un clima de empatía entre el terapeuta y el paciente/ cliente, que permita una comunicación fluida con la finalidad de que se logre explorar a profundidad la situación que atraviesa la persona.

Estrategias con objeto de fortalecer el compromiso para el cambio: Recapitulación; Uso de preguntas clave; Brindar información y consejo; Negociar un plan; Provocar el compromiso.

Las estrategias para fomentar o fortalecer el compromiso, se sitúan en la fase 2 de la EM, en el momento en que la persona se encuentra entre el paso de contemplación hacia la etapa de acción existiendo una suficiente motivación, siendo el objetivo de estas estrategias, encaminar la motivación a través de un plan de cambio.

2.1.6.2. Enfoque Sistémico

El enfoque sistémico aborda la interacción del ser humano ante su construcción social, desde la consideración primordial de la relación con sus pares, de forma primaria se centra en la constitución familiar. La epistemología sistémica surge inicialmente de: la Teoría General

de Sistemas de Bertalanffy en 1954, los conceptos Cibernéticos de Wiener en 1948, y la Pragmática de la comunicación de Watzlawick en 1967 (Becoña y Cortes, 2010). Además, es importante mencionar que dentro del uso de la terminología La Terapia Familiar resulta como sinónimo de La Terapia Sistémica (Pereiro y Fernández, 2018).

El modelo plantea que la problemática adictiva resulta de una familia disfuncional, en donde la intervención en conjunto con la familia al abordar las relaciones entre sus miembros llevará a la mejoría del Trastorno por Uso de Sustancias, entendiendo a la familia como un sistema, de manera que las conductas y vivencias de cada miembro están relacionadas, en donde la conducta presentada por uno de los miembros no está aislada del resto (Pereiro y Fernández, 2018).

Al trabajar con la población adolescente, las intervenciones se centran en el ambiente familiar y se trabaja de forma conjunta con sus miembros, además de analizar las interacciones en sus otros espacios como es la interacción social y su entorno educativo. Las intervenciones se dirigen a la modificación de patrones negativos de comunicación, el uso de estrategias conductuales y prácticas de reducción de riesgos.

Según Ochoa (2019), citando a Zapata (2009), existe una serie de guías y principios en el abordaje Sistémico Familiar, al ejemplificar estrategias para proteger y recuperar a la persona, desde la consideración que el eje central es el desarrollo y actuación de la familia, como se explica a continuación:

- 1) La familia debe transformarse en un soporte para la atención de la problemática de la adicción, incorporándose y participando en las intervenciones terapéuticas.
- 2) Al momento de que el paciente regresa a su hogar luego de las intervenciones terapéuticas, la familia debe estar en una capacidad de utilizar las herramientas

adquiridas en las sesiones familiares, asumiendo comportamientos que ayuden a mantener los logros adquiridos.

- 3) La familia debe unirse a redes de apoyo que brinden un acompañamiento en el proceso de recuperación de la persona con adicción, para poder desarrollar actitudes y conocimientos que permitan la contención ante situaciones de crisis y el mantenimiento de los cambios logrados.
- 4) El involucramiento social y familiar debe promover y posibilitar la autonomía de la persona en el proceso de rehabilitación.
- 5) La familia debe recibir psicoeducación ante las señales de alarma ante posibles recaídas, para permitir actuar de forma proactiva, llegando a prevenir o aceptar la recaída como parte del proceso de recuperación.
- 6) La persona en tratamiento que no posea una familia debe ser vinculada con una red de apoyo equivalente (puede considerarse amigos o parientes), que proporcione acompañamiento, afecto y comunicación.

Es imprescindible buscar alternativas que garanticen la solidaridad, la comunicación y el afecto en el ambiente que rodea a las personas con adicciones, mediante esquemas de familias sustitutivas, a través de apoyo de vecinos, amigos, alojamientos comunitarios y hogares transitorios, en donde el Estado promueva y realice programas y políticas para el abordaje de las adicciones (Ochoa, 2019).

Dentro de las investigaciones de familias de personas con adicción, se encuentra un patrón prototípico en hombres, donde la madre tiende a una relación permisiva y sobreprotectora con el adicto, el padre suele presentarse desapegado, ausente, violento, además de que la percepción que tiene el hijo sobre el padre es negativa, en las mujeres con

problemas de adicción se invierte, presentando enfrentamientos con la madre, siendo que las personas adictas son dependientes e inadaptadas (Cárdenas, 2016).

A nivel de evidencia la terapia familiar en adolescentes que presentan una adicción aumenta la adherencia y compromiso al tratamiento, además de presentar una reducción del uso de sustancias luego del tratamiento y mejora el funcionamiento familiar e inserción social (Becoña y Cortes, 2010). Las principales intervenciones que cuentan con una evidencia científica son: la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT), la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT), la Terapia Multisistémica (MST) y la Terapia Familiar Conductual (FBT), descritas por Pereiro y Fernández en 2018:

- Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT)

La BSFT, es un intervención breve de entre 8 a 24 sesiones, utilizada en la población adolescente que presenta una problemática de adicciones, se centra en la interpretación del uso de drogas como una señal de malestar en el funcionamiento familiar, en donde el terapeuta modifica los patrones interactivos que están relacionados al uso de drogas, se presentan dos objetivos principales: a) la eliminación de las conductas de abuso de sustancias y otras conductas problemas, b) cambiar la interacción familiar que posibilita el uso de drogas, partiendo de la exploración e identificación de los principales problemas familiares (Cárdenas, 2016).

Dentro del enfoque BSFT, se establece que los cambios presentados en las familias de los adolescentes están vinculados con: primero, la calidad de la relación que existe entre el terapeuta y la familia, siendo una fuente necesaria para predecir la efectividad de la terapia; segundo, el cambio mediante la reestructuración, mediante el uso de las técnicas para cambiar las interacciones disfuncionales, adquiriendo la familia nuevas habilidades adaptativas.

Esta terapia ha tenido un nivel de evidencia sobre su eficacia en el abordaje de adolescentes con adicción, además de ser utilizada con pacientes en el espacio ambulatorio y en comunidades terapéuticas, incidiendo sobre el consumo y las conductas problemáticas en el ámbito educativo y del hogar, abordando las conductas agresivas y violentas, el acercamiento a pares y la percepción de riesgo sobre aspectos de la sexualidad (Becoña, et al., 2008).

- Terapia Familiar Multidimensional (MDFT)

La MDFT, se centra en el abordaje de adolescentes con adicciones, considerando que la problemática surge a partir de la red de influencias como la familia, los compañeros, la comunidad, y tiene por objetivo reducir el consumo y aumentar comportamientos positivos, se realizan intervenciones de forma individual o con la familia, tanto en la consulta, la casa o la escuela, en donde los sistemas sociales pueden potenciar el impacto del uso de sustancias, o a su vez si son guiados pueden convertirse en factores protectores (Becoña, et al., 2008).

En los adolescentes se trabaja la toma de decisiones, la negociación, habilidades sociales, que permita expresar sus pensamientos y sentimientos de forma eficaz en su vida, mientras que con la familia se trabaja un lineamiento de psicoeducación, además de generar una influencia positiva en sus hijos (Pereiro y Fernández, 2018).

- Terapia Familiar Multisistémica (MST)

La MST, está dirigida al abordaje de jóvenes agresores crónicos, con conductas delictivas y antisociales y tiene por objetivo disminuir o eliminar dichas acciones, partiendo desde el enfoque social y ecológico de la conducta humana, en donde la conducta es el reflejo de las interacciones mutuas entre jóvenes y sistemas interconectados, en los que se construye

la identidad, de modo que las intervenciones para que resulten efectivas deben ser flexibles, integradoras y multifacéticas (Cárdenas, 2016).

Es un enfoque personalizado en la familia y en la comunidad que trata de identificar y analizar los factores que promueven o disminuyen la conducta adictiva e irresponsable, en donde el plan de intervención debe desarrollarse ante la integración de la familia, los amigos, la escuela o la comunidad, además de capacitar a los padres mediante el aprendizaje de habilidades y recursos para dirigir la crianza de los adolescentes, estableciendo una red social de apoyo entre los padres y su entorno social (Becoña, et al., 2008).

- Terapia Familiar Conductual y de Pareja (FBT)

La FBT, es un programa de multicomponentes que se focaliza en pacientes que tienen parejas que no usan drogas, tiene por objetivo el análisis funcional y la identificación de las relaciones conflictivas, utiliza herramientas como el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, el reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, y el manejo de contingencias (Becoña, et al., 2008).

2.1.6.3. Enfoque Psicoanalítico

El enfoque psicoanalítico o también denominado psicoanálisis, surge ante los planteamientos de Sigmund Freud en relación principal sobre el inconsciente y el funcionamiento del aparato psíquico. A partir de los escritos desarrollados por Freud surgen nociones sobre el abordaje de las adicciones relacionadas con la sexualidad, y que posteriormente autores retomarán su trabajo para la construcción de nuevos planteamientos en el abordaje clínico.

Desde la posición del psicoanálisis ante la perspectiva de las adicciones o toxicomanías, no se presenta una gran relevancia ante las consideraciones químicas de la

sustancia, sino más bien, el efecto tóxico en el psiquismo de la persona y cómo el sujeto llega a convertirse en toxicómano (Carrión et al., 2020, p.149).

Se considera la particularidad de cada intervención y la interpretación se centra en la relación entre el sujeto y el objeto droga, además de la importancia del consumo que pone en juego al cuerpo, que llega a ser abandonado o desecho y que requiere ser cuidado, al que es necesario que alguna dimensión de la palabra pueda surgir (López, 2019). Para trabajar en fragmentar la cristalización que tiene de "soy adicto", para que se mueva esta identificación y se puede entrar al mundo simbólico para que se mantenga siendo un Otro de la escena, pero también se sigue nombrando socialmente por su moralidad de goce (Sanz, 2023).

Es importante mencionar que dentro del marco del psicoanálisis no existe un consenso para abordar el fenómeno de la adicción, al ser tratado como un síntoma, una forma de malestar, un pasaje al acto, una manifestación de la pulsión de muerte, o su vez, si existe alguna estructura clínica que abarque una explicación como lo es la perversión, la psicosis y la neurosis (Castaño y Gonsalves, 2014). Sin embargo, es importante aclarar que para quienes trabajan desde este enfoque, la escucha al malestar subjetivo del paciente es clave para entender el lugar que tiene la situación actual en su vida. Existen algunas nociones que permitirán establecer un camino a la comprensión y planteamiento de la clínica para el fenómeno de las adicciones que serán descritas a continuación.

Para continuar con la descripción de la perspectiva psicoanalítica, se hará referencia en primera instancia a S. Freud y Jacques Lacan sobre sus propuestas teóricas, y posteriormente se describirán otras nociones que proponen un punto de partida diferente ante las consideraciones de las adicciones.

- Planteamientos de Sigmund Freud.

Comenzando por Freud, que, a pesar de no establecer una teoría en el campo de las adicciones, aportó nociones para su comprensión, comenzado por sus “Escritos Sobre la cocaína en 1980”, se enfatiza el potencial que tiene la sustancia en el ser humano. Además, plantea que, desde el acto masturbatorio, surge la primera relación con la adicción y de la cual se desprenden las demás, posteriormente se vincularía con una fijación oral, explicada desde los planteamientos del desarrollo sexual (Freud, 1987).

En uno de sus textos “El malestar de la cultura de 1930”, se llega a explicar que la adicción surge para enfrentar el malestar de las implicaciones sociales y culturales a las que pertenece toda persona al nacer, siendo que no se busca la felicidad sino la evitación del displacer (Gutiérrez., et al 2018). Se llega a entender que las drogas funcionan como un “quitapenas”, en donde la vida puede traer dolores y desengaños, y que, para soportar las exigencias, existen tres clases de calmantes: satisfacciones sustitutivas, poderosas distracciones y sustancias embriagantes (Freud, 1930-2010, p. 75).

- Planteamientos de Jacques Lacan.

Una de las nociones que ha introducido el psicoanálisis es la de sujeto, que propone un punto central en el abordaje clínico, al considerar que, dentro de las adicciones, quien usa el tóxico no se trata de una víctima ante la sustancia, sino de un sujeto activo que construye una relación particular con el objeto droga (López, 2019). Además, se establece que la persona es un sujeto deseante, sin embargo, alcanzar dicho deseo, es irrealizable, Lacan (1964) sugiere que el deseo surge por asumir la castración, es decir que el sujeto no puede estar completo y que no hay nada que lo pueda completar en su totalidad, estando en una constante búsqueda de satisfacción.

En las adicciones el sujeto cree y tiene la sensación de haber encontrado aquel objeto perdido que lo llenará de satisfacción por completo, llegando a ser absorbido por una ilusión

de haber un órgano que le permite eliminar la angustia y evitar el dolor al prescindir de la castración, dejando de interesarse por sus objetos de amor e incluso por sus propias necesidades, llegando a abandonar su condición de ser un sujeto que desea (Gutiérrez et al., 2018). Se suspende una serie de sueños, anhelos y metas, organizadas como un motor para vivir el día a día y de forma inconsciente permite lidiar con la falta que acompaña a la condición de ser sujeto.

Se propone una ruptura en el goce, en donde el sujeto está rodeado de objetos, pero extraviado del goce, al que la adicción se aproxima a un goce infinito y de un exceso que no puede desprenderse, siendo una salida ilusoria que le promete a la persona hacer soportable la realidad (Gutiérrez et al., 2018).

- Otros planteamientos.

Como se mencionó con anterioridad existen varias perspectivas sobre el abordaje psicoanalítico que pueden variar dependiendo de cada autor, por lo que se presentará a continuación de forma resumida algunas de las nociones implicadas en la explicación de la adicción desde este enfoque.

- a) Nociones desde el síntoma.

Desde esta consideración, se plantea que la adicción es un síntoma y una manera de sobrevivir para vincularse con el mundo, que surge como consecuencia de uno o varios conflictos que no han sido resueltos y que permanecen reprimidos o negados “ocultos en el lenguaje”, que resultan de “conflictos en el inconsciente”, en especial dentro de la adicción surge el conflicto básico en buscar la satisfacción del deseo (Piedrabuena, 1996).

Desde el aspecto del uso de la droga se puede considerar como “el uso de un arma” utilizada en la fantasía o en lo real, que se expresa como un intento de liberación de la

autoridad, como un símbolo de rebelión y protesta, ante una relación de un vínculo agresivo con lo denigrado y proyectado en la familia, que luego se desplazará a la sociedad (Piedrabuena, 1996).

Según Tuirán y Candiago (2012), el síntoma se presenta en lugar de la represión, así este mecanismo de defensa protege a la persona de la situación real. Para los autores en su práctica con pacientes alcohólicos lo primero que han observado es que solo con una copa que beban ya no pueden parar y la abstinencia debe ser totalmente cumplida, sino se corre el riesgo de que se repita el ciclo. Por otro lado, en cuanto a la relación con los demás, los autores proponen que pudiese considerarse una relación anal. En el sentido de que frente a las otras personas están, ya sea en total atención, en desbordamiento, total disposición o por el contrario se controlan, complacen a la otra persona, es agradable y placentero.

Es importante mencionar que existen autores (Le Poulichet, 2005) que proponen que la adicción no se ve vinculada con el síntoma, sino más bien, resulta de una supresión del síntoma, una supresión del dolor frente a una aproximación a la angustia que se remite a la castración, llegando la persona no a autodestruirse, sino que intenta auto-conservarse (Carrión et al., 2020).

b) Nociones desde las relaciones objetales

Desde los planteamientos de las relaciones objetales, se abordan los conflictos psíquicos, que surgen a partir de la interacción primaria entre el bebé y su ambiente (figura materna), que a su vez juega un papel importante en el desarrollo posterior de la persona y su relación con los objetos/otras personas (Gutiérrez et al., 2018).

Desde McDougall (1974), se menciona que la persona presenta un déficit en la introyección y representación de objeto bueno y ante dicho déficit se decide utilizar la

sustancia para llegar a compensar la falta de objeto, por otra parte Krystal (1978), concibe que la interacción psíquica se encuentra en un estado de ambivalencia, en el que el sujeto “tóxico”, actúa con una falta de autocuidado y con una visión de sentimientos de odio, temores de salir herido, entre otros (Wojtynkiewicz, 2018).

c) Nociones desde el narcisismo

Desde el psicoanalista L. Wurmser, se hace hincapié en la relación de las adicciones y las cuestiones narcisistas, planteando la concepción de un fuerte conflicto narcisista intrapsíquico causado por un superyó destructivo y estricto, en el que la aparición de la adicción resulta de una historia previa de un efecto traumático masivo, como la exposición a la violencia y el abandono (Gutiérrez et al., 2018). Desde el resultado de una relación principal de la niñez ante carencias estructurales, de fronteras psicológicas sólidas, en el que se producen estados afectivos abrumadores y una necesidad de no experimentar la relación de unos padres hostiles y el mundo exterior, se conduce a un defecto básico en el desarrollo de mecanismos de protección, llegando a establecer un mecanismo de externalización (adicción a sustancias psicoactivas) (Wojtynkiewicz, 2018).

Siendo así que las sustancias proporcionan un alivio a las personas, generando un estado de placer y gratificación, desde una consideración de “triunfo narcisista”, que permite suprimir la voz interna que subyace del superyó y que lo da lugar a la resolución del conflicto narcisista, al mismo tiempo la relación circular de la adicción se vincula con el efecto de suprimir superyó, en el que llega a presentar un miedo profundo por visualizar los aspectos emocionales de su vida (Wojtynkiewicz, 2018).

2.1.6.4. Enfoque Humanista

Según los pioneros de la psicología Humanista, la psicología se había centrado en estudiar las funciones de los seres humanos (psicológico, social y biológico), por lo que, se obtuvo una imagen incompleta de ellos, descuidando lo esencial como el amor, creatividad, valores, autonomía, sentimientos, el trabajar con un propósito. Por esta serie de incongruencias nace la “tercera fuerza psicológica”, la Psicología Humanista (López, 2009).

Ahora bien, el enfoque humanista estudia las experiencias reales de las personas. Intenta entender cómo los seres humanos perciben y viven el mundo. Se enfoca en la interpretación real del ser humano y esta realidad es la que rompe la manera estándar de las personas y fomenta lo nuevo, creativo de las diferencias individuales. Por esta razón hablar sobre cómo fue que se inició es fundamental (López, 2009).

El humanismo más que ser una corriente psicológica es una nueva orientación hacia un modo de saber cómo piensan los seres humanos, los cuales tienen la capacidad de elegir sus propias decisiones, por esta razón Carl Rogers propone cambiar el término de paciente a cliente, ya que el cliente es capaz de decidir y hacerse responsable sobre sus decisiones (López, 2009).

Los psicólogos humanistas y existenciales en sus teorías incluyeron las ideas del yo como una persona libre, que puede controlar su destino, que es capaz de examinarse a sí misma, con el fin de tener un cambio por sí misma. Por esta razón la psicoterapia humanista ayuda al cliente a que se autoexplora con el fin de que la persona se haga responsable de sus decisiones y que sea capaz de dirigir su propia existencia, que sepa resolver conflictos en su vida (López, 2009).

Una variante de la terapia existencial es la logoterapia cuyo autor es Viktor E. Frankl. Logo significa sentido, entonces su nombre claramente hace referencia a la terapia en

búsqueda de sentido. Para Frankl la clave del bienestar psicológico es la búsqueda de sentido (Morejón, 2019).

- Logoterapia

Es una forma de terapia que se enmarca en la psicología humanista, que fue fundada por Viktor E. Frankl. Después de su supervivencia y la experiencia vivida en los campos de concentración, decide crear un modelo de tratamiento llamado logoterapia, mismo que desarrolló mientras estuvo en esa situación de extrema desesperanza y violencia. Explica la teoría de la logoterapia en su libro “El hombre en busca de sentido” en 1946 (Morejón, 2019).

A partir de esta experiencia, Frankl desarrolla el concepto del “sentido de la vida” en 1946. Plantea además que las preguntas básicas que se hacen en algún momento todos los seres humanos son: ¿por qué estoy aquí?, ¿quién soy?, ¿por qué me pasa esto?, ¿para dónde voy? A lo que hace referencia es que el mundo no tiene sentido y el ser humano necesita buscarlo y saber, por otro lado, se encuentra la desesperanza y el vacío existencial (Morejón, 2019).

Según Frankl cada momento de nuestra vida puede que sea altamente significativo si está orientado desde los valores, ya que, estos dan sentido a nuestra vida. Los divide en tres tipos de valores: los experienciales, creativos y actitudinales (Morejón, 2019).

- Los valores experienciales están relacionados al recibir, a lo que se disfruta haciendo cualquier cosa, ya sea leer, escuchar música, ver la naturaleza, estar con la naturaleza, la amistad de alguien, pero para Frankl el amor es una meta fundamental, de tal forma que estos momentos vividos se convierten en experiencias y razones para vivir (Morejón, 2019).

- Los valores creativos están asociados más con dar, hacer algo que le haga disfrutar al ser humano, pero también que se convierta en dar un regalo para alguien más. Ejemplos de esto son pinturas, componer música, hacer juegos, edificios, escribir libros, asociaciones religiosas, culturales, sociales o políticas, ser buenos trabajadores, ciudadanos, etc (Morejón, 2019).
- Los valores actitudinales algunas veces son las alternativas posibles, es decir cuando no se puede hacer un cambio de afuera, pero si se puede cambiar la actitud con la que nos enfrentamos a la situación. Hay ciertos valores humanos que nos ayudan a seguir adelante en momentos difíciles como la valentía, el sentido del humor, ser optimistas, aceptar el sufrimiento, compasión (Morejón, 2019).

Según Morejón (2019) cuando la persona no encuentra sentido a la vida, se experimenta algo que los existencialistas llaman “vacío existencial”. Por ejemplo, en la preindustrialización las personas vivían a base de los ciclos de la naturaleza, es decir cada época tenía su proceso como cosechar o sembrar, también estaban pendientes de luchar por sobrevivir contra el mundo hostil e inclusive tenían un fuerte apego a la religión las cuales daban explicaciones de su existencia.

Ahora el mundo moderno es totalmente diferente porque todos estos valores se han perdido, es más difícil hallar una razón para poder seguir adelante, por esto la persona busca lo que desea hacer. Al momento de que sucede un fracaso para dar una respuesta a esta inquietud Frankl lo llama “neurosis existencial”. Cuando se siente ese vacío existencial comienzan a surgir trastornos de ansiedad, depresión y adicción, tratando de llenar ese vacío (Yalom, 1980).

Con la logoterapia nace la idea de encontrar a través de ella la esperanza, para así poder buscar frecuentemente el significado de la vida, la persona debe elegir cuál debe ser el propósito de su existencia y el resultado de cada momento debe ponerse en la posición de qué puede hacer o qué actitud debe tener (Morejón, 2019).

José Arturo Luna, psicoterapeuta existencial y de logoterapia (2005) menciona que la etiología de una adicción es muy complicada de saber porque hay muchas variables en juego. Si a la adicción se la ve desde el lado de la multicausalidad se analizan los factores biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. Algunos de los factores sociales son la falta de prestación de servicios básicos por parte del Estado, lo cual obliga a que las personas se dediquen al comercio, producción y sobre todo el consumo de sustancias psicoactivas.

Los factores bio-psico-espirituales que pueden influir en el consumo de psicoactivos son la depresión, predisposición biológica, influencia de amistades, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, ausencia del padre, conflictos familiares en niveles graves, actitud favorable al consumo, pérdida de valores éticos o religiosos y carencias de metas (vacío existencial) (Luna, 2005).

Desde la logoterapia la *drogadicción* y el *alcoholismo* tienen por un lado una causa que es el vacío existencial y es el mantenimiento de la dependencia. Los casos de drogadicción noógena² y alcoholismo son en los cuales el vacío existencial es mencionado como causa, en consecuencia, el sentido de aburrimiento y apatía, se crea la base para que se instaure la dependencia. Es fundamental donde ocurre el encuentro con la sustancia como por ejemplo los lugares, modalidad que sucede esto. Por lo general cuando se consume alcohol es

² Drogadicción noógena es cuando una persona consume alguna sustancia por aburrimiento o por no saber qué más hacer, un claro ejemplo sería: una persona con bastante dinero tiene carro, casa, título profesional y se hace la pregunta ¿y ahora qué? Aquí es donde comienza a consumir cualquier sustancia y queda enganchada a la persona encontrando un falso motivo para el consumo.

en reuniones con familia o amigos, reencuentros, etc. Para las sustancias psicoactivas el consumo por lo general primero es con un buen amigo o el grupo. Las sustancias mencionadas disminuyen la tensión, calma por esta razón mientras persista la sustancia dentro del cuerpo calman momentáneamente el vacío existencial, disminuye el aburrimiento y crea la ilusión de un significado (Luna, 2005). Para Luna (2005) el tratamiento para la drogadicción tiene algunas técnicas que dependiendo de la persona se las utiliza para un mejor tratamiento.

1. Acupuntura

Lucarini Spartaco en Vargas (2005), refiere que la acupuntura china en clínicas de Hong Kong con adictos al opio y heroína son efectivos. Los doctores H. L. Wen, Margaret Patterson y Stanley Cheung insertan dos agujas detrás de las orejas del adicto las cuales son unidas a una fuente de corriente la cual aumenta de 0 a 150 ciclos por segundo. Este tratamiento se aplica los tres primeros días unas dos o tres veces al día, los cinco días después se le aplica solo una vez al día, los malestares de la abstinencia se van desapareciendo, ya que según investigaciones científicas que realizaron muestran que este tratamiento hace que el organismo libere endorfinas naturales.

2. Esencias florales

Esta terapia fue desarrollada por el médico inglés Edward Bach y ha tenido bastante acogida en la difusión de la medicina alternativa. La gran mayoría de las esencias florales están hechas con un porcentaje leve de alcohol y se corre el riesgo que se produzca una nueva adicción. Las esencias no actúan por efecto químico sino por efecto físico. Se requiere más investigación en cuanto a este tratamiento sin embargo varios pacientes según el autor han tenido respuestas positivas ante el tratamiento.

3. Psicoterapia individual

Si se tiene la idea que en la terapia individual solo se va a tener contacto con el cliente serán bajos los resultados por dos razones, la primera es que una persona que presenta abuso de sustancias vive en una cápsula, la cual dificulta estar en contacto con ella, en especial porque el cliente no sabe en qué estado se encuentra, ni de su comportamiento. Entonces si la persona que presenta abuso de sustancias llegara a ir a terapia en el caso de que lo haga, no habría éxito por lo mencionado anteriormente.

Una pregunta que se hace el cliente con uso problemático es ¿por qué hacer psicoterapia?, si la persona tiene un poco de motivación o deseo de sanar hay una pequeña posibilidad de pasar esa cápsula en la que se encuentra el adicto y realizar psicoterapia individual.

La eliminación del consumo de las sustancias psicoactivas es primordial para poder tener una psicoterapia individual, ya que si se mantiene con el consumo el paciente solo va a vivir de ilusiones para enfrentar sus problemas. Mientras más tiempo de abstinencia tenga la persona es mejor para poder tener éxito en la terapia.

4. Terapia familiar

Trabajar con la familia de la persona que presenta abuso de sustancias es muy importante, ayuda mucho en el proceso porque son un gran apoyo, deben asistir a los grupos de asesoría y de información sobre la adicción, así el cliente no esté dispuesto a asistir de estas reuniones. Cuando esto sucede, existen más probabilidades de que la persona comience el tratamiento.

Algunos puntos que se debe tener en cuenta por parte del terapeuta es que el objetivo de la familia es buscar la abstinencia, se debe descubrir a los coadictos para no sabotear el tratamiento.

La familia generalmente al principio va a estar en negación, no aceptan que esa persona es adicta, después de esto cuando el adicto se integró al tratamiento la mayoría de las veces su familia entra a la fase de agresividad contra la persona adicta, hay que tener mucho cuidado ya que no se puede olvidar que la adicción es un síntoma de malestar profundo.

Ayuda mucho integrar a la familia primeriza con otras familias que ya han tenido experiencia en esto para que les den apoyo y sirvan de espejo.

Cuando la persona adicta ya sale del centro clínico en casa se le debe dar tareas domésticas para que ocupe su tiempo libre y sobre todo la colaboración es importante para lograr una abstinencia y se aumenta el control de la familia sobre el adicto.

Se debe tener en cuenta que puede haber nuevos síntomas o conductas fuera de lo normal en algunos miembros de la familia cuando la persona adicta entra en tratamiento y hay que tener una adecuada interpretación para que no afecte de nuevo a la persona adicta. Entonces el familiar debe dejar de vivir envuelto en problemas y debe buscar otras actividades, relaciones.

Luna (2005) menciona los pasos que debe seguir una persona dependiente de sustancias psicoactivas:

1. No quedarse en la pregunta el por qué a mí, sino cambiar al para qué, no sirve de nada seguir preguntando por qué sucede tal situación, sino dar respuesta a la situación.
2. Entender, comprender, informarse sobre el problema de las sustancias que consume y buscar asesoría.

3. Poner en práctica actitudes y comportamientos frente a la persona que consume por ejemplo asambleas familiares, time out, etc.
4. Se debe asumir la libertad como familiar o persona que consume sustancias psicotrópicas.
5. Ir agregando y aceptando con calma la forma de vida en cuanto a sus actitudes y comportamientos existenciales como lo espiritual, la libertad, responsabilidad, sentido a la vida y a la muerte.
6. Vivir en una desorientación orientada, es decir a pesar de lo malo que pueda ocurrir siempre habrá una salida, una solución y se la debe buscar.

5. Psicodrama

Yabonsky Lewis fue el primero en utilizar el psicodrama en el trabajo con adictos.

Para las personas con problemas de adicción, esta terapia puede ayudarles a exteriorizar de forma teatral su propio mundo interior. Al ser una terapia grupal, se necesita la colaboración del grupo para poder resolver los conflictos emocionales y también puede ayudar a solucionar los problemas de otros participantes ya que se pueden sentir identificados con el cliente que hace de protagonista en ese momento. Es una forma catártica para el cliente. Cuando hay grupos de menos personas existe menos inhibiciones y los conflictos íntimos salen a flote más fácil.

6. Teoterapia

La Teoterapia se enfoca en el tratamiento integral del amor de Dios para la persona con abuso a una o varias sustancias, está conformado por organizaciones que se dedican a la lectura de la Biblia, con el fin de tratar a personas con abuso de sustancias.

Hay algunos casos de adicción que se han recuperado mediante esta alternativa, pero hay que tener cuidado ya que se pueden correr riesgo como descuidar a su familia porque puede que se enfoque solo en la religión, ya que, tienen una misión divina (Dios, un ser divino o un ser superior les encarga alguna tarea o misión específica a esa persona que está en tratamiento), que debe cumplir. Hay que analizar si es justo o no para la familia.

7. Comunidad terapéutica

En 1958 en California-Estados Unidos, fue la primera vez que se fundó una comunidad terapéutica con el fin de realizar tratamientos para personas con dificultades de adicción. Su fundador fue Charles E. Dederich, fue un graduado de Alcohólicos Anónimos. Esta comunidad vivía en una casa vieja, en la cual pasaban su fase de recuperación participando en seminarios y psicoterapias grupales donde realizaban una examinación de todos sus problemas.

Son un grupo en el cual afrontan sus problemas, dificultades, riesgos, inseguridad y tensiones de la vida cotidiana con el fin de encontrar un equilibrio, una regulación de sus emociones y sentimientos.

Antes de cada reunión recitan que “cada frase es analizada y hecha propia por el joven en tratamiento. Por lo general estas comunidades ofrecen tratamiento que se divide en tres fases:

-Fase de acogida: Es el primer contacto en el programa en el cual se les hace participar en reuniones de información y orientación. Al cliente y su familia se les explica cómo va a comenzar el tratamiento, es decir mantener la abstinencia de los psicoactivos, los trabajos para el hogar, reglas que se deben respetar. Se pasa la mayoría del día en la comunidad, pero

regresa a dormir en casa, no se le puede dejar sola a la persona que presenta abuso de sustancias.

-Fase residencial: Solo en esta fase la persona vive 24 horas de tratamiento intenso en la comunidad, el resto del tiempo que se encuentra internado no se le permite tener contacto con sus familiares.

-Fase de reinserción: La persona que presenta abuso de sustancias regresa a su hogar u otra casa para incorporarse de poco a poco en su vida tanto laboral, estudios, familia. Cada semana se hace un seguimiento con reuniones.

Algunas comunidades no necesariamente viven estos tres pasos ya que suelen tener un tratamiento más personalizado y con más asesoría profesional.

8. Modelo mixto

Para que el profesional pueda entender y tener una reflexión del tratamiento se necesita que viva dentro de la comunidad “como si fuera un adicto”, de esta manera tendríamos un mejor sistema de tratamiento. En este modelo se une tanto la comunidad terapéutica y más intervenciones profesionales.

Las técnicas que son más ocupadas en este modelo son la confortación, grupo dinámico, grupo estático, grupo de objetivos, grupo de meditación o reflexiones.

9. Modelo mixto y logoterapia

Las variantes dependen de la persona, ambiente y sustancia psicoactiva que utiliza para determinar su intensidad del tratamiento, las más utilizadas son:

-Grupos especiales: Las personas deben acudir dos o tres veces a la semana para sesiones individuales y/o grupales, esto es para personas adictas que necesitan un seguimiento más individual, ya que su adicción está muy presente.

-Grupos diurnos: Personas que tienen un fuerte control y ayuda familiar acuden el día a tratamiento y en la noche duermen en su hogar.

-Grupos residenciales: Aquí el trabajo es muy intenso y la persona adicta está internada. Con frecuencia la duración de esta variante es de 9 meses y 3 años. Cuando ya salen deben seguir asistiendo a los grupos de apoyo los cuales son cada 8 o máximo 15 días.

El diálogo socrático en la persona con abuso de sustancia se debe tener en cuenta:

La autocompasión o victimismo ya que el tóxico-dependiente se pregunta con frecuencia ¿por qué me sucedió a mí? ¿por qué tengo mala suerte? Ante esto el terapeuta debe responder ¿y por qué no? ¿hay alguna razón para que a usted no le pase esto? ¿conoce a alguien más que haya pasado por lo mismo? Con estas preguntas socráticas se intenta descentrar a la persona, haciéndole pensar al individuo no sólo en él sino también en las otras personas que esas personas también pueden pasar por lo mismo o por algo más grave.

Otras frases comunes son: me drogo porque no tengo trabajo o no tengo padres, porque la sociedad me rechaza. Frente a esto se les debe reforzar su locus de control interno, hacer que la persona se haga responsable de su comportamiento y también razonamientos de: A pesar de que me sucedió tal cosa yo puedo responder y actuar de tal manera.

El significado o sentido positivo de los hechos pasados, la persona adicta ha pasado por situaciones que son dolorosas, por lo que el terapeuta con estos hechos debe ayudarle a encontrar un significado positivo, por ejemplo: gracias a lo que me paso ahora puedo ser mejor en tal cosa.

Desde la aplicación de la logoterapia, surge el modelo de intervención CAYA (Colectivo aquí y ahora), el cual se centra en un sistema de abordaje motivacional, enfocado en un trabajo psicoterapéutico de multicomponentes, desde la aplicación de cuatro ejes teóricos: 1) el sentido de vida, 2) la motivación para el cambio, 3) la personalidad y 4) la prevención de recaídas (Martínez, 2011, como se citó en Ortiz, et al., 2015).

- 1) El primer eje se basa en la teoría de Viktor Frankl, en el que se menciona que el desarrollo de las adicciones está vinculado con un vacío existencial, y de esta forma se trabaja en facilitar la percepción del sentido de vida de la persona, además de potenciar los recursos personales y la relación terapéutica.
- 2) El segundo eje se centra en la implicación del trabajo motivacional, para aumentar el estado de adherencia a la motivación del cambio y el tratamiento, se integran los planteamientos de Miller y Rollnick (199), sobre la terapia motivacional y el trabajo de Frankl, sobre el sentido de vida como factor de impulso para la recuperación.
- 3) El tercer eje interviene en los problemas de personalidad, los cuales presentan una vulnerabilidad en la problemática de las adicciones, se postula que los trastornos de personalidad (TP), son primarios a la adicción y subyacen a la aparición de consumo patológico, siendo así que, al intervenir en los TP, las personas tendrán un mejor pronóstico y un menor número de recaídas.
- 4) El cuarto eje se centra en la prevención de recaídas, para buscar establecer una abstinencia a largo plazo.

Además de los ejes mencionados, el modelo incluye intervenciones familiares, que consta de 10 sesiones de psicoterapia familiar, 36 intervenciones multifamiliares, una intervención individual de logoterapia, llevada a cabo en 16 sesiones y una intervención grupal, dentro de 320 sesiones (Martínez, 2011, como se citó en Ortiz, et al., 2015). El

modelo terapéutico cuenta con prácticas basadas en la investigación, demostrando la eficacia en el abordaje del tratamiento para las adicciones, desde la importancia de los componentes del sentido de vida, los recursos psicológicos y la intervención de los rasgos de personalidad, llegando a generar la posibilidad de una postura frente a las emociones, pensamientos, para darles un espacio u oponerse a ellos (Ortiz, et al., 2015).

- Terapia Gestalt

La terapia Gestalt es otra forma de psicoterapia que surge a partir de los preceptos humanistas, donde se considera que las personas son un todo, mismo que no se puede explicar por la suma de sus partes, los seres humanos están en constante interacción con el medio ambiente y como resultado tiene la capacidad de autorregularse; por esta razón no se puede entender a la persona sin conocer el medio ambiente en el que se desarrolla. Los problemas psicológicos para este enfoque nacen de los asuntos pendientes, inacabados, ya que, impiden un contacto correcto con la realidad del presente. El objetivo de la terapia Gestalt es darse cuenta de algo que no se había percibido antes (Morejón, 2019).

La patología, que en este caso es la adicción, se da por no poder adaptarse al entorno, por lo cual no logra la persona formar figuras claras en relación con el aquí y ahora de una experiencia. El desarrollo natural que tiene el ser humano se basa en ciclos de contacto-retirada, al momento que se bloquea por cualquier tipo de barrera impide la satisfacción de necesidades. Las barreras mencionadas son producto de aprendizajes a temprana edad, ambientes pobres, los cuales determinan la forma en la que conectan las personas con el mundo exterior (entorno). El ciclo de contacto-retirada quiere decir que contactar es entrar en conexión con el ambiente para lograr satisfacer una necesidad ya sea emocional o física y la retirada es lo que permite asimilar lo obtenido (Morejón, 2019).

La terapia gestáltica busca más el crecimiento personal mediante el aumento de la conciencia de la persona. La terapia es un momento de contacto con un terapeuta que acoge al cliente, en este espacio se trabaja en fomentar la conciencia del usuario. Este proceso se da a través de técnicas que promueven el aumento de la conciencia, ya sea del momento en que se encuentra, su emoción o su pensamiento. Algunas técnicas son la repetición, imitación, identificación, continuo de conciencia y hacer la ronda (Morejón, 2019).

En la terapia gestáltica las adicciones entran como auto-interrupción con los sentimientos y vivencias del aquí y el ahora, es decir con el modo de vivir, las frustraciones y los vacíos de la autopercepción. El terapeuta acompaña a la persona que consume una sustancia en el proceso para que se dé cuenta, focalice el aquí y ahora, tome responsabilidad de sus actos, decisiones y pensamiento con el fin de que el organismo se autorregula solo de forma adecuada y consistente (Cuervo Urrea, 2009, como se citó en Calabro, 2018).

La persona que es dependiente a una sustancia usa la droga o la conducta adictiva de consumo para regular sensaciones o sentimientos, conforme la persona se haga más dependiente adquiere una relación primaria con la sustancia o con la conducta adictiva y las otras experiencias se convierten en secundarias o no son relevantes. Cuando se llega a fijar esta relación en la vida de la persona comienza a interrumpir sus necesidades y convierte la necesidad por la sustancia o conducta adictiva en algo constante, es así cuando la persona se vuelve dependiente a la sustancia (Woldt, 2007, como se citó en Calabro, 2018).

Las metas más importantes del tratamiento son ampliar las conductas y estimular aprendizajes para lograr nuevas autorreferencias, completar situaciones que no estaban concluidas y poder avanzar con aquellos bloqueos que existían con el fin de integrar polaridades que no se tenía conciencia y lograr más responsabilidad sobre sí mismo (Zinker, 1979, como se citó en Calabro, 2018).

Capítulo III

3.1 Tratamientos para el uso Problemático de Drogas en Ecuador

El problema de las drogas afecta a todos en el mundo, por lo que es más difícil observar cómo alguien vive su vida, es decir cualquier problema, conflicto que suceda en la vida de las personas la mejor solución ahora es consumir alguna sustancia para que mejore el panorama de la vida, más no buscando una solución ante el problema, se lo podría observar como una escapatoria a la realidad. Además del aumento de las incautaciones de anfetamina y metanfetamina, es bien sabido que la producción de cocaína ha alcanzado un máximo histórico. Estos factores han llevado a una continua expansión de los mercados de sustancias psicoactivas, particularmente en áreas vulnerables (UNODC, 2022).

Según UNODC (2022), la producción y venta de drogas por lo general aumentan y prolongan los conflictos, también afecta a los efectos desestabilizadores de la persona en su vida y lo que le cuesta tanto en el ámbito social como económico.

Se puede calcular que, en el 2020, 284 millones de personas en todo el mundo de edades entre 15 y 64, la mayoría hombres, en los últimos 12 meses había consumido alguna droga. Eso quiere decir que 1 de cada 18 personas en este rango de edad consumieron sustancias psicoactivas a nivel mundial (UNODC, 2022). Además, se estima que el número total de personas que presentan un trastorno por consumo de sustancias incrementó de 27 millones en el año 2010, a 38 millones en 2020, en donde el grupo de las drogas cannábicas, generan el mayor número de trastornos por consumo de drogas. Dentro de América del Sur, el Caribe y Centroamérica, se registra la mayor proporción de personas que acuden a tratamiento (UNODC, 2022).

La edad de personas que acuden a tratamiento por la problemática de drogas, varía según la región, aproximadamente la media resulta alrededor de los 35 años, además se registra que la mayor proporción de jóvenes menores a 35 años que presenta dicha problemática, se sitúa en África y las Américas, desde las edades que acuden a tratamiento se encuentran: una media de 27 años en el consumo de cannabis, una media de 31 años en el uso de anfetamínicos, una media de 38 años en el consumo de cocaína y una media de 43 años en el consumo de opioides (UNODC,2022).

El tratamiento del consumo de drogas es un proceso estructurado que tiene por objetivo reducir o detener la administración de las drogas, para generar el bienestar y funcionamiento adecuado de la persona, además de reducir las complicaciones de su uso y la recaída para evitar futuros daños, el tratamiento puede llevarse a cabo en espacios de comunidad, establecimientos generales de salud, centros ambulatorios, especializados, de corta y larga duración o residencial (UNODC, 2022). Para el acceso y disponibilidad del tratamiento, en la mayoría de los países, la responsabilidad y el manejo, es resuelto por el sistema público sanitario, además de organizaciones no gubernamentales, el sector privado y el sistema de justicia penal.

Dentro del Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2022), se resalta que Ecuador fue el tercer país que obtuvo mayores niveles de incautaciones de cocaína, representando el 6.5 % a nivel mundial. Desde los últimos datos obtenidos en el 2016, sobre la estimación de la población que hace uso de drogas, se estima que alrededor de 791.733 personas son consumidoras de alcohol y otras drogas (Mercurio, 2022). Además, Ecuador cuenta con el mayor número de atenciones de tratamiento brindado en la región con un total de 110,970 personas atendidas, por consumo de opioides, cannabis y cocaína (UNODC, 2022).

La república del Ecuador cuenta con mecanismos, leyes, protocolos y acuerdos internacionales que se alinean a la necesidad de atender a la población que usa drogas. El Ministerio de Salud Pública (2022), menciona que realizó un informe técnico de evaluación del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental de Ecuador en los años 2014 hasta el 2017, el cual contiene documentos que están enfocados en cómo están organizados los servicios de salud mental, en todos los niveles de atención y tienen una orientación familiar y comunitaria, atienden a las personas con trastornos mentales comunes y graves, promueven la salud mental, la prevención, recuperación y rehabilitación.

Además, promueven la desinstitucionalización de los pacientes antes de ser internados en los hospitales psiquiátricos por largo tiempo, esto lo realizan por medio de redes de contención en las comunidades, aunque desde que lo publicaron no existe una evaluación pertinente para saber su efecto.

También dentro de la evaluación del Plan Estratégico, se menciona que no tienen una dirección nacional de salud mental por ende tampoco un sistema especializado en salud mental, pero si maneja elementos básicos en varios sistemas de red integral de salud, tampoco existe un presupuesto para ello. En el acuerdo ministerial, el cual sigue vigente hasta la actualidad, dentro del acuerdo se menciona que están habilitados dispositivos comunitarios y residencias de apoyo para personas con trastornos mentales y personas que consumen drogas. Lo que más se presenta en el sistema público de salud son casos ambulatorios básicos, en el caso que sea alguna urgencia de salud mental no podrá ser atendido porque no cuentan con los servicios especializados para urgencias (MSP, 2022).

Niveles de atención en el sistema público de salud

Los diferentes establecimientos de salud presentes en el país se organizan bajo un marco normativo, en el que su representante o autoridad principal es el Ministerio de Salud

Pública (MSP). Para la atención y servicios que ofertan las instituciones, se presentan tres niveles de atención, los cuales permiten distinguir el personal y las herramientas que cuentan los establecimientos para atender o acoger a las personas (MSP, 2020).

A continuación, se describen los niveles de atención:

- **Primer Nivel:** Desde los establecimientos de primer nivel se brinda servicios de atención ambulatoria o de un periodo corto de estancia, a través de profesionales de la salud con un título de tercer nivel y con especialistas designados por la autoridad sanitaria, se presenta una atención directa con la comunidad (MSP, 2020).
Los servicios abordan una atención integral (MSP, 2020) hacia el individuo, la familia y la comunidad, entre las prestaciones se encuentran la promoción de salud, la prevención de enfermedades, rehabilitación y recuperación de la salud, y cuidados paliativos. Además, dependiendo de la tipología se puede contar con servicios de consulta externa, apoyo diagnóstico/ terapéutico y atención de enfermería.
- **Segundo Nivel:** Desde el segundo nivel, se presentan establecimientos que prestan un servicio de salud de especialidad, ambulatoria e internación o hospitalización, en los cuales se aborda la promoción y prevención de salud, rehabilitación, recuperación y cuidados paliativos, además se puede encontrar la medicina y terapias alternativas (MSP, 2020).
- **Tercer Nivel:** En el tercer nivel de atención se encuentran los establecimientos de salud de especialidad y subespecialidad, en forma ambulatoria y con internación hospitalaria, dentro de las prestaciones de servicio se encuentran la promoción de salud, la prevención de enfermedades, rehabilitación, recuperación y cuidados paliativos cuenta con una alta complejidad en las especialidades y sub-especiales, además posee una tecnología especializada y alta complejidad (MSP, 2020).

De acuerdo con el MSP (2022) en las atenciones del primer nivel de atención incluyen un servicio ambulatorio intensivo para salud mental, en el segundo nivel de atención cuenta con hospitalización, la mayoría de los hospitales cuentan con camas polivalentes y los servicios que tienen ahí son de consulta externa y emergencia. El sistema nacional público cuenta con un solo hospital psiquiátrico; mientras que existen ocho hospitales psiquiátricos privados, los cuales han aumentado el número de camas para la atención de salud mental a lo largo del tiempo. Por el contrario, en el sistema público se ha mantenido con el mismo número de camas.

La red pública de salud no tiene servicios de salud mental para población infanto-juvenil, pero consta con especialidades específicas como psicología infantil, estimulación adecuada y psiquiatría infantil (MSP, 2022).

Según el MSP (2022), en el 2020 había doce centros especializados en el tratamiento para adicciones, todos estos centros eran para pacientes eran adultos y adolescentes hombres, en cuanto a las mujeres solo había uno que atendía exclusivamente a adolescentes. Aparte de esto es muy limitada la atención para las personas que requieren atención en salud mental y cuando se logra tener esta atención, es muy restringida. El uso de las instalaciones de los centros de salud y la participación de programas nacionales o locales, también se percibe como insuficiente.

Dentro de los datos del MSP (2022), se encuentran la atención de los egresos hospitalarios y las atenciones ambulatorias, las cuales son registros diarios, automatizado tanto desde las consultas y atenciones, presentando en el año 2016, 16.007 atenciones. Además, para mayor conocimiento de los datos se presenta en el Anexo 6, las atenciones ambulatorias.

3.1.1. Índice de Atención en los Centros de Salud, Hospitales, de Forma Ambulatoria para los Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Dentro del informe técnico de evaluación del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental (MSP, 2022) se encuentran los estudios de la epidemiología psicológica en Ecuador (Anexo 7) y la prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas a nivel nacional (Anexo 8).

Según el MSP (2017) se priorizan las atenciones de salud mental en ciertas provincias ya que ha incrementado el número de casos de trastornos de salud mental por consumo de sustancias psicotrópicas. Las zonas priorizadas son las 3,6 y 8. Para mayor comprensión, en el Anexo 9, se mostrará a detalle las provincias y ciudades que conforman cada zona.

Hasta el 2022 según el MSP, se cuenta con 11 centros que son especializados para tratamiento de adicciones, están ubicados en 7 zonas de salud (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7) en las provincias de Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos, Pichincha, Napo, Tungurahua, Pastaza, Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas, Santa Elena, Guayas, Los Ríos, Cañar, Azuay, El Oro y Loja. Tienen 460 camas para la atención en modalidad de internamiento, 4 de estos centros son especializados para adolescentes varones y 1 para adolescentes mujeres con el rango de edad de 12 a 17 años, los adolescentes que ingresan a este centro lo hacen con una orden judicial. Los demás centros son para adultos varones de 18 años o más. Hasta el 2022 no se registró ningún centro público de tratamiento para las adicciones especializado en mujeres adultas. Dos de estos centros (zona de salud 6 y 4) tienen el permiso de funcionamiento y están ubicados en Gualaceo y Portoviejo.

Según el informe técnico del MSP tienen un sistema que se actualiza diariamente con información de consultas y atenciones ambulatorias de los consumos de sustancias psicotrópicas a nivel nacional el cual arroja los resultados: Guayas está en el primer lugar de

consultas y atenciones, en segundo lugar, está Pichincha, tercer lugar Pastaza y con bajos niveles en Esmeraldas, Manabí y Sucumbíos. Para un mayor entendimiento dentro del Anexo 9, se encuentra los resultados sobre la prevalencia de consumo a nivel nacional.

Según datos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) en el país hay 55 Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD) privados y tienen permisos para su funcionamiento.

Según el informe del MSP (2022) en los establecimientos de primero, segundo y tercer nivel de atención en el 2020 el número de consultas de morbilidad en los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas el cual se codifica con el código del CIE-10 (F10-F19) fue de 49.240.

3.1.2. Tratamientos Utilizados en el Ecuador para Personas Drogodependientes

En la Constitución de la República del Ecuador del 2008, en el artículo 364 el estado declara que las adicciones son un problema de salud pública, por esta razón comenzaron a crear programas con información, promoción, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas; también ofrecieron tratamiento y rehabilitación para los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos (MSP & MIES, 2015).

Existen algunos Centros Especializados en Tratamientos para personas con Consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), los cuales son establecimientos públicos, especializados en diagnosticar, realizar tratamiento, rehabilitación e incluso la integración social a las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Estos son centros residenciales que además ofrecen servicios con profesionales de medicina, terapia

ocupacional, psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería, nutricionista y personal de apoyo.

Desde los modelos de tratamientos utilizados en los establecimientos del MSP, para las adicciones en Ecuador se encuentran:

3.1.2.1. Modelo de Atención Integral Ambulatoria para el Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas

Desde el modelo atencional integral ambulatorio, propuesto en 2017, se establecen servicios ambulatorios, que son establecimientos que se sitúan en el primer nivel, donde se ofrecen servicios para dar resolución y respuesta ante las problemáticas de salud mental de mediana y alta complejidad, en donde se brinda herramientas técnicas para un abordaje integral ante el consumo problemático de drogas (MSP, 2017). Dentro de la población objetivo está dirigido a adolescentes de 11 a 17 años de edad, adultos hombres y mujeres, que presentan problemáticas de salud mental relacionados a la adicción.

Para que la persona acceda y aplique al modelo ambulatorio intensivo dentro de los establecimientos de primer nivel (MSP, 2017), se establecen los siguientes factores:

- 1) Factores clínicos: las personas que pueden acceder a la atención ambulatoria, son aquellas que cuenten con un diagnóstico descrito por el CIE-10, desde los códigos F10 a F19, excluyendo F17, y la implementación de las sub categorías .1 y .2.
- 2) Factores sociales: deben cumplir al menos tres de los siguientes elementos: desempleo o incapacidad laboral; deterioro en las habilidades sociales; rechazo en su medio cotidiano; conductas de riesgo que comprometan la vida; ausencia de una residencia.
- 3) Factores individuales: se debe cumplir al menos tres de los siguientes factores: falta de autocuidado; aislamiento; pérdida de autoestima; una dependencia económica; fracaso escolar y/o laboral.

- 4) Factores familiares: se debe cumplir al menos tres de los siguientes criterios: ausencia de una familia, rechazo familiar o de su colectivo, destrucción familiar, otras patologías graves dentro del núcleo familiar.

Además, se presentan factores que permiten la exclusión de la atención ambulatoria a las personas que presentan la problemática de adicciones (MSP, 2017), los cuales son: un retraso mental grave, trastornos orgánicos, situaciones de patologías agudas (una crisis psicótica), conductas agresivas auto o hetero dirigidas.

Desde la modalidad ambulatoria para el tratamiento de adicciones, se plantea un proceso, en donde los pacientes que residen en su hogar o en una institución que los remite, y que atraviesan un momento de dificultad relacionado a diversas circunstancias por la problemática del uso de sustancias, acceden a una atención integral y sistemática, con el propósito de resignificar su realidad personal y social, al generar un cambio y transformación en su contexto particular (MSP, 2017).

El desarrollo del proceso de intervención y atención terapéutica es realizado desde las consideraciones particulares ante las características y necesidades de la persona, iniciando por el diagnóstico hasta finalizar con el egreso, tomando en cuenta el protagonismo que tiene la familia dentro del avance. Existen siete etapas de intervención terapéutica dentro del modelo atencional ambulatorio para el proceso de tratamiento de adicciones, que va desde el proceso de desintoxicación hasta el egreso institucional, las fases se ven descritas dentro del Anexo 10.

3.1.2.2. Modelo de Atención Integral Residencial para el Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas.

El modelo de atención integral residencial, propuesto en 2015, se centra en establecimientos de tercer nivel de atención, para resolver las problemáticas de salud mental de alta complejidad y que requieren un tratamiento especializado como lo son las adicciones

a sustancias. Además, dentro de esta modalidad se encuentran los CETAD, que son establecimientos especializados para abordar y trabajar las adicciones.

Se trabaja con un enfoque terapéutico integrativo, que cuenta con una estructura y normas, que tiene por objetivo el cambio integral del estilo de vida de la persona, abordando la abstinencia, la eliminación de la conducta antisocial y una mejora en la situación laboral y/o educativa. Se implementa durante las 24 horas del día un aprendizaje de conductas, mediante el entrenamiento en habilidades, el desarrollo de fortalezas y manejo de contingencias.

El modelo residencial se ve relacionado con un modelo de Comunidad Terapéutica, desde un enfoque integrativo, siendo un programa de contención y evitación de riesgos, en el que las personas se acoplan a una normativa que tiene por objetivo desarrollar un responsabilidad individual y autocontrol. Además, se centra en cambiar patrones de pensamiento y comportamientos negativos, a través de las intervenciones terapéuticas, psicofarmacológicas, actividades recreativas y artísticas que fomentan la identificación emocional (MSP, 2015).

La población o pacientes que pueden acceder a los servicios de los CETAD, son aquellas personas que presenten un consumo problemático de drogas y que tengan un diagnóstico F10 a F19, excluyendo F17, y las subcategorías .1, .2, .3, además deben presentar características como: una carencia en la esfera social y familiar, intentos infructuosos ante el abandono del uso de sustancias, dificultades para alcanzar objetivos propuestos en el tratamiento ambulatorio, entre otros. Para un mayor conocimiento, se presenta en el Anexo 11 la recopilación de características para acceder a los servicios del CETAD.

Dentro del tiempo de duración del tratamiento desde el modelo residencial, desde el ingreso hasta el egreso institucional, se considera un aproximado de 6 meses, que dependerá a

su vez de la evolución particular e individual de cada persona, además del criterio que, del equipo técnico, residiendo un tiempo menor o mayor a lo estimado (MSP, 2015).

Se presentan dos etapas de intervención terapéutica dentro del modelo atención residencial para el proceso de tratamiento en las adicciones (MSP, 2015), dentro la primera etapa se encuentran las cuatro primeras fases que constan en el modelo ambulatorio, en la segunda etapa, se presenta un modelo de seguimiento, que se centra , en que una vez que la persona egresa de la institución, en un proceso de reinserción a nivel educativo, laboral o a su vez inclusión familiar y formación social de redes de apoyo, cabe mencionar que dentro de esta fase existe un trabajo conjunto entre el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Además, es importante mencionar que, dentro de los CETAD, se encuentran herramientas específicas que permiten el abordaje de la problemática de las adicciones y que fomentan el abordaje terapéutico desde un modelo comunitario, para un mayor conocimiento se presenta el Anexo 12, en el que se describen las herramientas utilizadas.

3.1.2.3. Modelo de Atención Integral Residencial para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, en las Casas de Acogida y Tratamiento (MIES – MSP).

El MIES Y MSP se unieron para brindar un servicio de atención a los adolescentes que tienen algún problema con el consumo de alcohol y otras drogas, creando casas de acogida con tratamientos y especialistas para las personas con adicciones.

Estas casas de acogida son públicas y brindan los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión e integración social para los adolescentes con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Todos estos servicios son gestionados y aprobados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el Ministerio de Salud Pública. También

cuentan con profesionales de medicina, terapia ocupacional, psicología clínica, trabajo social, auxiliar de enfermería, operadores terapéuticos los cuales están designados para realizar intervenciones dependiendo de cada necesidad que los adolescentes tengan. Cuentan con psiquiatría, nutricionista y bioquímico farmacéutico no de manera fija (MSP & MIES, 2015).

Antes de que los adolescentes ingresen a los centros de recuperación hay una norma que se debe cumplir y están dictadas por la Regulación de los Centros de Recuperación para Tratamiento a Personas con Adicciones o Dependencia a Sustancias Psicoactivas la cual es emitida por el MSP. La cual menciona que se debe contar con la firma de aceptación por parte del adolescente y su representante legal, esta aceptación debe contener la misma información que la de un adulto. Adicionalmente tiene que ser registrada en el MSP y autorizada por un Juzgado de la Niñez, Adolescencia y Familia.

Ahora bien, cuando él o la adolescente ingresa, se usa el Modelo de Atención Integral el cual es de uso obligatorio en todas las Casas de Acogida y Tratamiento del MIES, en articulación y cooperación con el MSP. Los lineamientos establecidos del Modelo mencionado que se deben utilizar al momento que un adolescente ingresa, cuenta con una serie de terapias, enfoques y técnicas psicoterapéuticas, además de contar con un tratamiento psicofarmacológico, que dependerá de la situación clínica, para mayor conocimiento se presenta en el Anexo 13, las terapias utilizadas en las Casas de Acogida.

Dentro de los modelos a nivel residencial como ambulatorio y del MIES, el rol del psicólogo, se ve implicado en las siguientes tareas: la atención individual y grupal en psicoterapia según los requerimientos de los pacientes, la atención familiar, la recepción y atención de las personas nuevas que ingresan al modelo atencional tanto a nivel ambulatorio como residencial, la participación en la discusión de casos, identificar y diagnosticar los

problemas de salud mental, la implementación de actividades como documentales, videos relacionados a la temática de terapia.

Los enfoques psicológicos y técnicas recomendadas, que son descritas en los modelos atencionales del MSP y del MIES, tanto a nivel ambulatorio y residencial, son: a) Enfoque cognitivo conductual, b) Enfoque humanista, c) Enfoque sistémico (MSP, 2016). Cabe mencionar que los enfoques mencionados, no son esencialmente obligatorios, si los profesionales poseen otro modelo teórico ante la problemática de las adicciones es posible su aplicación y abordaje, siempre y cuando se busque el bienestar integral de la persona.

A continuación, se describen los enfoques psicológicos recomendados:

a) Enfoque cognitivo conductual, en el que se plantea que los estímulos desencadenantes del consumo están situados ante la interacción de las creencias, además de centrarse en fomentar habilidades de autonomía. Entre las principales técnicas se sitúan el método socrático, el análisis de ventajas y desventajas, toma de decisiones, intervenciones paradójicas, entrevista motivacional y las técnicas de relajación.

b) Enfoque humanista, se centra en la posibilidad de la elección de la persona sobre en que se convertirá, desde la implementación de los propios valores, se trabaja en la definición de su libertad, concientizar su individualidad, el centrarse en el presente, y potenciar la autorrealización, se encuentra el psicodrama moreniano, grupos de encuentro de Rogers, y la logoterapia.

c) Enfoque sistémico, se centra en la modificación de la estructura familiar y la implementación de límites en la comunicación, el profesional debe comunicarse con la familia, para construir un sistema terapéutico para abordar las dificultades de los miembros familiares, entre las técnicas se encuentra la terapia multifamiliar y la terapia familiar estratégica.

Es importante para la descripción de los modelos de atención antes abordados, conocer la ruta de actuación institucional propuesto por el MSP, de forma que se presenta en el Anexo 14, la ruta desde el ingreso hasta la salida o derivación de la persona que presenta un consumo problemático.

3.1.3. Protocolos y Reglamentos Relacionados a los Tratamientos para las Drogodependencias

Para la descripción de los protocolos y reglamentos utilizados en Ecuador, se hará referencia primero al Protocolo de Atención integral del consumo nocivo de drogas, segundo se abordará de forma breve el Protocolo de intoxicación aguda de opioides, el cual se centra en establecer propuestas de trabajo desde el ámbito psicofisiológico. Y finalmente se describen los reglamentos relacionados al tratamiento desde la operacionalización de los *Establecimientos que prestan servicio de tratamiento a personas con consumo problemático de drogas* “ESTAD” y la *Ley orgánica de Prevención Integral del Fenómeno de las Drogas*.

3.1.3.1. Protocolos.

- Protocolo de Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El Protocolo de *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas* (2016), es considerado como una herramienta para la práctica profesional, desde el ámbito integral de la salud, elaborado por el MSP, con el objetivo de fortalecer las capacidades en el abordaje integral de la problemática del consumo de drogas, y que posee una recopilación científica para brindar y garantizar una adecuada atención a las personas, constituyendo un apoyo para que los profesionales de la salud, cuenten con la capacidad de respuesta oportuna y efectiva.

Se describirán a continuación las consideraciones del abordaje aplicado en el protocolo de atención integral para el consumo nocivo de drogas:

1.- Evaluación clínica: Se considera como la etapa más importante del tratamiento, ya que para el correcto abordaje es vital lograr un vínculo terapéutico de empatía, colaboración y comprensión, lo que determinará el resto de las fases de tratamiento, dentro de los objetivos de esta primera intervención (MSP, 2016). Desde el ámbito de la evaluación clínica de las adicciones se debe incluir: la historia clínica completa, exploraciones complementarias y la utilización de herramientas de tamizaje para establecer un diagnóstico adecuado.

2.- Historia Clínica: En cuanto a la elaboración de la entrevista clínica será el profesional de salud responsable de realizarla, él mismo que deberá propiciar una actitud y clima adecuado para el desarrollo, y posteriormente para las intervenciones y seguimiento de la persona. Se establece la anamnesis como herramienta para abordar y valorar el consumo, incluyendo preguntas para el conocimiento y abordaje, además, es importante no realizar juicios de valor, no generar confrontaciones, ni amenazas, dependiendo del estado emocional del paciente la entrevista se podrá realizar durante varias sesiones (MSP, 2016).

Dentro del mismo protocolo se citan las recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría para la evolución de la evaluación clínica, las cuales son: Identificación de datos de filiación; Situación por la cual demanda tratamiento el paciente; Historia adictiva y de salud; Entrevista a informantes externos (MSP, 2016).

3.- Evaluaciones complementarias: Las pruebas complementarias, permiten la recogida de información de estado psicofisiológico de la persona, las cuales son aplicadas durante la entrevista clínica y permiten determinar la gravedad de la adicción. Todos los pacientes que presentan una adicción o una dependencia a las drogas deben contar con una serie de exámenes, entre los cuales se encuentran: serología de VIH, electrocardiograma, control de tóxicos en orina, test de embarazo, estudios de coagulación, entre otros (MSP, 2016).

4.- Diagnóstico: Es de gran importancia contar con instrumentos que permitan la valoración de síntomas de dependencia, los cuales permitirán esclarecer y determinar los criterios internacionales tomados desde el CIE-10. De este modo se evaluará la gravedad de la dependencia, utilizando escalas como: Alcohol, Smoking and Substance Involvement (ASSIST), Severity of Dependence Scale (SDS) y Addiction severity index (ASI). Es importante identificar la o las sustancias utilizadas por el paciente y aplicar cuestionarios específicos para cada droga, además de aplicar cuestionarios que permitan evaluar la calidad de vida de la persona (MSP, 2016).

5.- Consideraciones en las diferentes sustancias.

5.1.- Alcohol

La consideración del uso nocivo de alcohol se presenta en grandes cantidades de lo tolerable para cada persona, los síntomas se caracterizan por niveles crecientes de estados de depresión en el SNC, los efectos se pueden dividir en tres grados: 1) Se presenta euforia y excitación, una leve alteración motora y de atención. Posteriormente surge una alteración de humor, el comportamiento y el juicio, 2) Se produce ataxia, cambios pronunciados en el humor y alteraciones de la conducta, 3) Inicia con letargia, anemia, náuseas y vómito, continúa con coma en el bebedor no recurrente y finalmente la muerte (MSP, 2016).

Desde las intervenciones psicológicas aplicadas para el abordaje de las adicciones (MSP, 2016), se encuentran las estrategias aplicadas a las fases del cambio y la intervención breve.

Estrategias en las fases de cambio.

- Precontemplación: Mediante el uso de preguntas abiertas y una actitud no enjuiciadora, se busca que la persona hable sobre su consumo.

Estrategias: Se exploran las expectativas negativas y positivas sobre el consumo; se realiza psicoeducación para informar sobre los efectos nocivos de la sustancia; explorar en su red social si ha existido preocupación por su consumo; explorar el día a día en la vida de la persona y como se relaciona con su consumo.

- Contemplación: Se realiza una valoración objetiva sobre los problemas relacionados al alcohol, desde las entrevistas e instrumentos de evaluación, además se busca fomentar la autoeficacia.
- Estrategias: Se realiza una exploración de los valores personales del paciente; su relación positiva o negativa con el consumo de alcohol; se realiza un balance en las decisiones.
- Acción: Se presenta una autovigilancia a través de la elaboración de un diario de consumo, además de establecer sesiones para valorar el cumplimiento de los objetivos o a su vez re-definirlos, es además de importancia implicar la red social del paciente.

Estrategias: Enseñar al paciente técnicas de control para el estrés; establecer un sistema de recompensas; manejar pensamientos y deseos de consumo, elaborando un plan estratégico.

- Mantenimiento: Se plantea un seguimiento sobre la situación del paciente, además de valorar de manera positiva los avances y logros obtenidos por el paciente.

Estrategias: Realizará una búsqueda sobre las necesidades y recursos de satisfacción; se explora y se refuerza las redes de apoyo del paciente.

Intervención Breve.

Para el abordaje desde la intervención se sigue el modelo FRAMES (MSP, 2016), que consiste en:

- Feedback (retroalimentación), el profesional de la salud informa de forma neutral las implicaciones que conlleva el consumo de alcohol, desde las implicaciones o afectaciones físicas y psicológicas.
- Responsibility (responsabilidad), el paciente/cliente es responsable de sí mismo, por lo que dará ser su elección modificar su conducta;
- Advice (asesoramiento), se evita una actitud autoritaria, se presenta apoyo y comprensión para aconsejar a la persona sobre la necesidad de un cambio para lograr la abstinencia o un consumo no riesgoso.
- Empathy (empatía), de una forma empática el profesional de salud debe explorar junto con el paciente, las razones que tiene para generar un cambio en su forma de consumir alcohol.
- Self efficacy (autoeficacia), el profesional de salud, debe mostrarse seguro de poder alcanzar los objetivos propuestos por el paciente, al reforzar la confianza del paciente.

5.2.- Tabaco

Dentro del tratamiento de la adicción al tabaco (MSP, 2016), se encuentra la intervención breve que consiste en el uso de estrategias efectivas para generar un estado de abstinencia, las mismas que pueden llegar a ser usadas por cualquier profesional de la salud que presente un vínculo con el paciente, su duración es de 3 a 5 minutos y es aplicable en cualquier nivel de salud. La intervención consta de las “5 As”: averiguar (si la persona fuma); aconsejar (que deje de fumar), ampliar (ampliar el diagnóstico, e indagar si desea o tiene intentó de fumar); ayudar (ayudar a la persona en su intento de abandono) y acordar (acordar con el paciente un seguimiento) (MSP, 2016).

Además, se encuentra la Terapia de reemplazo de nicotina (TRN), que plantea el uso de fármacos para manejar la dependencia, consiste en administrar la nicotina por una vía distinta del consumo de cigarrillo para disminuir el síndrome de abstinencia, se cuenta con cinco tipos de reemplazo: chicle, parche, inhalador bucal y nasal, y las tabletas comprimidas (para chupar).

5.3.- Cannabis

El uso de cannabis ha sido utilizado desde hace siglos, desde fines industriales, médicos y recreativos, dentro de las formas de consumo se encuentra la marihuana, hachís y el aceite de hachís. Sin embargo, al ser una sustancia de abuso, frente a su consumo se presenta una intoxicación aguda, la dependencia y el síndrome de abstinencia (MSP, 2016).

Los síntomas pertenecientes a la intoxicación aguda no llegan a ser graves, sin embargo en aquellas personas que inician el consumo o hacen uso de una dosis elevada se puede presentar ansiedad, síntomas de pánico y disforia, la intoxicación suele resolverse dentro de 4 a 6 horas sin necesidad de intervención médica y para su mejor manejo se recomienda un ambiente seguro, evitar una gran cantidad de estímulos auditivos y visuales, en el caso de una ansiedad significativa se llega a usar benzodiazepinas (MSP, 2016). Dentro de los efectos agudos del consumo de cannabis, se presenta alteración de la memoria a corto plazo, dificultad al concentrarse, euforia, agresividad y megalomanía.

Desde el tratamiento psicológico, se llega a utilizar habitualmente la psicoterapia cognitivo conductual, aplicando técnicas de prevención de recaídas, terapia de incentivos y la entrevista motivacional.

5.4.- Sustancias Estimulantes

5.4.1.- Cocaína

La cocaína se deriva del arbusto *Erythroxylon coca*, de la cual se extrae el alcaloide, para la formación de diferentes sustancias: hoja de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína y crack, todas las formas cuentan con el principio activo de acción que estimula el SNC, que actúa como anestésico, anorexia e inhibición del sueño.

Todas las formas cuentan con el mismo principio activo, metabolismo, excreción y mecanismo de acción, sin embargo, la vía de administración, la dosis, el tiempo consumido, el uso de drogas asociadas y comorbilidades del paciente sí condicionará la velocidad de la absorción y la intensidad de la actividad farmacológica. Dentro de los efectos psicológicos se encuentra la euforia, la disforia, incremento en la actividad motora y un efecto en la autoestima de grandiosidad, además de retrasar la sensación de fatiga (MSP, 2016).

Para la consideración de la dosis tóxica se tomará en cuenta la tolerancia de la persona, la vía de administración y el uso de otras drogas, se considera intoxicación de forma general cuando el consumo pasa el medio gramo, dentro de los casos fatales, se evidencia convulsiones e incluso la muerte que ocurre dentro de los primeros 3 minutos de la ingesta (MSP, 2016).

Dentro del abordaje terapéutico (MSP, 2016), es de forma obligatoria realizar tratamiento sintomático y de soporte vital acorde a la severidad de la intoxicación, además de establecer un manejo hospitalario debido a la posibilidad de graves complicaciones psiquiátricas. Además, se deberá elaborar un perfil, que permita descartar una patología dual, tomando en consideraciones la intervención farmacológica y los efectos adversos producidos. Para dar conocimiento de forma breve al lector, sobre los medicamentos implicados, se encuentran los modificadores del sistema dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico.

5.4.2.- Anfetaminas

Las anfetaminas son drogas que tienen un mecanismo de acción, que consiste en estimular y acelerar el metabolismo del cuerpo, son utilizadas con el fin de manejar los trastornos de hiperactividad, además de que actúan sobre los receptores “NMDA” que provocan un comportamiento violento, entre los efectos se encuentra: la fatiga, el insomnio, la depresión, temblores, euforia, entre otros (MSP, 2016).

Dentro de las acciones terapéuticas sobre el manejo de intoxicación aguda y síndrome de abstinencia, se realiza la misma práctica clínica utilizada en el manejo de la cocaína, debido a que sus efectos de acción poseen una gran similitud, desde el manejo psicofarmacológico se presentan: agonistas dopaminérgicos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la serotonina (MSP, 2016).

5.5.- Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas (BZD), llegan a ser las drogas de prescripción médica más usadas a nivel mundial dentro del ámbito de la salud. Para determinar un estado de dosis tóxica, se deberá considerar varios factores como lo es la vía de administración, la función hepática y la dosis de administración, además de considerar: la relación a la droga (compulsión por conseguir la sustancia y dificultades para controlar su uso), relación a las consecuencias de uso (abandono de fuentes de placer y persistencia en el consumo a pesar de consecuencias), relación a la respuesta fisiológica (tolerancia y síntomas somáticos) (MSP, 2016).

Dentro del soporte psicológico se encuentra el uso de la psicoterapia cognitivo-conductual, misma que acompaña la reducción de la dosis, dentro del proceso de tratamiento se deberá informar sobre el efecto de las BZD, como la pérdida de memoria y el efecto en el sistema motor, además se deberá capacitar sobre el manejo de estrés posterior a la suspensión del medicamento y como eliminarlo mejorará la calidad de vida (MSP, 2016). El apoyo

psicológico se centrará en habilidades para el manejo de ansiedad y depresión. Además, se ha demostrado que en el caso de que la persona que consume BZD logre llegar a las 5 semanas sin consumir habrá una mejora en la calidad de vida y las crisis de ansiedad disminuirán.

6.- Intervención psicológica.

Desde la intervención psicológica se distinguen cuatro fases:

Fase 1.-

-Primera parte

Intervención individual, que tiene una duración de 40 minutos, que tiene por objetivo brindar atención integral, desde la evaluación y diagnóstico presuntivo a la persona que acude a los servicios de salud. Dentro de las actividades (MSP, 2016), se presentan: recibir al usuario en la consulta; la aplicación del ASSIST y AUDIT, para determinar el grado de severidad del consumo de sustancias; se procede con la anamnesis; se informa en qué consiste el tratamiento y sus fases; posteriormente se implementan estrategias y herramientas para abordar síntomas en el caso de la abstinencia; se realiza interconsulta médica para la necesidad de psicofármacos, además de la valoración clínica y exámenes de laboratorio.

Intervención multifamiliar que tiene una duración de 1h y 30 minutos, que tiene por objetivo interactuar con la familia de los pacientes, para orientar las implicaciones en el proceso terapéutico, además de la identificación de factores protectores y de riesgo. En cuanto a las actividades a realizarse se encuentra: informar y sensibilizar a las familias sobre las etapas del tratamiento; detectar situaciones de conflicto familiar; identificar los agentes mantenedores en su entorno que propician el consumo; trabajar funciones, roles y responsabilidad dentro del ámbito familiar; realizar un feedback o retroalimentación que resulte relevante dentro de la estructura familiar.

-Segunda parte

Intervención individual, que posee una duración de 40 minutos, que tiene por objetivo establecer y firmar el acuerdo terapéutico, que es enfocado a la abstinencia o a la reducción de riesgos y daños, además establecer un tratamiento ambulatorio o residencial de acuerdo a la demanda del paciente. Dentro de las actividades se encuentra: establecer procedimientos y estrategias que favorezcan el proceso; seguimiento en la administración de psicofármacos; incentivar el restablecimiento de actividades; estrategias para evitar el consumo; implementar habilidades sociales; estructurar el diario terapéutico; motivar la adherencia al tratamiento.

Una continuación desde la intervención individual que tiene por objetivo analizar la información que tiene el diario terapéutico y otros procedimientos empleados, que consta con una duración de 40 minutos. En las actividades a implementar se encuentran: la evaluación de los instrumentos empleados, se promueve la abstinencia o la disminución del consumo, según lo establecido en el contrato terapéutico; promueve habilidades sociales; promueve estilos de vida saludable; orientación respecto a conductas a seguir ante determinadas situaciones de consumo (MSP, 2016).

Fase 2.-

Intervención individual, que tiene una duración de 40 minutos, que tiene por objetivos modificar o continuar los procedimientos implementados durante la primera fase, además de analizar las resistencias que surgen en el proceso terapéutico (MSP, 2016), desde las actividades se encuentran: promover la abstinencia o reducción de riesgos; se evalúan los psicofármacos implementados; se promueve la práctica de vida saludable, se identifican las diferentes áreas afectadas por el consumo; se evalúa el equipo multidisciplinario y los objetivos alcanzados en el proceso.

Intervención multifamiliar, que tiene por objetivo analizar, la implementación de las estrategias implementadas durante la primera sesión, con las familias de los pacientes, además de abordar los factores protectores sociales. Tiene una duración de 1 hora y 30 minutos, en cuanto a las actividades se encuentra: el debate entre el paciente y la familia sobre el manejo del consumo, las crisis y las posibles recaídas, se continúa con el fortalecimiento de rutas y herramientas de abordaje. Se busca fortalecer las funciones, los roles y niveles de responsabilidad dentro del sistema familiar, además se identifican nuevas zonas afectadas por el consumo (MSP, 2016).

Fase 3.-

Intervención individual de duración de 40 minutos, que tiene por objetivo realizar el seguimiento de los procedimientos que promueven la abstinencia o la reducción de riesgos y daños. Dentro de las actividades del psicólogo se encuentra: la continuación de deshabitación psicológica, fisiológica y la modificación del estilo de vida saludable, se continúa con la prevención de recaídas y el fortalecimiento del proceso terapéutico, además se realiza seguimiento de los psicofármacos y se considera la implementación de nuevos procedimientos en el caso de ser necesario (MSP, 2016).

Fase 4.-

Intervención individual, que consta de una duración aproximada de 40 minutos, en el que el objetivo es determinar si se logró cumplir el programa terapéutico individual, y si se alcanzaron los objetivos planteados, dentro de las actividades se encuentra la evaluación del programa mediante el uso del test AUDIT Y ASSIST, además de remitir una nueva valoración médica y exámenes de laboratorio según el criterio profesional, y por último se recomienda 6 meses intervención mensual, en el caso contrario se retoma la frecuencia semanal de tratamiento o una intervención de mayor contención (MSP, 2016).

- Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides.

Como es de conocimiento del lector, la presente investigación se centra en el abordaje clínico psicológico, sin embargo, es preciso hacer mención al protocolo utilizado a nivel de la atención del consumo de opioides, que es trabajado en relación farmacológica, siendo así que a continuación se realizará un breve acercamiento sobre este.

Desde el *Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia*, desarrollado en el 2015, se propone un manejo y tratamiento dentro de un cuadro de intoxicación aguda ante los opiáceos, así como el uso farmacológico principal de la metadona y la buprenorfina, que son medicamentos recomendados a nivel mundial para la desintoxicación de dicha sustancia, además se describe la terapia de mantenimiento para aquellas personas que no han logrado una desintoxicación exitosa, y finalmente se abarca el síndrome de abstinencia neonatal desde el uso de medicamento como base la morfina (MSP, 2015).

Siendo que el presente protocolo de atención se basa en tres objetivos: Primero, determinar la intervención en caso de una intoxicación de opioides, reduciendo la morbilidad y la mortalidad después de su consumo; Segundo, fomentar un manejo farmacológico adecuado para la deshabitación y desintoxicación de opiáceos para los pacientes que lo soliciten; Tercero, proporcionar el manejo y mantenimiento farmacológico a los pacientes que deseen ser tratados (MSP, 2015). Cabe mencionar que las indicaciones y recomendaciones de uso farmacológico son mucho más extensas, desde la consideración de la dosis, la vía y la frecuencia, además de la población a trabajar.

3.1.3.2. Reglamentos.

Dentro del reglamento para la operacionalización de los Establecimientos que prestan servicio de tratamiento a personas con consumo problemático de drogas (ESTAD), se encuentran las siguientes normativas presentes en los artículos, para la consideración del tratamiento:

Art.15.- Todos los tratamientos implementados para personas que presentan una problemática de consumo de sustancias, se realizará con los métodos de evaluación integral e individualizado, además de contar con un adecuado diagnóstico implementando la clasificación internacional de enfermedades CIE-10.

Art.16.- Durante el periodo del tratamiento, se implementará el “Programa Terapéutico” del establecimiento de salud que presta el servicio al paciente, que deberá ser aprobado por las comisiones técnicas institucionales de salud. Además, se garantizará que la persona cuente con su respectivo representante legal, así como con la presencia de familiares o allegados, mismos que serán informados de cada uno de los procedimientos, avances y retrocesos que se presenten durante el proceso terapéutico.

Art.17.- El modelo de internación como estrategia terapéutica, es el último recurso para emplearse por los profesionales de la salud, y debe estar debidamente justificada, además de ser voluntaria. En el caso de que la vida de la persona se encuentre en peligro debido al consumo problemático, será un Juez quien dispondrá de un internamiento, en ese caso, los pacientes serán atendidos desde un servicio de emergencia y una vez estabilizado se remitirá a un Establecimiento que preste servicio en el tratamiento a personas con un consumo problemático (ESTAD).

Al momento en que exista una sentencia judicial, dentro de los ESTAD, se deberá presentar los informes del proceso de tratamiento a la judicatura correspondiente.

Art.18.- Dentro de la internación de los ESTAD de modalidad residencial, no se podrá exceder los seis meses consecutivos, luego de lo cual se llevará el proceso de inclusión social y familiar.

Además, es de importancia abarcar la *Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas* (2015), desde el artículo 18 que está implicado en el tratamiento de las drogodependencias se describe lo siguiente:

- 1) Es de carácter obligatorio del estado prestar servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas que presentan un consumo problemático de drogas, desde niños, niñas y adolescentes “NNA”, además de mujeres embarazadas.
- 2) Para el tratamiento a NNA, se comunicará de forma clara y precisa sobre los alcances y sobre la naturaleza misma del tratamiento, además se contará con el consentimiento informado de los representantes legales y con la disposición emitida por un juez, en el caso de personas mayores de edad el tratamiento será voluntario, salvo en casos provistos por la ley.
- 3) En cuanto a los centros terapéuticos se deberá contar con profesionales especializados, programas y protocolos de buenas prácticas y atención, además los servicios deberán incluir componentes de atención a los familiares y personas con la que conviven, de forma especializada en los casos de mujeres embarazadas, NNA, adultos mayores y personas con discapacidad.

Conclusiones

- Dentro del abordaje de tratamiento aplicado a las personas que presentan una problemática de consumo de sustancias, se distingue que la mayoría de los programas, basan las intervenciones en un modelo de recuperación sobre la abstinencia, sin embargo, el tratamiento también debe considerar los objetivos del paciente/cliente, generando alternativas adecuadas, que contemplen las necesidades de la persona, y sus objetivos personales, incluyendo la reducción de consumo.
- Los tratamientos para las adicciones resultan de forma general en la aplicación de modelos basados en el enfoque cognitivo conductual, debido a la recopilación científica sobre la eficacia que ha demostrado ante los trastornos por consumo de sustancias.
- A partir de la evidencia de las técnicas implementadas por cada enfoque, para el abordaje de las adicciones, se distingue que cada una de ellos contempla un aspecto fundamental en la intervención; desde el Enfoque Sistémico, se resalta la importancia de la relación familiar y el ambiente con el que interactúa la persona; en el Enfoque Cognitivo Conductual, se presenta una importancia ante los procesos de creencias y pensamientos, además del aprendizaje para la resolución de problemáticas que se viven al presentar un trastornos por consumo de sustancias. Desde el Enfoque Psicoanalítico, se da importancia ante el entendimiento del proceso psíquico de la relación subjetiva ante las sustancias, desde el Enfoque Humanista, se destaca la relevancia ante la persona y sus experiencias, resaltando el elemento de la espiritualidad y la toma de decisiones ante el proceso de transformación.
- Tras el análisis de varios documentos legales y técnicos y de protocolos elaborados en Ecuador, realizados mayoritariamente por el Ministerio de Salud Pública, se puede

observar que, después de que a la persona se le da el alta, es decir al culminar con su tratamiento, se debe realizar un seguimiento y evaluaciones, sin embargo, no se evidencian los datos de seguimiento ni de las evaluaciones.

- Como consecuencia a lo expuesto se puede ver que no hay un seguimiento para saber si ha ayudado a los pacientes de salud mental, cuáles fueron los resultados obtenidos, con estos resultados se podría hacer adaptaciones como solución, especialmente en el tema de consumo problemático de drogas.
- Por las razones ya expuestas se concluye que los lugares públicos para tratamientos de adicciones son insuficientes con relación a la demanda de tratamiento que existe actualmente. Esto se evidencia sobre todo en mujeres y personas en situación de calle.
- En virtud de lo argumentado para una buena recuperación y tener éxito en ello, es fundamental la red de apoyo, la cual muchas veces es la familia, también asistir constantemente a sus citas asignadas por el terapeuta, alejarse del círculo o las circunstancias de la vida que le incitaba a consumir, trabajar en el proceso y sobre todo comprometerse al tratamiento.
- Tras el análisis del tratamiento de desintoxicación hospitalaria, puede resultar efectivo siempre y cuando el paciente no se vuelva adicto al fármaco sustitutivo que se le dio para disminuir los efectos de la crisis de abstinencia. En algunos casos, cuando los pacientes finalizan el proceso de desintoxicación y salen del centro clínico, no suelen aceptar el tratamiento de psicoterapia personal y familiar, mismos que son indispensables. Esto suele darse porque se sienten bien físicamente, algo que es momentáneo y después de algunas semanas recaen en el consumo, crean un círculo vicioso que consiste en desintoxicación-abstinencia momentánea-recaída, y otra vez comienza el ciclo acudiendo al centro clínico.

Recomendaciones

- Es de importancia generar información para el abordaje del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, presentando modelos que no solamente tengan como objetivo modificar o cambiar la conducta de la persona, sino, que se complementen en establecer un entendimiento al malestar que afecta a la persona y su entorno, desde propuestas como el Enfoque Psicoanalítico, el cual en conjunción generarían nuevas consideraciones a los modelos de abordaje propuestos en los sistemas sanitarios de salud.
- Basándonos en lo argumentado de los tratamientos, se recomienda que el profesional de la salud tenga un conocimiento profundo de la aplicación de varias técnicas y herramientas que permitan comprender el fenómeno de las drogas de manera integral, no solo encasillado en un enfoque terapéutico tradicional. El conocimiento y flexibilidad en otras propuestas teóricas, permitirá generar un mejor resultado en el trabajo terapéutico.
- Después de haber observado los documentos y protocolos que han sido emitidos por el Ministerio de Salud Pública, se recomienda tener un proceso de seguimiento después del alta del paciente, para identificar si el tratamiento resultó en su eficacia, caso contrario retomar el tratamiento para su recuperación completa o elaborar alternativas para la búsqueda del bienestar integral de la persona.
- También se recomienda mejorar el programa para los pacientes de salud mental, en especial para el tratamiento adecuado del consumo problemático de sustancias, sobre todo cuando existe patología dual, considerando el abordaje de personas con

necesidades específicas, como son los adultos mayores, mujeres (no únicamente mujeres embarazadas), personal médico y adolescentes.

- En cuanto al tema de falta de lugares públicos para los tratamientos de adicciones, se recomienda que el Estado se plantee una mayor inversión para abrir nuevos espacios relacionados a la promoción de la salud mental, prevención, atención, reinserción e inclusión en temas de drogas, con el fin de que todas las personas que lo necesitan puedan hacer uso de este servicio.

Bibliografía

- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Buenos Aires, Panamericana.
- Anaya, N. C. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: ECOE EDICIONES.
- Arenas Sánchez, V. M. (2022). *La entrevista motivacional como factor de apego al tratamiento de las adicciones*.
- Barahona Cruz, N. P. (2015). *Manual de psicodiagnóstico de orientación psicoanalítica*.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. S. (2019). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., y Cortes, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. Enfoque Editorial SC Clayton, R.
- Bonillo, R., y Ruiz, C. (2020) *Eficacia de la aplicación de realidad virtual en el tratamiento de trastornos adictivos*. Psicoevidencias.
- Calabro, G. M. (2018). *Tratamiento de las adicciones desde el modelo de terapia gestáltica*. Argentina: Universidad de Palermo.
- Cárdenas Pérez, M. Á. (2016). *Tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sistémico*.
- Carrión, I. S., Ramírez, G., Dupret, M., Durango, M., Aguirre, M., Pinos, V., Tipán, C., Ibañez, J. y Moscoso, D. (2020). *Psicopatología, psicoanálisis y psiquiatría*. Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Castaño-Peñuela, A. M., y Gonsalves, M. F. C. (2014). *Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de la toxicomanía*. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, 10(3), 126-134.
- Corominas, M, Roncero, C, Bruguera, E, y Casas, M. (2007). *Sistema dopaminérgico y adicciones*. Revisión en neurociencia, 23-31.
- Eddy, N.B. et al. (1965). Drug dependence: its significance and characteristics. Geneva. *Bulletin of the World Health Organization* 32, 721-733.
- Fernández Artamendi, S., y Weidberg López, S. (2016). *Avances en la evaluación de las adicciones*. Papeles del psicólogo.

- Freud, S. (1930/2010). *El malestar en la cultura*. En J. Strachey (Ed.). Obras completas. (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gabantxo, K., y Jaurilaritza, E. (2001). *Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo*. Cuadernos de Ciencia de la Salud, 4, 139-158.
- García, M. I. D., Fernández, M. Á. R., y Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Glasner-Edwards, S., y Rawson, R. (2010). *Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy*. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.013>.
- Gómez, R. A. (2017). *Psicología de las drogodependencias y de las adicciones*. Editorial Brujas.
- Guadalupe Estrada, D. B., y Iza Paredes, S. A. (2022). *Determinación de prevalencia de consumo y riesgo de dependencia de sustancias en médicos posgradistas de Anestesiología de la ciudad de Quito en el mes de octubre de 2021*.
- Gutiérrez-Peláez, M., Blanco-González, L. A., y Márquez, C. (2018). *Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones*. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18(34), 201-222.
- Hedoux, E. (2017). *Tendencias, desafíos y respuestas en el tratamiento de los problemas de migración y adicciones*. *Revista internacional de investigación en adicciones*.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas “NIDA”. (2020), Julio 9. *El consumo de drogas entre los adultos mayores*. <https://nida.nih.gov/es/publications/el-consumo-de-drogas-entre-los-adultos-mayores>.
- Iris, F. E. A. (2020). *Tratamiento de mujeres con adicciones y otras patologías en Comunidad Terapéutica: el porqué de un tratamiento específico para mujeres*. *Rev. esp. Drogodepend*, 64-72.
- JIFE (2018). *Convenio Sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*. Viena: Naciones Unidas.
- Kramer, J. F., Cameron, D. C., & World Health Organization. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Organización Mundial de la Salud.
- Lacan J. *Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista*. Buenos Aires, 1964. Escritos 2. Versión Folio Views.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967), *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1996.
- LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL DEL FENÓMENO SOCIO ECONÓMICO DE LAS DROGAS Y DE REGULACIÓN Y CONTROL DEL USO DE SUSTANCIAS CATALOGADAS SUJETAS A FISCALIZACIÓN**. Registro Oficial Suplemento 615 de 26-oct.-2015.
- López, M.A. (2009). *La psicoterapia humanista*. *Psicologia.com*, 1-8.
- López, S. M. (2019). *Adicción y toxicomanía ¿una cuestión de términos?*. *Anuario Temas en Psicología*, 5.

- Luna, J. (2005). *Logoterapia y drogadicción:¿ Cómo ayudar a una persona adicta?.* Editorial San Pablo.
- Mercurio, R. E. (3 de Enero de 2022). *El consumo de drogas desde temprana edad, un desafío para las autoridades en este 2022.* Obtenido de EL MERCURIO: <https://elmercurio.com.ec/2022/01/03/el-consumo-de-drogas-desde-temprana-edad-un-desafio-para-las-autoridades-en-este-2022/>
- Ministerio de Salud Pública & Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2015). *Modelo de Atención Residencial para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas en las Casas de Acogida y Tratamiento MIES - MSP.* Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud – Subsecretaría de Protección Especial. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública.* Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Protocolo de atención en intoxicación por opioides y síndrome de abstinencia.* Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Comisión de Salud Mental, Dirección Nacional de Normatización-MSP. Primera Edición. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Protocolo.* Dirección Nacional de Normatización-Comisión de Salud Mental – MSP. Primera Edición, Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud.* Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Acuerdo 00030-2020. *Tipología de Los Establecimientos de Salud Del Sistema Nacional de Salud Ecuador.;* 2020:54.Obtenido de http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO-MINISTERIAL-30-2020-REGLAMENTO-PARA-ESTABLECER-LA-TIPOLOGIA-DE-LOS-ESTABLECIMIENTOS-DE-SALUD-DEL-SISTEMA.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.* Quito: Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
- Morejón, A. R. (2019). *Manual de psicoterapias teoría y técnicas.* Barcelona: Heder.
- Moscoso, A. J., y Titto, O. M. (2015). *Problemática de las Drogas. Orientaciones Generales.* Prevención del Uso Indebido de Drogas.
- O.M.S. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento (Vol.1) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Ochoa Fernández, K. C. (2019). *La adicción a sustancias en la familia bajo el lente del enfoque familiar sistémico*. Universidad del Área Andina.
- Ortiz, E. M., Castellanos, C., Castaño, C. A. O., & Lee, S. C. (2015). *Efectos de la logoterapia sobre los recursos personales de las personas con adicción*. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24(3), 231-241.
- Pereiro, C., y Fernández, J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol, 309.
- Piedrabuena, J. A. R. (1996). *¿Por qué nos drogamos?: del poder y otras adicciones, estudio psicoanalítico*. Biblioteca Nueva.
- Pons Diez, X. (2008). *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. *Polis*, 4(2), 157-186.
- Redolar Ripoll, D. (2012). *Cerebro y adicción: neurobiología del refuerzo*. Editorial UOC.
- Registro Oficial No. 832. (2016). ACUERDO No. 00000080. *EXPÍDESE LA NORMATIVA SANITARIA PARA EL CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE PRESTAN SERVICIOS DE TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESTAD)*. Fiel Web, Evolución Jurídica. Obtenido de http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/ACUERDOS_MINISTERIALES/ACUERDO%20MINISTERIAL%200080%20LA%20NORMATIVA%20SANITARIA%20PARA%20EL%20CONTROL%20Y%20VIGILANCIA%20DE%20LOS%20ESTABLECIMIENTOS%20ESTAD.pdf
- Rivadeneira Díaz, Y. M., Cajas Siguencia, T. A., Viejó Mora, I., & Quinto Saritama, E. (2020). *Adicciones a sustancias y comportamentales en la ciudad de Loja*. *Psicología UNEMI*, 20-29.
- Sanz, C. (29 de Mayo de 2023). *ABORDAJE PSICOANALÍTICO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO: UNA APUESTA AL SUJETO*. Obtenido de INTERSECCIONES PSI REVISTA ELECTRÓNICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=797:aborda-je-psicoanalitico-del-consumo-problematico-una-apuesta-al-sujeto&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- SENDA. (2021). *Prácticas basadas en la evidencia. Tratamiento de personas con trastorno por uso de sustancias*. Chile: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
- Torres G. (2010). *La entrevista motivacional en adicciones*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol. 39 Suplemento 2010.
- UNODC. (2021). *Ecuador y Perú abordan la atención y el tratamiento sensible a mujeres con trastorno por uso de sustancias*. Quito: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- UNODC. (2022). *Informe mundial sobre las drogas 2022*. Naciones Unidas.
- Valdés Iglesia, A. J., Vento Lezcano, C. A., Hernández Martínez, D., Álvarez Gómez, A. E., & Díaz Pita, G. (2018). *Drogas, un problema de salud mundial*. Universidad Médica Pinareña, 4-5.

- Witkiewitz, K., & Tucker, J. A. (2020). *Abstinence not required: Expanding the definition of recovery from alcohol use disorder*. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 44(1), 36.
- Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Roos, C. R., Swan, J. E., Votaw, V. R., Stein, E. R., ... & Tucker, J. A. (2021). *Can individuals with alcohol use disorder sustain non-abstinent recovery? Non-abstinent outcomes 10 years after alcohol use disorder treatment*. *Journal of addiction medicine*, 15(4), 303.
- Wojtynkiewicz, E. (2018). *ALCOHOL ADDICTION IN THE VIEW OF PSYCHODYNAMIC THEORIES. PART I. REVIEW OF CLASSICAL THEORIES*. *PSYCHOTERAPIA*, (1), 31-39.
- Yalom, I. (1980), *Psicoterapia existencial*, Barcelona, Herder, 2011.
- Zevallos, D. J. (2021). *REGLAMENTO PARA EL USO TERAPÉUTICO DEL CANNABIS MEDICINAL*. Quito, 26 FEB: Ministerio de Salud Pública.

Anexos

Anexo 1

Las vías de administración de las drogas

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DROGAS	
Vía Parental	- Vía intravenosa: es la vía más rápida, que entra directamente al torrente sanguíneo, e implica un mayor efecto en menor tiempo, suele ser un indicador de severidad del abuso de drogas.
	- Vía intramuscular: su tiempo de absorción varía entre unas horas y dos días, se aplica sobre un músculo y llega al torrente sanguíneo a través de los capilares que cubren al músculo, llega a ser usada en farmacoterapia y es poco usada en el abuso de drogas.
	- Vía subcutánea: es una de las vías más lentas, su tiempo de absorción tarda de varios días hasta semanas, durante el siglo XIX la cocaína se llegaba a administrar por esta vía.
Vía Entérica	- Vía oral: es la forma de administración más usual, su efecto usualmente tarda de media hora a una hora, debido a que pasa por el estómago, posteriormente al corazón y a los pulmones y al final se distribuye por el cerebro, las drogas de abuso suelen ser pastillas como el éxtasis y las benzodiazepinas.
	- Vía rectal: permite una absorción rápida, generando un efecto alrededor de los 10 a 20 minutos, se utiliza en los trastornos gastrointestinales y los reportes de administración del abuso de drogas son infrecuentes.
Vía Respiratoria	Las drogas ingresan por inhalación, a través de los pulmones llegan al SNC de forma rápida, puede tardar entre 15 segundos a unos minutos, las drogas que ingresan suelen ser la nicotina y la marihuana.
Absorción por contacto	Las drogas pueden llegar a ser absorbidas por la piel, la membrana nasal, sublingual y conjuntiva ocular, que llega al SNC desde los capilares sanguíneos de forma rápida, la práctica conocida como “esnifar” forma parte de esta vía de absorción.

Fuente: Gómez, 2017.

Nota. La presente tabla está elaborada por los autores, que consta con un resumen de las vías de administración de las drogas.

Anexo 2

Distinción de los criterios para la adicción en los Manuales Diagnósticos.

DSM IV-TR	DSM-5
Abuso: se presenta uno o más síntomas.	Trastorno por Uso de Sustancias (TUS): se presenta al menos dos síntomas.
1.- Problemas laborales, escolares o en el hogar 2.- Consumo en situaciones peligrosas 3.- Problemas legales repetidos 4.- Consumo a pesar de problemas interpersonales	1.- Más consumo del pretendido 2.- Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de control 3.- Mucho tiempo dedicado a la obtención, el consumo, la recuperación 4.- Ansia o urgencia por consumo (craving) 5.- Problemas laborales, escolares o en el hogar 6.- Consumo a pesar de problemas interpersonales 7.- Reducción o abandono de actividades 8.- Consumo en situaciones peligrosas 9.- Consumo a pesar de problemas físicos y psicológicos 10.- Tolerancia (una necesidad mayor a la sustancia o un efecto disminuido) 11.- Abstinencia
Dependencia: se presenta tres síntomas o más.	
1.- Tolerancia (una necesidad mayor a la sustancia o un efecto disminuido) 2.- Abstinencia 3.- Más consumo del pretendido 4.- Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de control 5.- Mucho tiempo dedicado a la obtención, el consumo, la recuperación 6.- Consumo a pesar de problemas físicos y psicológicos	
	Se puede distinguir el nivel de gravedad por los síntomas presentes: Leve: 2-3 / Moderada: 4-5 / Grave: 6 o más.

Fuente: Fernández y Weidber (2016).

Anexo 3

Códigos del CIE-10 para trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

Código	Trastorno mental y del comportamiento	Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter se las aplica con categorías F10-F19
F10	Debido al uso de alcohol	.0 Intoxicación aguda.
F11	Debido al uso de opiáceos	.1 Uso nocivo.
F12	Debido al uso de cannabinoides	.2 Síndrome de dependencia.
F13	Debidos al uso de sedantes o hipnóticos	.3 Estado de abstinencia.

F14	Debidos al uso de cocaína	.4 Estado de abstinencia con delirio.
F15	Debido al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína	.5 Trastorno psicótico.
F16	Debido al uso de alucinógenos	.6 Síndrome amnésico.
F17	Debido al uso de tabaco	.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.
F18	Debido al uso de disolventes volátiles	.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento.
F19	Debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	.9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado.

Información obtenida por OMS: CIE-10, 1992.

Nota. Elaborado por los autores.

Anexo 4

Instrumentos más utilizados para la evaluación de los Trastornos por Uso de Sustancias.

<i>Trastornos por uso de Alcohol</i>	
INSTRUMENTO	ÁREA DE EVALUACIÓN
AUDIT- Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol.	Instrumento autoaplicado, propuesto por la OMS, para la detección de personas en riesgo al consumir alcohol, y para personas que se beneficiarían de disminuir el consumo, consta de 10 ítems que abordan: el uso reciente del alcohol, los síntomas de dependencia y los problemas relacionados con el consumo.
CAGE- Evaluación General del Alcoholismo Crónico.	Cuestionario heteroaplicado, que permite la detección precoz de los problemas relacionados al alcohol, se presenta 4 ítems, dentro de los tres primero se explora la percepción subjetiva ante el consumo y en el último ítem se explora aspectos relacionados con la abstinencia al alcohol.
CIWA- Escala para la evaluación de la abstinencia alcohólica.	Escala heteroaplicada, que evalúa la presencia e intensidad de la abstinencia y sintomatología del consumo de alcohol, presenta 10 ítems, dentro de los primero nueve, se consideran las náuseas, vómitos, temblores, alteraciones auditivas y visuales, entre otras; y en el último ítem se evalúa la orientación y aturdimiento, además se la clasifica en tres niveles (leve- moderado- grave) y se establece recomendaciones terapéuticas (terapia ligera no es imprescindible la medicación - establecer un pauta terapéutica de síndrome de abstinencia – se recomienda desintoxicación hospitalaria).

MALT- Test del Alcoholismo de Munich.	Instrumento utilizado para realizar un diagnóstico diferencial, y confirmar supuestos de alcoholismo después del uso de otros test como el CAGE, consta de dos partes: la primera consta de la parte objetiva que completa el clínico durante la exploración, y la otra parte es subjetiva que consta de 26 ítems en la versión española, donde se evalúa la conducta de consumo, los aspectos psicológicos, somáticos y sociales presentes en la dependencia del alcohol, centrados en los dos últimos años.
<i>Trastornos por uso de Nicotina</i>	
INSTRUMENTO	ÁREA DE EVALUACIÓN
Test de Fagerström.	Cuestionario auto aplicado, que evalúa la dependencia a la nicotina, la versión modificada consta de 6 ítems, además se clasifica la dependencia en tres niveles: baja, moderada y alta.
NDSS- Escala del Síndrome de la Dependencia a la Nicotina.	Escala auto aplicada, que permite evaluar un factor general de la dependencia a la nicotina, consta de 19 ítems y se consideran cinco aspectos centrales: impulso y compulsión; prioridad; tolerancia a los efectos; continuidad; estereotipa- monotonía de fumar.
Test de Richmond.	Cuestionario autoaplicado que permite evaluar la motivación para dejar o abandonar el consumo de tabaco, consta de 4 ítems y se clasifica la motivación en tres niveles: baja, media y alta.
Escala de autoeficacia para evitar de fumar de Diclemente	Escala que consta de 12 ítems, que contiene siete alternativas de respuesta y evalúa el grado en el que la persona evita fumar ante doce situaciones frecuentes para un fumador, identificando la habilidad y eficacia para mantenerse en abstinencia.
<i>Trastornos por uso de Cannabis</i>	
INSTRUMENTO	ÁREA DE EVALUACIÓN
SDS- Escala de gravedad de la Dependencia.	Escala heteroaplicada, que puede ser utilizada de forma genérica para evaluar los componentes psicológicos de la dependencia, además de la gravedad de la dependencia de cualquier droga, está compuesta por 5 ítems.
CAST- Cannabis Abuse Screening Test.	Cuestionario autoaplicado, evalúa el consumo problemático, desde las consecuencias de la salud para la persona, consta de 6 ítems que evalúa los acontecimientos del uso recreativo, problemas de memoria, intentos fallidos para dejar de consumir, si le animan a dejar o reducir el consumo y los problemas relacionados al consumo.

<i>Trastornos por uso de Opiáceos</i>	
INSTRUMENTO	ÁREA DE EVALUACIÓN
SOWS- Escala breve de abstinencia a opiáceos.	Escala heteroaplicada, que mide la intensidad de los signos y síntomas de la abstinencia a opiáceos, consta de 10 ítems, que ante mayor puntuación una mayor gravedad de la abstinencia.
<i>Trastornos por uso de Cocaína</i>	
INSTRUMENTO	ÁREA DE EVALUACIÓN
CCQ- G- Cuestionario de Craving de Cocaína.	Cuestionario autoaplicado, mide la intensidad del craving de la cocaína en un momento temporal concreto, cuenta con 45 ítems que se divide en cinco dimensiones: deseo de consumir, intención y planificación del consumo, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación a una mejoría de la disforia y pérdida de control de consumo.
SAPS-CIP- Escala de Evaluación de Síntomas Positivos de la Psicosis inducida por Cocaína.	Cuestionario heteroaplicado, permite medir los síntomas psicóticos en la esquizofrenia, desde la gravedad de los síntomas, dividiendo en dos categorías: alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles y olfativas) y delirios (persecutorios y somáticos).
<i>Trastornos por uso de Sedantes o Hipnóticos</i>	
INSTRUMENTO	ÁREA DE EVALUACIÓN
BWSQ – Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas.	Es un cuestionario autoaplicado, evalúa los síntomas que aparecen de manera frecuente en la retirada de benzodiazepinas, dentro de las dos semanas previas a la evaluación, posee 20 ítems que incluyen los síntomas y un apartado complementario para puntuar 4 síntomas que no aparecen en listado de los 20 síntomas.
Listado de Abstinencia Física.	Es un cuestionario heteroaplicado, que evalúa de forma rápida en la práctica clínica síndromes de discontinuación ante la retirada de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos, consta de 15 criterios que representan un síntoma.

Fuente: Pereiro y Fernández, 2018.

Nota. Elaborado por los autores.

Anexo 5

Resumen de los Principios de Tratamiento para la Drogadicción.

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTOS PARA LA DROGADICCIÓN	
1	La adicción es una enfermedad tratable que altera el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
2	No existe un único tratamiento que sea adecuado para todas las personas, es importante considerar una combinación entre: las intervenciones, el tipo de entorno, los servicios de tratamiento y las necesidades particulares.
3	El tratamiento debe ser fácilmente asequible al momento en que la persona lo necesite o lo solicite.
4	El tratamiento debe abarcar las diversas necesidades de la persona, no únicamente centrarse en la problemática de la adicción, además de que sea apropiado para su edad, sexo y cultura de cada paciente/cliente.
5	Para el tratamiento eficaz, es importante que la persona continúe con el proceso durante un tiempo adecuado, considerando que la recuperación es un proceso de largo plazo y existen varios ciclos de tratamiento.
6	La terapia de grupo, individual y terapias de la conducta, son las más frecuentes en el abordaje de la drogadicción, que varían según su enfoque.
7	Los medicamentos forman parte importante para el tratamiento, al ser combinados con la orientación psicológica, estableciendo un programa integral.
8	El tratamiento debe ser evaluado periódicamente y ser modificado en el caso necesario.
9	Varias personas con problemas de drogadicción presentan otros trastornos mentales, siendo necesario atender ambas patologías.
10	La desintoxicación médica es solo la primera fase del tratamiento, y no genera cambios a largo plazo.
11	El tratamiento no tiene que llegar a ser voluntario para que resulte eficaz, en donde la familia, el ambiente laboral y judicial incrementa el ingreso de pacientes a programas de intervención.
12	El uso de drogas debe ser supervisado durante todo el tratamiento, debido a la presencia de recaídas.
13	Los programas deben incluir exámenes para el VIH, Hepatitis B y C, y otras enfermedades infecciosas, además de una terapia que ayude a los pacientes a modificar conductas que ponen en riesgo contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

Fuente: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010.

Nota. Elaborado por los autores.

Anexo 6.

Atenciones ambulatorias, en consultas y egresos hospitalarios.

F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	
Año	Atenciones
2013	16.007
2014	33.008
2015	116.994
2016	611.725

Fuente: Datos adquiridos del informe técnico del MSP (2017). Número de atenciones del país de consultas ambulatorias, egresos al hospital y consultas.

Nota: Elaborado por los autores.

Anexo 7

Estudios de epidemiología psicológica en Ecuador

Tipo	Autor	Año	Lugar	Edad	Unidad	Número de personas	Resultado
Tamizaje	Gadelho, A., y cols	2016	Manabí	18-50	5 parroquias	83	-Consumen alguna sustancia: 25.3% -Consumen alcohol: 71%
Encuesta	CICA D/OEA	2017	País	18	12 universidades	5260	-Consumo de alguna sustancia el último mes: 51.5% -Tabaco: 56.4% -Marihuana: 26.9% -Cocaína 4.4% -Pasta base 2.4%

Prevalencia	Benavides A. et al	2019	Guayas	18 y 75	Un centro privado de libertad	309	-Consumo de drogas: 41.4%
-------------	--------------------	------	--------	---------	-------------------------------	-----	---------------------------

Fuente: Datos tomados del informe técnico de evaluación Plan Nacional Estratégico de salud mental (2022). A nivel nacional en algunos lugares se realizó varias evaluaciones con los resultados arrojados en la tabla.

Nota: Elaborado por los autores.

Anexo 8

Prevalencia de consumo de sustancias psicotrópicas a nivel nacional.

Posición	Provincia	Número de casos por cada 1000 habitantes
1	Guayas	15
2	Pichincha	4
3	Pastaza	3
4	Sucumbíos	0,61
5	Manabí	0,59
6	Esmeraldas	0,40

Fuente: Datos obtenidos del informe técnico del MSP (2017). Estudio de los casos prevalentes de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.

Nota: Elaborado por los autores.

Anexo 9

Detalle de las zonas en Ecuador

Zona	Provincias y Ciudades
1	Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos
2	Pichincha, Napo, Orellana
3	Cotopaxi, Chimborazo, Tungurahua, Pastaza
4	Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas

5	Santa Elena, Guayas, Bolívar, Los Ríos, Galápagos
6	Cañar, Azuay, Morona Santiago
7	El Oro, Loja, Zamora Chinchipe
8	Guayaquil, Samborondón, Durán
9	Distrito Metropolitano de Quito

Fuente: Datos obtenidos por el Informe Técnico del MSP (2017). Explicación de las provincias y ciudades que pertenecen a cada zona del Ecuador.

Nota: Elaborado por los autores.

Anexo 10

Proceso de tratamiento desde el modelo ambulatorio intensivo.

Fase 1.- Desintoxicación	Dirigido a las personas con un cuadro de intoxicación o a su vez en estado de síndrome de abstinencia, se busca estabilizar el cuadro clínico que no requiere atención hospitalaria, además se considera el uso de exámenes toxicológicos para la verificación de la sustancia y para el control de la abstinencia.
Fase 2.- Proceso de evaluación integral	Se realiza una evaluación integral desde la contextualización psicosocial, para realizar un diagnóstico acertado y un tratamiento adaptado a las necesidades de la persona.
Fase 3.-Adaptación, motivación e inicio de proceso terapéutico.	Tiene por objetivo la integración de la persona al tratamiento ambulatorio, desde el proceso de adaptación, motivación e inicio, además se busca conseguir una mayor estabilidad emotiva y se trabaja en el incremento progresivo de la autonomía.
Fase 4.- Integración, afianzamiento y esclarecimiento del proceso terapéutico.	El objetivo se centra en empoderar a la persona sobre su proceso terapéutico de cambio, entre los objetivos específicos se encuentran fortalecer la conciencia de enfermedad, desarrollar habilidades sociales, búsqueda de alternativas de solución y promover en la familia conciencia sobre la implicación del trastorno adictivo.
Fase 5.- Fortalecimiento de los logros alcanzados y preparación para la Integración Social.	El objetivo es brindar herramientas terapéuticas de afrontamiento, desde la reducción de riesgos y daños, prevención de recaídas, elaboración del proyecto de vida y la reinserción social, laboral y/o educativa, además de abordar el proceso de separación o duelo del servicio ambulatorio.
Fase 6.- Intervención con otras instituciones.	Dentro de esta fase se pueden distinguir los siguientes elementos: a) proceso de prevención, b) proceso de inclusión educativa, c) proceso de recreación para la adecuada utilización del tiempo libre, d) proceso

	de capacitación profesional, e) proceso de inclusión laboral, f) proceso de inclusión en actividades culturales, g) programa de educación artística con universidades, h) proceso de reinserción familiar y vinculación a la red social, i) proceso de autonomía.
Fase 7.- Egreso del Servicio Ambulatorio Intensivo (SAI).	Una vez ya desarrolladas las anteriores fases desde la obtención de herramientas y desarrollo de la autonomía la persona egresa del SAI, de forma complementaria se presenta un proceso extra de seguimiento, desde el apoyo, la verificación y el acompañamiento en los logros de autonomía conseguidos.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2017.

Nota. Elaborado por los autores.

Anexo 11

Recopilación de características para acceder a los CETAD.

a	Carencia en la esfera social y familiar o con un deterior en sus relaciones sociales, familiares y laborales/escolares.
b	Intentos infructuosos para abandonar el uso problemático y que pudo haber presentado síntomas fisiológicos significativos
c	Abandono de actividades recreativas o pérdida de interés.
d	La conducta se focaliza en la obtención de la sustancia.
e	Personas que necesitan tiempo para generar herramientas de afrontamiento en donde la intervención ambulatoria carece de efectividad o no es posible.
f	Se presenta un trastorno cognitivo que dificulta su relaciones interpersonales y afecta además las habilidades emocionales para el afrontamiento.
g	Problemas sociales, médicos y psicológicos graves que necesitan un trabajo integral.
h	Una extensa historia de tratamiento.
i	Antecedentes penales, sin problemas actuales con la justicia.
j	Deficiencia en el desempeño laboral.

Anexo 12

Herramientas utilizadas en los CETAD.

a	Entrega de casa	i	Video foro
b	Asamblea	j	Designación de responsables
c	Reunión de la mañana	k	Evaluación de las visitas
d	Reunión de la noche	l	Tareas terapéuticas
e	Seminarios	m	Consecuencias educativas
f	Diario Terapéutico	n	Psicoeducación
g	Grupo de lectura	o	Coloquio
u	Actividades recreativas	p	Mediación

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2016. Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Nota. Elaborado por los autores.

Anexo 13

Terapias utilizadas en las Casas de Acogida

Terapia	Definición
Psicológica Individual	Espacio terapéutico donde se indaga sobre los síntomas propios del paciente, con el fin de brindar herramientas, generar soluciones alternas, afirmar caracteres que son positivos para el proceso de recuperación, basándose en el objetivo que fue planteado por el sujeto.
Psicológica Grupal	El terapeuta selecciona a los participantes, se los pone de acuerdo con la evaluación, diagnóstico y objetivo terapéutico que estén más o menos definidos. No todos van a compartir el mismo objetivo, pero si la misma motivación la cual es mejorar. Ayuda a la catarsis y se toma en cuenta las diferencias y conflictos de ideas que tienen sentimientos ocultos.
Psicológica Familiar	Aborda la intervención y el tratamiento de la familia con el paciente. La familia debe ser un apoyo psicosocial, el cual contribuye al proceso terapéutico.

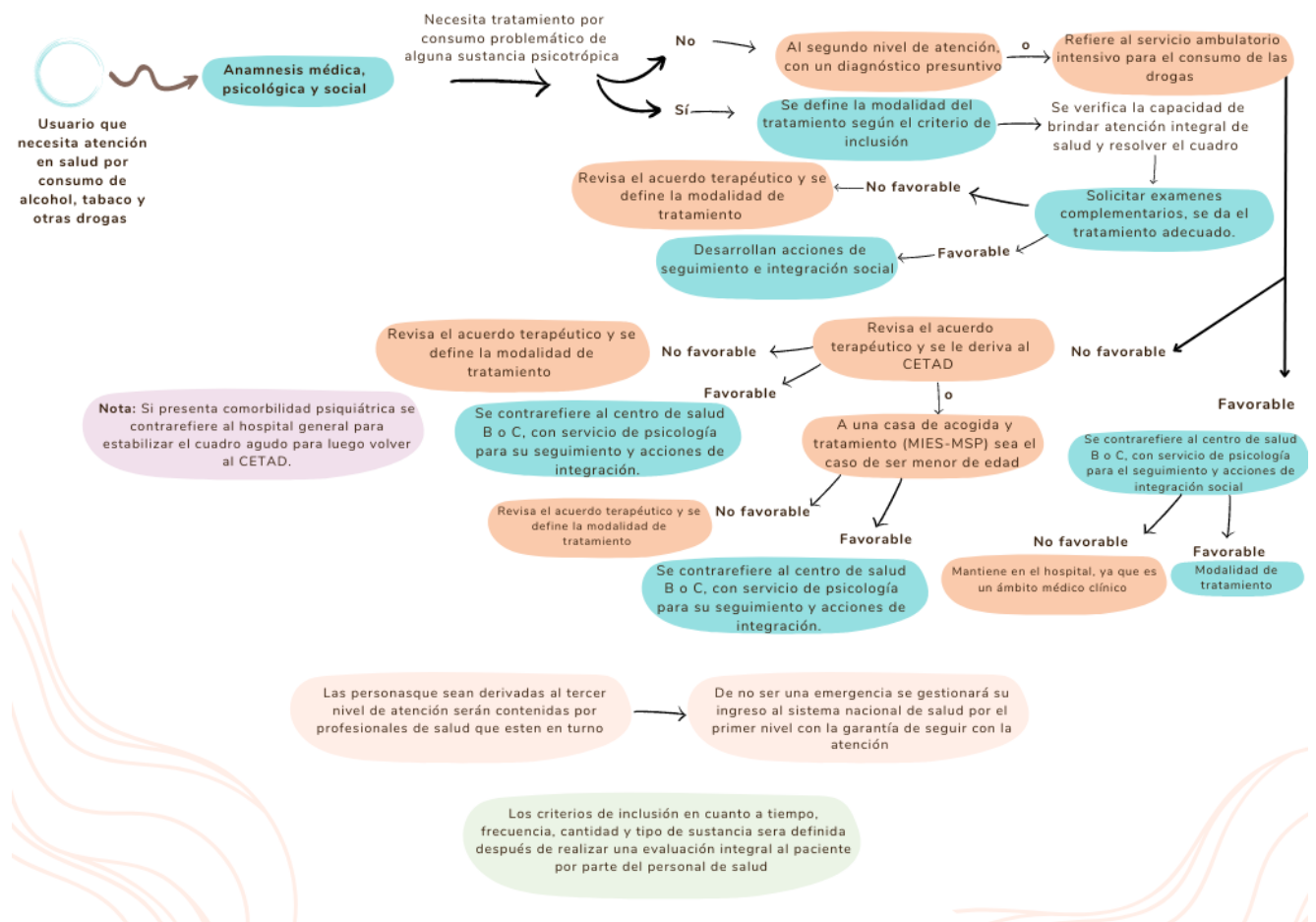
Ocupacional	Se estudia la ocupación humana y es utilizada para lograr los objetivos del paciente con el fin de que sea una persona independiente.
-------------	---

Fuente: Datos adquiridos del Modelo de Atención Integral Residencial para Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas, en las casas de acogida y tratamiento (MIES-MSP, 2015). Tipos de terapias que se ocupan en las casas de acogida.

Nota: Elaborado por los autores.

Anexo 14

Atención para pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas



Fuente: Datos tomados del modelo de atención integral residencial para adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, en las casas de acogida y tratamiento (MIES-MSP, 2015), gráfico que describe cual es la ruta que se toma para la atención de pacientes con consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Nota: Elaborado por los autores.