



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

CENTRO DE POSGRADOS

Tema:

**MANUAL DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE
CONSUMO DE DROGAS DE NUEVA LOJA**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en
Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes**

Línea de Investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

Cristian Paúl Herrera Chicaiza

Director:

Mg. Andrea Gabriela Suárez López

Ambato – Ecuador

Febrero 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **CRISTIAN PAÚL HERRERA CHICAIZA**, con cédula de ciudadanía 2100184908, autor del trabajo de graduación titulado: "MANUAL DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE DROGAS DE NUEVA LOJA", previa a la obtención del título profesional de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes en el centro de **POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad

Ambato, febrero 2024



Cristian Paúl Herrera Chicaiza

CC. 210018490-8

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**MANUAL DE INTERVENCIÓN PARA ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE
CONSUMO DE DROGAS DE NUEVA LOJA**

Línea de Investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autor:

Cristian Paúl Herrera Chicaiza

Andrea Gabriela Suarez López, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Mariela Isabel Valle Pico, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 
f. 

Teresa Milena Freire Aillón, Ing. Mg.

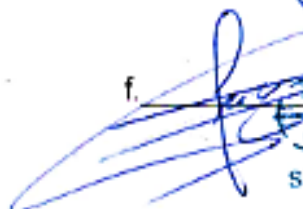

DIRECTORA CENTRO DE POSGRADOS

f.

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f.

Ambato – Ecuador

Febrero 2024

DEDICATORIA

A mi esposa e hijos por su comprensión y apoyo moral en todo momento.

A mis padres por su apoyo incondicional desde siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la fuerza y la orientación en mi camino.

A la Directora de tesis Mg. Andrea Suárez por su acompañamiento, guía y comprensión en la realización de este proyecto de investigación.

A la Mg. Catherine Shuguli por la oportunidad de poder participar de este posgrado.

Al Padre Juan Carlos Acosta por su motivación en cada encuentro on-line de grupo que sirvió de motivación para completar el posgrado.

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo proponer un esquema de técnicas y estrategias para atención en adolescentes con problemas de consumo de drogas. Este estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo con diseño no experimental de corte transversal. La muestra es de 17 adolescentes que presentaron problemas de consumo de drogas en la ciudad de Nueva Loja y fueron atendidos en el centro de salud Abdón Calderón. Para la recolección de la información sobre el índice de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIT 3.0) y el cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT), para identificar conflictos específicos de los adolescentes en sus diferentes áreas de su vida cotidiana. Los resultados mostraron que la mayor parte de adolescentes presentan alto riesgo de consumo de cannabis (59%) y tabaco (59%); en relación con el total global de la prueba ASSIT se obtuvo un riesgo moderado (76,5%). Con respecto a las dimensiones de la prueba POSIT, el área que representa mayor riesgo es la del nivel educativo 11,2 en promedio y en relación con el puntaje global del POSIT, se observó la presencia de riesgo alto en la población con 51,7 en promedio. Con base en resultados obtenidos se planteó un manual de intervención para el trabajo en adolescentes con la finalidad de reducir o eliminar el consumo de drogas basado en el Modelo Transteórico del Cambio.

Palabras clave: Adolescentes, alcohol, consumo, drogas, riesgo.

ABSTRACT

The aim of this research is to propose a scheme of techniques and strategies for the care of adolescents with drug use problems. This study is framed within a quantitative approach with a descriptive scope and a non-experimental cross-sectional design. The sample consisted of 17 adolescents who presented drug use problems in the city of Nueva Loja and were treated at the Abdón Calderón health center. For the collection of information on the risk index of psychoactive substance use, the alcohol, tobacco, and substance use screening test (ASSIT 3.0) and the screening questionnaire for adolescent problems (POSIT) were applied to identify specific conflicts of adolescents in different areas of their daily lives. The results showed that most adolescents were at high risk of using cannabis (59%) and tobacco (59%); in relation to the overall total of the ASSIT test, a moderate risk was obtained (76.5%). With respect to the dimensions of the POSIT test, the area that represents the highest risk is the educational level 11.2 on average and in relation to the overall POSIT score, the presence of high risk was observed in the population with 51.7 on average. Based on the results obtained, an intervention manual was proposed for working with adolescents with the aim of reducing or eliminating drug use based on the Transtheoretical Model of the Change.

Keywords: *Adolescents, alcohol, consumption, drugs, risk.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	7
1.1. La adolescencia	7
1.2. Las drogas.	13
1.3. Intervención psicológica en problemas asociados al consumo.....	29
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	43
2.1. Metodología	43
2.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
2.3. Población y muestra	50
2.4. Procedimiento metodológico.....	53
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS	55
3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos psicológicos	55
3.2. Propuesta de Intervención Psicológica	61
CONCLUSIONES.....	128
RECOMENDACIONES	130
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS	150

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Cambios en la adolescencia</i>	8
Figura 2. <i>Los factores de riesgo y protección</i>	19
Figura 3. <i>Consecuencias del consumo de drogas</i>	21
Figura 4. <i>Ubicación del Centro de Salud Abdón Calderón</i>	62

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del presente trabajo está enmarcado en la línea de investigación de salud y grupos vulnerables tiene como propósito diseñar un manual de intervención para adolescentes con problemas de consumo de drogas y, considera en la muestra a adolescentes que acuden voluntariamente o guiados por sus padres a consulta presentando un problema de consumo de drogas en el centro de Salud Abdón Calderón de la ciudad de Nueva Loja, Provincia de Sucumbíos.

Evidentemente, la adolescencia es un periodo de profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, en la transición de la infancia a la edad adulta; que esconden factores de riesgo para la salud en general y en el inicio del consumo de drogas en particular (Terán A. , 2022).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], (2022) menciona en su informe que, a nivel global, 11.2 millones de personas se inyectan drogas y alrededor de la mitad vive con hepatitis C; 1.4 millones con VIH y 1.2 millones, con ambos. Debido a esto, existen estudios realizados con adolescentes y que guardan una estrecha relación con el tema de este trabajo investigativo.

En España por ejemplo el estudio de Terán (2022) muestra que el uso de drogas en enseñanzas secundarias en los últimos 12 meses es más frecuente entre los estudiantes de 14-18 años. En su estudio, utiliza una investigación descriptiva en la que señala que el alcohol, tabaco, cannabis e hipnótico-sedantes son las drogas más consumidas en la actualidad por los adolescentes.

También en América Latina autores abordan este mismo tema en donde el protagonista es el adolescente. En El Salvador, el estudio de Bautista (2020) con una muestra de 345, afirma que el consumo de drogas ha aumentado en los jóvenes de diferentes niveles de estudios de educación básica, secundaria y universitaria siendo las drogas lícitas más consumidas el alcohol y el tabaco; y entre las ilícitas: la marihuana, inhalantes, cocaína y crack.

Tamayo et al. (2021) presenta un estudio del consumo de drogas en adolescentes de preparatoria en Sinaloa (México) con un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional de corte transversal. Consideró una muestra probabilística, estratificada, y participantes con tres grados (1ero, 2do y 3ro), la muestra se calculó a través del programa estadístico *Netquest*, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra final fue de 239 estudiantes en edades que oscilaban entre los 15 y 19 años. Se encontró que el 68.9% de los adolescentes consumieron alcohol alguna vez en la vida, el 20% tabaco, el 23% cigarro electrónico y marihuana 17.4%.

Por lo otro lado, Giménez et al. (2019) en su investigación sobre el uso de drogas en escolares en Ica (Perú) ha realizado su estudio no experimental de tipo transversal y de nivel descriptivo, en donde integró una población de 980 escolares en edades comprendidas entre 12 y 18 años, de ambos sexos, cursantes del *nivel* de secundaria. En sus resultados alega que la prevalencia de consumo de drogas lícitas se ubicó en 31,2%, y las variables asociadas fueron: la condición laboral y la estructura familiar; mientras que para el consumo de drogas ilícitas la prevalencia fue de 12,2% y las variables asociadas fueron la función familiar y la educación en valores.

En el estudio de Montero et al. (2020) en Colombia sobre el uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección analiza de forma transversal y aplica una encuesta tomada entre 2012 y 2016 en jóvenes de 10 a 19 años provenientes de 114 colegios públicos y privados de 23 comunidades. Sus resultados demuestran el consumo de alcohol como la sustancia de mayor consumo (42,7% en los últimos 30 días; 70,1% en el último año; y 73,7% alguna vez en la vida), seguida del cigarrillo (10,5% en los últimos 30 días; 21,3% en el último año; y 26,2% alguna vez en la vida), la marihuana (5,1% en los últimos 30 días; 10,3% en el último año; y 12,1% alguna vez en la vida) y la categoría de otras drogas ilegales (3,7% en los últimos 30 días; 7,4% en el último año; y 10,3% alguna vez en la vida). En general los hombres presentaron prevalencias de consumo mayores que las mujeres especialmente para cigarrillo y marihuana.

Así mismo en Ecuador (Santo Domingo de los Tsáchilas) se presentan estudios previos al consumo de drogas, tal es el caso de estudio de Cango & Suárez (2021) que integra una metodología mixto transversal aplicando 360 encuestas a alumnos entre las edades de 12 a 15 años y una entrevista a la autoridad académica de la institución educativa y a la funcionaria del Departamento de Consejería Estudiantil. Se evidencia que el consumo es muy alto (51%) en los jóvenes. Particularmente los adolescentes consumen con mayor frecuencia drogas como la marihuana, el hachís, porro o canuto; el alcohol; el éxtasis, la heroína y el LSD.

Baquerizo et al. (2020) en su investigación realizada en el centro de investigación de la universidad de Guayaquil (C.D.I.C) sobre “Drogadicción en la juventud estudiantil una epidemia en la actualidad” utiliza la metodología de corte longitudinal donde analizan, describen y evalúan las variables como edad, sexo, frecuencia y tipo de consumo. El resultado de la investigación confirma que la población consumidora es el sexo masculino de 14 a 17 años y plantea estrategias eficaces, con la participación de los psicólogos y médicos en las instituciones educativas, orientando a docentes, estudiantes y familiares a prevenir y disminuir esta epidemia a nivel de Ecuador.

Otro estudio realizado por Arteaga & Plaza (2019) sobre el consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes en el Cantón 24 de Mayo (Ecuador) y basado en un paradigma positivista con enfoque cuantitativo de diseño de corte transversal de carácter explicativo y aplicativo ha tomado una muestra de 32 pacientes atendidos en el área de psicología del centro de Salud. Los resultados muestran que los adolescentes consumidores de estupefacientes tienen actitudes que afectaban a sus capacidades físicas en su rutina diaria, y con problemas en la memoria, pero receptivo a recibir la terapia psicológica. Estos adolescentes presentaban dudas respecto a la efectividad de las terapias cognitivo-conductual que tomaban en el Centro de Salud.

El fenómeno de las drogas a nivel mundial representa una problemática cada vez más compleja, dinámica y multicausal, que genera daños en la salud, en la convivencia social y seguridad ciudadana, pues desintegra a la sociedad y el núcleo

central que es la familia (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas [STEPID], 2021).

El uso de drogas tiene consecuencias de largo-corto plazo. Los jóvenes que se inician en el consumo tienen más probabilidades de seguir consumiendo o de desarrollar una adicción que aquellos menores que no consumen (Bouzón & Zych, 2022).

En Ecuador, la STEPID (2021) y el control del fenómeno socioeconómico de las drogas, alerta acerca de aspectos como el consumo de drogas en edades tempranas, el fácil acceso a las mismas y la determinación de las zonas con mayor incidencia del fenómeno socio económico de las drogas.

Según datos recabados en la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, se identificó que la edad promedio de inicio del consumo de drogas es entre 14 y 15 años; el 21.28% del total de estudiantes encuestados consideró que es fácil conseguir marihuana, el 12.07% afirmó que le sería fácil conseguir heroína o "H", el 9.38% indicó lo mismo sobre la cocaína y el 6.12% sobre la pasta base de cocaína.

En consideración a los efectos negativos asociados al uso y consumo de drogas en la sociedad y sobre todo en zonas de frontera como la ciudad de Nueva Loja, es indispensable asumir el reto de elaborar estrategias para enfrentar esta problemática en la intervención psicológica realizada en el Centro de Salud Abdón Calderón en la que plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo se podría reducir el consumo de drogas de los adolescentes que presentan problemas de consumo de drogas en el Centro de Salud Abdón Calderón?3.

Concretamente, la idea a defender esta pregunta en la presente investigación es: La utilización del manual de intervención reducirá el consumo de drogas en los adolescentes que realizan su atención en el Centro de Salud Abdón Calderón.

Para llevar a cabo la investigación se planteó el objetivo general que consiste en Proponer un manual de intervención para trabajar con adolescentes que consumen drogas y asisten al Centro de Salud Abdón Calderón, y para alcanzar este objetivo se incluyen además los siguientes objetivos específicos:

1. Fundamentar teóricamente los problemas de consumo de drogas en los adolescentes y su tratamiento.
2. Diagnosticar el nivel de consumo de drogas en el adolescente y sus diferentes afectaciones en su esfera personal, familiar, social, educativa y/o laboral del Centro de Salud Abdón Calderón.
3. Diseñar estrategias de intervención desde un enfoque cognitivo conductual para los adolescentes con problemas de consumo de drogas del Centro de Salud Abdón Calderón.

La investigación se abordó desde un paradigma pos-positivista con un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental. Las Técnicas de recolección de información útil fueron documentos bibliográficos, encuesta para indagar los datos sociodemográficos, prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST. 3.0) y el Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT).

La Población que ha participado en el estudio son adolescentes de entre 15 a 19 años bajo una muestra no probabilística por conveniencia que corresponden a pacientes atendido en el Centro de Salud Abdón Calderón entre julio a diciembre del 2021.

Este trabajo de investigación busca defender la tesis de llevar los procesos de tratamiento del manual de intervención se reducirá el consumo de drogas en los adolescentes que acuden al Centro de Salud Abdón Calderón. El manual es una guía útil y necesaria para llevar los procedimientos de intervención que se trabajan en el proceso de consumo de drogas con los adolescentes y padres de familia.

El proceso la intervención está construida bajo los lineamientos del Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente para trabajar en el área cognitiva conductual, lo cual ha hecho posible la reducción del consumo de drogas de los adolescentes involucrados para tener una vida con mejores condiciones y libre de sustancias.

La propuesta enfocada a la disminución del consumo incluye 16 sesiones cada una con objetivos, actividades, técnicas, recursos y logros descritos de manera detallada con el objetivo de que todo profesional enfocado en la salud mental pueda replicarlo.

Justificación

Se justifica el desarrollo de esta propuesta porque existe una afluencia de consumo de drogas en la ciudad de Nueva Loja en donde la población mayor afectada son los adolescentes. Esto se evidencia como un problema social y desde el Centro de Salud Abdón Calderón ellos acuden por cuenta propia o de forma involuntaria con un familiar. Por lo que el Centro de Salud al ser una unidad de primer nivel de atención dentro del Ministerio de Salud Pública, se convierte en el lugar de primer abordaje de intervención.

Todo lo anterior, debe ser referencia para que las autoridades de salud y educación den la importancia a la ayuda de jóvenes consumidores de drogas. Se hace mención de las autoridades de educación porque, los adolescentes estudian en las instituciones educativas del lugar donde se realiza la investigación.

Por otro lado, siendo el centro de salud una entidad que cuenta con profesionales de la salud mental tendrá los recursos que permitirán conseguir los objetivos de investigación propuestos y, seguramente es factible llevar el proceso de intervención con los beneficiarios directos (el adolescente consumidor) e indirectos (padres de familia o familiares).

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

El consumo de droga en los adolescentes es un problema muy serio que requiere ayuda profesional, estudios relacionados al consumo de drogas hacen referencias de lo rápido que ha aumentado el consumo, es así como Gil (2020) afirma que el último informe mundial sobre drogas, el consumo, abuso y la drogodependencia, continúan en aumento.

1.1. La adolescencia

Se entiende a la adolescencia como una etapa en la vida del ser humano, en la cual se presentan cambios en los diferentes ámbitos de desarrollo como el social, psicológico, biológico, sexual y neuropsicológico (Díaz, 2018).

En esta etapa se generan ciertas crisis debido a las modificaciones que se presentan en la cotidianidad de las personas; además es importante porque es el inicio de la independencia personal y conformación de la personalidad posibilitando la evolución y fortalecimiento del autoconocimiento.

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) como una etapa de la vida en la cual se produce la transición de la niñez a la adultez y abarca desde los 10 hasta los 19 años, dentro de ella se presentan cambios físicos, cognitivos y sociales que influyen en la personalidad de los individuos y determinan su interacción y funcionamiento en el entorno.

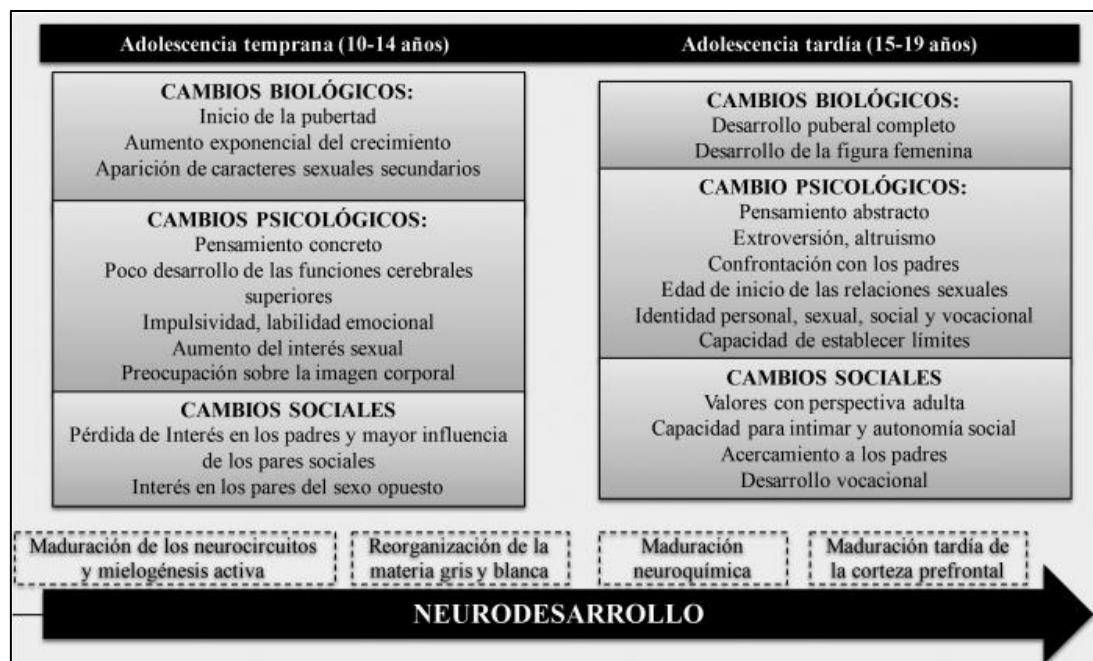
Esta etapa es fundamental en el desarrollo humano, porque se sientan las bases o pilares del desenvolvimiento de las personas en el entorno y la capacidad de autonomía e independencia.

La adolescencia como lo mencionan Águila et al. (2018), significa un período de crecimiento y una etapa indispensable dentro del desarrollo humano, caracterizada por considerarse una fase de grandes transformaciones, incluyendo el crecimiento

y maduración física y sobre todo la aparición de conflictos con los padres debido a la necesidad de generar autonomía e independencia.

Como se puede observar en la Figura 1, se aprecian los cambios en la adolescencia.

Figura 1. Cambios en la adolescencia.



Nota: Conjunto de cambios que se presentan en la adolescencia. Tomado de Uriguen et al. (2019)

Se observa en la Figura 1, que en la adolescencia se presentan varios cambios en las personas en diferentes áreas y les permite funcionar adecuadamente en el entorno y ejecutar las actividades necesarias para mantener un desenvolvimiento correcto. Esto contribuye a establecer una vida adulta de calidad con un alto nivel de bienestar personal.

Factores de protección y riesgo en los adolescentes

Generalmente, en la etapa de la adolescencia se presentan varios factores de riesgo que pueden provocar la adquisición de conductas y comportamiento inadecuados, los mismos que influyen directamente en el desarrollo y funcionamiento en el entorno; provocando un deterioro del bienestar personal y la

calidad de vida del adolescente; sobre todo impidiendo una evolución adecuada de sus habilidades y capacidades.

Los factores protectores como lo menciona Salas (2018), son elementos que contribuyen a reducir la probabilidad de adquirir conductas erróneas o que se produzcan consecuencias negativas que interfieran en el desarrollo del adolescente. Establece dos tipos de factores protectores, los de amplio espectro y los factores específicos, estos son: permanecer en el sistema educativo, alto nivel de resiliencia, alta autoestima, control interno adecuado, construcción de un proyecto de vida y buena comunicación interpersonal (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Factores Protectores

Internos	Familiares	Comunidad
Buena salud física y estado nutricional	Satisfacción de necesidades básicas	Ofrecer oportunidades educativas y vocacionales
Actividad física continua y adecuada	Comprensión y entendimiento de cambios emocionales	Proveer actividades recreativas
Desarrollo de identidad personal	Estimulación de actividades relacionadas a la autoimagen	Apoyo a familias con necesidades especiales
Habilidades sociales adecuadas	Premiar logros	Establecer políticas y normativas a favor de los adolescentes
Elevada autoestima	Proporcionar educación sexual	Ofertar servicios integrales de salud y educación
Conducta sexual responsable	Estimular independencia y responsabilidad	Ofrecer un entorno libre de riesgos
Establecimiento de metas educativas	Apoyar metas	Ofrecer recursos para el desarrollo
Adecuado sistema de valores	Proveer un sistema de valores adecuado	Ofrecer programas que contribuyan al desarrollo de competencias

Nota: esta tabla muestra los diferentes factores protectores que actúan en la adolescencia. Tomado de: (Guemes et al., 2017).

Los factores de riesgo pueden incidir en los adolescentes para provocar daños no deseados en su desarrollo y bienestar personal o pueden hacerlos más vulnerables a ciertas amenazas del entorno. De acuerdo con Pinto et al. (2019), los principales factores de riesgo son: Insatisfacción de necesidades psicológicas esenciales, estilos de crianza inadecuados, ambiente familiar inadecuado, sexualidad mal orientada, pertenencia a grupos antisociales, promiscuidad y deserción escolar.

El adolescente y su entorno familiar

La familia es un núcleo importante de desarrollo de los adolescentes que contribuye a la satisfacción de todas sus necesidades y a la implementación de pautas de interacción. Facilita la construcción de vínculos estables y relaciones equilibradas para mejorar la calidad de vida y el bienestar personal (Rodríguez, 2017).

Es necesario que la familia mantenga un funcionamiento adecuado que permita expresar todas las dudas e inquietudes del adolescente para ofrecer una respuesta oportuna que posibilite un desenvolvimiento correcto con los demás. Tal y como se observa en la Tabla 2, la familia puede construirse en familia funcional o disfuncional.

Tabla 2. Diferencias entre la familia funcional y disfuncional

Familia Funcional	Familia Disfuncional
Flexible	Rígida
Comunicación clara	Comunicación ambigua
Educación acorde a las necesidades	Educación autoritaria
Crisis o cambios son aceptados	Mala adaptación a los cambios
Ambiente armónico	Ambiente tenso y desagradable

Nota: Diferencias entre la familia funcional y la familia disfuncional. (Rodríguez, 2017).

El entorno familiar es un elemento fundamental dentro de su desenvolvimiento en el medio; por el contrario, si hay un alto nivel disfuncional familiar los adolescentes adoptan y adquieren conductas de riesgo que perjudican su desarrollo (Ver Tabla 2).

Los adolescentes y sus cambios emocionales

Durante la adolescencia se presenta varios cambios emocionales, que muchas veces evolucionan en problemas, debido a los diversos cambios que experimenta la persona en las áreas de desarrollo. Por ejemplo, se presentan situaciones de llanto, tristeza, felicidad. Estos sentimientos si no se tratan adecuadamente pueden

ocasionar dificultades mayores y acarrear problemas secundarios como problemas alimenticios y bajo rendimiento escolar.

Es importante que esos cambios sean tratados dentro del hogar. De esta forma se posibilita un funcionamiento óptimo dentro del entorno, de acuerdo con Ponce et al. (2019), los principales problemas emocionales son: Problemas de autoestima, depresión, anorexia o bulimia, introversión, timidez, ansiedad y estrés.

Debido a los cambios biopsicosociales que experimentan los adolescentes Hernández et al. (2017) manifiesta que son más propensos a padecer problemas emocionales y comportamentales. Estos problemas se presentan con mayor frecuencia en adolescentes que mantienen un alto nivel de factores de riesgo sobre todo en el hogar y el centro educativo, que son considerados como los principales sectores de desarrollo de esta población; debido a esto se hace indispensable que la familia actúe como agente protector con la finalidad de solucionar los problemas emocionales correctamente, permitiendo un funcionamiento eficaz.

Por tanto, el desarrollo emocional en la adolescencia es un elemento clave para contribuir a un desenvolvimiento óptimo y adecuado en el entorno; porque permite el establecimiento de relaciones sociales equilibradas y de calidad, lo cual incide en el sentido de pertenencia y la autonomía. De esta forma, se hace necesario mantener un control de los cambios que se suscitan para solucionarlos de manera oportuna evitando la aparición de problemas secundarios que interfieran en la evolución y progreso de la persona.

Los adolescentes y su entorno social

En el ámbito social se desarrollan varias transformaciones en la forma de establecer las relaciones interpersonales y es necesario que exista un funcionamiento familiar adecuado para que el adolescente adquiera pautas de interacción positivas que le permitan mantener relaciones sociales estables y enriquecedoras, posibilitando el cumplimiento de un rol específico dentro del medio (Esteves et al., 2020).

El desarrollo social de los adolescentes depende en gran parte de la interacción con sus padres y demás miembros de la familia; puesto que la familia es el primer lugar de socialización en donde se transmiten pautas de comunicación e interacción. Es por esta razón que es importante que los padres proporcionen un ambiente armónico y estable, de modo que el adolescente aprenda comportamientos positivos para relacionarse y cumpla su objetivo en el entorno; es decir, que un buen funcionamiento familiar posibilita un correcto desarrollo de habilidades sociales (Núñez et al., 2017).

El ámbito social es un elemento fundamental dentro del desarrollo del adolescente, porque le permite mantener contacto con sus pares y grupos acordes a sus intereses personales, que posibilitan la generación de autonomía e independencia. Por esta razón, es esencial que los padres otorguen pautas de comportamiento e interacción adecuadas que les facilite el establecimiento de relaciones interpersonales de calidad.

Los adolescentes y los hábitos recreativos

Durante la adolescencia se producen varios cambios físicos que requieren de actividades recreativas para evitar consecuencias negativas; estas actividades inciden en el estado de ánimo de los adolescentes y les permiten establecer nuevas relaciones sociales con sus pares, así como formar parte de un grupo determinado relacionado con sus intereses y gustos (Chávez y Sandoval, 2016).

Durante la etapa de la adolescencia es importante ejecutar actividades de recreación y ocio. Mediante estas actividades adquieren experiencias y vivencias que les brindan nuevos puntos de vista y perspectivas acerca de un tema específico, o amistades enriquecedoras que les permiten generar redes de apoyo esenciales en momentos de crisis. Por esto, es necesario incentivar y promover la realización de estas actividades para lograr un equilibrio en su desarrollo (Medina et al., 2020).

1.2. Las drogas.

La Organización Mundial de la Salud (2004) define a las drogas como cualquier sustancia que, al ser introducido en el organismo, puede modificar sus funciones mientras que la drogadicción se define como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga pese a sus consecuencias negativas (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas [NIDA], 2020).

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias causantes de dependencia es un problema de salud pública, potencia comportamientos de riesgo (Martins et al., 2018) y afectan a un número elevado de adolescentes en todo el mundo (Colino, 2020).

Para Peña et al. (2019) muchas personas con el uso de drogas han buscado la salida a distintas situaciones de la vida cotidiana, aun sin conocer las consecuencias que pudieran ocasionar en un futuro. Este problema se ha incrementado de manera considerable en los últimos años (Tena et al., 2018).

El abuso de drogas es muy variable, en términos de grupos etarios, el tipo de sustancia y la frecuencia de uso y los problemas asociados a su consumo. Hay un aumento de estas sustancias en la adolescencia incluso en etapas aún más tempranas (Peña et al., 2019).

Diferentes estudios han demostrado que entre los y las adolescentes, las motivaciones más frecuentes en la iniciación del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) son el hecho de encontrarlas fácilmente, constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, permiten que el joven se sienta mejor aceptado en el círculo de relaciones entre pares; o por el hecho de que determinadas sustancias tienen la capacidad de controlar los sentimientos desagradables, modificándolos, o reduciendo la ansiedad y la depresión, aminorando las tensiones (Rojas, 2001).

El consumo de sustancias entre jóvenes y adolescentes representa un problema de salud que se relaciona con lesiones y accidentes graves, discapacidad, trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, ideación y conducta suicida, conductas sexuales de riesgo, entre otros (Tena et al., 2018).

Los adolescentes que consumen drogas pueden comportarse mal y tener un desempeño pobre en la escuela o abandonar los estudios. Consumir drogas cuando el cerebro todavía está en desarrollo puede crear cambios cerebrales duraderos y aumentar el riesgo de dependencia (NIDA, 2020).

Etapas del consumo de sustancias de abuso

El consumo de sustancias en los adolescentes evoluciona en diferentes etapas, inicia desde el no consumo, pasa por el consumo experimental, consumo habitual, consumo nocivo hasta la dependencia (Tena et al., 2018).

Cuando una persona comienza a drogarse, tal vez perciba lo que parecen ser efectos positivos. También puede sentir que es capaz de controlar el consumo, pero las drogas se pueden apoderar muy rápido de la vida de una persona (NIDA, 2020). Según, Tena et al. (2018) y la Oficina de las Naciones Unidas [UNODC] (2015) las etapas de los consumos son:

- **Etapa de No consumo.** - Esta es una etapa en la que cada persona se ha encontrado en algún momento de su vida, sin ningún contacto con las drogas. De acuerdo con los estudios de prevalencia del consumo de drogas, en esta etapa se encuentran todos los niños y niñas menores de 12 años; aunque a los 12 años de edad ya se registran algunos casos de consumo experimental.
- **Consumo experimental.** Es el consumo inicial de sustancias que se desprende de la convivencia, presión de pares o ambas.

- **Consumo habitual (social).** Se caracteriza por consumo intermitente de alcohol y tabaco sin consecuencias negativas. En los bebedores adultos, esto puede entenderse como consumo social. Al haber experimentado los efectos de una droga, la persona tiende a consumir en cierto tipo de situaciones: fiestas, conciertos, paseos, etc., pero, todavía sin una periodicidad definida.
- **Consumo nocivo.** En esta etapa de la evolución del consumo, podría presentarse algún grado de tolerancia a la droga, por eso la cantidad consumida tiende a incrementarse cada vez más para sentir el mismo efecto. La droga ya es adquirida por el consumidor. Es cuando ocurren consecuencias adversas como resultado del consumo y el individuo puede no reconocer que existe una relación de causalidad.
- **Dependencia.** En esta etapa sobreviene un patrón de consumo desadaptativo, continuo y prolongado, que se representa por un grupo de síntomas psicológicos (conductuales, emocionales y cognitivos) y fisiológicos. Las consecuencias individuales y sociales del este tipo de consumo son evidentes, la persona consume para evitar ciertos síntomas y signos desagradables, no escatima esfuerzo ni recurso alguno para conseguir la droga de su elección.

Motivos para el consumo de drogas

Existen tres formas de entender el consumo de drogas según Tapia et al. (2016): El primero relacionado con el alivio del dolor, es decir, una sensación de incomodidad y su manifestación inmediata por parte del sistema nervioso ante una lesión. La segunda se manifiesta por el pensamiento de dormir ante situaciones de aburrimiento e inquietud. El tercero relacionado con la naturaleza aventurera del individuo y las prácticas desarticuladas que surgen en el contexto del abuso de drogas.

En su estudio Loo et al. (2018), menciona que la carencia de una estructura y apoyo familiar son elementos que conllevan al consumo de drogas. Además, de la ausencia de uno de los padres, dificultad económica, violencia intrafamiliar, sentimiento de abandono, soledad y acogimiento de los padres.

Clasificación de las Drogas

Según la OMS (2018), las drogas se clasifican en cuatro grupos según su grado de peligrosidad, en términos de sus efectos sobre el comportamiento, adicciones y su toxicidad para el organismo. Estos incluyen específicamente lo siguiente:

Alucinaciones: Sustancias que actúan en el sistema nervioso, provocan alucinaciones. Ejemplos: LSD, marihuana, fenciclidina, mescalina, peyote.

Depresores: Sustancias que ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso central. Ejemplos de estas drogas: opio y sus derivados (morfina, heroína, codeína, meperidina, metadona, fentanilo), barbitúricos (tiopental, pentobarbital, secobarbital, amobarbital, barbital), benzodiazepinas y alcohol etílico.

Estimulantes: Estimulan la actividad del sistema nervioso central, producen un estado de excitación, aceleración biológica y psicológica. Ejemplo: drogas, cocaína y derivados, anfetaminas y sus análogos estructurales, nicotina, cafeína.

Inhalantes: Sustancias químicas de uso común cuyos vapores, al ser inhalados, provocan euforia, desorientación y pérdida de apetito en una persona. Ejemplos de estos fármacos: Barniz, cola, disolventes, gasolina, estaño entre otros.

Drogas legales: sustancia que afecte el sistema nervioso central y que sea legal. Estas sustancias incluyen: tabaco, alcohol, drogas, cafeína, teobromina, teína, etc. Dentro de las drogas más comunes tenemos el alcohol y tabaco (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Drogas legales de consumo masivo

Droga	Consumo	Daños a la salud
Alcohol	Droga de mayor consumo	Al ingresar directamente al torrente sanguíneo, llega rápidamente al cerebro, donde se ven afectados varios grupos de neuronas que controlan el habla, la visión, la respiración, el equilibrio, el pensamiento, el juicio y el razonamiento.
Tabaco	Droga de consumo	Los cigarrillos que contienen nicotina, alquitrán, monóxido de carbono y otros compuestos causan taquicardia, estrechamiento de los vasos sanguíneos, aumento de la presión arterial, lo que ejerce presión sobre el corazón y, con el tiempo, hay signos de daño cerebral.

Nota: Adaptado de "La Unesco y la Lucha de las Naciones Unidas contra la Droga; Drogas ilegales y drogas legales". UNESCO, 2012.

Drogas ilegales: Cualquier sustancia que es ilegal, es decir, no es legal su consumo, compra, venta, cultivo o fabricación. Estas sustancias incluyen: cannabis y sus derivados, cocaína, anfetaminas y sus derivados, drogas sintéticas, heroína, éxtasis líquido; etc. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Drogas ilegales

Droga	Productos	Daños
Inhalantes	Son productos industriales como solventes, pegamento, gasolina	Interrumpe las funciones cerebrales (pérdida de memoria, conexiones neuronales), causa hinchazón, sangrado, irritación en la nariz y la boca, daño hepático y renal, pérdida de peso, daño muscular.
Anfetaminas	Sustancias de uso medicinal pero que con el tiempo ocasionan adicción	Produce sensación de energía, reducción de la fatiga, sueño y hambre, pero posteriormente causa cansancio y una fuerte depresión (ideas de suicidio), alteraciones mentales, alucinaciones, incoherencias de pensamiento y lenguaje
Alucinógenos	Sustancias de origen vegetal	Provocan alucinaciones, inhibiendo la capacidad de una persona para reconocer la realidad, pensar racionalmente o comunicarse.
Heroína	Droga inyectable y en menor proporción como inhalante	Provoca sensación de bienestar, euforia, enrojecimiento de la piel, sequedad de las mucosas, sensación de pesadez en las extremidades, entumecimiento, pero se alteran las facultades mentales, se reducen las funciones cardíaca y respiratoria y puede producirse una sobredosis. causa de la muerte
Speed, ice, Cristal	De acción similar a las anfetaminas, pero más potente	Produce insomnio, disminución del estado de alerta y fatiga, sensación de ánimo Disminución de la sensación de fatiga, mejora del estado anímico y la capacidad de concentración. A la larga, causa daño hepático y renal, desnutrición y agotamiento. Daño al corazón y trastornos mentales.

Nota: Daños efectuados por las drogas ilegales (UNESCO, 2012)

Factores de riesgo y de protección para el consumo y el uso indebido de drogas y la drogadicción.

En los últimos años la preocupación de los investigadores se ha ido centrando en cómo hacer para que menos gente caiga en el problema del consumo de drogas, por tanto, ello ha conducido a los investigadores a centrar su interés en identificar factores que pueden estar más involucrados directamente en el consumo de sustancias y facilitar el desarrollo del problema (Anicama, 2001).

Los factores identificados son dados por los factores de riesgos y de protección. Cuando los factores de riesgo son excesivos la idea y objetivo es reducirlos, entonces tiene mejor pronóstico promover factores de protección que reduzcan la vulnerabilidad de los y las jóvenes de desarrollar consumos problemáticos, abusivos y/o de retrasar el consumo de drogas (Callisaya, 2018).

Se consideran factores de riesgo aquellas características personales o circunstancias ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causarle problemas importantes (IA, 2020).

En general, a medida que aumenta el número de sustancias consumidas, aumenta también el número de factores de riesgo y protección, así como el índice de riesgo (Peñafiel, 2010).

Según NIDA (2020) los factores de riesgo contemplan algunas características como el comportamiento agresivo frente a autoeficacia como factor de protección.

En la Figura 2 se puede visualizar algunos factores de riesgo y protección.

Figura 2. Los factores de riesgo y protección.



Nota: Factores en el consumo de drogas (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas [NIDA], 2020).

Los factores de protección reducen el riesgo de adicción. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser ambientales o biológicos (NIDI, 2020). Los individuos se desenvuelven en el seno de diferentes ambientes, en los que se dan interacciones personales muy intensas, por lo que tienen una gran capacidad de influencia sobre la conducta de los individuos (IA, 2020). Los factores biológicos que pueden afectar el riesgo de una persona de convertirse en drogadicta incluyen los genes, la etapa de desarrollo en la que se encuentra, e incluso el sexo y la raza.

Los científicos estiman que los genes —incluidos los efectos que los factores ambientales tienen en la expresión génica de una persona (llamados epigenética)— representan entre un 40% y un 60% del riesgo de adicción de una persona. Además, el riesgo de consumo y adicción a las drogas es mayor en los adolescentes y en las personas que sufren de trastornos mentales que en otros grupos (NIDA, 2020).

Los adolescentes que consumen drogas legales o ilegales tienen problemas individuales de personalidad y problemas de riesgo ambiental (Díaz & Amaya, 2012). Los factores ambientales se relacionan con la familia, la escuela y el vecindario. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de una persona según NIDA (2020) son:

- **El hogar y la familia.** El ambiente del hogar, especialmente durante la niñez, es un factor muy importante. Los padres o familiares mayores que consumen drogas abusan del alcohol o transgreden las leyes pueden aumentar el riesgo de que un niño tenga problemas con las drogas en el futuro.
- **Los compañeros y la escuela.** Los amigos y otros compañeros pueden tener una influencia cada vez mayor durante la adolescencia. Los adolescentes que consumen drogas pueden convencer hasta a quienes no tienen factores de riesgo de que prueben las drogas por primera vez. Tener dificultades en la escuela o poseer pocas habilidades sociales puede aumentar aún más el riesgo de que un niño consuma drogas o se vuelva adicto.
- **El consumo desde muy joven.** Las investigaciones indican que cuanto más joven comienza a drogarse una persona, más posibilidades tiene de sufrir problemas graves. Es posible que esto se deba al efecto perjudicial que las drogas pueden tener en un cerebro todavía en desarrollo. También podría ser el resultado de una combinación de factores tempranos de carácter social y biológico, entre ellos la falta de un hogar o una familia estable, el abuso físico o sexual, los genes o una enfermedad mental. El consumo a temprana edad es un fuerte indicador de problemas futuros, incluida la adicción.
- **La forma en que se consume la droga.** Fumar una droga o inyectarla en las venas aumenta el potencial de adicción. Tanto las drogas que se fuman como las que se inyectan llegan al cerebro en segundos y producen una poderosa oleada de placer. Esa sensación intensa de placer se puede desvanecer en pocos minutos. Los científicos consideran que este marcado contraste lleva a ciertas personas a repetir el consumo para intentar recapturar el momentáneo estado de placer.

Consecuencias del consumo de droga

Muchos adolescentes hombres y mujeres, consumen drogas, pero solo una minoría desarrollarán problemas de abuso y/o dependencia (Terán A. , 2022).

El consumo prolongado de diferentes tipos de drogas trae como consecuencia el deterioro de diversas capacidades cognitivas, entre las que resaltan por su importancia clínica las afecciones funcionales en las capacidades ejecutivas del cerebro. Además, esto no les permite adaptarse al desenvolvimiento normal en cada uno de los ambientes en los que se desarrollan (Agualongo & Robalino, 2020).

Según, UNODC (2015) las consecuencias del consumo de droga se clasifican en consecuencias individuales y sociales (Ver Figura 3).

Figura 3. Consecuencias del consumo de drogas



Nota: Consecuencia del consumo de drogas (UNODC, 2015).

UNODC (2015) divide a las consecuencias del consumo de droga individuales entre biológicas y psicológicas, y se definen como sigue:

Las consecuencias biológicas del consumo de drogas dependen del tipo de drogas, de la frecuencia y el tiempo de consumo, y del estado de salud de la persona, previo al consumo. Mientras que las consecuencias psicológicas afectan de manera progresiva a las actitudes hacia sí mismo y su comportamiento, afectan directamente a su autoestima provocando sentimientos de desvalorización relacionados con la falta de autoconfianza e insatisfacción. En las consecuencias psicológicas se puede presentar alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión y neurosis (Tunki, 2019).

Las consecuencias sociales, están agrupadas en consecuencia microsociales y macrosociales. En las consecuencias sociales el drogadicto puede verse involucrado en agresiones o conflictos. Bajo la influencia de la droga se pueden llegar a cometer crímenes, asesinatos o robos (Tunki, 2019).

Respecto a las consecuencias micro sociales, según UNODC (2015) están referidas a las relaciones del consumidor con su entorno inmediato como son la familia, la escuela, el trabajo y los amigos y las consecuencias macrosociales corresponden a un entorno más amplio relacionados con aspectos socioeconómicos, políticos y culturales. El consumo de drogas también puede aumentar el riesgo de contraer infecciones.

Al compartir elementos que se usan para la inyección de drogas o tener conductas sexuales no seguras (como actividad sexual sin condón), es posible contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el de la hepatitis C (una enfermedad hepática grave). También es posible contraer infecciones del corazón y sus válvulas (endocarditis) y de la piel (celulitis) debido a la exposición a bacterias que puede ocurrir con el consumo de drogas inyectables (NIDA, 2020).

Alteraciones y patologías en el consumo de drogas.

Un amplio porcentaje de adolescente experimentan con las drogas; la mayoría comienzan con el tabaco y el alcohol, para seguir con otras sustancias. El consumo de una o varias sustancias, produce alteraciones físicas, psicológicas y sociales, según Barrios (2013) las alteraciones se presentan de forma variada en el alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, droga de diseño.

Efectos del alcohol.

El consumo de alcohol es un fenómeno que está creciendo, sobre todo entre jóvenes y adolescentes y es un problema de salud pública que requiere de acciones preventivas inmediatas y de promoción de la salud (Ahumada et al., 2017).

Los efectos del alcohol según Prospero (2014) van a depender de la dosis que el sujeto ingiera. Así, transita desde cierto nivel de desinhibición y propensión a la comunicación, hasta presentar signos claros de intoxicación, como arrastrar la lengua al hablar, incoordinación motora, dificultad a mantener el equilibrio, nistagmus (una oscilación involuntaria de los ojos), afectación de la memoria, y puede incluso llegar al coma y a la muerte.

El trastorno por consumo de alcohol (TCA) es un trastorno adictivo que se caracteriza por la pérdida de control sobre el consumo de esta sustancia, y la persistencia en su consumo a pesar de las repercusiones negativas que genera a la persona que lo padece (Mayor et al., 2019).

Según, Morales (2018), la intoxicación crónica del alcohol se produce cuando se consume más cantidad de lo que el organismo es capaz de metabolizar. Para llegar a la dependencia de esta sustancia, hay que pasar por una serie de fases. Sin embargo, los efectos que tiene el alcohol y que se producen en la salud del adolescente a corto y largo plazo son como se muestra en la Tabla 5 (Barros, 2013):

Tabla 5. Efectos del alcohol en la salud del adolescente.

Efectos agudos y a corto plazo	Efectos a largo plazo
Perdida de la capacidad y autocontrol	Trastornos digestivos,
Desinhibición de la conducta y las emociones.	neurólogos y psiquiátricos.
Sensación de euforia y excitabilidad	Comportamientos agresivos.
Problemas para coordinar movimientos, confusión mental y lenguaje incoherente.	Dependencia, tolerancia y
Deterioro de la atención, la memoria y la concentración.	síndrome abstinencia
Deterioro del juicio y una falsa sensación de seguridad.	
Alteraciones auditivas y visuales.	
Sueño y cansancio.	
Intoxicación etílica	
Lesiones y muertes por conducir bajo efectos del alcohol	

Nota: Alteraciones por el consumo del alcohol (Barros, 2013)

Efectos del tabaco

El tabaquismo es un problema de salud de dimensiones epidémicas con un importante impacto sobre la salud de la población (Davía et al., 2022).

El humo del tabaco es una mezcla mortal de más de 7000 sustancias químicas. Muchas son tóxicas. Cuando estas sustancias químicas entran a las partes profundas de los tejidos de su cuerpo, pueden causar daños. Su cuerpo debe defenderse para reparar los daños causados cada vez que fuma. Con el tiempo, estos daños pueden ocasionar enfermedades (Centre for Disease Control and Prevention [CDC], 2010).

Según, Barros (2013) el tabaco produce una gran dependencia originada por la nicotina. Ésta a dosis bajas, es estimulante del sistema nervioso central, pero en altas dosis produce gran adicción.

Las acciones de la nicotina son múltiples, entre las cuales destaca la sensación de placer, excitación, ansiolítico, mejora la concentración, aumenta los niveles de hormonas endógenas, como la hormona adrenocorticotropa, cortisol, hormona del crecimiento, prolactina y vasopresina, de tal forma que la estimulación de la médula adrenal produce la liberación de adrenalina y noradrenalina, lo cual contribuye a los efectos cardiovasculares de la nicotina, al producirse por la acción periférica de éstas un aumento de los ácidos grasos en sangre y produce un aumento significativo de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca (Davia et al., 2022).

Los efectos pueden a aparecer rápidamente o manifestarse a largo plazo según lo menciona Barros (2013) en la Tabla 6:

Tabla 6. Efectos del tabaquismo

Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
Tos, expectoración, catarros de repetición.	Enfermedades respiratorias.
Mareos y nauseas	Enfermedades cardiovasculares.
Irritación de los ojos y la garganta	Cáncer.
Fatiga y disminución del rendimiento deportivo	Tolerancia (necesidad de un consumo mayor), dependencia (a la nicotina) y el síndrome de abstinencia (necesidad de volver a consumir para evitar el malestar general)
Mal aliento	
Perdida del olfato	

Nota: Alteraciones del consumo del tabaco (Barros, 2013)

Los efectos negativos del tabaco afectan, a los llamados fumadores pasivos, es decir a todas las personas que están alrededor del fumador y en mayor medida a los niños, mujeres embarazadas y personas mayores (Barros, 2013).

Una vez que el tabaco daña las células, estas pueden multiplicarse sin control hasta convertirse en cáncer. Como las células son diminutas, algunas veces pasan años antes de que usted note un bulto o el médico detecte un tumor en una tomografía (CDC, 2010).

Efectos del Cannabis

El cannabis es una droga ilegal. Los datos del Informe Mundial sobre las Drogas de 2017 confirman que es la sustancia más consumida, sobre todo por los/las jóvenes en todo el mundo, siendo en 2015 alrededor de 183 millones los consumidores de la misma (Morales, 2018).

El cannabis es la sustancia psicoactiva bajo control internacional que más se utiliza a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial para la Salud [OPS/OMS], 2018).

Los preparados de cannabis más comunes son la marihuana, el hachís y el aceite de hachís. La marihuana es una forma herbaria del cannabis preparada a partir de las flores y hojas del extremo superior de la planta desecadas (OPS/OMS, 2018).

El consumo de derivados del cannabis, como el hachís o la marihuana, producen alteraciones, incluso en dosis bajas, que interfieren en los procesos cerebrales básicos (Barros, 2013).

El efecto a corto plazo más obvio del cannabis sobre la salud es la intoxicación, caracterizada por trastornos del nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el afecto o el comportamiento, y otras funciones y respuestas psicofisiológicas (OPS/OMS, 2018).

Si el consumo se mantiene en largo tiempo y continua los efectos negativos para la salud dependerá de la edad, dosis, sensaciones esperadas o la personalidad (Barros, 2013).

Normalmente el inicio del cannabis viene precedido por el de alcohol y tabaco, pero para un grupo este inicio es prácticamente simultáneo, y ello da lugar a unos consumidores con unas características determinadas.

Según, Barros (2013) las alteraciones se dan como lo muestra la Tabla 7.

Tabla 7. Efectos del consumo de cannabis

Efectos a corto plazo	Efectos a largo plazo
Excitación inicial	Desinterés por las cosas, abandono, depresión.
Problemas de coordinación intelectual del sueño y del movimiento.	Accidente de tráfico.
Locuacidad y facilidad en las relaciones sociales.	Alteraciones del metabolismo.
Alteración del ritmo cardiaco y la presión arterial.	Reducción del sistema inmunitario.
Confusión, dificultad para memorizar cosas y para expresarse.	Alteraciones respiratorias.
Dificultad de concentración.	Alteraciones de las hormonas sexuales.
Alteración de la atención y la alerta.	Trastornos psiquiátricos.
Alteración de colores, sonidos.	Problemas cardiovasculares.
Sequedad de la boca, enrojecimiento de ojos, aumento del apetito.	Cáncer.
	Tolerancia (necesidad de un consumo mayor), dependencia (física y psicológica) y el síndrome de abstinencia (si se interrumpe el consumo aparece ansiedad, temblores)

Nota: Alteraciones del consumo del cannabis (Barros, 2013)

Efectos de la cocaína

La cocaína está dentro del grupo llamado “psicoestimulantes”, y se caracteriza porque hace que el sistema nervioso central tenga una mayor actividad. Es una sustancia que trae consigo numerosas complicaciones, porque las vías de administración no se limitan a una sola y, además, es una droga que en raras ocasiones se consume sola (Morales, 2018).

Las alteraciones en la salud por el consumo de cocaína actúan estimulando intensamente el sistema nervioso central y dependiendo de la persona, la dosis o la forma de administración, su efecto puede ser rápido o tardío (Barros, 2013).

Según Morales (2018) en el consumo crónico de cocaína, se pueden apreciar varias fases por las que pasan los individuos con dependencia a esta sustancia. En un primer momento, hay un período de “silencio clínico” en el cual no parece que la droga produzca complicaciones, ni orgánicas ni psicológicas, y tampoco afecta significativamente a la vida social de la persona.

Cuando el consumo se vuelve crónico, se produce un fenómeno conocido como “*kindling*” (de encendido o sensibilización) que consiste en una mayor respuesta de los sistemas neuronales a la misma dosis, por lo que se aumenta la ansiedad, la irritabilidad y las ideas paranoides con una cantidad similar (Morales, 2018). Según, Barros (2013) el consumo de la cocaína tiene efectos que se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8. Efectos del consumo de cocaína

Efectos a corto plazo	Efectos a medio y a largo plazo
Aumento de la actividad y excitación.	Trastornos psíquicos, psicosis, esquizofrenia.
Cambios emocionales.	Alteraciones importantes a nivel circulatorio, respiratorio, digestivo y neurológico.
Aumento en las capacidades de atención y concentración de forma pasajera.	Si la vía de administración es nasal, existe: Pérdida de olfato, hemorragias nasales, ronquera, perforación nasal.
Aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial	Si la vía es intravenosa, existe: reacciones alérgicas a la droga o algún componente, enfermedades infecciosas.
Dilatación de pupilas	Pérdida de peso. Dependencia y muerte por sobredosis.

Nota: Alteraciones del consumo de la cocaína (Barros, 2013)

Efectos de la droga de diseño (éxtasis)

Éxtasis es el nombre popular para la MDMA (3-4 metilene-dioximetanfetamina), una sustancia psicoactiva que se caracteriza por sus propiedades estimulantes (similar a las anfetaminas) y alucinógenas (como el LSD), sin que pueda ser clasificada en una u otra de estas dos categorías, sino en el grupo de las sustancias mixtas (Jiménez, 2001).

Las drogas de diseño han aparecido hace relativamente poco. Entre ellas, la más importante es el MDMA, que es una droga psicoactiva que produce efectos similares a los del éxtasis (Morales, 2018). Se administra por vía oral con una dosis eficaz de 75-100 mg. Produce sus efectos al cabo de 30 min, la meseta se alcanza a los 60-120 min, para ir desapareciendo a lo largo de las 4 h siguientes, quedando sólo unos efectos residuales (Ávila et al., 2007).

El éxtasis o MDMA, se consume por vía oral en forma de pastillas o cápsulas, su absorción es lenta, pasa del aparato digestivo a la sangre, por lo que se puede pensar que no ha hecho efecto y repetir la dosis, con riesgo de sobredosis (Sánchez, 2005, como se citó en Barros, 2013).

Los efectos de esta droga se incluyen en la Tabla 9.

Tabla 9. Efectos del consumo de éxtasis

Efectos inmediatos después del consumo	Efectos a largo plazo
Nauseas, pérdida de apetito	Trastornos del sueño
Sequedad de boca, sudoración.	Agresividad, ataques de pánico.
Temblores, movimientos involuntarios.	Ansiedad, depresión severa.
Aumento de la temperatura corporal.	Pérdida de memoria y dificultad de concentración.
Confusión, agobio, ansiedad.	Alucinaciones visuales y perceptivas, pérdida de contacto con la realidad.
Deshidratación.	Tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Nota: Alteraciones del consumo de éxtasis (Barros, 2013)

Uso, abuso y dependencia de las drogas

El uso de drogas se puede entender como una cuestión cultural que puede llevar a enfermedades de corte médico y psiquiátricas (Cuerno, 2013). El uso de una droga es cuando se la consume en forma esporádica y con prescripción médica (UNODC, 2015).

El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo y excesivo que va dirigiendo progresivamente la vida de una persona (Becoña et al., 2011).

El deterioro escolar, laboral, social y familiar se hace más evidente. Su estado de ánimo es cambiante llevando una vida doble, por un lado, una vida cotidiana común y otra adictiva y desconocida por parte de los familiares y amigos (UNODC, 2015). La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo.

Es importante reafirmar que la decisión de usar drogas inicialmente es voluntaria; sin embargo, cuando se convierte en abuso del consumo de drogas, la capacidad individual para ejercer el autocontrol se torna sumamente difícil (UNODC, 2015).

1.3. Intervención psicológica en problemas asociados al consumo.

El consumo temprano de drogas aumenta las posibilidades de que una persona se convierta en adicta, puesto que las drogas modifican el cerebro, causando adicción y otros problemas graves. Por lo tanto, prevenir el consumo temprano de drogas o de alcohol puede servir de mucho para reducir estos riesgos (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas [NIDA], 2020).

La psicología siempre ha tenido un papel destacado en la prevención del consumo de drogas, tanto para comprender y explicar esta conducta desde los procesos que estudia la psicología, a la realización de estudios para explicar por qué unas

personas consumen drogas y otras no, como elaborar teorías y modelos para explicar e intervenir en los consumidores (Becoña, 2007).

Según Arbex (2002), los profesionales de los tratamientos de drogodependencias deben dar la importancia de la detección precoz de casos y la intervención temprana de esta problemática para un buen pronóstico posterior.

La intervención psicológica en conductas adictivas debe de ajustarse al igual que se realiza en otras disciplinas, a la utilización de técnicas y tratamientos que hayan demostrado su utilidad en dicho ámbito (Sanchez & Gradolí, 2001).

Tratamiento psicológico y principios

La intervención, en cuanto al tratamiento psicológico, consistirá en: animar a cambiar de actitud para mejorar su estado de salud, informar sobre los efectos negativos del consumo, reconocer o señalar aspectos positivos y fortalezas del menor y tratar de plantear un posible plan para reducir o detener el consumo (Franco & Serrano, 2022).

Los principios para el tratamiento efectivo de las drogodependencias se sitúan, sin lugar a duda, dentro de unas coordenadas que reclaman una concepción psicológica del fenómeno adictivo y de su tratamiento (Pedredo et al., 2008).

Según Sanchez & Gradolí (2001) en la intervención psicológica, ha sido el enfoque cognitivo conductual el primero en dar respuesta a los problemas planteados por la adicción a drogas y sigue siendo hoy en día el más ampliamente utilizado por los profesionales y validado científicamente

El programa de atención para adolescentes es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables (Martínez et al., 2009). El nuevo perfil de consumidores adolescentes requiere adecuar las estrategias y los métodos de intervención para dar las respuestas adecuadas (Arbex, 2002). Según NIDA (2010) el tratamiento

eficaz tiene los principios que muestra la Tabla 10 indicando el punto 5 que debe ser en un periodo adecuado de tiempo.

Tabla 10. Principios para el tratamiento efectivo.

- | |
|---|
| 1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento. |
| 2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas. |
| 3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento. |
| 4. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas. |
| 5. Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo. |
| 6. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas. |
| 7. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta. |
| 8. El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición. |
| 9. Personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales. |
| 10. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo. |
| 11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz. |
| 12. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento. |
| 13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas. |

Nota: Principios del tratamiento psicológico según (NIDA, 2010)

El tratamiento para la adicción debe ayudar al toxicómano a dejar de usar las drogas, a mantener un estilo de vida libre de las mismas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. La mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o ciclos repetidos de tratamiento para lograr la meta final de abstinencia sostenida y recuperación de sus vidas (NIDA, 2010).

Motivación y tratamiento psicológico.

En el campo del tratamiento o la atención a personas con conducta de adicción a las drogas, la motivación al cambio es fundamental para que dicho proceso sea exitoso (Montes et al., 2022).

Hay diversos principios para el tratamiento efectivo que se refieren directa o indirectamente a la motivación para el cambio, un concepto que sólo puede ser entendido desde una perspectiva psicológica (Pedredo et al., 2008). Estos principios son los que se mencionan en la tabla 10 en los puntos 3,4,6 y 10.

Los principios 4 y 6 que se refieren a “el tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas” y “la terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas”, están claramente vinculados con varias ideas relacionadas con los modelos y las técnicas de intervención psicológica que consisten en (Ibid):

1. La conducta de auto-administración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta normal en condiciones similares, luego, el cambio de conducta estará directamente relacionado con la modificación de las contingencias asociadas.
2. El uso de drogas es un tipo de comportamiento que tiene un carácter dimensional (desde la abstinencia, pasando por el consumo esporádico hasta el abuso continuo) que está multi-factorialmente determinado.
3. Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, sino también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios.

4. Según la Teoría de la Elección Conductual, el uso de drogas en el individuo se mantendrá mientras las ganancias por su consumo sean superiores a las pérdidas producidas por su precio y costes de oportunidad.

Estas ideas conforman un modelo para explicar el cambio conductual, en donde la motivación para el cambio está íntimamente ligada a la modificación de múltiples factores relacionados directa o indirectamente con el consumo de drogas. Entre los planteamientos que analizan la importancia de los aspectos motivacionales en conductas adictivas, destacan el Modelo Transteórico del Cambio y la Entrevista Motivacional (Pedredo et al., 2008).

Modelo Transteórico del cambio

El modelo Transteórico del cambio conductual es un modelo de la psicología de la salud que trata de explicar el modo en que se produce el cambio en ciertas conductas de los individuos, como el dejar de fumar, cesar el consumo de alcohol o empezar a hacer ejercicio, entre otras (Esparza et al., 2013).

Según Arias et al. (2011) los modelos que se han desarrollado desde la perspectiva del cambio como proceso el que más apoyo ha tenido ha sido el modelo Transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1992). Este modelo es tridimensional porque proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio de las conductas adictivas (Mayor, 1995), además explica las distintas etapas o fases que la persona puede transitar como parte de la superación en todo su proceso de cambio de la conducta actual (Montes et al., 2022).

Descripción de las tres dimensiones del modelo Transteórico del cambio.

Este modelo explica la estructura de cambio de comportamiento, proponiendo tres dimensiones: los procesos, los estadios y los niveles de cambio (Díaz, 2001).

1.-Los estadios de cambio. - Los estadios identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva (Arias et al., 2011).

Puede incrementarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas (Pedredo et al., 2008): contemplación, preparación o determinación, actuación o acción y mantenimiento del cambio conseguido (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Descripción de los estadios motivacionales del modelo de Prochaska y Diclemente.

Precontemplación	Etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Suele ser frecuente que la persona no tenga conciencia del problema o que desconozca las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Los pros de consumir superan a los contras.
Contemplación	Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Los contempladores son conscientes de los pros de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado.
Preparación o Determinación	En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva. Además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se ja en un mes. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.
Actuación o acción	La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento. El estadio de acción oscila entre uno y seis meses.
Mantenimiento del cambio	Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al analizar esta etapa -tras 6 meses de cambio efectivo. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

Nota: Estadios de cambio del modelo de Prochaska y Diclemente (Pedredo et al, 2008)

Según Arias et al. (2011) en el estadio de precontemplación la persona no tiene intención de cambiar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses); en el de contemplación la persona tiene la intención de cambiar a medio plazo (en los próximos 6 meses); en el de preparación para la acción tiene la intención de cambiar a corto plazo, en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinente de consumir en el

año previo; en el de acción la persona deja de consumir, durante al menos 24 horas y menos de 6 meses; y, en el estadio de mantenimiento la persona lleva al menos 6 meses sin consumir la sustancia.

El situar a la persona en el estadio más representativo de los cinco que se proponen, permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas (Tejero y Trujols, 1994)

2.-Los procesos de cambio, permiten comprender cómo suceden esos cambios, cómo va incrementándose el nivel de predisposición al cambio. Estos procesos incluyen el conjunto de actividades encubiertas o manifiestas que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional (Arias et al., 2011).

Los procesos de cambio son la segunda mejor dimensión del modelo que nos responde al cómo suceden estos cambios. Los procesos son actividades y experiencias cubiertas y abiertas con las que los individuos se comprometen cuando intentan modificar los problemas de comportamiento (Mayor, 1995).

Los procesos de cambio cognitivo se asocian con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación –aumento de la concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación–, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de acción y mantenimiento –manejo de contingencias, relación de ayuda, contra condicionamiento y control de estímulos (Pedredo et al., 2008).

Es así que Prochaska y Prochaska (1993) como se citó en Arias et al. (2011) definen los procesos de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales”. Estos procesos, que incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales, ayudan a los sujetos a avanzar en el proceso de modificación de su hábito adictivo.

Los procesos enunciados en el modelo son (Arias et al., 2011):

- a. **Aumento de concienciación.** El paciente intensifica el análisis que realiza en torno a los problemas asociados a su conducta adictiva y los beneficios que obtendría si modifica esos hábitos.
- b. **Autorreevaluación.** Consiste en una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.
- c. **Reevaluación ambiental.** Consiste en una valoración del impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea y en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si dejara de consumir drogas.
- d. **Alivio dramático.** Hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la concienciación de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas.
- e. **Autoliberación.** Representa un compromiso personal caracterizado por un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Implica también la creencia de que se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.
- f. **Liberación social.** La capacidad de toma de decisiones aumenta también por la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla.
- g. **Manejo de contingencias.** Es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo.

- h. **Relaciones de ayuda.** Consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona para superar su adicción. El paciente confía en alguna persona del entorno para abordar su problema.
- i. **Contracondicionamiento.** Consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva consigo la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.
- j. **Control de estímulos.** Se caracteriza porque la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

3.- Los niveles de cambio ponen de manifiesto hasta qué profundidad es necesario trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, o lo que es lo mismo qué cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva (Arias et al., 2011). Esta dimensión del cambio se refiere a aquellas conductas a las que el sujeto aplica los procesos de cambio con el objetivo de modificarlas (Díaz, 2001).

Los distintos niveles de cambio de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados siguen una organización jerárquica (Arias et al., 2011) en los que comúnmente se localizan las evaluaciones e intervenciones psicoterapéuticas.

Estos niveles como lo menciona Díaz (2001) se relacionan con los niveles del cambio propuestos por el modelo Transteórico del cambio. Algunas de las áreas del comportamiento que incluye según Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center.[ATTC] (2021) y Díaz (2001) son:

- a. **Síntoma/situación:** (Patrón de uso de sustancias y otros síntomas, factores micro y macroambientales). Se relaciona con eventos, problemas o situaciones provocadoras de estrés; en este se encuentra el patrón de hábitos nocivos. Las personas intentan cambiar estos problemas o hábitos nocivos por sí solos.

- b. **Cogniciones desadaptativas:** (expectativas, creencias, autoevaluaciones). Se relaciona con el sistema de creencias, expectativas, autoevaluación y análisis de las experiencias de vida de la persona.
- c. **Conflictos interpersonales:** (interacciones diádicas, hostilidad, asertividad). Se relaciona con la forma de interactuar con quienes lo rodean y el manejo de sus circunstancias actuales.
- d. **Conflictos sistémicos/familiares:** (familia de origen, problemas legales, red de apoyo social, empleo). Se relaciona con la dinámica con la familia de origen, problemas legales, red de apoyo social y laboral.
- e. **Conflictos intrapersonales:** (autoestima, autoconcepto, personalidad). Es la relación de la persona consigo misma. Son aquellos aspectos observables que conforman el estilo de la persona

Cada escuela de psicoterapia ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles y ha centrado su intervención en su resolución (Díaz J, 2001).

Evidencias sobre la utilidad del modelo Transteórico del cambio

El Modelo Transteórico del Cambio está basado en la evidencia y se recomienda para el manejo de los trastornos por consumo de sustancias (ATTC, 2021). Uno de los aspectos que más influyen en el éxito del tratamiento de las drogodependencias es la permanencia del paciente en el mismo (Caballero, 1993 citado en Arias et al., 2011) y al parecer es el tipo de dinámica de la relación entre terapeuta y paciente la que afecta positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento (Arias et al., 2011).

En la guía clínica de intervención psicológica en adicciones de Pedredo et al. (2008) se presentan algunas investigaciones desde los años 1986 al 2008 para determinar si era mejor utilizar unos procesos de cambios, analizar la relación entre estadios y procesos de cambio en diferentes áreas de intervención, probar las predicciones

teóricas del Modelo Transteórico, analizar la veracidad de la propuesta inicial de Prochaska acerca de que el progreso desde el estadio de precontemplación al de acción se asocia con un incremento de los pros y un descenso de los contras hacia el cambio.

Estas investigaciones recogen evidencias científicas del modelo Transteórico clasificadas de acuerdo con los Niveles de Evidencia y los Grados de Recomendación y estas se recogen en la Tabla 12.

Tabla 12. Niveles de evidencia del modelo Transteórico del cambio

Niveles de evidencia del modelo Transteórico del cambio	
Nivel de evidencia 1	Los principios del Modelo Transteórico del Cambio son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud. La utilización de los procesos de cambio difiere entre los estadios de cambio. La secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención.
Nivel de evidencia 2	Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan de precontemplación a contemplación. No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación. Los estadios no son categorías independientes.
Nivel de evidencia 3	El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento. Se ha constatado que es más útil utilizar los procesos de cambio de componente cognitivo en las etapas de precontemplación a preparación, mientras que los conductuales a partir del estadio de acción. Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada uno de los estadios. Existe disparidad entre la clasificación de estadios y su definición operativa. En la predicción del abandono del tratamiento entre adolescentes consumidores, sólo destaca el estadio de precontemplación. Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída

Nota: Niveles de evidencias del modelo del cambio (Arias et al., 2011).

Entrevista y terapia motivacional

Miller y Rollnick (1991) citado en Pedredo et al. (2008) desarrollaron la Entrevista Motivacional (EM) para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención.

La EM promueve la motivación en el cliente, animándole a explorar las razones y valores propios que justifican y promueven el cambio de su conducta adictiva, todo ello con empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes (Arias et al., 2011).

La EM plantea que el terapeuta sepa discriminar el estadio de cambio en que se encuentra cada paciente y seleccione estrategias adecuadas en función del estadio de cambio inicial (Pedredo, et al., 2008). El terapeuta asume un rol directivo, lo que lo diferencia del enfoque más tradicional centrado en el cliente (Arias et al., 2011).

Las estrategias utilizadas en la EM son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. El espíritu colaborador, evocativo y favorecedor de la autonomía del cliente que subyace a la EM (Rollnick y Miller, 1995 citado en Arias et al., 2011), puede resumirse en las siguientes premisas:

1. La motivación para el cambio no se impone, se obtiene del cliente. Se pone el énfasis en la evaluación objetiva de la conducta y consecuencias, fomentando la discrepancia en el paciente a fin de aumentar su conciencia de necesidad de cambio.
2. Es el cliente quien debe articular y resolver su ambivalencia.
3. El terapeuta es directivo, ayuda al paciente a examinar y resolver su ambivalencia. La persuasión directa no es eficaz para resolver la ambivalencia. El terapeuta analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas ni corregirlas.
4. La resistencia se considera un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.
5. El estilo de asesoramiento es tranquilo y facilitador de reflexiones. La resistencia se trabaja a partir de la reflexión.

Existen adaptaciones de la Entrevista Motivacional en formato muy breve (5-15 minutos) y otras más estandarizadas y evaluadas en proyectos de investigación, como (Pedredo et al., 2008):

- Terapia de aumento motivacional (Miller, Bene eld y Toningan, 1993).
- Entrevista motivacional breve (Rollnick, Heather y Bell, 1992), basada en una única sesión de 40 minutos.
- Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana de Sampl y Kadden (2004), que utiliza la entrevista motivacional junto con terapia cognitivo-conductual.

Terapias cognitivo-conductuales

Representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Sanchez & Gradolí, 2001).

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales han sido las más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos (Arias el al., 2011).

Las características de las terapias cognitivo-conductuales son (Pedredo et al., 2008):

- a. Centrarse en el abordaje de los problemas actuales
- b. Establecer metas realistas y consensuadas con el paciente
- c. Buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes
- d. Utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Entre las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001 como se citó en Pedredo et al., 2008):

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Prevención de recaídas
- Entrenamiento en manejo del estrés.
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades para la vida
- Ejercicio aeróbico
- *Biofeedback*
- Entrenamiento en asertividad y manejo de la ira.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

1.1. Metodología

En este apartado se describen los métodos y procedimientos que se utilizaron para guiar y orientar la investigación como: paradigma, enfoque, diseño y alcance. Estos factores contribuyeron al desarrollo del estudio.

Paradigma de la Investigación

El paradigma post-positivista propio de las ciencias sociales, se centra en una visión evolutiva del cambio cognitivo de los problemas sociales y del progreso; requiere de un reconocimiento adecuado del error pasado para lograr un mejor ajuste y desenvolvimiento en base a la evidencia experimental. Este paradigma combina el racionalismo con el empirismo (Pérez, 2015).

La presente investigación, se abordó desde un paradigma pos-positivista, se centró en el reconocimiento de adolescentes en riesgo de abuso de sustancias como un conjunto de claves para asegurar que se produzcan comportamientos específicos en los jóvenes creyendo que la aplicación estricta y premeditada de estrategias de cambio llevarán a la consecución de un comportamiento ejemplar.

Enfoque de la Investigación

El enfoque cuantitativo de investigación trata de probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico; y otra característica representativa es su carácter secuencial, donde cada etapa está claramente establecida y se debe seguir un orden (Casari, 2022).

Este trabajo, se detalló como un modelo cuantitativo, utilizó una estimación numérica con el propósito de establecer un análisis estadístico para detallar patrones de comportamiento sobre el consumo de sustancias en adolescentes.

Diseño de la Investigación

Es un diseño no experimental, de tipo descriptivo, quizás epidemiológico.

El diseño no experimental se centra en la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido y son inherentemente no manipulables (Núñez I. , 2022).

El presente trabajo presentó un diseño no experimental puesto que se midió el comportamiento del abuso de sustancias en los adolescentes, y en base a los resultados se describió un manual de intervención que puede ser utilizado para su rehabilitación. Sin embargo, a través del estudio tan solo se describió el comportamiento de la variable, pero no se modificó o cambió su dirección.

Es epidemiológico, porque valoran la frecuencia y la distribución de las enfermedades en las poblaciones, con relación a las variables de persona, lugar y tiempo. Estos pueden aportar indicios que contribuyan a generar hipótesis sobre asociaciones entre factores de exposición y estados de salud o enfermedad (Hernández V. , 2017).

Alcance de Investigación

La investigación descriptiva se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales una realidad (Guevara et al., 2020).

En el alcance de la investigación descriptiva, ya se conocen las características del fenómeno y lo que se busca es exponer su presencia en un determinado grupo humano (Ramos, 2019).

La investigación tuvo un alcance descriptivo, se centró en detallar el comportamiento de los adolescentes con relación al abuso de sustancias, puesto que se describió la sustancia con mayor riesgo de consumo y las áreas de desarrollo que más se encuentran afectadas.

1.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En este punto se describen todas las técnicas utilizadas para obtener la información y datos necesarios acerca del comportamiento de la variable o fenómeno de estudio, consiguiendo aspectos importantes que dan a notar su desarrollo y desenvolvimiento en el entorno y población de estudio.

Técnicas de recolección de información

Entre las principales técnicas de recolección de información estuvieron:

La técnica de investigación bibliográfica que se basa en investigar todos los documentos bibliográficos acerca de la producción académica de un tema determinado o específico y consiste en la revisión de material bibliográfico existente con respecto al tema a estudiar. Se trata de uno de los principales pasos para cualquier investigación e incluye la selección de fuentes de información (Matos, 2010).

Se utilizó la técnica bibliográfica para la elaboración del marco teórico, en donde se detallaron todos los aspectos del abuso de sustancias y la adolescencia; así como para la elaboración del manual de intervención en los adolescentes.

La técnica psicométrica de investigación es aquella que se centra en la estandarización de los índices de medición de un determinado rasgo o comportamiento que se presenta en el individuo y que se pretende comparar con los parámetros normales utilizados para verificar el desarrollo de la variable (Muñiz & Fonseca, 2019).

Se empleó la técnica psicométrica al aplicar las pruebas psicológicas de medición del abuso de sustancias e identificar conflictos de los adolescentes en su vida cotidiana, de esta manera obtener el índice de riesgo que presentaban en relación con las sustancias psicoactivas y las áreas de desarrollo.

La encuesta es identificada como un método empírico que utiliza herramientas, formularios impresos o digitales diseñados para obtener respuestas a preguntas sobre el estudio de una situación determinada y a ser autoadministrado por los sujetos que brindan la información (Hernán et al., 2020).

Se identificó la técnica encuesta para la indagación de los datos sociodemográficos en la población adolescente que presentaba problemas de consumo de drogas, siendo indispensable para su categorización e identificación de los rasgos característicos presentes en la mayoría de los participantes y a su vez en su minoría que se encontraban en consumo de drogas.

Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos de recolección de información que se utilizaron en la investigación fueron: la encuesta sociodemográfica, la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT) y la Escala de Evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA).

Encuesta Sociodemográfica

La elaboración de la encuesta sociodemográfica permitió identificar las características de los participantes de la investigación que estuvieron inmersos en el consumo de droga y que presentan resistencia a una intervención psicológica de rehabilitación. Las variables sociodemográficas para considerar fueron el género, edad, grado escolar, nacionalidad, estado civil, religión, hijos, hospitalizaciones, nivel económico, trabajo y estudio.

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST. 3.0)

La prueba psicométrica ASSIST v3.0 fue desarrollado en 1997 por la OMS y se utiliza en el ámbito de la atención primaria y centros de salud. El cuestionario consta

de ocho preguntas de tipo Likert en base a las sustancias psicoactivas. El tiempo de aplicación toma entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas.

Las principales sustancias psicoactivas que se analizan son el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas (Berrouet y Cardonoa, 2020).

De acuerdo con la OMS/OPS (2010), el cuestionario ASSIST obtiene una puntuación para cada sustancia en sus diferentes ítems para posterior tratamiento y diálogo con el paciente. La puntuación obtenida por cada sustancia es indispensable para definir la concisión de riesgo presente en el paciente.

Las tipologías de riesgo son “riesgo bajo”, “riesgo moderado”, “riesgo alto”, esto ayuda a definir el tipo de intervención más apropiado en cada caso: “no tratamiento”, “intervención breve”, o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento”. Los tipos de riesgos se definen como sigue:

- **Riesgo bajo:** Los usuarios de riesgo bajo deben recibir el tratamiento normal para el cual asistieron a la consulta médica, y ser informados de sus puntuaciones si el tiempo lo permite. Se debe felicitar a los usuarios que tienen riesgo bajo o son abstemios y alentarlos a seguir así.
- **Riesgo moderado:** Los usuarios de riesgo moderado deben recibir una intervención breve con una duración de tres a 15 minutos. La intervención breve consiste en proporcionar retroalimentación por medio de la tarjeta de reporte empleando una estructura simple de entrevista motivacional.
- **Riesgo alto:** La intervención breve debe proporcionarse también a los usuarios que presentan riesgo alto, aunque no es viable como un solo tratamiento para los usuarios con este tipo de riesgo.

En relación con la fiabilidad de la prueba se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,87; las preguntas 2 y 7 obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,85. Las estimaciones realizadas fueron aceptadas en las subescalas de tabaco con un alfa de 0,83;

bebidas alcohólicas 0,76; y marihuana de 0,73. En cuanto a la validez del instrumento se obtuvo que el análisis factorial del tabaco obtuvo un 51% de varianza con cargas factoriales mayores a 0,50 en cada pregunta. Para las bebidas alcohólicas la varianza fue de 35% con cargas factoriales mayores a 0,50 en cada pregunta (Tiburcio et al., 2016).

Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)

El cuestionario POSIT fue estructurado en el año 1991 por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) y el Instituto Nacional de Salud como parte del Sistema de Evaluación y Referencia Adolescente para la detección adecuada de problemas específicos de los adolescentes que consumen drogas.

Este cuestionario se compone de 7 áreas de funcionamiento:

1. Abuso de sustancias (2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68)
2. Salud mental (5, 6, 8, 10, 15, 23, 28, 40, 43, 55, 60, 63, 66, 75, 76, 80)
3. Relaciones familiares (4, 14, 20, 22, 32, 39, 45, 52, 70, 71)
4. Relaciones con amigos (3, 13, 19, 29, 67, 73, 77)
5. Nivel educativo (7, 8, 12, 15, 18, 26, 34, 40, 42, 61, 66, 69, 72, 74, 79, 80)
6. Interés laboral (16, 27, 36, 44, 51, 78) y
7. Conducta agresiva (1, 9, 11, 24, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64, 81).

Los ítems estructurados son 81 y los valores de calificación se ubican en SI (existe riesgo) y NO (no existe riesgo), como excepción de la escala se obtienen los siguientes ítems que son negativos: 12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 29, 52, 69, 70 y 71.

La calificación depende de los puntos de corte de cada dimensión o área, como primer paso se suman y luego se determinan los promedios; con relación a los puntos de corte que son: (1) abuso de drogas; (5) salud mental; (3) relaciones familiares; (1) relaciones con amigos; (5) nivel educativo; (3) interés laboral y (5) conductas agresivas (Navarro, 2019).

La confiabilidad del cuestionario obtuvo una consistencia interna de 0,82 considerándose como una alfa de Cronbach meritoria y confiable; en relación con la consistencia de los ítems se obtuvieron valores de 0,20 y 0,60 y solamente el ítem 1 y 16 tuvieron una consistencia menor. De igual manera en la validez interna del instrumento la mayoría de las puntuaciones se establecen en bases a puntos de corte en cada dimensión y para el puntaje global que avalan la consistencia interna (Araujo et al., 2018).

Escala de Evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA)

La escala de evaluación del cambio fue propuesta por Prochaska y DiClemente en 1983 para evaluar el nivel de predisposición y conducta al cambio presente en el sujeto de investigación. Consta de 32 preguntas que miden 4 estadios de cambio: precontemplación: 1,5,11,13,23,26, 29, 31; contemplación: 2,4,8,12,15,19, 21, 24; acción: 3,7,10,14,17, 20, 25, 30 y mantenimiento: 6, 9,16,18, 22, 27, 28, 32; su puntuación varía del 1 al 5, conllevando al evaluador a identificar el valor más alto, que evidenciará la ubicación del paciente. La confiabilidad se demostraba en el Alfa de Cronbach que superaba el valor de 0.70, corroborando la consistencia interna de la escala de evaluación del cambio, convirtiéndolo al documento válido y confiable (Vallejos et al., 2019).

En la investigación sobre las propiedades psicométricas y adaptación de la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island: URICA, con adolescentes demostró su fiabilidad mediante excelentes resultados del alfa de Cronbach ($\alpha = ,963$) (Jordan, 2017).

1.3. Población y muestra

Población

El tamaño de la población es de 256 adolescentes¹ atendidos únicamente en el área de Psicología con diferentes problemas relacionadas a la salud mental.

Por lo tanto, se determinó como población Diana o blanco-delimitada por adolescentes consumidores de sustancias que acudieron específicamente al servicio ambulatorio intensivo del centro de salud Abdón Calderón. La población Diana está delimitada por características demográficas, sociales, hábitos de vida, problemas de salud. Es el universo al que queremos generalizar nuestros resultados. La población de estudio son los usuarios de drogas (Robledo, 2004).

Muestra

Se estableció una muestra no probabilística por conveniencia con criterios de exclusión e inclusión en la que correspondió a un número de pacientes atendidos en el Centro de Salud Abdón Calderón que buscaron de forma voluntaria o fueron traídos de forma involuntaria por sus padres o cuidadores a la consulta externa del servicio ambulatorio intensivo, durante el periodo (Julio – diciembre 2021).

Para la muestra se identificó a 17 pacientes tomando en cuenta los siguientes criterios:

- a) Presente un problema de consumo de drogas
- b) Viva en la ciudad de Nueva Loja
- c) No presente un retraso mental, tampoco un trastorno orgánico cerebral o evidencie estados psicóticos en esos momentos.

¹ Datos proporcionados por la oficina de estadísticas del Centro de Salud Abdón Calderón.

Este último criterio es importante considerar porque quienes sufren de estados psicóticos según lo señala Mingote et al. (2008) son aquellos que sufren una alteración grave en su conexión con la realidad. La muestra que se presenta para este estudio corresponde a 17 adolescentes entre las edades de 15 a 20 años e incluye datos como género, grado escolar, nacionalidad, religión, entre otras características que se muestran en la Tabla 13 y 13.1.

Tabla 13. Datos Sociodemográficos (I)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	4	24%
Femenino	13	76%
Edad		
15-16	2	12%
17-18	10	59%
19-20	5	29%
Edad Media	17.85	
Desviación estándar	1.23	
Grado Escolar		
1° Secundaria	4	24%
2° Secundaria	3	18%
3° Bachillerato	10	59%
Nacionalidad		
Colombiano	2	12%
Ecuatoriano	15	88%
Estado Civil		
Soltero	14	82%
Unión Libre	3	18%
Religión		
Católico	6	35%
Cristiano	7	41%
Otros	1	6%
Ninguno	3	18%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. 1. Datos Sociodemográficos (II)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Tiene Hijos		
Si	1	6%
No	16	94%
Número de Hospitalizaciones		
0	11	65%
1	3	18%
2	3	18%
Nivel Económico		
Bajo	11	65%
Medio	6	35%
Trabaja actualmente		
Si	5	29%
No	12	71%
Estudia actualmente		
Si	13	76%
No	4	24%

Fuente: Elaboración propia

En los resultados se ha encontrado que el 76% de los participantes pertenecen al género masculino y el 24% al género femenino. La media de edad es de 17.85 años, y va en un rango de 15 a 19 años.

Respecto al grado escolar, la mayoría de los adolescentes se encontraban en el 3er nivel de bachillerato un total de 59%, y la nacionalidad predominante fue la ecuatoriana con el 88%, a diferencia de la colombiana que se evidenció con el 12%. En la Población hay una minoría del 18% que tiene unión libre y un 6% que presenta carga familiar mientras que el 82% son solteros y el 94% no tienen hijos. Existe un alto porcentaje en la religión cristiana reflejada en un 41% y un 35% católica, la minoría representó el 6% con otro tipo de religión. Los participantes no presentaron hospitalizaciones, a diferencia del 3%. Un elevado porcentaje del 65% obtuvo un nivel económico bajo, en correlación con el 71% que no trabaja, identificando 13 participantes que se encuentran estudiando y representa el 76%.

El problema del consumo de drogas es una situación que afecta a los jóvenes sin distinción de género, a la par de esta investigación se tiene lo encontrado por Villacís (2018), en donde se identificó tres etapas de adolescencia, temprana,

media y tardía, en edades desde los 10 a 20 años en periodos de 10 a 14 años, 14 a 16 años y 17 a 20 años, donde se observó que el nivel de consumo se encuentra en el 13%, 34.8% y 52.2 % respectivamente en cada intervalo. Estos datos reflejan un incremento conforme avanza la edad, lo cual es similar a lo encontrado en este estudio donde se observa que aumenta el consumo mediante el incremento de la edad en los adolescentes. Sin embargo, la situación de estos resultados difiere porcentualmente de acuerdo con el contexto en que se desarrollan, entre ellas relaciones familiares, nivel social, nivel económico, grado de escolaridad.

1.4. Procedimiento metodológico

A continuación, se detalla el proceso que surgió en el trabajo de campo para la recolección y procesamiento de la información.

En el desarrollo de la investigación por motivos de la emergencia sanitaria “COVID-19” los pacientes acudían a la consulta psicológica en la unidad operativa de forma irregular. Por tal motivo se decidió continuar el proceso de investigación mediante visitas domiciliarias a los pacientes identificados. El clima lluvioso dificultó la ubicación de los domicilios, pero una vez identificada la casa del paciente se realizaba un proceso psicoeducativo a los padres o familiares de los involucrados en la investigación, posteriormente se realizaba el proceso de la firma del consentimiento informado, todo esto transcurría en unos 20 minutos. Seguidamente se aplicaban las diferentes pruebas psicológicas y el cuestionario sociodemográfico. Al finalizar se calificaban los instrumentos para obtener los resultados del comportamiento de las variables además de analizar los datos que permitieron determinar el riesgo existente en los adolescentes. Finalmente, se realizó un acercamiento en la Dirección Distrital de Salud 21D02 de la ciudad de Nueva Loja con su respectivo director para obtener el permiso y la autorización necesaria para la utilización de la información estadística obtenida de los instrumentos de investigación psicológica. Cabe resaltar que estos instrumentos de valoración correspondiente al ámbito del consumo de drogas son utilizados de forma regular en mi área de trabajo para la valoración e intervención psicológica en

el servicio ambulatorio intensivo del Centro de Salud Abdón Calderón, por lo que no son ajenos a su utilización.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se describen los resultados obtenidos a través de los instrumentos aplicados. Como primer punto se detallan los datos de la prueba ASSIST v3.0 y finalmente se establecerán los resultados obtenidos al aplicar el Cuestionario POSIT.

3.1. Análisis descriptivo de los instrumentos psicológicos

Resultados del Test ASSIT v3.

A través del test elaborado por OMS para el consumo problemático de sustancias como alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), se logró presentar la información de detección de consumo y describir cómo utilizarla en los ámbitos de la atención de salud, especialmente en la atención primaria de la comunidad. Todo esto con el fin de identificar a las personas que consumen sustancias y proporcionarles una intervención breve (o derivación), según sea necesario.

A continuación, la Tabla 14 y 14.1. muestra los resultados de este estudio.

Tabla 14. Niveles de riesgo encontrados en la prueba ASSIT v3.0 (I)

Sustancia Psicoactiva	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco		
Riesgo Alto	1	6%
Riesgo Moderado	10	59%
Riesgo Bajo	6	35%
Bebidas Alcohólicas		
Riesgo Alto	4	24%
Riesgo Moderado	6	35%
Riesgo Bajo	7	41%
Cannabis		
Riesgo Alto	10	59%
Riesgo Moderado	7	41%
Cocaína		
Riesgo Alto	4	24%
Riesgo Moderado	5	29%
Riesgo Bajo	8	47%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14.1. Niveles de riesgo encontrados en la prueba ASSIT v3.0 (II)

Sustancia Psicoactiva	Frecuencia	Porcentaje
Anfetaminas		
Riesgo Moderado	1	6%
Riesgo Bajo	16	94%
Inhalantes		
Riesgo Moderado	2	12%
Riesgo Bajo	15	88%
Tranquilizantes		
Riesgo Alto	1	6%
Riesgo Moderado	3	18%
Riesgo Bajo	13	76%
Alucinógenos		
Riesgo Bajo	17	100%
Opiáceos		
Riesgo Moderado	2	12%
Riesgo Bajo	15	88%
Otros		
Riesgo Bajo	17	100%

Fuente: Elaboración propia

Respecto al test ASSIT que se encarga de detectar el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, en relación al tabaco predominó el riesgo moderado en un 59%; las bebidas alcohólicas presentaron un riesgo bajo del 41%; el cannabis obtuvo un riesgo alto con el 59%; la cocaína presentó un riesgo bajo con el 47%; las anfetaminas presentaron un riesgo bajo del 94%; inhalantes con un riesgo bajo del 88%; los tranquilizantes tuvieron un riesgo bajo con el 76%; los alucinógenos presentaron un riesgo bajo con el 100%; los opiáceos tuvieron un riesgo bajo con el 88% y otras sustancias presentaron un riesgo bajo del 100%.

Esto demuestra que la mayor parte de adolescentes presentan un alto riesgo de consumo de cannabis y al tabaco.

De acuerdo a lo demostrado con los resultados recogidos se discrepa referente al consumo de alcohol, pero mantiene un mismo rango de porcentaje con el cannabis en lo expuesto por Lizano y Arteaga (2015), en donde identificaron que el consumo principalmente se da en bebidas alcohólicas (69%), opiáceos y cannabis con el 56%, a esto se suma lo encontrado por Díaz (2019) donde menciona que los

adolescentes consumen con prevalencia alcohol (96.4%), cannabis (75%) y tabaco (68.8%). Reflejando que la marihuana tiende a ser la droga más accesible en la población adolescente de Nueva Loja.

En la siguiente Tabla 15 se aprecia los resultados del nivel de riesgo en su forma global del Assit.

Tabla 15. Riesgo global del ASSIT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	4	23,5	23,5	23,5
	Moderado	13	76,5	76,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En relación con el total global de la prueba ASSIT, en la Tabla 15 se obtiene un riesgo moderado con un porcentaje de 76,5%; es decir, que la mayor parte de los adolescentes presentan riesgo moderado al consumo de ciertas sustancias; lo cual es un factor de suma importancia, a futuro puede desarrollarse algún tipo de adicción, provocando perjuicios y daños en el bienestar y calidad de vida de los adolescentes.

A diferencia de la investigación realizada por LLamuca (2018) quien analizó los niveles de consumo de droga con un total de 179 adolescentes en donde predominó el 58.1% de nivel de consumo bajo, seguido del moderado con el 36.9% y el alto índice del 5%. Estos porcentajes corresponden al consumo de alcohol, tabaco, marihuana, anfetaminas, sedantes e inhalantes de forma global. Esta población estuvo influenciada por acoso escolar, sin embargo, según los resultados la población que presentaba un nivel de consumo moderado no evidenciaba acoso escolar.

Se deduce que el inicio del consumo de drogas puede variar según su contexto social, y no se define con exactitud que el individuo consuma drogas debido a que presenta un problema emocional. Evidenciando una realidad más compleja y de gran cuidado en el contexto de drogas, posiblemente no se necesite un factor de

riesgo para que el adolescente consuma drogas y genere daños en su bienestar y calidad de vida.

Análisis del Cuestionario de tamizaje

A continuación, en la Tabla 16 se detallan los resultados del cuestionario de tamizaje a los sujetos de estudio.

Tabla 15. Resultados de las dimensiones del POSIT

Dimensión	Punto de Corte	Media	Desv. Est.	Asimetría	Curtosis
Abuso de Sustancias	1	8,2	3,74	-0,57	2,02
Salud Mental	5	10,4	4,74	-1,16	2,65
Relaciones Familiares	3	8,4	1,01	0,09	1,78
Relaciones con Amigos	1	4,6	1,99	-0,35	1,59
Nivel Educativo	5	11,2	3,16	-0,97	2,38
Interés Laboral	3	2,5	1,42	-0,07	1,73
Conducta Agresiva	5	6,4	3,32	0,29	2,42

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las dimensiones de la prueba POSIT, se evidenció la afectación que tienen las drogas en la vida diaria de los sujetos que la consumen. Se identificaron los siguientes resultados:

En la dimensión de abuso de sustancias se obtiene un promedio de 8,29 lo que representa un riesgo alto, el punto de corte escalar es 1. La desviación estándar relativamente alta de 3,74 sugiere una variabilidad considerable en las respuestas, y algunos participantes reportaron puntajes sustancialmente más altos. La asimetría es de -0,57 e indica que la distribución está sesgada hacia la derecha, lo que sugiere una cola hacia puntuaciones más altas. La curtosis positiva y menor a 3 (2,02) sugiere que la distribución tiene colas más pesadas que una distribución normal, lo que podría indicar que algunos participantes tienen puntuaciones extremas, además indica que es una curtosis tipo plasticúrtica.

La dimensión salud mental obtuvo un promedio de 10,4 representando un riesgo alto debido a que su punto de corte es 5; La desviación estándar de 4,74 indica una amplia variedad de respuestas, y algunos participantes reportaron puntajes considerablemente más altos. En este caso, el coeficiente de asimetría es negativo (-1,16), lo que indica que la distribución está sesgada hacia la izquierda, con una cola hacia las puntuaciones más bajas. Al igual que en la dimensión anterior, la curtosis es positiva y menor a tres.

En relaciones familiares se evidenció nuevamente un riesgo alto representado en un promedio de 8,4 con su punto de corte de 3 puntos. En este caso, la desviación estándar es de 1,01, lo que sugiere respuestas relativamente consistentes entre los participantes. El coeficiente de asimetría de 0,09 indica un ligero sesgo a la derecha, lo que sugiere una ligera cola hacia puntuaciones más altas. La curtosis positiva es positiva y menor a tres.

Las relaciones con amigos tienen un promedio de 4,6 que efectivamente expone en evidencia el riesgo alto; el punto de corte escalar es 1. La desviación de 1,99 sugiere cierta variabilidad en las respuestas, y el coeficiente de asimetría (-0,35) indica un ligero sesgo hacia la izquierda, lo que sugiere una ligera cola hacia puntuaciones más bajas.

En la dimensión de nivel educativo se manifestó un promedio de 11,2 que demuestra un riesgo alto con el punto de corte es 5, la desviación estándar de 3,16 sugiere variabilidad en las respuestas, y también tiene un coeficiente de asimetría negativo, al igual que una curtosis positiva y menor a tres.

Sus intereses laborales o educativos presentaron un promedio de 2,5 que expone un riesgo bajo, el punto de corte es 3, pero a considerar debido a que, es únicamente 0,5 décimas de lo que lo separa del punto de corte. La desviación estándar relativamente baja de 1,42 indica que las respuestas son consistentes entre los participantes y el coeficiente de asimetría sugiere un ligero sesgo hacia la izquierda, lo que indica una ligera cola hacia puntuaciones más bajas. Su curtosis sigue la forma leptocúrtica.

Finalmente, en la dimensión conducta agresiva se obtiene un promedio de 6,4 que representa un riesgo alto con el punto de corte de 5. En conclusión, se observa las diferentes afectaciones en la vida cotidiana de los participantes que se encontraban inmersos en el consumo de drogas.

En su investigación Navarro (2019) encontró un dato similar respecto al uso y abuso de sustancias en estudiantes del estado de SAN Luis de Potosí, al igual que la presente investigación se identificó que los hombres presentaban una media de riesgo alto, mayor que las mujeres manifestando que el consumo de drogas en mujeres es mucho menos que el de los hombres, progresando de forma rápida hacia los trastornos por consumo de drogas, pero llegando a una diferencia con respecto al interés laboral o estudios y conductas agresivas donde evidenció un promedio de riesgo bajo y en esta investigación se obtuvo una diferencia de 1 punto para llegar al punto de corte y traspasar ese valor, de la misma forma en el ámbito de las conductas agresivas las cuales obtuvieron una media alta superior al índice de corte. Llevando a concluir la influencia de las drogas en las diferentes áreas de la vida del participante.

En la Tabla 17 se evidencian los resultados totales del POSIT.

Tabla 17. Resultados totales del POSIT

Puntaje total	Punto de Corte	Media	Desv. Est.	Asimetría	Curtosis
Total, general	23	52,11	14.77	-1,23	2.77

Fuente: Elaboración propia

En relación con el puntaje global del POSIT, se lo obtuvo sumado todos los promedios obtenidos de las diferentes áreas evaluadas entre las cuales se encuentran: abuso de drogas, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral o educacional y conducta agresiva. Se evidenció un promedio de 52,11 que demuestra la presencia de riesgo alto en la población debido a que la prueba Posit plantea un punto de corte 23, también se evidencia un coeficiente de asimetría de -1,23 que indica que la distribución está sesgada hacia la izquierda, es decir, hacia las puntuaciones más bajas.

Al igual que el caso de estudio, Navarro (2019) también concluye mencionando que existe un nivel alto de riesgo pues el análisis a estudiantes adolescentes de la preparatoria de San Luis Potosí arrojó una media global de 27.98, superior al punto de corte de 23. Y con los antecedentes mencionados con anterioridad es indispensable mencionar que esta investigación sobrepasó el estudio de Navarro en su puntaje global debido a que todos los participantes de esta investigación consumían drogas.

En la necesidad de solventar la problemática existente en la ciudad de Nueva Loja, donde se presentan adolescentes con problemas de consumo de drogas, se determina de forma indispensable crear procedimientos de intervención estructurados que sirvan como una guía de intervención para profesionales de la Salud Mental y que reduzca o elimine el consumo de drogas a nivel general y las que se encuentran sujetas a fiscalización por parte de la población adolescente investigada, de esta manera generar un cambio positivo en la comunidad de la ciudad de Nueva Loja.

3.2. Propuesta de Intervención Psicológica

Nombre de la Propuesta

Manual de Intervención para el trabajo con adolescentes que presentan problemas de consumo de drogas del Centro de Salud Abdón Calderón.

Datos Informativos

Nombre de la Institución

Centro de Salud Abdón Calderón

Ubicación geográfica y dirección

El Centro de Salud Abdón Calderón es una entidad que pertenece al Ministerio de Salud Pública ubicado en la parroquia de Nueva Loja del Cantón Lago Agrio de la Provincia de Sucumbíos. Cuenta con los servicios de medicina general, odontología, psicología, obstetricia, laboratorio, vacunación y calificación de discapacidades. A continuación, la Figura 4 en donde se puede observar de forma gráfica la ubicación geográfica y dirección de la unidad operativa Abdón Calderón.

Figura 4. Ubicación del Centro de Salud Abdón Calderón



Nota: Tomado de: Google Maps

Tiempo estimado para la ejecución

El tiempo estimado para la ejecución será de 24 semanas, es decir, 6 meses, período en el cual se aplicarán las sesiones propuestas con los pacientes identificados.

Beneficiarios

- Directos: adolescentes que presentan consumo de drogas y realizan su atención psicológica en el Centro de Salud Abdón Calderón.
- Indirectos: padres de familia y familiares de los adolescentes, así como los profesionales de psicología que trabajan con estos pacientes quienes tendrán una guía de actividades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

Personal administrativo y técnico

- Responsable de la propuesta: Psi. Cristian Paul Herrera Chicaiza.
- Equipo de trabajo: Psicólogo, paciente, padre de familia.

Presupuesto

El presupuesto general destinado a la propuesta se muestra en la Tabla 21. Sin embargo, se hace una especificación de cada rubro considerados como recursos.

Por un lado, el recurso humano que participará en la intervención psicológica está integrada por un psicólogo clínico, trabajadora social y terapeuta ocupacional. Los valores tomados corresponden a la tabla del sueldo en el sector público y cada profesional de esa área está considerado dentro de SP5².

También es importante destacar que la intervención tiene un tiempo de 6 meses por lo tanto los valores de la Tabla 18, están dados por mes y por el semestre. No se puede calcular por horas, debido a que la intervención se la realizará en un Centro de Salud Pública de atención primaria. Y las contrataciones se realizan por periodos largos, pero no por horas.

Tabla 18. Costo del recurso humano

#	Recursos humanos	Valor unitario (mensual)	Valor total (semestral)
1	Psicólogo clínico	1212	7272
1	Trabajadora social	1212	7272
1	Terapeuta ocupacional	1212	7272
	TOTAL	3636	21816

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministerio de relaciones Laborales del Ecuador

Respecto a los materiales y suministros que serán utilizados en el trabajo de intervención, los detalles y valores se los incluye en la tabla 19.

² Ministerio de relaciones Laborales del Ecuador: Tabla salarial. Servidor Público 5 (SP5).

Los valores de cada suministro y material son tomados desde la página web de la tienda Juan Marcet³ en donde se adquiere la papelería y en novicompu⁴ los parlantes y micrófonos.

Todos estos materiales sirven para documentar y llevar el proceso de intervención con cada uno de los adolescentes y sus familiares.

Los materiales y suministro tienen un costo total de 220,19 dólares americanos detallados en la siguiente tabla 19.

Tabla 19. Costo de materiales y suministros

#	Materiales y Suministros	Valor unitario	Valor total
20	Archivadores de carpeta	2,95	59
20	Carpetas	0,205	4,1
1	Resma Hojas de papel tamaño A4	4,2	4,2
1	Parlante de sonido	21,71	21,71
1	Micrófono	23,18	23,18
20	Lapiceros	0,4	8
20	Material bibliográfico	5	100
TOTAL		57,645	220,19

Fuente: Elaboración propia con datos recogidos desde la web de Juan Marcet y Novicompu

Por otro lado, en cuanto a los recursos tecnológicos, los valores que se detallan en la tabla 20 son los que se requerirán para el trabajo operativo del equipo.

Tabla 20. Costo de recursos tecnológicos.

#	Recursos tecnológicos	Valor unitario	Valor total
1	Computador de escritorio	505,71	505,71
1	Impresora	208,95	208,95
1	Internet	39,51	39,51
1	Regulador de voltaje	16,86	16,86
1	Proyector	94,82	94,82
TOTAL		865,85	865,85

Fuente: Elaboración propia con datos desde la web de Novicompu

³ <https://juanmarcet.com/>

⁴ <https://www.novicompu.com/>

Los valores de los todos los recursos se resumen en la tabla 21. Los montos se estipulan tomando en cuenta los totales de todos los recursos descritos en las diferentes tablas presentadas anteriormente (Ver tabla 18, 19 y 20).

Tabla 21. Presupuesto

Recursos	Monto
Humanos	\$21816
Materiales y Suministros	\$120,19
Material bibliográfico	\$100
Material tecnológico	\$865,85
Total	\$22902,04

Nota: Elaboración propia

Justificación

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos ASSIT V3.0 las sustancias que presentan mayor consumo fueron el cannabis y el tabaco, siendo estas las que presentan más problemas en los adolescentes; es decir, que consumen en gran medida y no pueden controlarlo. Esto interfiere en su desarrollo y funcionamiento en el entorno; debido a que deteriora varias áreas del paciente como: cognitiva, afectiva y social; importantes para mantener una interacción adecuada con el entorno y adquirir los conocimientos y capacidades necesarias que les permitan funcionar en el medio.

Por otro lado, respecto a la prueba POSIT los adolescentes presentaron un riesgo alto en todas las áreas como: El abuso de sustancias, salud mental, nivel educativo, conducta agresiva delictiva y en áreas como las relaciones familiares y relaciones con amigos.

También se evidenció un riesgo bajo en el área de interés laboral. Es decir, que el alto consumo de drogas en los adolescentes interfiere de forma negativa en el desarrollo y desenvolvimiento de los pacientes en el entorno. De este modo se presentan dificultades en el establecimiento de relaciones con sus familiares y con

las personas del contexto; provocando un total desconocimiento por las reglas y normas, así como la falta de límites que inciden en el desarrollo de conductas delictivas.

Es importante establecer un tratamiento adecuado para los pacientes, que les ayude a modificar las conductas de riesgo que presentan y a controlar sus impulsos negativos por el consumo de las sustancias mencionadas. El modelo Transteórico del cambio se centra en modificar comportamientos y conductas de la persona por decisión propia, determinando los problemas y dificultades que presenta con la finalidad de implementar actividades que posibiliten una transformación que incida en el bienestar personal y calidad de vida de las personas, se recalca que es un proceso individual y personal.

Objetivos

Objetivo General

- Proponer una guía de ayuda en intervención psicológica para tratar el problema de consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de Nueva Loja.

Objetivos Específicos

- Definir actividades de intervención para los adolescentes con problemas de consumo de drogas.
- Establecer un esquema de técnicas y estrategias para atención en adolescentes con problemas de consumo de drogas.
- Reducir o eliminar el consumo de drogas en los adolescentes de nueva Loja que acuden al Centro de Salud Abdón Calderón.

Planificación general y temporalización de la propuesta

Tabla 22. Planificación de la evaluación

Sesión	Área de intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Fisiológico Conductual	1.- Identificar reacciones psicosomáticas y nivel de riesgo de consumo de drogas. 2.- Evaluar de forma multidisciplinaria al paciente. 3.-Firmar Acuerdo terapéutico	1.- Entrevista 2.- Aplicación de prueba Psicológica. 3.- Aplicación de Acuerdo Terapéutico	1.- Identificación de anamnesis personal. 2.- Identificación del nivel de riesgo de consumo de drogas. 3.- Comprometer al paciente a sus responsabilidades en el tratamiento. 4.- Interconsultar a medicina general al paciente	1.- Entrevista 2.-Asisst 3.0 3.- Acuerdo terapéutico 4.- Interconsulta medicina general	45 minutos
2	Cognitiva Conductual	1.- Identificar comportamientos en su área social, personal, educativo, familiar.	1.- Aplicación de instrumento psicológico – test.	1.- Valorar comportamientos en su área social, personal, educativo, familiar.	1.- Test Posit (Cuestionario de Tamizaje de problemas para Adolescentes).	45 minutos

3	Afectiva Conductual	1.- Identificar conductas asociadas al consumo de drogas. 2.- Identificar su predisposición a la conducta de cambio.	1.- Aplicación de instrumentos psicológicos – test.	1.- Identificación de conductas asociadas al consumo de drogas. 2.- Identificación de su predisposición a la conducta de cambio.	1.- Test de Úrica	45 minutos
---	------------------------	---	---	---	-------------------	------------

Fuente: *Elaboración propia*

Tabla 23. Planificación general de la propuesta

Sesiones	Área de Intervención	Objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
Fase 1: Precontemplación						
1	Conductual	Identificar las conductas reforzadoras del consumo del paciente	- Observación conductual en consulta directa profesional	- Observación de conductas inadecuadas -Observación de conductas compensatorias	-Fichas de observación	45 min
	Cognitiva	Analizar los motivos del consumo y las posibilidades de abandono del consumo	- Confrontación o señalamiento de los motivos del consumo mediante consulta directa profesional	- Análisis de factores etiopatogénicos del consumo (factores. mantenedores, coadyuvantes, perpetuadores)	- Manejo de los silencios - Preguntas abiertas - Respuesta empática - Terapia Racional - Psicoeducación	
	Cognitiva	Facilitar información adecuada para motivar el tratamiento del paciente y a su familia.	- Psicoeducación	- Biblioterapia - Análisis documental	Libros referentes a la adicción -Videos -Bibliografía de los servicios de la unidad operativa en función del problema del consumo de drogas.	

2	Conductual	Identificar las conductas motivadoras para pasar a la siguiente fase del consumo	-Observación conductual mediante consulta directa profesional	- Observación de conductas tendientes al cambio	-Fichas de registro conductual de conductas blanco	45 min
	Cognitiva	Analizar intencionalidad de cambio	-Análisis de los pros y contras del consumo mediante consulta directa profesional	-Análisis de los diferentes factores intervinientes en la decisión de abandonar el consumo	- Respuesta empática - Terapia Racional - Técnicas de comunicación	
	Cognitiva	Facilitar información adecuada para motivar el tratamiento del paciente y la familia	Psicoeducación	- Refuerzo del análisis documental	Libros referentes a la adicción Videos Libros sobre apoyo familiar al paciente adicto	
3	Conductual	Identificar conductas de terceras personas que demuestren acompañamiento del paciente al cambio	- Observación conductual mediante consulta directa profesional	- Observación de conductas que demuestren acompañamiento emocional al paciente por parte de terceras personas	Ficha de registro conductual	45 min

Cognitiva	Identificar redes de apoyo del paciente.	-Terapia racional emotiva -Confrontación o señalamiento.	- Análisis de factores emocionales del entorno social vinculado al paciente.	- Manejo de los silencios - Preguntas abiertas - Respuesta empática - Diálogo socrático
Cognitiva	Analizar resultados de su valoración y socialización de resultados a los padres o representantes del paciente	- Terapia racional - Técnicas de comunicación - Psi coeducación	- Análisis de la incidencia del consumo de drogas en el paciente y del proceso de rehabilitación.	-Preguntas abiertas -Confrontación o señalamiento -Terapia Racional - Videos y bibliografía sobre discriminación familiar al paciente.

Fase 2: Contemplación

4	Conductual	Identificar factores somáticos como estrés o ansiedad en el paciente con problemas de consumo de drogas	-Técnica de relajación de Jacobson	- Reforzar el vínculo entre terapeuta – paciente. - Alivio sintomático	- Psicoeducación sobre la técnica. - Comodidad al paciente y confianza
---	------------	---	------------------------------------	---	---

Afectiva	Generar la expresión emocional de su problema de consumo de drogas	-Técnicas de comunicación. -Terapia racional emotiva	- Reforzar el vínculo entre terapeuta – paciente. Alivio sintomático	- Escucha activa. - Atención sostenida - Interrogación - Reflejo de sentimientos.	
Cognitiva	Reevaluar la percepción del paciente de su propio consumo de drogas. Reevaluar percepción de los miembros al problema de consumo de drogas del paciente	-Técnicas de comunicación - Terapia racional emotiva - Psi coeducación	-Reforzar el nivel de conciencia de su conducta reiterativa en el consumo de drogas. - Reforzar nivel de conciencia de la familia sobre las causas de la incidencia del consumo de drogas.	- Interrogación -Esclarecimiento -Terapia Racional - Videos y bibliografía sobre procesos fisiológicos que se producen por consumo de drogas.	45 min
Cognitiva	Identificar factores positivos del abandono del consumo de drogas y los negativos del consumo de drogas.	- Terapia racional emotiva - Técnicas de comunicación	-Toma de decisión de abandonar el consumo de drogas	-Sugestión - Preguntas abiertas y cerradas. - Re encuadre terapéutico. - Firma de acuerdo Terapéutico y compromisos.	

Fase 3: Preparación

5	Fisiológico Conductual	Identificar conductas producidas por la abstinencia y reacciones somáticas.	Técnica de relajación de Jacobson modificado por Wolphe	Disminuir la carga de tensión fisiológica en el paciente y controlar impulsos	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre la técnica. - Comodidad al paciente y confianza - Técnica de relajación de Jacobson modificado por Wolphe: <ul style="list-style-type: none"> a) Relajación de los brazos b) Relajación del área fácil, la nuca, los hombros y la parte superior de la espalda. c) Relajación del tórax, estómago y la parte inferior de la espalda. d) Relajación de las caderas, muslos, tobillos, seguida de la relajación completa del cuerpo. - Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones. 	45 min
---	---------------------------	---	---	---	---	--------

6	Cognitivo	<p>-Identificar pensamientos disfuncionales que mantienen el consumo de drogas.</p> <p>- Identificar la percepción de los miembros de la familia ante una recaída</p>	<p>-Reestructuración Cognitiva</p> <p>-Detección de pensamiento desarrollada por Taylor.</p> <p>-Técnicas de comunicación</p> <p>-Terapia Racional</p>	<p>Análisis y modificación de pensamientos disfuncionales, disminución de Craving.</p> <p>- Disminuir la afectación emocional de la familia ante una recaída del paciente.</p>	<p>-Registro de pensamientos disfuncionales</p> <p>-Interrogación</p> <p>-Confrontación o señalamiento y sugestión</p> <p>-Psicoeducación al paciente – Técnica Psicoterapéutica, detección del pensamiento:</p> <p>a) Cerrar los ojos</p> <p>b) Verbalizar cualquier pensamiento que irrumpa el pensamiento fijo</p> <p>c) Anteponer pensamiento agradable</p> <p>d) Repetir</p> <p>- Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.</p> <p>- Bibliografía sobre las recaídas y el apoyo familiar.</p>	45 min
---	-----------	---	--	--	--	--------

7	Afectivo	Identificar conflictos o percepciones inapropiadas con respecto a si mismo producto del consumo de drogas	Variante de la sensibilización Sistemática: Sugestión directa de Rubín	Análisis y modificación de emociones negativas disfuncionales sobre situaciones conflictivas, percepciones de sí mismo, entre otras.	- Comodidad al paciente y confianza -Psi coeducación al paciente de la técnica Sugestión directa de Rubín. a) Identificación del estímulo ansioso. b) Anteposición de la imagen o situación tranquilizadora Actividades en casa: Replicar en casa la técnica y registrar en cuaderno de anotaciones.	45 min
Fase 4: Acción						
8	Fisiológico	Identificar conductas producidas por la abstinencia y reacciones somáticas.	Técnica de relajación progresiva de Jacobson	Disminuir la carga de tensión fisiológica en el paciente y controlar impulsos	- Psicoeducación sobre la técnica. - Comodidad al paciente y confianza - Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.	45 min
9	Cognitiva	Identificar redes de apoyo del paciente.	-Terapia racional Emotiva	Análisis de recursos positivos que pueda utilizar el paciente en su entorno social.	- Interrogación - Confrontación o señalamiento	45 min

		-Promover una red de apoyo en el entorno familiar	-Confrontación o señalamiento. -Psi coeducación	Análisis de recursos positivos que puede utilizar la familia para apoyar al paciente	- Respuesta empática - Actividades en casa: Registro de redes de apoyo en cuaderno de anotaciones.	
10	Conductual	Identificar circunstancias estresantes e identificación de alternativas positivas.	Técnica de Solución de problemas.	Modificación de conflictos en su entorno social que mantengan el problema de consumo de drogas.	- Psi coeducación sobre la técnica. Solución de problemas: -Identificación del problema. -Seleccionar objetivos -Búsqueda y elaboración de alternativas -Jerarquizar alternativas -Toma de decisiones - Verificar resultados -Tarea de Inter Sesión: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.	45 min
11	Afectivo	Identificar circunstancias negativas en donde exista una represión	Técnica de Asertividad	Facilitar la expresión emocional del paciente.	Terapia de los reflejos condicionados de Salter 1.- Instrucción para pensar menos y actuar más.	45 min

emocional por parte
del paciente.

2. Utilización de las 6 técnicas
básicas

a) Externalización de los
sentimientos

b) Expresión facial de los
sentimientos

c) Contradicción y ataque
cuando no está de acuerdo
con las exposiciones de otros.

d) Utilización de la palabra
"Yo" deliberadamente en el
mayor número de casos.

e) Expresión de acuerdo
cuando es elogiado

f) Improvisación

Actividades en casa: practicar
la técnica en casa y registrar
en cuaderno de anotaciones.

Fase 5: Mantenimiento

12	Fisiológico	Identificar conductas producidas por la abstinencia y reacciones somáticas.	Técnica de relajación Arnold Lazarus "Relajación por medio del aflojamiento directo"	Disminuir la carga de tensión normal y residual en el paciente y controlar impulsos	- Psicoeducación sobre la técnica. - Comodidad al paciente y confianza - Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.	45 min
13	Cognitivo	Identificar argumentaciones y reafirmaciones directivas ante situaciones futuras que promuevan recaídas. -Reforzar la red de apoyo en el entorno familiar	-Técnica de Asertividad -Terapia explicativa	Prevención de recaídas.	-Registro de ideas irracionales futuras. -Psi coeducación sobre la técnica. - Terapia de los reflejos condicionados de Salter 1.- Instrucción para pensar menos y actuar más. 2. Utilización de las 6 técnicas básicas a) Externalización de los sentimientos b) Expresión racial de los sentimientos.	45 min

c) Contradicción y ataque cuando no está de acuerdo con las exposiciones de otros.

d) Utilización de la palabra “Yo” deliberadamente en el mayor número de casos.

e) Expresión de acuerdo cuando es elogiado

f) Improvisación

Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.

-Repaso del Registro de redes de apoyo en cuaderno de anotaciones.

14	Conductual	Identificar posibles respuestas futuras positivas a	Técnica Racional Emotiva – A-B-C	Prevenciones recaídas	Modelo Terapéutico de la TREC: A: Acontecimiento Activante B: Las creencias
----	------------	---	----------------------------------	-----------------------	---

acontecimientos que
promuevan recaídas

C: Consecuencias relacionadas con las Creencias.
D: Debate o cuestionamiento de las ideas Irracionales mediante estrategias.
E: Efectos o resultados del debate o cuestionamiento.
Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.

15

Afectivo

Reforzar emociones
positivas en el
paciente.

-Técnica de Autocontrol
Técnicas de
comunicación
-Re encuadre Terapéutico
- Método de BERHEIM-
BEJTEREV

Mejorar la esfera afectiva
sobre sí mismo.

-Auto instrucciones
- Recapitulación
-Re encuadre terapéutico
- Psi coeducación sobre la técnica.
- Método de BERHEIM-
BEJTEREV
- a) Situarle al paciente en completa pasividad.
- Ambiente apropiado.
- Frases sugestivas.
- Refuerzo de su voluntad y optimismo.

Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.

Fase 6: Finalización

16	Fisiológico	Identificar reacciones somáticas más relevantes del paciente producto a la abstinencia del consumo de drogas.	-Técnicas de comunicación	-Verificar resultados positivos del proceso de intervención psicoterapéutica.	- Interrogación -Reformulación de contenido -Verificar Registro de técnicas utilizadas.	
	Conductual	Identificar conductas saludables del paciente a situaciones conflictivas estresantes.	-Técnicas de comunicación.	-Verificar resultados positivos del proceso de intervención psicoterapéutica.	- Interrogación -Reformulación de contenido -Verificar Registro de técnicas utilizadas.	
	Cognitivo	Identificar pensamientos racionales positivos del paciente con respecto a su rehabilitación.	-Técnicas de comunicación.	-Verificar resultados positivos del proceso de intervención psicoterapéutica.	- Interrogación -Reformulación de contenido -Registro de pensamientos racionales positivos.	45 min

Afectivo	Identificar emociones del proceso Terapéutico finalizado con paciente y con la familia.	-Técnicas de comunicación.	-Refuerzo de emociones positivas de sí mismo y del proceso terapéutico. -Refuerzo de emociones positivas de la familia para el paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogación - Reflejo de sentimientos - Método de BERHEIM-BEJTEREV -Situarse al paciente en completa pasividad. - Ambiente apropiado. - Frases sugestivas. - Refuerzo de su voluntad y optimismo. - Señalamiento.
----------	---	----------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 24. Planificación de la evaluación post intervención

Sesión	Área de intervención	objetivos	Técnicas	Actividades	Recursos	Tiempo
1	Fisiológico Conductual	1.- Identificar reacciones psicósomáticas y nivel de riesgo de consumo de drogas. 2.- Evaluar de forma multidisciplinaria al paciente. 3.-Firmar Acuerdo terapéutico	1.- Entrevista 2.- Aplicación de prueba Psicológica. 3.- Aplicación de Acuerdo Terapéutico	1.- Identificación de anamnesis personal. 2.- Identificación del nivel de riesgo de consumo de drogas. 3.- Comprometer al paciente a sus responsabilidades en el tratamiento. 4.- Interconsulta a medicina general al paciente	1.- Entrevista 2.-Asisst 3.0 3.- Acuerdo terapéutico 4.- Interconsulta medicina general	45 minutos
2	Cognitiva Conductual	1.- Identificar comportamientos en su área social, personal, educativo, familiar.	1.- Aplicación de instrumento psicológico – test.	1.- Valorar comportamientos en su área social, personal, educativo, familiar.	1.- Test Posit (Cuestionario de Tamizaje de problemas para Adolescentes).	45 minutos

3	Afectiva Conductual	1.- Identificar conductas asociadas al consumo de drogas. 2.- Identificar su predisposición a la conducta de cambio.	1.- Aplicación de instrumentos psicológicos – test.	1.- Identificación de conductas asociadas al consumo de drogas. 2.- Identificación de su predisposición a la conducta de cambio.	1.- Test de Úrica	45 minutos
---	------------------------	---	---	---	-------------------	------------

Fuente: Elaboración propia

Fases de la Propuesta de Intervención Psicológica

Fase I: Diagnóstico

Para obtener el diagnóstico de los adolescentes se realizó la socialización de la propuesta con la dirección del Distrito de Salud 21D02 de la ciudad de Nueva Loja, a padres de familia y adolescentes que realizaban su atención en el Centro de Salud Abdón Calderón en el periodo comprendido de julio a diciembre de 2021 para la aceptación y participación voluntaria a la investigación y recopilación de información del estudio propuesto.

Para realizar la investigación durante la emergencia sanitaria del COVID-19 con los pacientes atendidos, y que no acudían de manera regular a la consulta psicológica o desertaban, se propuso la visita domiciliaria, haciéndoles partícipes de esta investigación y logrando la recopilación de datos estadísticos.

Los padres de familia firmaron el consentimiento informado para que sus hijos participen en el proceso de investigación aplicando los instrumentos seleccionados.

Dentro del período de evaluación se identificaron 17 adolescentes que acudieron a consulta psicológica en la unidad operativa o fueron visitados en sus respectivos hogares. Las atenciones fueron registradas en la base de datos de la plataforma de registro de atención en salud "Pras". A los cuales se les aplicaron los diferentes cuestionarios: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST. 3.0), Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT) y un cuestionario sociodemográfico.

Posteriormente se realizó la elaboración del diagnóstico con los resultados obtenidos, identificando los niveles de riesgo del consumo de drogas y su incidencia en las diferentes áreas como: personal, social, familiar y escolar. En base a esta identificación, los adolescentes accederán a la intervención psicológica en base al modelo Transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente.

Fase II: Intervención Psicológica.

a) Desarrollo de la Intervención

A continuación, en las siguientes tablas se presentan las matrices operativas que contienen la descripción y detalle de las actividades que se van a ejecutar con los pacientes que están basadas en el modelo Transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente.

Tabla 25. Sesión 1

Sesión: Primera sesión						
Tema: Estado de consumo del paciente						
Objetivo: Conocer los principales factores de consumo del paciente						
Área de Intervención: Cognitiva/Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar las conductas reforzadoras del consumo del paciente	-Observación de conductas inadecuadas -Observación de conductas compensatorias	La técnica utilizada es la observación conductual. A través de una entrevista con el adolescente se debe identificar las conductas negativas que presenta frente al consumo y que no le permiten	Ficha de observación en consulta directa profesional	20 min	Inducir al paciente a reconocer las conductas reforzadoras del consumo

			avanzar con el proceso de recuperación			
Desarrollo	Analizar los motivos del consumo y las posibilidades de abandono del consumo	Análisis de factores etiopatogénicos del consumo	La técnica que se utiliza es la confrontación o señalamiento de motivos de consumo. Al hablar con el paciente se debe confrontarlo sobre su consumo para conocer las causas que lo llevaron a consumir las sustancias y las que mantienen esta conducta. Se debe realizar una entrevista motivacional directa con preguntas abiertas para lograr respuestas concretas y precisas. Manejar respuestas empáticas en el diálogo paciente-terapeuta.	-Técnicas de comunicación. -Manejo de silencios -Preguntas abiertas -Terapia racional - Respuesta empática	20 min	Establecer las causales del consumo propias de su entorno
Cierre	Facilitar información adecuada para motivar el tratamiento del paciente y familia	Biblioterapia y análisis documental	Se utiliza la técnica de Psicoeducación. Se facilita material bibliográfico digital o físico acerca de la adicción, su mantenimiento, consecuencias y tratamiento, así como la vida después de la misma	Libros referentes a la adicción Videos	5 min	Informar eficientemente al paciente y familia de su condición.

con la finalidad de motivar el cambio
en el paciente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 26. Sesión 2

Sesión: Segunda Sesión						
Tema: Conducta de cambio						
Objetivo: Promover la conducta de cambio en el paciente						
Área de Intervención: Cognitiva/Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar las conductas motivadoras para pasar a la siguiente fase del consumo	-Observación de conductas tendientes al cambio	La técnica que se utiliza es la observación conductual. En esta sesión es importante identificar las conductas que se orientan hacia el cambio y el tratamiento del consumo para reforzarlas en lo posterior.	Fichas de registro conductual de conductas blanco en consulta directa profesional,	5 min	Establecimiento de conductas características
Desarrollo	Analizar intencionalidad de cambio	-Análisis de los diferentes factores intervinientes en la decisión de abandonar el consumo	La técnica que se utiliza es la terapia racional, la interrogación, confrontación o señalamiento para el análisis de los pros y contras del consumo, es decir, se determina las ventajas y desventajas que trae esta conducta en la vida individual y colectiva del paciente, para que pueda orientarse hacia el cambio. En las respuestas del paciente	- Técnicas de comunicación. -Respuesta empática -Terapia Racional	30 min	Definición de las intencionalidades del paciente

			cuando denote conciencia emitir una respuesta empática.			
Cierre	Facilitar información adecuada para motivar el tratamiento del paciente	Refuerzo del análisis documental	Se utiliza la técnica de Psicoeducación. Es necesario reforzar el material documental, es decir, incluir más libros, artículos y videos sobre el tratamiento de la adicción y sus beneficios para motivar el cambio en el paciente.	Libros referentes a la adicción Videos	10 min	Información clara en el paciente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 27. Sesión 3

Sesión: Tercera Sesión						
Tema: Redes de apoyo						
Objetivo: Identificar redes de apoyo del paciente						
Área de Intervención: Cognitiva/Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar conductas de terceras personas que demuestren acompañamiento del paciente al cambio	Observación de conductas que demuestren acompañamiento emocional al paciente por parte de terceras personas	La técnica que se utiliza es la observación conductual y entrevista motivacional. Es importante reconocer y determinar conductas de interés de familiares o conocidos que puedan incidir en el cambio del paciente.	-Ficha de registro conductual -Entrevista motivacional	10 min	Establecimiento de disponibilidad de redes de apoyo al paciente
Desarrollo	Identificar redes de apoyo del paciente	-Análisis de factores emocionales del entorno social vinculado al paciente abandonar el consumo	La técnica que se utiliza es la terapia racional, la interrogación, confrontación, manejo de silencios. Se debe determinar las redes de apoyo que presenta el paciente, tomando conciencia de su entorno familiar, laboral, educativo o social para que contribuyan a fomentar el	- Técnicas de comunicación -Manejo de los silencios -Preguntas abiertas Respuesta empática	20 min	Identificación de potenciales redes de apoyo

			cambio en el adolescente y sirvan de apoyo en situaciones de recaída. Modificando pensamientos disfuncionales que omitan el apoyo familiar presente.	-Terapia Racional		
Cierre	Analizar resultados de su valoración y socialización de resultados a los padres o representantes del paciente.	-Análisis de la incidencia del contexto familiar y su responsabilidad con el paciente y su tratamiento de rehabilitación.	Se utiliza la técnica de terapia racional, encuadre terapéutico y psicoeducación. En esta etapa se debe analizar el bienestar y calidad de vida del paciente con relación al consumo y a la utilización de las redes de apoyo como su influencia en el proceso de rehabilitación para observar las diferencias, sostener su rehabilitación y motivar al cambio.	-Técnicas de comunicación -Preguntas abiertas -Confrontación o señalamiento -Terapia racional -Videos y bibliografía sobre discriminación familiar al paciente	15 min	-Reafirmación del paciente con sus redes de apoyo. - Concienciación por parte de los padres o representantes su indispensable responsabilidad con el tratamiento del paciente.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 28. Sesión 4

Sesión: Cuarta Sesión						
Tema: Decisión de cambio						
Objetivo: Promover estrategias de concientización para terminar con el consumo						
Área de Intervención: Cognitiva/Conductual/Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar factores somáticos como estrés o ansiedad en el paciente con problemas de consumo de drogas	-Reforzar el vínculo entre terapeuta – paciente. Alivio sintomático	La técnica que se utiliza es la relajación de Jacobson “relajación diferencial”. A disposición del terapeuta hacer completa la técnica que le llevará toda la sesión y citar al día siguiente al paciente y continuar el desarrollo y cierre. O a su vez realizar la variante relajación diferencial de Jacobson en donde se relajan algunos músculos identificados con tensión. Se informa al paciente sobre la técnica a realizar.	-Psicoeducación sobre la técnica. -Comodidad al paciente y confianza	15 min	Fortalecimiento de relación paciente-terapeuta
Desarrollo	Generar la expresión emocional de su	- Reforzar el vínculo entre	La técnica utilizada es la terapia racional, así como escucha	-Terapia Racional -Escucha activa.	15 min	Fortalecimiento de relación

	problema de consumo de drogas	terapeuta – paciente. Alivio sintomático	activa, atención sostenida, interrogación y reflejo de sentimientos. Se pide al paciente que identifique las emociones y sentimientos respecto al consumo y que determine su conducta afectiva; de modo que pueda expresar esas emociones	-Atención sostenida -Técnicas de Comunicación		paciente-terapeuta
	Reevaluar la percepción del paciente de su propio consumo de drogas. Reevaluar la percepción de la familia del problema de consumo de drogas del paciente.	-Reforzar el nivel de conciencia de su conducta reiterativa en el consumo de drogas. Reforzar nivel de conciencia de la familia sobre las causas de la incidencia del consumo de drogas.	Se utiliza la Técnica de Terapia Racional, la interrogación, el esclarecimiento, reformulación del contenido, confrontación. El paciente debe valorar el estado actual de su consumo e identificar las consecuencias para tomar la decisión del cambio. De igual manera la familia debe reafirmar su conocimiento de los factores causales de la incidencia al consumo de drogas y su sintomatología.	-Terapia Racional - Técnicas de comunicación.		Esclarecer la situación del paciente a través de su autoconocimiento. Concienciación de la familia de la situación actual del paciente y su decisión al cambio.
Cierre	Identificación de factores positivos del	- Toma de decisión de	La técnica utilizada es la interrogación, terapia racional,	-Terapia Racional -Sugestión	15 min	Establecimiento de factores que

abandono del consumo de drogas y los negativos del consumo de drogas	abandonar el consumo de drogas	recapitulación, en donde se modifican pensamientos disfuncionales en la entrevista que le permite al paciente comprender todos los efectos que han ocasionado las drogas en su vida, también todos los factores positivos y de apoyo que actualmente presenta y cuenta y tomar la decisión de cambiar su conducta y pensamiento respecto al consumo. Se otorga la hoja de acuerdos y compromisos del proceso terapéutico para que firme con sus familiares.	- Preguntas abiertas y cerradas. - Técnicas de comunicación. - Firma de acuerdo Terapéutico y compromisos	contribuyen al cambio
--	--------------------------------	---	---	-----------------------

Fuente: Elaboración propia

Tabla 29. Sesión 5

Sesión: Quinta Sesión						
Tema: Conductas de consumo						
Objetivo: Identificar conductas ocasionadas por la abstinencia y reacciones somáticas						
Área de Intervención: Fisiológica-Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar conductas producidas por la abstinencia y reacciones somáticas.	Observación y registro de conductas de tensión fisiológica en el paciente.	La técnica para utilizar es la observación y la entrevista motivacional.	-Ficha de observación	5 min	Clarificación de conductas de abstinencia
Desarrollo	Establecer las estrategias de reducción de las conductas provocadas por la abstinencia	Disminuir la carga de tensión fisiológica en el paciente y controlar impulsos	La técnica utilizar es la relajación de Jacobson modificada por Wolphe que ayuda a tener el control del comportamiento o conducta del paciente para evitar una recaída y controlar sus impulsos. donde utilizamos psicoeducación con el paciente con respecto a la técnica a emplear, generando comodidad y confianza. Para posteriormente desarrollarla a razón de 5	-Psicoeducación sobre la técnica de relajación de Jacobson modificada por Wolphe	25 min	Definición de estrategias de reducción de conductas por abstinencia

			<p>minutos cada apartado, comenzando por:</p> <p>a) Relajación de los brazos</p> <p>a) Relajación del área facial, la nuca, los hombros y la parte superior de la espalda.</p> <p>b) Relajación del tórax, estómago y la parte inferior de la espalda.</p> <p>c) Relajación de las caderas, muslos, tobillos, seguida de la relajación completa del cuerpo.</p>		
Cierre	Identificar el beneficio de la técnica de relajación de Jacobson modificada por Wolphe.	Observación de los cambios positivos producto del alivio sintomático.	Se aplica la técnica de entrevista motivacional, interrogación, señalamiento, reflejo de sentimientos y psicoeducación para solventar y reforzar las estrategias del paciente en el control de impulsos. Además, se determina actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones. De esta manera el	- Entrevista motivacional - Técnicas de comunicación - Psicoeducación.	15 min

paciente que se encuentra
iniciando la abstinencia
identificara estrategias de
disminuir la tensión física.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 30. Sesión 6

Sesión: Sexta Sesión						
Tema: Pensamientos disfuncionales						
Objetivo: Identificar pensamientos disfuncionales que mantienen el consumo de drogas						
Área de Intervención: Cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar pensamientos disfuncionales que incitan el deseo fuerte de consumo de drogas	Detección de pensamientos disfuncionales en el paciente	La técnica utilizada es la entrevista y el registro de pensamientos disfuncionales. El paciente debe elaborar una matriz de registro donde identifica y escribe los pensamientos disfuncionales y su emoción.	-Matriz de registro de pensamientos disfuncionales - Entrevista	10 min	Identificación de conductas disfuncionales
Desarrollo	Reestructurar los pensamientos disfuncionales	Disminución de pensamientos disfuncionales y negativos	La técnica para utilizar es la reestructuración cognitiva. Luego de identificar los pensamientos disfuncionales el paciente tiene que plantear nuevos pensamientos dentro de la dinámica de dialogo paciente terapeuta, se realizara: la terapia racional, confrontación, esclarecimientos, psicoeducación, reformulación de contenidos, confrontación o señalamientos, recapitulaciones sobre una situación determinada arraigada a	-Reestructuración Cognitiva. -Técnicas de comunicación. - Terapia Racional - Dialogo Socrático - Técnica de Detección del pensamiento desarrollada por Taylor.	15 min	Disminución de pensamientos disfuncionales funcionales generadores del craving.

pensamientos que generan un consumo de drogas, llevan a un estrés e impulsividad.
 La segunda técnica para utilizar en otras sesiones:
 Técnica Psicoterapéutica, detección del pensamiento desarrollada por Taylor:

- a) Cerrar los ojos
- b) Verbalizar cualquier pensamiento que irrumpa el pensamiento fijo
- c) Anteponer pensamiento agradable
- d) Repetir

Técnicas para utilizar en diferentes sesiones dependiendo del terapeuta, pero dentro de una misma fase.
 -Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.

Cierre	<p>Evaluar el beneficio de la modificación de pensamientos disfuncionales. Identificar la percepción de los miembros de la familia del paciente ante una posible recaída.</p>	<p>Identificación del alivio psíquico en el paciente. Analizar la afectación emocional de la familia ante una recaída del paciente.</p>	<p>La Técnica para emplear es Terapia racional, esclarecimiento, interrogación, recapitulación, reafirmación, reflejo de sentimientos, psicoeducación. Es necesario que el paciente logre comunicar su estado actual y reencontrarse con el beneficio de las técnicas psicoterapéuticas y la decisión de dejar el consumo de drogas. Mediante terapia racional y psicoeducación trabajar con la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de comunicación. - Terapia racional - Psicoeducación. - Bibliografía sobre recaídas y apoyo familiar. 	15 min	<p>-Reducción del craving en el paciente. - Disminución de inseguridades y aumento del apoyo que le brinda la familia al paciente.</p>
--------	--	--	---	--	--------	---

el concepto de recaídas y su forma
de intervenir desde el ámbito familiar.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 31. Sesión 7

Sesión: Séptima Sesión						
Tema: Percepciones inapropiadas						
Objetivo: Identificar conflictos o percepciones inapropiadas con respecto a si mismo producto del consumo de drogas						
Área de Intervención: Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Analizar y determinar emociones negativas disfuncionales	Identificación de percepciones negativas sobre sí mismo respecto al consumo	Como primer paso el paciente debe comunicar mediante el diálogo las emociones negativas y percepciones erróneas que ha percibido sobre sí mismo debido al cese de consumo y que le han dificultado su desenvolvimiento.	-Cuaderno de anotaciones para registro de emociones y percepciones	15 min	Establecimiento de percepciones predominantes negativas en el paciente
Desarrollo	Modificar las percepciones y emociones negativas sobre sí mismo	Aplicación de la sensibilización sistemática: Sugestión directa de Rubín	Una vez identificadas las emociones y percepciones disfuncionales se aplica la Sugestión directa de Rubín: en donde se brinda comodidad al paciente y la confianza mediante una Psi coeducación sobre la técnica de sugestión directa de Rubín. Iniciando con: a) Identificación del estímulo ansioso.	-Entrenamiento en la técnica	20 min	Generar un cambio en el paciente en relación con emociones negativas

			b) anteposición de la imagen o situación tranquilizadora Se solicita al paciente actividades en casa: Replicar en casa la técnica y registrar en cuaderno de anotaciones			
Cierre	Establecer estrategias para evitar la recurrencia de las emociones y percepciones negativas	Comunicación de sensación luego de aplicar la técnica y consejos para ejecutarla en el hogar.	Mediante la entrevista motivacional y psicoeducación al paciente se logrará que pueda comunicar su experiencia con la técnica y también la disminución de las emociones y percepciones disfuncionales. Luego es necesario motivarlo para que la practique en casa cada vez que presente estas percepciones y registre la técnica, así como también anotaciones para verificar el progreso.	Psicoeducación sobre la técnica.	10 min	Definir caminos de actuación

Fuente: Elaboración propia

Tabla 32. Sesión 8

Sesión: Octava Sesión						
Tema: Reacciones somáticas						
Objetivo: Identificar conductas producidas por la abstinencia y reacciones somáticas.						
Área de Intervención: Fisiológica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Determinar las conductas producto de la abstinencia y reacciones somáticas	Comunicación de conductas que han aparecido a causa de la abstinencia y reacciones del cuerpo sobre la misma	Como primer punto el paciente junto con el terapeuta debe identificar las conductas que ha adoptado a causa del cese de consumo, puede ser sudoración excesiva, hiperactividad, etc. Además de verificar las reacciones corporales que se han producido y le causan malestar.	-Registro de conductas en un cuaderno	10 min	Identificar conductas del paciente a la abstinencia

Desarrollo	Disminuir la tensión fisiológica y controlar impulsos	Aplicación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson.	Se aplica la técnica de relajación progresiva de Jacobson paso a paso para que el paciente logre identificar las etapas. a.- Cómodamente acostado o sentado se le hace flexionar su brazo para una asimilación de lo que significa contracción y distensión muscular. Posterior al ejercicio de reconocimiento comenzamos a realizar la contracción muscular y distensión en todo el cuerpo o a su vez limitada a las partes clínicamente más tensas.	-Entrenamiento en la técnica	25 min	Relajar al paciente
Cierre	Mantener el estado de control y regulación	Motivación para que la técnica sea practicada en el hogar	A través del diálogo de la experiencia vivida al aplicar la técnica, es necesario que el paciente determine su percepción y sensación, sobre todo si disminuyó alguna conducta o	Psicoeducación sobre la técnica.	10 min	Mantener en estado controlado la conducta y pensamientos del paciente

reacción. Luego es necesario
motivarlo a que la realice en casa
cada vez que presente
pensamientos recurrentes de
consumo y anote el progreso

Fuente: Elaboración propia

Tabla 33. Sesión 9

Sesión: Novena Sesión						
Tema: Redes de Apoyo del paciente						
Objetivo: Identificar redes de apoyo del paciente						
Área de Intervención: Cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Analizar recursos positivos del paciente	Diálogo para identificar los recursos positivos que tiene el paciente en su entorno	En primer lugar, es importante identificar el apoyo del entorno y los recursos positivos que tiene el paciente para reforzarlos y utilizarlos en favor del progreso y evolución.	-Registro de recursos positivos cuaderno de anotación.	10 min	Describir aspectos favorables al paciente
Desarrollo	Determinar las redes de apoyo del paciente	Comunicar todas las redes de apoyo familiar y social que pueden sostener al paciente en caso de recaída	La técnica para utilizar es la confrontación o señalamiento, más interrogación, también la terapia racional ante algunos pensamientos disfuncionales o creencias irracionales que dificulten una buena percepción de su entorno. Es importante que el paciente identifique todas las redes de apoyo dentro de su	-Técnicas de comunicación. -Terapia racional	30 min	Denotar personas que generan apoyo

			entorno familiar y social para que pueda acudir a ellas en situaciones de recaída.			
Cierre	Fortalecer redes de apoyo del paciente	Registro de las redes de apoyo y situaciones en las cuales se puede acudir a cada una.	Finalmente, es fundamental que el paciente reconozca las situaciones en que se puede acudir a cada red de apoyo para que pueda hacerlo y evitar las recaídas. Mediante las técnicas como: recapitulación, reformulación de contenido, respuesta empática, psicoeducación.	-Técnicas de comunicación. -Respuesta empática -Psicoeducación.	5 min	Potenciar vínculos de apoyo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 34. Sesión 10

Sesión: Décima Sesión						
Tema: Circunstancias estresantes y alternativas positivas						
Objetivo: Identificar circunstancias estresantes y alternativas positivas						
Área de Intervención: Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar situaciones estresantes no resueltas.	Análisis de factores o elementos que mantienen el problema de consumo	En primer lugar, es importante identificar el apoyo del entorno y los recursos positivos que tiene el paciente para reforzarlos y utilizarlos en favor del progreso y evolución.	-Registro de factores que mantienen el consumo en el cuaderno de anotación.	10 min	Identificación de factores potenciales al problema
Desarrollo	Disminuir situaciones de estresantes.	Modificación de situaciones estresantes que repercutan en el consumo del paciente.	Una vez identificados los factores que mantienen el consumo se aplica la técnica de solución de problemas para encontrar alternativas positivas. -Psi coeducación sobre la técnica. Solución de problemas: a.) Identificación del problema. b.) Seleccionar objetivos	-Identificación del problema, búsqueda de objetivos y soluciones - Técnica Solución de problemas	15 min	Cambio en el comportamiento consumista

			<p>c.) Búsqueda y elaboración de alternativas</p> <p>d.) Jerarquizar alternativas</p> <p>e.) Toma de decisiones</p> <p>f.) Verificar resultados</p> <p>-También realizar una tarea de Inter Sesión: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones. Técnica que se puede extender en varias sesiones.</p>			
Cierre	Identificar de recursos positivos	Diálogo para la identificación de recursos positivos y fortalecimiento de las redes de apoyo.	Después de encontrar las alternativas positivas de resolución de problemas es importante establecer estrategias que extiendan las redes de apoyo y las mantengan para evitar recaídas.	Psicoeducación sobre la técnica	15 min	Vincular activamente las redes de apoyo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 35. Sesión 11

Sesión: Sesión 11						
Tema: Circunstancias negativas y represión emocional						
Objetivo: Identificar circunstancias negativas en donde exista una represión emocional por parte del paciente						
Área de Intervención: Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Analizar las situaciones en que le paciente muestra represión emocional	Comunicación para que se logre identificar las situaciones en que el paciente se le dificulta expresarse	Es importante que el paciente logre determinar las circunstancias en las que no puede expresarse de forma adecuada ante los demás.	-Cuaderno de anotaciones.	10 min	Identificar factores que impiden la correcta expresión
Desarrollo	Facilitar la expresión emocional del paciente	Aplicación de la terapia Asertiva de reflejos condicionados de Salter	Se le presenta al paciente la técnica Asertiva de los reflejos condicionados de Salter que implica, primero psicoeducar al paciente sobre la técnica y posterior realizar los siguientes pasos:	-Terapia Asertiva de los reflejos condicionados de Salter	15 min	Paciente con capacidad de expresarse libremente

1.- Instrucción para pensar menos y actuar más.

2. Utilización de las 6 técnicas básicas:

- a) Externalización de los sentimientos
- b) Expresión facial de los sentimientos
- c) Contradicción y ataque cuando no está de acuerdo con las exposiciones de otros.
- d) Utilización de la palabra “Yo” deliberadamente en el mayor número de casos.
- e) Expresión de acuerdo cuando es elogiado
- f) Improvisación

Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.

Técnica que se puede extender en varias sesiones.

Cierre	Promover y mantener la expresión emocional	Motivación para la aplicación de la técnica en diferentes circunstancias	Después de aplicar la técnica es fundamental que el paciente identifique su percepción respecto a la misma para que pueda ejecutarla en su hogar y disminuir la represión emocional	Psicoeducación sobre la técnica	15 min	Paciente capaz de replicar conductas favorables en otros entornos.
--------	--	--	---	---------------------------------	--------	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 36. Sesión 12

Sesión: Sesión 12						
Tema: Conductas producidas por la abstinencia						
Objetivo: Identificar conductas producidas por la abstinencia y reacciones somáticas						
Área de Intervención: Fisiológica						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Determinar las conductas producto de la abstinencia y reacciones somáticas	Identificación de nuevas conductas o reacciones somáticas que pueden presentarse debido al cese de consumo	El paciente mediante un diálogo con el terapeuta debe reconocer si ha presentado nuevas conductas a causa de la abstinencia o reacciones somáticas que interfieren en su funcionamiento	-Ficha de registro de conductas	5 min	Identificar consecuencias del cese del consumo
Desarrollo	Disminuir la tensión fisiológica y controlar impulsos	Aplicación de la técnica de Arnold Lazarus "Relajación por medio del aflojamiento directo"	Se aplica la técnica de relajación paso a paso para que el paciente logre comprender el proceso y su finalidad, sobre todo para que logre percibir la disminución de las conductas disfuncionales. Primero con psicoeducación sobre la técnica y las instrucciones que será guiado por	-Técnica de relajación de Arnold Lazarus "Relajación por medio del aflojamiento directo"	30 min	Reducir el estrés post consumo

el terapeuta a cargo, estará completamente consciente de todo.

A). Se iniciará indicando al paciente que se ponga cómodo con los ojos cerrados ya sea sentado o acostado.

B.) Se comenzará con las instrucciones al paciente a proceder a indicarle a relajar sus brazos seguidamente de afirmaciones de disminuir la tensión de su cuerpo sobre todo sus brazos comenzando con los músculos de la parte superior del brazo derecho, antebrazo, y mano hasta la punta de los dedos.

C.) Posteriormente se continuará con el otro brazo y seguirá desde la frente pasando por todas las partes del cuerpo humano, en continua secuencia y sugestión de relajación. Actividades en casa: practicar la técnica en casa

y registrar en cuaderno de anotaciones.

Técnica que se puede extender en varias sesiones dependiendo del terapeuta.

Cierre	Mantener el estado de control y regulación	Motivación al paciente para que aplique la técnica cada vez que aparezcan conductas disfuncionales que interfieran en su desarrollo	Después de aplicar la técnica es importante que el paciente pueda aplicarla de forma individual cuando lo requiera, para esto es necesario entrenarlo y motivarlo a registrar su progreso	Psicoeducación sobre la técnica	10 min	Crear un hábito de aplicación de estrategias favorables en el paciente frente a situaciones de riesgo de recaída
--------	--	---	---	---------------------------------	--------	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla 37. Sesión 13

Sesión: Sesión 13						
Tema: Reafirmaciones directivas						
Objetivo: Identificar argumentaciones y reafirmaciones directivas ante situaciones futuras que promuevan recaídas						
Área de Intervención: Cognitiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Determinar ideas irracionales	Análisis de pensamientos e ideas irracionales y situaciones que promueven represión emocional	El paciente identifica las situaciones que le provocan pensamientos e ideas disfuncionales y presentan represión emocional	-Registro de pensamientos en cuaderno de anotaciones	10 min	Esclarecer consecuencias de pensamientos irracionales
Desarrollo	Prevenir recaídas y modificar ideas irracionales	Aplicación de la Técnica Asertiva Reflejos condicionados de Salter	Se le presenta al paciente la técnica Asertiva de los reflejos condicionados de Salter que implica, primero psico educar al paciente sobre la técnica y posterior realizar los siguientes pasos: 1.- Instrucción para pensar menos y actuar más. 2. Utilización de las 6 técnicas básicas	- Técnica Asertiva Reflejos condicionados de Salter -Psicoeducación	30 min	Potenciar mecanismos de enfrentamiento a recaídas

-
- a) Externalización de los sentimientos
 - b) Expresión facial de los sentimientos
 - c) Contradicción y ataque cuando no está de acuerdo con las exposiciones de otros.
 - d) Utilización de la palabra “Yo” deliberadamente en el mayor número de casos.
 - e) Expresión de acuerdo cuando es elogiado
 - f) Improvisación
- Actividades en casa: practicar la técnica en casa y registrar en cuaderno de anotaciones.
- Técnica que se puede extender en varias sesiones

Cierre	Mantener ideas racionales y reforzar la red de apoyo en el entorno familiar	Motivación al paciente para que aplique la técnica cada vez que aparezcan	Después de aplicar la técnica es necesario motivar al paciente para que aplique la técnica en situaciones negativas y disfuncionales que interfieren en su funcionamiento.	-Psicoeducación sobre la técnica -Terapia explicativa	5 min	Paciente con capacidad de mantener ideas racionales
--------	---	---	--	--	-------	---

conductas disfuncionales que interfieran en su desarrollo. Dialogo	Trabajar con la familia mediante terapia explicativa sobre la importancia de las redes de apoyo y su prevención en las recaídas.
Motivación y reafirmación con la familia para mantener la red de apoyo.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 38. Sesión 14

Sesión: Sesión 14						
Tema: Respuestas futuras positivas						
Objetivo: Identificar posibles respuestas futuras positivas a acontecimientos que promuevan recaídas						
Área de Intervención: Conductual						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Determinar factores o acontecimientos que puedan promover recaídas	Análisis de situaciones que puedan promover recaídas	Se utiliza técnicas interrogación, terapia racional. El paciente tiene que reconocer las posibles situaciones que pueden promover las recaídas a futuro para trabajar en ellas.	-Cuaderno de anotaciones donde se registrará las posibles situaciones - Técnicas de comunicación - Terapia Racional	10 min	Esclarecer factores que contribuyan a la pérdida del proceso
Desarrollo	Prevenir recaídas y modificar situaciones negativas	Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual: A-B-C	Se aplica la técnica de TREC para eliminar las situaciones futuras que pueden promover recaídas: A: Acontecimiento Activante B: Las creencias C: Consecuencias relacionadas con las Creencias. D: Debate o cuestionamiento de las ideas Irracionales mediante estrategias.	- Terapia Racional Emotiva Conductual: A-B-C	15 min	Paciente capaz de mantener el logro alcanzado

			<p>E: Efectos o resultados del debate o cuestionamiento.</p> <p>Posterior a la aplicación de la técnica se envía tareas a casa, practicar la técnica con una situación negativa, de igual manera registrar en el cuaderno de anotaciones. Así como también repaso del registro de redes de apoyo en el cuaderno de anotaciones.</p>			
Cierre	Mantener ideas racionales	Motivar al paciente para utilizar la técnica a futuro para prevenir recaídas	Después de aplicar la técnica es necesario que el paciente identifique sus beneficios para que pueda utilizarla en diferentes situaciones que puedan promover recaídas a futuro.	Psicoeducación sobre la técnica.	15 min	Paciente con capacidad de mantener el logro alcanzado

Fuente: Elaboración propia

Tabla 39. Sesión 15

Sesión: Sesión 15						
Tema: Emociones positivas						
Objetivo: Reforzar emociones positivas en el paciente						
Área de Intervención: Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Determinar situaciones que favorecen emociones positivas	Análisis de acontecimientos y situaciones que promuevan emociones positivas	El paciente debe comunicar las situaciones que le generan emociones positivas y evitan el consumo, para que sean reforzadas mediante la utilización de técnicas de comunicación como: recapitulación, reencuadre terapéutico, interrogación, reflejo de sentimientos.	-Cuaderno de anotaciones para registro de situaciones positivas.	15 min	Establecer acciones favorables a la continuidad del proceso
Desarrollo	Reforzar emociones positivas	Aplicación del método BERHEIM-BEJTEREV y la técnica de autocontrol denominada: auto instrucción.	Se aplica La Técnica de BERHEIM- BEJTEREV que consiste en: mantener un ambiente apropiado y tranquilo, inducir al paciente a una relajación mediante la respiración consciente, posterior visualizar un objeto o situación temporal	Psicoeducación al paciente sobre las técnicas. Método de BERHEIM-BEJTEREV y técnica de auto control	15 min	Ambiente apropiado para el paciente

			<p>agradable para el paciente. Generando un refuerzo positivo a su voluntad y optimismo por abandonar su consumo. Posterior se aplica la técnica de autocontrol llamada auto instrucción. Paciente deberá repetir frases positivas durante el día, su número dependerá del terapeuta. Actividades en casa: practicar las técnicas y registrar en cuaderno de anotaciones.</p>	denominada: auto instrucción.		
Cierre	Mantener emociones positivas	Motivar al paciente para utilizar la técnica a futuro mantener las emociones positivas.	Luego de aplicar las técnicas y el método se debe escuchar las percepciones del paciente y motivarlo a que las use en todo momento para evitar la aparición de emociones disfuncionales y negativas y registrar sus avances.	Reforzar psicoeducación de: BERHEIM-BEJTEREV y técnica de auto control denominada: auto instrucción.	15 min	Paciente con capacidad de aplicar los dominios adquiridos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40. Sesión 16

Sesión: Sesión 16						
Tema: Avances terapéuticos						
Objetivo: Conocer el avance del proceso terapéutico en las diferentes áreas de desarrollo del paciente						
Área de Intervención: Fisiológica/Conductual/Cognitiva/Afectiva						
Etapas	Objetivos específicos	Actividad	Procedimiento/Técnicas	Recurso	Tiempo	Logro
Introducción	Identificar reacciones somáticas más relevantes del paciente producto a la abstinencia del consumo de drogas	Verificar resultados positivos del proceso de intervención psicoterapéutica	Las técnicas de comunicación a utilizar son: la interrogación, reformulación del contenido, además de la técnica de terapia racional. Queriendo conocer la percepción del paciente sobre el proceso terapéutico y sus avances en el área fisiológica respecto al cese de consumo. De esta manera podrá también reafirmarse de los logros adquiridos. También se verificará en el cuaderno de anotaciones el registro de técnicas utilizadas para	- Interrogación -Reformulación de contenido - Terapia Racional -Verificar Registro de técnicas utilizadas	15 min	Grado positivo de conformidad del paciente

			modificar reacciones somáticas indeseables.			
Desarrollo	Identificar conductas saludables del paciente a situaciones conflictivas estresantes	Verificar resultados positivos del proceso de intervención psicoterapéutica	Las técnicas de comunicación para utilizar son: la interrogación, reformulación del contenido, además de la técnica de terapia racional. Queriendo conocer la percepción del paciente sobre el proceso terapéutico y su conducta funcional ante situaciones estresantes. De esta manera se reafirmará que cuenta con estrategias saludables que le ayudaran a lo largo de su vida. También podrá reafirmarse de los logros adquiridos. Se verificará en el cuaderno de anotaciones el registro de técnicas utilizadas para modificar conductas.	-Interrogación -Reformulación de contenido - Terapia Racional -Verificar Registro de técnicas utilizadas	15 min	Grado de conducta predispuesta al mantenimiento del paciente
	Identificar pensamientos racionales positivos del	Verificar resultados positivos del proceso de	Las técnicas de comunicación a utilizar son: la interrogación, reformulación del contenido,	-Interrogación -Reformulación de contenido		Grado de aceptación

paciente con respecto a su rehabilitación	intervención psicoterapéutica	además de la técnica de Terapia Racional. Para conocer la percepción del paciente sobre el proceso terapéutico y sus avances en el área cognitiva ligada a percepciones y pensamientos positivos respecto al cese del consumo de drogas y recursos disponibles de apoyo. De esta manera se reafirmará los logros adquiridos en su proceso de rehabilitación. También se verificará en el cuaderno de anotaciones el registro de técnicas utilizadas para modificar procesos cognitivos.	- Terapia Racional -Verificar Registro de técnicas utilizadas	cognitiva del paciente	
Cierre	Identificar emociones del proceso Terapéutico finalizado con paciente y la familia.	Refuerzo de emociones positivas de sí mismo y del proceso terapéutico	La técnica para utilizar es: la interrogación, reflejo de sentimientos y recapitulación métodos utilizados para la familia y con el paciente incorporar nuevamente la técnica	- Interrogación -Reflejo de sentimientos - Método de BERHEIM-BEJTEREV	15 min Paciente capaz de manejar su área afectiva.

Sugestiterapia en Vigilia Método de BERHEIM-BEJTEREV, para elevar aún más el optimismo del paciente. También se verificará en el cuaderno de anotaciones el registro de técnicas utilizadas

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

- El consumo de drogas en los adolescentes es un problema común a nivel mundial. La sustancia química causa cambios neurofisiológicos en el organismo de la persona, lleva a tener comportamientos violentos, impulsivos, deteriorando sus funciones cognitivas básicas, alterando su estado emocional y comportamental y presentando conflicto en las áreas de la vida familiar, social, educativa, laboral y personal.
- En el cuestionario sociodemográfico se evidencia una mayor predominancia del género masculino en el consumo de drogas, teniendo a la marihuana como la droga más utilizada generando un riesgo alto, la edad más sobresaliente en la población se encuentra en un rango de 17 y 18 años. Su nivel de estudios es 3ro de bachillerato, predomina la nacionalidad ecuatoriana, la mayor cantidad de participantes no tienen hijos, presentan una religión cristiana, no tienen trabajo y al momento son estudiantes.
- En la aplicación del test Assit 3.0 se evidencia que el nivel de consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de Nueva Loja que realizan su atención en el Centro de Salud Abdón Calderón, presentan un porcentaje global del 76,5% de riesgo moderado ante el consumo de drogas, con una frecuencia de 13 participantes. Las drogas de mayor consumo en la población investigada fueron: la marihuana con un 59% de riesgo alto, y el tabaco con un 59% de riesgo moderado. En los resultados de la prueba Posit se evidencia un riesgo alto de afectación y conflicto en las áreas de: abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva / delictiva, representadas en un promedio global del 51,7 superando el doble al punto de corte de 23 puntos.
- La investigación evidenció los diferentes problemas producto del consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de Nueva Loja, dando lugar a la necesidad de integrar estrategias con enfoque cognitivo conductual desde el

modelo Transteórico del cambio, indispensable en la acción destinada a la prevención y tratamiento a personas de la comunidad que realizan su atención en la Unidad Operativa Abdón Calderón, así como también a las demás unidades operativas de primer nivel con modalidad de intervención ambulatoria y ambulatoria intensiva, y en consulta privada.

RECOMENDACIONES

- Recolectar muestras a mayor escala en tiempo y espacio para enriquecer los resultados de la investigación.
- Un estudio con un diseño de pretest y posttest para enriquecer el conocimiento sobre la intervención psicológica.
- Considerar para futuras investigaciones sobre consumo de drogas, la variable de codependencia afectiva al paciente con problemas de consumo de drogas.
- Promover la salud mental en profesionales técnicos a cargo de pacientes vulnerables con consumo problemático de drogas y trastornos mentales graves. Para ello se sugiere descargas emocionales con personal externo a la institución, enfocado en estrategias de afrontamiento y calidad de vida.
- Incrementar el apoyo por parte del estado a servicios encargados de rehabilitación de personas con problemas de consumo de drogas, trastornos mentales graves y pacientes drogodependientes.
- Incorporar leyes por parte del estado para que sea factible un mejor control de la fuerza pública en el ámbito de las drogas, comúnmente refieren que ante situaciones de derechos humanos no pueden realizar mayor cosa con las personas que consumen drogas.
- Mediante leyes generadas desde la función ejecutiva prohibir programas de televisión, propaganda mediante afiches y canciones que inciten o promuevan la normalización del consumo de drogas en los adolescentes y niños, incluyendo las drogas legales como el tabaco y el alcohol.
- Los Municipios y Gobernaciones deberán incentivar, promover y crear áreas recreativas, deportivas y saludables para el bienestar del ser humano, condicionando a la comunidad a la realización de actividades deportivas una vez por semana.

BIBLIOGRAFÍA

- Agualongo, J., & Robalino, D. (2020). Consecuencias del consumo de drogas en las Funciones Ejecutivas en adolescentes y jóvenes adultos. *Revista Scientific*, 5, 127/145. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0001-7274-7902>
- Águila, G., Díaz, J., & Díaz, P. (2018). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *Medisur*, 15(5): 694-700. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n5/ms15515.pdf>
- Ahumada, J., Gámez, E., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. 13(2), 13-24. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Anicama, J. (2001). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Lima: CEDRO. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Factores%20de%20Riesgo.pdf
- Añazco, S. (2015). *El consumo de drogas en los alumnos de los primeros años de bachillerato del Colegio Técnico Mixto 27 de Febrero de la Ciudad de Loja y la intervención de Trabajador Social*. Loja-Ecuador. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13889/1/Tesis%20Lista%20Susana.pdf>
- Araujo, M., Golpe, S., Braña, T., Varela, J., & Rial, A. (2018). Validación psicométrica del POSIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Revista Adicciones*, 30(2), 130-139. <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/958/881>

- Arbex, C. (2002). *Guía de Intervención: Menores y consumo de drogas*. ADES (Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas (PND). <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>
- Argaez, S., Echeverría, R., Evia, N., & Carrillo, C. (2018). Prevención de factores de riesgo en adolescentes: intervención para padres y madres. *Psicología escolar y educativa*, 22(2): 259-269. <https://www.scielo.br/j/pee/a/LMvxtgtSvLy66Wdm4wyYtrD/?lang=es&format=pdf>
- Arteaga, F., & Plaza, N. (2019). Consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN.*, 5(9), 219-235. <https://doi.org/https://doi.org/10.46296/yc.v5i9edespsoct.0130>
- Ávila, F., Muñoz, B., & M., E. (2007). Drogas de diseño. *An Pediatr Contin*, 5(4), 239-44. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1696281807741434&r=51>
- Baquerizo, M., Quinde, M., Acuña, M., & Zambrano, A. (2020). Drogadicción en la juventud estudiantil una epidemia en la actualidad. *Saberes del Conocimiento*, 4(1), 242-252. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.242-252](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.242-252)
- Barros, M. (2013). Efectos del consumo de drogas sobre la salud del adolescentes. Santander, Cantabria, España. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1>

- Bautista. (2020). Consumo de Drogas en Estudiantes de Centros Escolares en San Salvador. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia(REID)*, 1-18. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/5119/4627>
- Bautista, F. (23 de 1 de 2020). CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE CENTROS ESCOLARES EN SAN SALVADOR, EL SALVADOR. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia(REID)*, 1-18. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/5119/4627>
- Becoña , E. (2012). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de Drogas*. Universidada Santiago de Compostela. <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles de psicologo*, 11-20. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828103.pdf>
- Berra, E., & Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 4(2), 153-179. <https://doi.org/https://doi.org/10.22402/j.rdi.pyics.unam.4.2.2018.165.153-170>
- Berrouet, M., & Cardonoa, J. (2020). Revisión sistemática sobre las aplicaciones del SSIT en poblaciones colombianas. *CES MEDICINA*, 34(2), 114-125. <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v34n2/0120-8705-cesm-34-02-114.pdf>
- Bouzón, A., & Zych, I. (2022). Variables Escolares y Consumo de Drogas en la Adolescencia. *Psicología Educativa*, 29(2), 177-184. https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/1135_755X_psed_29_2_0177.pdf

- Cáliz , N., & Estrada , J. (2018). *Capitalismo y fetichización de la droga mercancía, en la determinación social del uso de sustancias psicoactivas en jóvenes adolescentes de localidades representativas de Bogotá-Colombia*. Quito-Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6432/1/TD114-DSCAS-C%C3%A1liz-Capitalismo.pdf>
- Callisaya, J. (2018). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del Municipio de la Paz. 3(1), 52-74.
<https://doi.org/https://doi.org/10.21501/24631779.2635>
- Cango, A., & Suárez, N. (2021). Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. *Revistas de estudios y experiencias en educación*, 20(44), 364-383.
<https://www.redalyc.org/journal/2431/243169780022/html/>
- Cango, A., & Suárez, N. (2021). Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. *Revistas de estudios y experiencias en educación*, 20(44), 364-383.
<https://www.redalyc.org/journal/2431/243169780022/html/>
- Casari, L. (2022). Diseños Cuantitativos de Investigación en Psicología. *Investigaciones en Psicología*, 25(2), 17-26.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/203526/CONICET_Digital_Nro.ff836410-5304-4584-bf84-b7d5c1fe3ebe_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Centre for Disease Control and Prevention [CDC]. (2010). *Efecto de la salud en el consumo del tabaco*.
https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/spanish/pdfs/consumer_sp.pdf
- Chávez, E., & Sandoval, M. (2016). Ocio, sedentarismo y salud en adoelscentes ecuatorianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3): 1-10.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300009

Colino, I. (2020). *Consumo de drogas ilegales en adolescentes*. Tesis, Universidad de Valladolid, Valladolid.
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41931/TFG-H1886.pdf?sequence=1>

Cortés, M., Alfaro, A., Martínez, V., & Veloso, B. (2019). Desarrollo cerebral y aprendizaje en adolescentes. Importancia de la actividad física. *Rev Med Chile*, 147: 130-131. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0130.pdf>

Cuerno, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas:. *Revista Policía y Seguridad Pública*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4899397.pdf>

De Oca, K., Villalobos, D., & Morales, M. (2022). La motivación para el cambio en habitantes de la calle con conductas adictivas desde el Modelo Transteórico. *RedPensar*, 11(1), 1-12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31906/redpensar.v11i1.230>

Díaz, D. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Revista CONRADO*, 14(64): 98-103.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v14n64/1990-8644-rc-14-64-98.pdf>

Díaz, D. (2019). *Validación del Instrumento ASSIST en una Versión Autoadministrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*. Santiago: Universidad de Chile.
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/185076/Validaci%C3%B3n-del-instrumento-assist.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Díaz, J. (2001). El modelo de estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. 21-35. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7364/7585>
- Díaz, K., & Amaya, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Avances Enfermería.*, 30(3), 37-59. <https://doi.org/> <https://orcid.org/0000-0002-4245-0718>
- Esparza, Ó., Carrillo, I., Quiñones, J., & Guzmán, R. (2013). CUESTIONARIO DE EJERCICIO BASADO EN EL MODELO TRANSTEÓRICO DE LA CONDUCTA EN UNA MUESTRA MEXICANA. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1), 124-141. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29228948009.pdf>
- Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C., & Yapuchura, C. (2020). Habilidades sociales en adoelscentes y funcionalidad familiar . *Revista de Comunicación y desarrollo*, 11(1): 16-27. <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v11n1/2226-1478-comunica-11-01-16.pdf>
- Fabritius , A. (2014). *Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v60n225/0185-1918-rmcps-60-225-00021.pdf>
- Fonseca, S., & Espinel, N. (2021). Tratamiento psicológico en trastornos por consumo de sustancias para adolescentes infractores: Revisión teórica. *Repositorio de la UCE*, 1(1). <https://doi.org/http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23612>
- Franco, I., & Serrano, P. (2022). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*, 26(5), 306–315. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/07/Pediatria-Integral-XXVI-5_WEB.pdf#page=60

Fundación Acorde. (25 de Junio de 2013). *Con la Salud Mental y el Bienestar Social*.
<http://www.fundacionacorde.com/uso,-abuso,-dependencia.html>

Gállico , F. (2020). *Conceptos Generales; epidemiología y valoración del Consumo*.
Intervención en Drogas semFYC. <https://www.quiero-puedo.com/wp-content/uploads/2020/04/Drogas-conceptos-generales-epidemiologia-y-valoracion-del-consumo.pdf>

García-Allen, J. (2015). *El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente*.
Psicología y Mente:
<https://psicologiaymente.com/psicologia/modelo-transteorico-cambio-prochaska-diclemente>

Gil, S. (2020). *Policonsumo de drogas en adolescentes y jóvenes*. Tesis,
Universidad de Cantabria, Santander. Retrieved 10 de 8 de 2023, from
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20017/GIL%20MORENO%2C%20SINAI.pdf>

Gil, S. (2020). *Policonsumo de drogas en adolescentes y jóvenes*. Tesis,
Universidad de Cantabria, Santander.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20017/GIL%20MORENO%2C%20SINAI.pdf>

Giménez, B., Guevara, R., & Pargas, A. (2019). El uso de drogas en escolares de Ica. 22(3), 13-22. <https://doi.org/10.21503/cyd.v22i3.1788>

Goncalves, F., Duarte, F., & Veiga, C. (2022). Abordaje musicoterapéutico en dependencia química basado en el Modelo Transteórico de Cambio. *Por Musi*(42), 1-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.35699/2317-6377.2022.36890>.

- Gradolí, T., Morales, Y., & Sánchez, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos Adictivos*, 6(3), 159–166. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13065158>
- Guemes, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4): 233-244. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Guerra, V., & Portelles, V. (2019). *ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA CON EL CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR - SEDES IBARRA, QUITO, PORTOVIEJO Y SANTO DOMINGO EN EL AÑO*. Quito-Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16871/TEISIS%20Consumosustancias_ValeriaGuerra_%20VanessaTeran_%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, J., Guadarrama, R., Veytia, M., & Márquez, O. (2017). Prevalencia de problemas emocionales y conductuales en una muestra de adolescentes mexicanos. *Porto Alegre*, 48(4): 250-255.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: McGrawHill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, V. (2017). Estudios epidemiológicos: tipos, diseño e interpretación. *Elsevier España*, 16(3), 98-105. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eii.2017.03.001>
- INFODROGAS . (15 de Marzo de 2021). <https://www.infodrogas.org/drogas?showall=1>

- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. (2010). *Principios de tratamientos eficaces*. NIH Publicación No. 10-4180(S). <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Instituto Nacional sobre el abuso de drogas [NIDA]. (2020). *Las drogas, el cerebro y la conducta*. Manual, Usa. https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
- Jiménez, S. (2001). Extasis: Su impacto sobre la física y mental. (65), 1-4. Cali, Colombia. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/4494/1/065_Extasis_impacto_sobre_salud_fisica_mental.pdf
- Jordan, B. (2017). *PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND: URICA EN ADOLESCENTES RESIDENTES DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LIMA SUR*.
- León , K. (2014). *Programa de prevención del uso de drogas en los adolescentes del barrio Chontacruz, provincia de Loja, 2013*. Universidad Técnica Particular de Loja. https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/10009/1/Cuenca_Leon_Katherine_de_los_Angeles.pdf
- Levy , S. (2020). *Uso y abuso de sustancias en adolescentes*. Harvard Medical School. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemas-en-los-adolescentes/uso-y-abuso-de-sustancias-en-adolescentes>
- Littel, J., & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26(2), 223-273. <file:///C:/Users/TESIS%20ECUADOR/Downloads/1792-Article%20Text-7655-1-10-20121125.pdf>
- Lizano, R., & Arteaga, A. (2015). *Relación género y consumo de drogas en estudiantes entre 12 y 17 años del colegio provincia del carchi en sus dos*

jornadas, periodo 2014. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31898/1/TESIS%20%20%20FINANCIAL.pdf>

LLamuca, Á. (2018). *Acoso escolar y consumo de sustancias en adolescentes.* Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27412/2/Tesis%20Llamuca%20Becerra%20Alvaro%20Bladimir.pdf>

López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, D., & Báez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1-9.

Mariño, M., Gonzales, C., Andrade, P., & Medina, M. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21(1), 27-36.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/690/689

Matos, A. (2010). *Investigación Bibliográfica.*
<file:///D:/HOME/Downloads/Investigaci%C3%B3n%20Bibliogr%C3%A1fica.pdf>

Maturana, A. (2011). *Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes.* Universidad de Psiquiatría Infrajuvenil. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703972>

Mayor, L. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología de la PUCP.*, 130-142.
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7364/7585>

- Medina, R., Andrade, A., & Ramos, I. (2020). La recreación en adolescentes mexicanos durante el confinamiento por Covid-19. *Lecturas: educación física y deportes*, 25(271): 22-34. <https://www.efdeportes.com/efdeportes/index.php/EFDeportes/article/view/2549/1322>
- Mingote, J., Del Pino, P., Huidobro, A., Gutiérrez, D., De Miguel, I., & Gálvez, M. (2008). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: Diagnóstico y tratamiento. *Medicina y seguridad del trabajo*, 28(3), 1-24. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original4.pdf>
- 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*. Quito-Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/modelo_de_atencion_integral_ambulatoria_drogas_26_08_2017.pdf
- Ministerio de Salud Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Fenómeno Socio Económico de la Drogas*. Quito-Ecuador: Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf
- Molina, T. J. (2015). *Las fases del cambio: El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente*. Tejedor de Historias: <https://tejedordehistorias.wordpress.com/2015/12/10/las-fases-del-cambio-el-modelo-transteorico-de-prochaska-y-diclemente/>
- Montero, P., Reyes, M., Cardozo, F., Brown, E., Pérez, A., Mejía, . . . Paredes, M. (2020). Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de

riesgo y protección. *Adicciones*, 32(2), 105-115.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1083/1008>

Morales, A. (2018). PATOLOGÍA DUAL: Dependencia a las drogas y trastornos mentales. Bilbao, España.
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/29873/Morales%20Chamorro%20Alba-2.pdf>

Morelo , M., Pérez , M., Gázquez , J., & Battagán , A. (2017). *Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias*. España: Universidad de Almería.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-analisis-perfiles-del-consumo-drogas-S1405887117300196>

Muñiz, J., & Fonseca, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.psicothema.com/pdf/4508.pdf>

Navarro, A. (2019). *Factores de riesgo para consumo de sustancias adictivas y su relación con la disciplina parental*. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
<https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5509/TesisM.FEN.2019.Factores.pdf?sequence=1>

Navarro, J. (2019). *Factores de riesgo para consumo de sustancias adictivas y su relación con la disciplina parental*. Universidad Autónoma de San Luis Potosí: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5509/TesisM.FEN.2019.Factores.pdf?sequence=1>

Núñez, C., Paredes, Á., Paredes, M., Pérez, M., & Lanch, B. (2017). La labor del padre de familia y el desarrollo social de los adoelscentes. *CEDAMAZ*, 7: 105-109. <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/cedamaz/article/view/377/332>

Núñez, I. (2022). *Diseños de investigación en psicología*. Barcelona. https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2022). *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>

OMS. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas : resumen*. World Health Organization. Management of Substance Dependence Team. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42865>

OMS. (2021). *Salud del Adolescente*. OMS: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

OMS/OPS. (2010). *ASSIT. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias*. OMS/OPS.

Organización Mundial de la Salud . (12 de Enero de 2018). <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas : resumen*. World Health Organization. Management of Substance Dependence Team. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42865>

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial para la Salud [OPS/OMS]. (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines medicos*. Ginebra. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pedredo, E., Fernández, J., Casete, H., Fernández, M., Bermejo, R., González, & V., V. (2008). *Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid. <https://sodrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Guia-clinica-de-intervencion-psicologica-en-adicciones,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2008.pdf>
- Peláez , M., Blanco , L., & Márquez , C. (2018). *Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones*. Colombia: Universidad del Rosario. <https://www.redalyc.org/journal/1002/100258345016/html/>
- Peñafiel, E. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Puls*, 32, 147-173. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>
- Pérez, J. (2015). El Positivismo y la Investigación Científica. *Revista Empresarial, ICE-FEE-USCG*, 9(3), 29-34.
- Pinto, M., Duarte, E., & Parada, M. (2019). Riesgo psicosocial en estudiantes de escuelas secundarias de Yucatán, México. *Revista Electrónica Iztacala*, 22(2): 1047-1067. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192n.pdf>

- Pinzón, A., & Calvo, A. (2019). El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo Conductuales. *Informes Psicológicos*, 21(1). <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6956/6526>
- Ponce, M., Covarrubias, I., Pérez, N., & Tello, M. (2019). Los adolescentes y los problemas emocionales en su aprendizaje. *Revista de Pedagogía Crítica*, 3(8): 22-39. https://www.ecorfan.org/republicoferu/research_journals/Revista_de_Pedagogia_Critica/vol3num8/Revista_de_Pedagog%C3%ADa_Critica_V3_N8_4.pdf
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186. <https://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf>
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1994). *Changing for good*. Nueva York: Avon Books. file:///C:/Users/TESIS%20ECUADOR/Downloads/1792-Article%20Text-7655-1-10-20121125.pdf
- Prospero, O. (2014). Alcoholismo. *Ciancia*. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Alcoholismo.pdf
- Ramos, C. (2019). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
- Rendón, A., Gutierrez, R., & Villatoro, J. (2015). *Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena residente y originaria de la Ciudad de México*. https://www.researchgate.net/publication/284550239_Estudio_sobre_patrones_de_consumo_de_sustancias psicoactivas_en_poblacion_indigena_residente_y_originaria_de_la_Ciudad_de_Mexico

- Renteria, R., Perez, L., Lapuente, F., Fernandez, A., & Carrillo, I. (2022). Programa de intervención cognitivo-conductual en jóvenes con problemas por abuso de drogas. *Revista Electronica de Psicología Iztalaca*, 25(2), 568-588. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/82921>
- Robledo, J. (2004). Población de estudio y muestreo en la investigación. *Nure Investigación*, 10, 1-3. file:///C:/Users/usuariouc/Downloads/Dialnet-PoblacionDeEstudioYMuestreoEnLaInvestigacionEpidem-7816115.pdf
- Rodríguez, L. (2017). El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral*, 21(4): 261-269. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/CURSOS%202019/DOCUMENTACION%20CURSO/5%20Adole%20y%20entorno%20PI.pdf>
- Rodríguez, L. (2017). El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría Integral*, 21(4): 261-269. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/CURSOS%202019/DOCUMENTACION%20CURSO/5%20Adole%20y%20entorno%20PI.pdf>
- Rodríguez, L., Zayas, M., Román, I., Cabrera, E., & Noguera, C. (2020). Necesidades de aprendizaje de los adolescentes en relación a las adicciones. *Revista Médica Granma*, 24(3): 631-644. <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n3/1028-4818-mmed-24-03-631.pdf>
- Rojas, M. (2001). *Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas*. (A. Z. Vargas, Ed.) Lima, Perú: s/e. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Factores%20de%20Riesgo.pdf

- Salas, F. (2018). Caracterización de factores implicados en las conductas de riesgo en adolescentes. *ABRA*, 36(56): 1-10. <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/10497/13043>
- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: Mc. Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Sanchez, E., & Gradolí, T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. 3(2), 21-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13012721>
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas [STEPID]. (2021). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021*. Plan Nacional, República de Ecuador. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas [STPID]. (2021). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021*. Plan Nacional, República de Ecuador. http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf
- Silva, M. (2022). EL MODELO TRANSTEÓRICO EN EL TRATAMIENTO DEL USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPINAS. *Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP)*, 1(1). <https://doi.org/https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/26122>
- Tamayo, J., Gámez, E., Ahumada, J., & Valdez, C. (2021). Maltrato en la infancia y consumo de drogas en adolescentes de preparatoria. 21(1), 89-96. <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4587>

- Tapia , R. (2016). *Cerebro y Sustancias psicoactivas. Elementos básicos para el estudio de la neurobiología de la Adicción*. Centros de Intervención Juvenil. <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/tratamiento/libro1.pdf>
- Terán, A. (2022). Adolescentes y consumo de drogas. (págs. 167-175). Lúa. https://www.aepap.org/sites/default/files/167-176_adolescentes_y_drogas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf
- Terán, A. (2022). *Adolescentes y consumo de drogas*. Lúa. https://www.aepap.org/sites/default/files/167-176_adolescentes_y_drogas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf
- Terán, A. (2022). Adolescentes y consumo de drogas. (págs. 167-175). Lúa. https://www.aepap.org/sites/default/files/167-176_adolescentes_y_drogas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf
- Tiburcio, M., Rosete, M., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S., & Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIT) en estudiantes universitarios. *Revista Adicciones*, 28(1), 19-27. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321003.pdf>
- Tunki, J. (2019). Causas y consecuencias de la drogadicción en el rendimiento académico. Cuenca, Ecuador. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/17936/1/UPS-CT008503.pdf>
- UNESCO. (2012). *La Unesco y la Lucha de las Naciones Unidas contra la Droga; Drogas ilegales y drogas legales*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000050899_spa

- Universidad de la República de Uruguay [URU]. (2020). *Etapas de la Investigación Bibliográfica*. Universidad de la República de Uruguay: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.fenf.edu.uy/wp-content/uploads/2020/12/14dediciembrede2020Etapasde-la-investigacionbibliografica-1.pdf
- Urighuen, A., González, R., Espinoza, J., Hidalgo, T., García, F., Gallegos, M., . . . Valle, P. (2019). Embarazo en la adolescencia: ¿la nueva epidemia de los países en desarrollo? *Revista AVFT*, 38(3): 232-245. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_3_2019/20_embarazo_adolescencia.pdf
- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2019). ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA): VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN DROGADEPENDIENTES. (6757).
- Villacís, T. (2018). *Factores asociados al consumo de drogas en la Unidad Educativa Espíritu Santo del cantón Ambato*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27356/2/Proyecto%20de%20Investigaci%C3%B3n%20final..pdf>

ANEXOS

Anexo I: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST. 3.0)

Pregunta 1.- A lo largo de su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo de uso NO médicos)	Si	No
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)		
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)		
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)		
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)		
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)		
f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)		
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)		
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)		
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)		
j. Otros. Especifique:		

Pregunta 2.- En los últimos TRES meses, ¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)	Nunca	1 a 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)

f. Inhalantes (colas, gasolinas/nafta, pegamento, etc.)

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

j. Otros. Especifique:

Compruebe si todas las respuestas son negativas: ¿Tampoco incluso cuando iba a la escuela? Si contesto “no” a todos los ítems, pare la entrevista. Si contesto “sí” a alguno de estos ítems, siga a la pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 3.- En los últimos TRES meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 a 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)					
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)					
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)					
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)					
f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)					
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)					

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

j. Otros. Especifique:

Si ha respondido NUNCA a todos los ítems la pregunta 2, salte a la pregunta 6. Si ha consumido alguna de las sustancias de la pregunta 2 en los últimos 3 meses, continúe con las preguntas 3, 4, 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 4.- En los últimos TRES meses, ¿Con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, ¿sociales, legales, económicos?	Nunca	1 a 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi diario
--	--------------	--------------------	-----------------	--------------------	-------------------------------

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)

f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

j. Otros. Especifique:

Pregunta 5.- En los últimos TRES meses, ¿Con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC.)?	Nunca	1 a 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
--	--------------	--------------------	-----------------	--------------------	---------------------------------

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)

f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

j. Otros. Especifique:

Pregunta 6.- ¿Un amigo, un familiar o alguien más ALGUNA VEZ ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC)?	Nunca	Si, pero no es los últimos 3 meses	Si, pero no es los últimos 3 meses
--	--------------	---	---

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante
(speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)

f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir
(Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax, lorazepam, rohipnol, etc.)

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)

j. Otros. Especifique:

Pregunta 7.- ¿Ha intentado ALGUNA VEZ controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC) y no lo ha logrado?	Nunca	Si, pero no es los últimos 3 meses	Si, pero no es los últimos 3 meses
--	--------------	---	---

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)

b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)

c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)

d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulante (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes)

f. Inhalantes (colas, gasolinas/ nafta, pegamento, etc.)

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir
(Valium/diazepam, alprazolam, tafil, xanax,
lorazepam, rohipnol, etc.)

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP,
etc.)

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína,
morfina, dolantina/petidina, etc.)

j. Otros. Especifique:

No, Nunca

Si, en los

Si, pero no

últimos

en los

tres meses

últimos

tres meses

**Pregunta 8.- ¿Ha consumido
ALGUNA VEZ alguna droga
por vía inyectada?
(ÚNICAMENTE PARA USO NO
MÉDICO)**

Anexo II: Cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT)

1	¿Eres arrogante?
2	¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?
3	¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?
4	¿Discuten demasiado tus padres o tutores?
5	¿Te cansas con frecuencia?
6	¿Te asustas con facilidad?
7	¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?
8	¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?
9	¿Amenazas a otros con hacerles daño?
10	¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo?
11	¿Dices groserías o vulgaridades?
12	¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?
13	¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?
14	¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?
15	¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?
16	¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?
17	¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo en consumo de drogas?
18	¿Tienes buena ortografía?
19	¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?
20	La mayoría de las veces ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?
21	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas?
22	¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?
23	¿Te sientes nervioso(a) la mayor parte del tiempo?
24	¿Has robado alguna vez?
25	¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o a las drogas?
26	¿Sabes leer bien?
27	¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia?
28	¿Sientes que la gente está en contra tuya?
29	¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?
30	¿Peleas a menudo o muchas veces?
31	¿Tienes mal genio?
32	¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?
33	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?
34	¿Te dice la gente que eres descuidado(a)?
35	¿Eres testarudo(a)?
36	¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?
37	¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?
38	¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?
39	¿Saben tus padres o tutores cómo realmente piensas o te sientes?
40	¿Actúas impulsivamente con frecuencia?
41	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
42	¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?
43	¿Tienes dificultades para concentrarte?
44	¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?
45	¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?
46	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
47	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
48	El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?

