



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

### CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

#### TÍTULO:

**“LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2016-2017 DE LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO JUVENIL N°2, PERIODO 2017-2018.”**

Tesis Previa a la  
obtención del Título de  
Psicóloga Clínica

AUTORA:

*Gladys Alexandra Castillo Prado*

DIRECTOR DE TESIS:

*Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.*

1859

LOJA- ECUADOR

2018

## Certificación

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

### DIRECTOR DE TESIS

#### CERTIFICA

Haber dirigido, orientado y revisado el desarrollo de la tesis titulada: “**LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2016-2017 DE LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO JUVENIL N°2, PERIODO 2017-2018.**”, de autoría de la Srta. Gladys Alexandra Castillo Prado. La misma reúne a satisfacción los requerimientos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, 17 de julio del 2018



.....  
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

### **Autoría**

Yo, Gladys Alexandra Castillo Prado, con número de cédula 0705619542 declaro que las opiniones, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones mencionadas en el presente trabajo de Tesis, son absoluta responsabilidad de mi autoría por lo cual eximo a la Universidad Nacional de Loja y representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido y desarrollo de la misma.

Adicionalmente autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Bibliotecario Virtual.

Autora: Gladys Alexandra Castillo Prado

Firma:  .....

Fecha: Loja, 17 de julio del 2018

### Carta de autorización

Yo, Gladys Alexandra Castillo Prado, declaro ser autora de la tesis titulada: “La reincidencia en el consumo de sustancias en los adolescentes que recibieron tratamiento durante el año 2016-2017 de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, periodo 2017-2018.” como requisito para optar al grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fine académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad Nacional De Loja, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 17 días del mes de julio del

2018.

Firma: .....



Autora: Gladys Alexandra Castillo Prado

Cédula: 075619542

Dirección: Antonio Celi. Calles Av. Las Américas.

Correo Electrónico: alex\_cp1994@hotmail.com

Telf: 908132 Celular: 0983946961

Datos complementarios

Director de tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Silvia Eugenia Torres Díaz, Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo primordialmente a Dios, por darme la oportunidad y la dicha de la vida, porque ha estado cuidándome y dándome fortaleza para lograr culminar mi formación.

De manera especial a mis apreciados padres Nicanor y Gladys, quienes hicieron de mi sueño una realidad, me han dado todo lo que soy como persona, mis principios, mi perseverancia y mi empeño de ser una profesional.

Ami querido hermano Cristhian, por su apoyo incondicional, quien no me dejó desfallecer en los momentos más difíciles de mi carrera y me ayudó a que lo pueda lograr.

A mi familia, quienes me extendieron su mano cuando más lo necesité.

A mis amigas quienes me acompañaron a lo largo del camino, y me demostraron su verdadera amistad a pesar de estar lejos.

A personas maravillosas que conocí durante la carrera y siempre estuvieron preocupados y prestos a ayudarme en cualquier dificultad.

**Alexandra Castillo Prado**

**Autora**

## **Agradecimiento**

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, que permitió formarme en la Carrera de Psicología Clínica. Al personal docente que con sus conocimientos me guiaron durante el largo camino, afianzando mi formación.

De manera especial a mi director de tesis Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes y Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, por su apoyo, asesoramiento y disposición hicieron posible la realización y culminación de mi tesis.

A la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, y Patronato de Amparo Social por su apertura y colaboración para la realización de este trabajo.

A todos, mi mayor gratitud.

**Alexandra Castillo Prado**

**Autora**

## Índice de contenido

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Summary.....	3
3. Introducción .....	4
4. Revisión de literatura .....	7
4.1 La adolescencia.....	7
4.1.1 Características de los adolescentes.....	7
4.1.2 Los Adolescentes y el consumo de sustancias. ....	8
4.2 Consumo de sustancias .....	9
4.2.1 Tipos de sustancias psicotrópicas.....	10
4.2.1.1 <i>Estimulantes.</i> .....	10
4.2.1.2 <i>Depresores.</i> .....	11
4.2.1.3 <i>Alucinógenos.</i> .....	11
4.2.2 Niveles de consumo. ....	11
4.2.2.1 <i>Uso.</i> .....	11
4.2.2.2 <i>Abuso.</i> .....	12
4.2.2.3 <i>Dependencia.</i> .....	12
4.2.3 Patología Dual.....	12

4.3	Tratamiento en adicciones .....	13
4.3.1	Comunidad Terapéutica. ....	14
4.3.2	Modalidades de Atención.....	15
4.3.2.1	<i>Tratamiento Ambulatorio.</i> .....	15
4.3.2.2	<i>Tratamiento Residencial.</i> .....	15
4.3.3	Tipos de Intervención.....	16
4.3.3.1	<i>Psicológica.</i> .....	17
4.3.3.2	<i>Vivencial.</i> .....	18
4.3.3.3	<i>Farmacológico.</i> .....	18
4.4	La reincidencia.....	19
4.4.1	Proceso de recaída.....	20
4.4.2	Creencias erróneas.....	20
4.4.3	Factores de incidencia.....	20
4.4.3.1	<i>Factor individual.</i> .....	21
4.4.3.2	<i>Factor familiar.</i> .....	22
4.4.3.3	<i>Factor social.</i> .....	23
4.5	Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 .....	23
4.5.1	Situación Contextual.....	23
4.5.2	Estructuración del equipo interdisciplinario.....	24
4.5.3	Servicios.....	24
4.5.4	Fases del Plan Terapéutico.....	24
4.5.4.1	<i>Fase de Acogida.</i> .....	25
4.5.4.2	<i>Fase de Transición.</i> .....	25
4.5.4.3	<i>Reinserción Social.</i> .....	25
4.5.5	Intervención.....	25

4.5.5.1	<i>Área Psicológica.</i>	25
4.5.5.1.1	<i>Terapia individual.</i>	25
4.5.5.1.2	<i>Terapia familiar.</i>	26
4.5.5.1.3	<i>Terapia grupal.</i>	26
4.5.5.2	<i>Área Vivencial.</i>	26
4.5.5.2.1	<i>El enunciado: Plan 24 horas.</i>	27
4.5.5.2.2	<i>El programa de los 12 pasos.</i>	27
4.5.5.2.3	<i>Las doce tradiciones.</i>	28
5.	Materiales y métodos	30
5.1.	Tipo de estudio	30
5.2.	Área de estudio	30
5.3.	Universo	30
5.4.	Muestra	30
5.5.	Criterios de inclusión y criterios de exclusión	31
5.6.	Procedimiento	31
5.7.	Técnica e instrumentos para recolección de datos	32
6.	Resultados	34
7.	Discusión	42
8.	Conclusiones	45
9.	Recomendaciones	46
10.	Bibliografía	47
11.	Anexos	53
	Anexo #1 consentimiento informado	53
	Anexo #2 entrevista	55
	Anexo #3 encuesta	57

Anexo #4 matriz de vaciado .....	61
Anexo #5 memoria gráfica.....	63
Anexo #6 certificado de traducción .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **1. Título**

“LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS  
ADOLESCENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2016-  
2017 DE LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO JUVENIL N°2,  
PERIODO 2017-2018.”

## 2. Resumen

La presente investigación se realizó con la participación de ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, que estuvieron en proceso de rehabilitación en el periodo 2016 y 2017 por problemas de consumo de sustancias como alcohol y otras drogas, con la finalidad de determinar la reincidencia en el consumo, logrando así obtener cuáles de ellos se encuentran rehabilitados o recaídos, denotándose sus motivos y el conocimiento del tratamiento que recibieron. La investigación desarrollada trata de un estudio descriptivo, las técnicas de investigación que se aplicó fue una encuesta a los ex usuarios y una entrevista dirigida a los profesionales de la institución, que previamente fueron validadas, y cuya información recolectada fue analizada y transcrita. La muestra comprendió 78 ex residentes y 7 profesionales, donde se evidenció en los ex usuarios, una reincidencia media alta de consumo de sustancias, de mayor prevalencia la marihuana, seguido de alcohol y por múltiples sustancias, debido a varios factores, predominando el factor familiar. Se pudo conocer que el tratamiento brindado por la institución es de tipo integral el cual incluye atención médica, psicológica, vivencial, educacional y ocupacional, a excepción de cuatro casos que adicional recibieron un tratamiento farmacológico por psiquiatra particular, el cual dependiendo su diagnóstico se determinó si culminan o no su tratamiento en la Estación Municipal.

**Palabras clave:** rehabilitación, consumo, tratamiento, reincidencia.

## Summary

The present research work has been developed with the participation of former residents from "Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2", who were in rehabilitation during 2016 and 2017 due to problems of substances consumption such as alcohol and other drugs, in order to establish how many former residents rehabilitated and how many relapsed, pointing out their reasons, and how much they know of the treatment they received. This research work consists of a descriptive study using, as the research method an interview directed to the residents as well as the institution's staff, that were previously validated, and the information gathered was analyzed and transcribed. The group of study consisted of 78 former residents and 7 members of the staff. It showed that former residents had a high index of relapse in the substance consumption, with marijuana being the most common, followed by alcohol and some other substances, due to many reasons, being the family factor the most mentioned. The results also showed that the treatment provided by the institution is integral, which includes medical, psychological, experiential, educational and occupational, with the exception of isolated cases where pharmacological treatment by a particular psychiatrist was needed to determine whether or not the patient's treatment was finished at the Municipal Station.

**Key words:** rehabilitation, consumption, treatment, relapse.

### 3. Introducción

En el plano mundial, la prevalencia de los problemas por consumo es significativo, “se calcula que 3.5 a 5.7 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad consumió drogas ilegales al menos “una vez durante el año” 2008, la mayor proporción de estos individuos refirió el consumo de marihuana (cannabis)” (Gonzalez & Matute, 2013, pág. 2).

La adicción es una enfermedad crónica, que va en aumento, por lo que voluntaria e involuntariamente es necesario un tratamiento, pero hasta la actualidad con pocos resultados positivos, es difícil y extensa la averiguación de las razones de la reincidencia, razón por la cual fue la motivación para desarrollar la presente investigación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) con los grandes adelantos neurocientíficos, sostiene que la dependencia de sustancias tiene tanto de trastorno cerebral como cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico, por lo que es tratable. El cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos. Las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores, lo que puede ser controlado mediante tratamiento.

Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (National institute on Drug Abuse, 2014), se ve como imposible pero la adicción es una enfermedad tratable, la ciencia ha permitido desarrollar intervenciones basadas en la evidencia que ayudan a las personas a dejar de consumir y volver a una vida normal.

Podemos apreciar que el tipo de tratamiento en adicciones es de forma integral con atención médica, psicológica, vivencial, educativa y ocupacional, y adicional a ello casos que requieren atención psiquiátrica.

Los factores que pueden dar por fallido el tratamiento y desencadenar en una recaída son múltiples, apreciándose como uno de los factores de mayor riesgo al factor familiar (los

conflictos familiares, la alteración en relaciones afectivas, la falta de apoyo familiar, el abandono de los padres), seguido del factor social (los viejos lugares, las malas amistades) y la falta de adherencia al tratamiento (fugas).

La reincidencia después de un tratamiento es media alta y cada vez más temprana, en su mayoría vuelven a beber o a consumir sustancias a los días posterior a su salida, son pocos los que logran estar bien algunos meses y aún menor la población que llega al año, ya que a pesar de ser una enfermedad tratable, se denota lo agravante de la situación una vez reinsertados al medio por los múltiples factores que se debe enfrentar y la fuerza de voluntad ante ello.

El objetivo general de la investigación es: determinar la reincidencia en el consumo de sustancias en los adolescentes que recibieron tratamiento durante el año 2016-2017 de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, periodo 2017-2018.

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación realizada, se obtuvo mediante la indagación a 78 ex residentes y 7 profesionales de la Estación Municipal Terapéutica, que nos permitió verificar y cumplir con los objetivos planteados.

La presente investigación fue de tipo descriptivo, permitió detallar la reincidencia y el tratamiento brindado por la institución.

El método utilizado para el desarrollo de esta investigación fue: el método bibliográfico, en la elaboración de la revisión de la literatura para conocer aspectos relacionados con el tipo de tratamiento y la reincidencia en consumo de sustancias; obteniendo dicha información a través de libros, artículos científicos, revistas, sitios web.

Las técnicas e instrumentos aplicados para el presente trabajo de investigación fueron la encuesta y la entrevista que previamente fueron validadas, las mismas que aportaron para determinar la reincidencia y el tratamiento de la institución, información que servirá para investigaciones posteriores.

La revisión de la literatura está compuesta de cinco capítulos: la adolescencia; consumo de sustancias; tratamiento en adicciones; la reincidencia y sus factores; y, la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.

## **4. Revisión de literatura**

Para la interpretación y análisis de resultados de investigación de campo y aclarar los objetivos planteados en la investigación de tesis titulada **“LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2016-2017 DE LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO JUVENIL N°2, PERIODO 2017-2018.”** fue necesario revisar fuentes bibliográficas que permitieron aclarar incógnitas y preguntas que se manifestaron durante el análisis de los resultados, el mismo que se lo detalla a continuación:

### **4.1 La adolescencia**

La OMS (como se citó en Santisteban, 2014) define la adolescencia como la etapa comprendida desde los 10 hasta los 19 años, marca la evolución de la infancia hacia la etapa de la edad adulta, en la cual se generan cambios psicológicos, físicos, intelectuales, biológicos y sociales. Distinguiéndose dos fases; la adolescencia temprana va desde los 10 a 14 años, y la adolescencia tardía va desde los 15 a 19 años de edad.

Según Quiroga (como se citó en Seanone, 2015) la adolescencia está dividida en tres etapas: la adolescencia temprana, media y tardía. Plantea que la adolescencia temprana comienza aproximadamente a los 9 años extendiéndose hasta los 15 años, que la etapa media comienza a los 15 años, y culmina a los 18 años aproximadamente, y la etapa tardía se ubica entre los 18 y los 28 años. (p.7)

#### **4.1.1 Características de los adolescentes.**

En este transcurso de su vida en que se encuentran, su transformación como adolescentes no les resulta fácil, muchas veces lo intranquiliza, lo pone inseguro o incluso con miedo, dando indicadores preocupantes como desinterés por los estudios, por su aspecto físico, por la limpieza o el orden, desafío a la autoridad, provocación directa de los adultos, dormir en exceso, o vagar, hasta conductas de riesgo como fugas del hogar, actos delictivos, inicio

premature de la sexualidad, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, conducir sin licencia o con temeridad, trastornos alimentarios, e intentos de suicidio (Weissmann, 2013).

Según Piaget la tarea esencial de la adolescencia es lograr la inserción en el mundo de los adultos; las estructuras mentales se transforman y el pensamiento adquiere nuevas características en relación al del niño, es decir comienza a sentirse un igual ante los adultos y los juzga. Desea cambiar el mundo en el que empieza a insertarse. Tiende a compartir sus teorías de toda índole con sus pares, siendo al principio sólo con los que piensan como él (como se citó en Weissmann, 2013).

Se encuentra datos limitadamente escasos en relación a la etapa temprana de la adolescencia, la cual se refiere a una época de cambios emocionales y físicos que van transformando al niño en adulto, llegando a convertirse en un periodo realmente vulnerable del adolescente donde pueden ocurrir cambios cruciales y conductas de riesgo que pueden concurrir o aparecer por si solas trayendo consecuencias tanto a nivel social, económico y en la salud; para lograr comprender y actuar eficazmente ante ello, es fundamental conocer el ambiente en el que se desenvuelven los adolescentes ya sea amigos, la escuela, hobbies, la familia y como este afecta en sus relaciones sociales, desarrollo y conducta (Santisteban, 2014).

#### **4.1.2 Los Adolescentes y el consumo de sustancias.**

Dentro de los estudios realizados en la última década indican que la edad a experimentar con sustancias psicoactivas, ha disminuido. Sin embargo, por debajo de los 12 años es poco frecuente, observándose un pico de aumento importante de consumo en la adolescencia (Batlle, 2010).

Los adolescentes dentro del mundo de las drogas es una población vulnerable. Unos ingresan al consumo por curiosidad con el pensamiento que por probar no me pasara nada, creen que les ayudara a rendir en los exámenes o pensar mejor, a escapar de sus conflictos, o a ser más sociables. Es posible que el factor genético influya en la decisión de involucrase en las

drogas, pero el factor social en el que se desarrollan pudiera ser el punto decisivo que provoque esta enfermedad de la cual no podrá salir, afectando todos sus ámbitos biopsicosocial y espiritual, al darle cabida a la adicción. Así como también el factor familiar ya que situaciones como los conflictos familiares, la ausencia de los padres, la falta de normas y reglas, y el consumo de alcohol por parte del padre son influencia en el futuro adictivo del adolescente (Ruiz, Herrera, Martínez, & Supervielle, 2014).

Se ha detectado que los adolescentes con una autoestima e inteligencia emocional baja, son más proclives al consumo de sustancias, quienes también su debilidad son problemas de carácter, notándose la importancia de las habilidades sociales, solución de problemas y psicoeducación en emociones, como prevención a las adicciones.

Según una investigación realizada en la Universidad de Costa Rica reveló que lo que más consumen los jóvenes son la marihuana y la cocaína mezclada con tabaco; cuyo tiempo en el que consumen oscila entre 2 meses hasta 4 años, los mismos que afrontan su recuperación en un centro, por las consecuencias negativas que conlleva el consumo como la delincuencia, el encarcelamiento y, en última instancia, la muerte. Aun así, a pesar de lo complicada que es su situación tienen esperanza de superar la adicción, en la búsqueda de un mejor porvenir, por medio del cumplimiento con el programa establecido por las Organizaciones no Gubernamentales y el apoyo de su familia (Murillo, 2013).

#### **4.2 Consumo de sustancias**

Para comprender las drogodependencias se debe conocer la definición de droga, que según la OMS (como se citó en Molina, 2011) “es toda sustancia que introducida en un organismo vivo, ya sea de forma comida, bebida, esnifada, inyectada, puede modificar una o más funciones de este” (p22).

### **4.2.1 Tipos de sustancias psicotrópicas.**

Las drogas no constituyen una realidad única, están clasificadas por su diversidad, como: efectos que producen, la procedencia, la intensidad de la adicción, el tipo de dependencia, según la potencialidad farmacológica, si son legales o ilegales, suaves o duras, entre otras.

Según la OMS (como se citó en Rossi, 2004) clasificó las drogas por sus efectos y pautas de comportamiento similares. Siguiendo este criterio, se agrupó en lo siguiente:

- Alcohol y barbitúricos
- Anfetaminas
- Cannabis (marihuana, hachís)
- Cocaína
- Alucinógenos (LSD y similares)
- Opiáceos
- Disolventes volátiles (pegamentos, productos industriales)
- Tabaco

A partir del siguiente criterio de clasificación de la OMS podemos hablar de tres grupos: estimulantes, depresores y alucinógenos. (pp. 25-26)

#### ***4.2.1.1 Estimulantes.***

En este grupo, destaca la nicotina, las anfetaminas, la cocaína, el éxtasis y las metilxantinas como la cafeína. Este tipo de sustancias aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, el efecto que produce es el de aumentar la actividad funcional, que puede ir desde una mayor dificultad para dormir tras el consumo de café, hasta un estado de hiperactividad tras el consumo de cocaína o anfetaminas. Su forma de administración puede ser por vía oral, inyectada o aspirada (Rossi, 2004).

#### **4.2.1.2 Depresores.**

Lo comprenden el alcohol, los tranquilizantes (benzodiacepinas), hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), los analgésicos narcóticos u opiáceos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros), los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros) (Rossi, 2004). Estas sustancias disminuyen el funcionamiento habitual del cerebro y la actividad corporal, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento general. La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o inhalada (Molina, 2011).

#### **4.2.1.3 Alucinógenos.**

Incluyen el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), el peyote, la mezcalina, el PCP, derivados del cannabis (marihuana, hachís, aceite de hash) y drogas de síntesis (éxtasis). Son sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, ocasionando delirios, alucinaciones, confusión, despersonalización y desrealización (Rossi, 2004).

### **4.2.2 Niveles de consumo.**

Muchos de los adolescentes por querer experimentar ingieren alcohol y drogas, deseando conocer qué sensaciones le provocan, y posterior dejándose enganchar por estas sensaciones placenteras y momentáneas, las cuales hacen que los adolescentes luego consuman, ya no por curiosidad, sino en búsqueda de placer lo cual va reforzando el consumo. Pudiéndose así evidenciar en este trayecto 3 niveles que son:

#### **4.2.2.1 Uso.**

El uso es considerado esporádico ya que no genera consecuencias negativas en su vida, se da sólo en ciertas ocasiones como en reuniones, es decir que su vida no gira entorno al consumo, y por ende no se lo considera patológico (Molina, 2011).

#### **4.2.2.2 Abuso.**

Se define así cuando el uso de la sustancia es recurrente, y lo vuelve a la persona incapaz de cumplir con sus obligaciones laborales, institucionales o domésticas; cuando consume en condiciones físicamente riesgosas; o tiene problemas legales recurrentes producto de su consumo (Ibero, 2007).

#### **4.2.2.3 Dependencia.**

Se vuelve evidente en la preocupación del consumidor por obtener el alcohol, en la incapacidad de controlar el consumo, en la deficiencia en este funcionamiento psicosocial y en la insistencia en el consumo a pesar de tener experiencias con las consecuencias adversas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los apartados mencionados son los niveles de consumo existentes, diferenciados de esa forma por la frecuencia del consumo.

### **4.2.3 Patología Dual.**

Desde 1980 estudios epidemiológicos han demostrado la existencia de importantes asociaciones estadísticas que evidencian la elevada prevalencia de la co-ocurrencia entre los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) con Otros Trastornos Psiquiátricos (OTP), misma que oscila entre el 20% y 50% en población general y entre el 40% y 80% en población clínica. Los estudios epidemiológicos sugieren que en más de 80% de los casos los OTP iniciaron antes de la aparición de los TCS, de tal forma que las personas con OTP presentan hasta 3 veces más probabilidad de desarrollar TCS posteriormente. Las personas con Patología Dual presentan altos niveles de deterioro biopsicosocial, situación que incrementa el riesgo de discapacidad provocando un mayor riesgo de marginación social, destacándose patologías como: trastornos del estado de ánimo tales como la depresión y trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad, y orgánicos cerebrales (Navarrete & Néstor, 2015).

### **4.3 Tratamiento en adicciones**

El tratamiento en adicciones para que tenga éxito, debe dirigirse a la persona de manera integral, de manera que atienda todas sus necesidades, porque la deshabituación y recuperación es muy compleja, y el decidir dejar de abusar de las drogas es solo un paso en el proceso, ya que a menudo la adicción ha tomado el control sobre sus vidas, ha afectado su funcionamiento en su vida familiar, en el trabajo y en la comunidad, y por ende más proclives a padecer de otras enfermedades graves asociadas al consumo. Por este motivo que la adicción afecta a toda la esfera del individuo, los mejores programas de comunidades terapéuticas incorporan una variedad de servicios de rehabilitación en sus regímenes integrales de tratamiento. Los terapeutas seleccionan diferentes servicios para satisfacer las necesidades médicas, psicológicas, sociales y vocacionales específicas y las necesidades legales de sus pacientes, a fin de fomentar su recuperación de la adicción y lograr su bienestar.

Según la OMS (2004) con los grandes adelantos neurocientíficos, sostiene que la dependencia de sustancias tiene tanto de trastorno cerebral como cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico, por lo que es tratable. El cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos. Las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores.

Se ve como imposible pero la adicción es una enfermedad tratable. Los análisis y la investigación en la ciencia de la adicción y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias ha permitido desarrollar intervenciones basadas en la evidencia que ayudan a las personas a dejar de consumir y volver a una vida productiva (National institute on Drug Abuse, 2014).

### **4.3.1 Comunidad Terapéutica.**

El proceso de rehabilitación en consumo de sustancias psicoactivas dentro de las comunidades terapéuticas puede llegar a abarcar una duración mínimo de 6 meses y un máximo de 2 años de tratamiento, ello va a depender de la evolución del paciente. (Arias, 2010)

Las comunidades terapéuticas se basan, efectivamente, en el modelo bio-psico-social de Zinberg y esto permite trabajar sobre el empoderamiento de la persona, en fases que va de 0 a 3 meses, la segunda de 4 a 10 meses y la tercera de 11 meses a 2 años, con un enfoque de modo integrado con los tratamientos, programas y proyectos en las áreas de prevención y tratamiento de las adicciones, educación y desarrollo social y comunitario (Bonini, Yates, & Cristina, 2016).

La Comunidad Terapéutica “Las Flotas” de Murcia, le conforman especialistas en el tratamiento de las adicciones al alcohol y/o la cocaína, con 20 años de experiencia profesional en el mundo de las Drogodependencias, trabajan el duro proceso de deshabituación y rehabilitación, pasando por un proceso terapéutico y reeducativo personalizado, potenciado por la interacción positiva y dinámica del grupo, en un entorno libre de drogas, con un seguimiento profesional intensivo y coordinado, por el lapso de 2 años y dividido el proceso en tres fases y puertas abiertas: La primera fase de acogida se logra la aceptación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento. En la segunda fase de transición, se intenta concienciar las características que implica la enfermedad, mantener los logros obtenidos desde el inicio del tratamiento, conseguir autonomía y responsabilidad por el usuario, interiorización de normas y sobregeneralización de las mismas en su entorno habitual, reestructuración de su rol familiar, aumentar la aceptación ante los cambios. La tercera fase de reinserción social, el sujeto vuelve a la vida cotidiana, va reanudando sus actividades y recupera las habilidades personales, sociales y laborales pérdidas o no desarrolladas a causa de la adicción. Sigue acudiendo a terapias de grupo, se le van marcando una serie de obligaciones y restricciones que debe

cumplir, pero evitando todas aquellas actividades de ocio que le inciten al consumo de drogas (Comunidad Terapéutica Las Flotas, 2018).

#### **4.3.2 Modalidades de Atención.**

El tratamiento debe de ser accesible en todo momento para las personas que se están inmersas en las drogas, una gran parte de las personas, por no decir casi todas, cuando se van a someter a un programa de ayuda, tienen muchas dudas si someterse a ella o no, por lo que es importante aprovechar cualquier oportunidad para ayudar e informar sobre el mismo (Instituto Nacional de Abuso De Drogas, 2010).

##### ***4.3.2.1 Tratamiento Ambulatorio.***

Es para personas con un uso ocasional o experimentadores, que se les trata de dar una respuesta por estar implicados o no recientemente con la droga, donde tiene que ver un sostén familiar para hacerse cargo del control del asistido, así como un círculo de amigos en el incompatible al uso de drogas, con una evaluación psico-física de la persona, y su familia (Ibero, 2007).

##### ***4.3.2.2 Tratamiento Residencial.***

Es una modalidad de abordaje que permite que el usuario este lejos de su contexto social de riesgo, cuando la familia es disfuncional, con escaso vínculo familiar o cuando hay ausencia de sostener la abstinencia, con el fin de que pueda mejorar o solucionar sus problemas tanto individuales como familiares, lograr que cambie su red social, y se plantee un proyecto de vida para poder enfrentar al medio en su reinserción (Ibero, 2007).

Hay diferentes tipos de tratamientos residenciales, para que la adicta a las drogas deje de consumirlas. En este tipo de tratamientos, van a ingresar aquellas personas que quieran someterse voluntariamente y con una planificación previa del tratamiento que debe programarse desde los centros de atención. Además, a este tipo de tratamiento se accederá a él

cuando las circunstancias hagan imposibles el tratamiento ambulatorio (Arias, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, Llorente, & López, 2010).

### **4.3.3 Tipos de Intervención.**

En el tratamiento de pacientes por consumo de sustancias, destaca la atención de casos por uso de alcohol, tabaco y marihuana, como primera, segunda y tercera atención más frecuente, seguido por el consumo de múltiples sustancias.

Según la OMS (2004) con los grandes adelantos neurocientíficos, sostiene que la dependencia de sustancias tiene tanto de trastorno cerebral como cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico, por lo que es tratable. El cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos (neurotransmisores). Las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores, lo que puede ser controlado mediante tratamiento. En esos conocimientos se basan una serie de novedosos instrumentos de diagnóstico y de tratamientos comportamentales y farmacológicos.

Según el NIDA (2017) Lo normal es que cuando no hay drogas en el cerebro, el funcionamiento de las neuronas emisoras tiene la cantidad de neurotransmisores en la sinapsis y, por ende, la neurotransmisión dentro de ciertos límites. En la mayoría, cuando en el cerebro hay presente una droga adictiva hace que la neurotransmisión se altere aumente, disminuya drásticamente más allá de lo normal.

Según el NIDA (2017) Lo que una persona experimenta cuando utiliza una droga refleja los roles funcionales del neurotransmisor o neurotransmisores específicos que altera. Cada neurona individual produce uno o más neurotransmisores: dopamina,

glutamato, serotonina, acetilcolina, o docenas de otros que los científicos han identificado hasta la fecha. Cada neurotransmisor se asocia a efectos particulares dependiendo de su distribución en las diversas áreas funcionales del cerebro.

Según el NIDA (2017) Algunas drogas afectan principalmente un neurotransmisor o una clase de neurotransmisores. Por ejemplo, los opioides de venta con receta y la heroína producen efectos similares si bien más pronunciados a los producidos por los neurotransmisores endorfina y encefalina. Estos incluyen el aumento en la analgesia, la disminución en el estado de alerta y la reducción de la frecuencia respiratoria. Otras drogas alteran más de un tipo de neurotransmisor. La cocaína, por ejemplo, se une a estructuras que regulan la dopamina, lo cual causa aumentos de la actividad de este neurotransmisor y produce euforia. También produce cambios en los sistemas de la norepinefrina y el glutamato, que causan efectos estimulantes.

#### ***4.3.3.1 Psicológica.***

En el ámbito de la intervención psicológica, el enfoque cognitivo conductual ha sido y es actualmente el más utilizado y científicamente validado, en dar respuesta a los problemas de adicción a drogas (Hervás & Gradolí, 2001)

Según El NIDA (como se citó en Hervás & Gradolí, 2001) las directrices actuales recomendadas y contrastadas por la comunidad científica internacional que sirven de guía en la práctica clínica son:

- **Terapia cognitiva conductual:** reestructura la forma de pensar, reconocer y hacer frente a las situaciones en las que son más vulnerables. Logrando modificar sus actitudes y comportamientos y reforzando sus habilidades sociales, con el propósito de manejar circunstancias estresantes y entornos que podrían desencadenar una recaída.

- **Reforzamiento sistemático:** es la recompensa o refuerzo positivo por su cumplimiento, desenvolvimiento en el proceso de recuperación, por tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones y por el hecho de estar abstinentes.
- **Terapia de estímulo motivacional:** busca incrementar la motivación del paciente para que abandone el uso de drogas, utilizando estrategias para producir cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente, y facilitar el inicio del tratamiento, con recursos intelectuales del paciente o elementos de su entorno que faciliten el cambio hacia la abstinencia.
- **Terapia familiar multidimensional para adolescentes:** aborda el consumo problemático de drogas, en el contexto de las relaciones familiares, ya que podrían contribuir e influenciar al consumo de drogas y otras conductas de riesgo. (Hervás & Gradolí, 2001)

#### ***4.3.3.2 Vivencial.***

Basándose en su observación de las estrategias utilizadas por los terapeutas vivenciales, el psicólogo Carlos Silva considera que estas operaciones tienen una alta carga de confrontación afectiva que despersonaliza al sujeto, para luego volverlo a armar con otros referentes. “Uno de ellos puede ser la religión. Pienso que para algunas personas puede ser efectivo, las recaídas de los adictos son frecuentes y creo que eso nos habla de la validez de su abordaje”, considera Silva (como se citó en Ortiz, 2011).

#### ***4.3.3.3 Farmacológico.***

Al considerar tratamiento con fármacos para trastornos relacionados con sustancias debe ser muy cuidadoso, porque es un grupo heterogéneo de pacientes, y demanda una elección de fármacos cuidadosa.

La medicación varía dependiendo la sustancia. Dentro de los fármacos en general más utilizados están midazolam, benzodiacepinas, bupropion, buprenofrina, metadona, haloperidol, flupentizol, amantadina, carbamacepina, valproato, laam, cada una de ellas con fines diferentes ya sea para equilibrar el funcionamiento del sistema nervioso central, para deshabituarse del consumo, o mantenimiento de la abstinencia (Silva, 2003).

Según el NIDA (2014) los medicamentos utilizados para tratar la drogadicción son:

- **Adicción al tabaco:** Terapias de reemplazo de la nicotina (disponibles en los siguientes formatos: parche, inhalador, o chicle), bupropion, vareniclina
- **Adicción a los opiáceos:** metadona, buprenorfina, naltrexona.
- **Adicción al alcohol y las drogas:** naltrexona, disulfiram, acamprosato.

#### **4.4 La reincidencia.**

Es esencial reconocer las señales de alerta de una reincidencia, porque es común que luego de un tratamiento por abuso de sustancias, vuelvan a los patrones de consumo por diversos factores involucrados.

La recaída es la respuesta ante la exposición a situaciones de riesgo sin controlar sus impulsos o sin tener la habilidad de afrontar con responsabilidad y poder lograr mantenerse en abstinencia, ésta conducta se da por la compulsión a seguir en consumo, escasas habilidades sociales y a pesar de las consecuencias negativas que trae para el individuo o quienes lo rodean igual lo hacen.

Si se emplea una respuesta de afrontamiento efectiva, aumentará su autoeficacia y se reduce la probabilidad de recaer; en cambio, si ocurre lo contrario podría generar que regrese al consumo, por lo que las intervenciones deben enfocarse en resolver estos deseos opuestos, lo que permite a la persona que tome sus decisiones (Blanco & Jiménez, 2015).

#### **4.4.1 Proceso de recaída.**

Lleva desde un estado de abstinencia sostenida, hasta el consumo o adicción activa. Este proceso ocurre a lo largo del tiempo y se manifiesta como una serie de síntomas o cambios, que son en realidad regresiones a los antiguos patrones de conducta y pensamiento que ya se habían superado. Usualmente este proceso está dado por pequeñas decisiones riesgosas que son aparentemente sin importancia, pero su efecto es acumulativo y van llevando al adicto hacia una situación imposible de resistir, que la persona toma, y que, enlazadas unas con otras, van llevando a construir el camino de la recaída, donde será inevitable el uso. Existe una línea imaginaria, o línea de no-retorno, luego de la cual no es posible dar marcha atrás a la conducta de búsqueda y el uso es inminente. Aun así, en la zona de transición entre la línea de no retorno y el uso, la recaída es primariamente conductual y de actitud, sin que hubiese ocurrido aún el uso (Alvarado, 2017).

#### **4.4.2 Creencias erróneas.**

Existen algunos mitos o creencias entorno a la recaída; uno de ellos es que la gente piensa que las recaídas son algo inevitables que surgen sin advertencia previa, pero contrario a la creencia popular las recaídas son evitables si la persona sabe detectar a tiempo los síntomas o las señales de aviso. Otra muy conocida es que la recaída es sinónimo de fracaso de tratamiento. A pesar de que las recaídas, en efecto, sugieren la necesidad de cambiar algunos aspectos del proceso terapéutico, es mejor que se les tome como o contratiempos temporales. Algunas veces los pacientes reaccionan de sobre manera ante las recidivas y en el proceso se dificultan el regreso al camino.

#### **4.4.3 Factores de incidencia.**

Luego de que las personas reciben un tratamiento por problemas de consumo de sustancias, es común que recaigan en viejos patrones de consumo, por lo que es importante reconocer las señales de alerta de una reincidencia. Su importancia se basa en el hecho de que

el porcentaje de recaídas en personas bajo tratamiento, desde hace algún tiempo, es similar al de otras enfermedades crónicas como la diabetes tipo I, la hipertensión y el asma (Blanco & Jimenez, 2015).

Hay una serie de factores ante la recidiva de sustancias tanto de protección como de riesgo, dentro de los protectores se encuentra: el apoyo familiar y social, las habilidades sociales, los principios morales y creencias religiosas. En cuanto a los factores de riesgo inciden: la exposición a situaciones de estrés, factor familiar, la influencia del grupo de iguales, factores individuales como la autoestima o el bajo autocontrol y rasgos de personalidad (Pérez et al., 2015).

#### ***4.4.3.1 Factor individual.***

Los signos más frecuentes en los pacientes que han pasado por una recaída a nivel individual son: cierta disfunción interna, retorno a la negación, comportamiento defensivo, confusión, depresión, ansiedad, impulsividad, pérdida de control del comportamiento y vuelta al colapso físico y emocional. La mayoría de las personas concuerdan que la pérdida de control, participar de forma irregular en el tratamiento, la autosuficiencia, el pensar que ya está preparado para enfrentarse socialmente, provoca el retorno innegable al consumo (Bernardo como se citó en Cuji & Tixi, 2015).

- **Colapso emocional:** en la adolescencia frecuentemente se sienten confundidos e indecisos por los cambios físicos, psicológicos y sociales, cuando pasan por conflictos interpersonales o emociones negativas, tienen pocas habilidades de afrontamiento lo cual les ocasiona estrés emocional y es más probable querer consumir porque el estado de ánimo se percibe afectado.
- **Autosuficiencia:** el pensar que ya se está preparado y probar que puede abstenerse en un sitio donde se conoce que la gente consume alcohol u otras drogas, puede precipitar el deseo de volver a consumir.

- **Comportamiento defensivo:** el considerar que nunca más volverá a consumir, estar siempre a la defensiva, la impulsividad y preferir estar solo.
- **Pérdida del control del comportamiento:** insatisfacción, participación de forma irregular en los grupos de ayuda mutua, impotencia, rechazo abierto a la ayuda.

#### ***4.4.3.2 Factor familiar.***

La familia como uno de los factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones sobre recaídas en sustancias. El crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos. La familia forma parte primordial ante la recidiva, ya que del estilo de crianza permisivo, indiferente, autoritario, negligente o sobreprotector dependerá el ajuste y reinserción del menor. Cada factor de la dinámica familiar (alteraciones en las relaciones afectivas, los conflictos, la falta de apoyo familiar, la crítica constante y hostilmente al adolescente, la desconfianza, los sentimientos de rechazo o el abandono de los padres) puede interactuar de varias formas, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás. Afirmando que durante la niñez y adolescencia los padres juegan un papel fundamental en el desarrollo de los valores y en el fomento para adoptar actitudes prosociales y respuestas empáticas (Beatriz & García, 2011).

El factor familiar como factor de riesgo puede darse en una o varias circunstancias:

- El adolescente no cuenta con apoyo familiar adecuado.
- Tiene apoyo familiar, pero su clima familiar es negativo, le estresa en vez de protegerlo.
- La falta de comunicación adecuada.
- La familia "protege" en exceso, lo cual no permite progresar o aplicar lo aprendido en terapia.

#### 4.4.3.3 Factor social.

Becoña et al., (2010) señala que el contexto donde se encuentra la persona y como concibe su consumo, tal y como lo señala los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas (como se citó en Cuji & Tixi, 2015)

- **Frecuentar viejos lugares de consumo:** el exponerse a entornos de riesgo trae mayor posibilidad de recaer.
- **La influencia del grupo de pares:** adquiere especial importancia ya que el adolescente por pertenecer al grupo, accede a sus desafíos.
- **Disponibilidad de la sustancia:** la accesibilidad de puntos de venta, hace que las sustancias puedan conseguirse sin mucha dificultad, señalando que la disponibilidad no es el principal precipitante, ya que va a depender de la situación que pueda estar pasando el adolescente.
- **Fracaso escolar:** los jóvenes con problemas de consumo, tienen un grado de insatisfacción escolar mucho más elevado de los que no lo han probado sustancias, presentan conflictos con los profesores o compañeros, pérdidas de año y en búsqueda de satisfacción lo más probable es volver a consumir.

### 4.5 Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2

#### 4.5.1 Situación Contextual.

La Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil Nro.2 anteriormente llamada “Chilalos”, ubicada en el barrio el Dorado, en la Avenida Zhuarasentre Av. Eugenio Espejo y Calicuchima, brinda sus servicios y tratamiento terapéutico a adolescentes con problemas de adicción al alcohol y drogas, que tiene como fin promover la atención en sus residentes, y familias. En cuanto al usuario la perspectiva es lograr su desintoxicación, recuperación y

reinserción social, incluyendo a las familias con la visión de abordar el problema de manera integral, a través de técnicas especializadas con un equipo multidisciplinario (Patronato de Amparo Social de Loja, 2000).

#### **4.5.2 Estructuración del equipo interdisciplinario.**

- Coordinador: Ing. Jorge Luis Feijó Zaruma.
- Director Técnico: Psi. Cl. Paul Maldonado.
- Educadora: Ing. Piedad Requena.
- Trabajador Social: Lic. Enrique Lapo.
- Terapeuta Ocupacional: Lic. Edison Moreno.
- Terapistas Vivenciales: Moisés Guerrero, Fausto Araujo, Juan Montesinos.
- Terapistas Conductuales: Dr. Néstor Morales, Pscrrh. Juan Carlos Ayala.

#### **4.5.3 Servicios.**

Mediante un programa de recuperación de cuatro meses dependiendo de la evolución del residente, se ofrece los siguientes servicios: evaluación psiquiátrica, atención psicológica, atención médica, atención odontológica, psicoterapia grupal, psicoterapia individual, familiar, terapia física, psicoeducación, terapia ocupacional, reinserción escolar (educación interna), terapia espiritual, terapia vivencial, asesoría jurídica a los padres, actividades recreativas, alojamiento, alimentación (Patronato de Amparo Social de Loja, 2000).

#### **4.5.4 Fases del Plan Terapéutico.**

La Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 brinda servicio bajo la modalidad residencial, para que reciban tratamiento los adolescentes con consumo problemático de sustancias, por un periodo de 4 a 6 meses, el mismo que se encuentra dividido por fases:

#### ***4.5.4.1 Fase de Acogida.***

En esta fase se realiza la desintoxicación física y psicológica del residente, la evaluación y diagnóstico correspondiente.

#### ***4.5.4.2 Fase de Transición.***

Es a partir del segundo mes, se trabaja la adaptación del residente, conoce las normas, reglas y medidas disciplinarias de la comunidad terapéutica, posterior la aceptación e identificación donde comparte sus problemas personales y de consumo, conoce los doce pasos y tradiciones, seguido de la consolidación donde ha sido previamente preparado para su reencuentro familiar, puede recibir vistas familiares, ha recibido intervención psicológica y consejería vivencial, dando paso al monotireo y automonitoreo que equivale a tener un rol activo en la comunidad.

#### ***4.5.4.3 Reinserción Social.***

Es la fase de culminación donde se da un desprendimiento gradual, ha elegido un padrino y se realiza la despedida de la comunidad terapéutica, y el sujeto vuelve a la vida cotidiana.

### **4.5.5 Intervención.**

La intervención realizada tiene como duración un mínimo de 4 meses y un máximo de 6 meses, dependiendo la evolución del residente.

#### ***4.5.5.1 Área Psicológica.***

Las principales terapias que se encuentran dentro de la misma, son terapia individual, familiar o grupal. Esto dependerá de las características y eventualidades de la persona.

##### ***4.5.5.1.1 Terapia individual.***

La terapia individual es una herramienta que ayuda con las partes heridas de uno mismo, donde se escucha profundamente, es totalmente confidencial y en un entorno seguro, la cual ayuda a solucionar conflictos emocionales y desórdenes de conducta o comportamiento,

permitiéndoles tomar mejores decisiones, y por ende lograr una mejor calidad de vida (R & A Psicólogos México D.F, 2009).

#### *4.5.5.1.2 Terapia familiar.*

Es un tipo de psicoterapia hecha para ayudar en la comunicación y solución de problemas, a los miembros de la familia. Esta es a menudo a corto plazo, la cual puede incluir a todos los miembros de la familia o sólo los más capaces de participar. Su plan de tratamiento específico dependerá de la situación de su familia. Dichas sesiones de terapia familiar enseñan habilidades para mejorar los vínculos relacionales. (Guia Psicología, 2018)

#### *4.5.5.1.3 Terapia grupal.*

La terapia grupal en el tratamiento de adicciones resulta especialmente útil por tres aspectos principales. En primer lugar, permite compartir e identificarse con otras personas, ayudando a romper con el aislamiento emocional y facilita la reflexión al verse reflejado en los demás. En segundo lugar, el grupo multiplica la capacidad de aprendizaje, aumenta el número de interacciones y el tratamiento contempla mucho más que la relación terapeuta-paciente. Se trata de un aprendizaje inicialmente cognitivo y posteriormente conductual dado que la persona interioriza y luego generaliza las conductas aprendidas. En tercer lugar, la terapia se convierte en un espacio donde se puede poner en práctica los cambios de conducta aprendidos de un modo espontáneo. Además, la presión grupal ayuda a fomentar dichos cambios y facilita el compromiso individual (Rodríguez, s.f.).

#### *4.5.5.2 Área Vivencial.*

La terapia vivencial es dirigida por personas rehabilitadas que ayudan con su experiencia como ex adictos, la misma que cuenta con tres apartados: el enunciado de solo por hoy, el programa de los 12 pasos y las doce tradiciones.

#### 4.5.5.2.1 *El enunciado: Plan 24 horas.*

Podemos decirlo en cualquier momento, y dondequiera que estemos. En el hogar, en el trabajo, o en un bar, podemos decidir no tomar una copa durante las próximas 24 horas, o cinco minutos. Un periodo de continencia y una promesa pueden eventualmente tener algún éxito, tal como se planea, y por consiguiente nos sentiremos libres de nuevo al no consumir. Pero el día de hoy siempre está a nuestro alcance, es todo lo que tenemos y cualquier persona puede lograr estar un día sin beber. Primero que todo, tratemos de vivir en el presente para permanecer sobrios. Esto funciona magníficamente, una vez que la idea se ha convertido en parte de nuestro pensamiento, vemos que la vida en segmentos de 24 horas es también una forma efectiva y satisfactoria de manejar muchos otros asuntos (Clinica Nuevo Ser, 2016).

#### 4.5.5.2.2 *El programa de los 12 pasos.*

Desde su creación no se han registrado cambios en su formato y se ha ido generalizado a varios países como una guía para trabajar en las comunidades terapéuticas.

Según Alcoholics Anonymous World Services (como se cita en Cuji & Tixi, 2015), los 12 pasos que se trabajan son los siguientes:

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo.
9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitimos rápidamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiendo le solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida. (pp. 40-41)

#### 4.5.5.2.3 *Las doce tradiciones.*

Las doce tradiciones fueron creadas para que se trabajen en conjunto con los doce pasos anteriormente mencionados y fueron acogidas por los grupos de Alcohólicos Anónimos. Desde entonces utilizado este modelo sin modificaciones hasta la actualidad. Siendo una guía de principios que permiten una positiva relación entre los miembros y la comunidad exterior.

Según Alcoholics Anonymous World Services (como se cita en Cuji & Tixi, 2015), las doce tradiciones aplicadas en comunidad son:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; el restablecimiento personal depende de la unidad de A.A.

2. En cuanto a nuestro grupo y sus asuntos, solo existe para nosotros una autoridad fundamental: un Dios de amor que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza y no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de A.A es el deseo de dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, salvo en asuntos que afecten a otros grupos, o a A.A. como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo propósito primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de A.A. nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro propósito primordial.
7. Cada grupo de A.A. debe mantenerse así mismo, negándose a recibir contribuciones de fuera.
8. Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicios pueden emplear a trabajadores especiales.
9. A.A. como tal, nunca debe organizarse, pero podemos crear juntas de servicios o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. Alcohólicos Anónimos no tiene opiniones sobre asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en controversias públicas.
11. Una política de relaciones públicas se basa en la atracción y no en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personalidades. (pp. 42-43)

## **5. Materiales y métodos**

### **5.1. Tipo de estudio**

La presente investigación fue de tipo descriptivo, porque permitió detallar el tipo de tratamiento y la reincidencia de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, con dos enfoques el epidemiológico ya que se trata del estudio de la determinación de problemas de salud y enfermedad de las líneas de investigación; que obtuvo información sobre la reincidencia en consumo de sustancias, tratamiento y factores que la producen, además del cuali-cuantitativo, ya que recoge datos y pretende la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa, y por medio del método bibliográfico el cual facilitó la recopilación de la información a través de medios físicos y electrónicos para las temáticas de la revisión literaria.

### **5.2. Área de estudio**

Esta investigación se desarrolló en la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, de la ciudad de Loja, ubicada en el barrio El Dorado, en la calle Zhuaras entre Av. Eugenio Espejo y Calicuchima.

### **5.3. Universo**

El universo estuvo constituido por 101 ex residentes de la institución del periodo enero del 2016 a diciembre del 2017, y los 10 profesionales de la Estación de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.

### **5.4. Muestra**

Se tomó como muestra a 78 ex residentes, del periodo 2016-2017, que se obtuvo los datos de conexión, y que decidieron participar en la investigación, así como también 7 profesionales de la institución que decidieron participar. La muestra fue de tipo no probabilística o llamada también muestra dirigida, que consiste en trabajar con un número reducido de personas de selección informal.

## **5.5. Criterios de inclusión y criterios de exclusión**

### ➤ **Criterios de inclusión**

Participaran en el estudio.

- Pacientes egresados en el 2016 y 2017 de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.
- Pacientes que tuvieron carpeta de archivo.
- Pacientes de los que hubo datos de conexión efectivos.
- Pacientes y profesionales de los que se obtuvo el consentimiento informado.

### ➤ **Criterios de exclusión**

No participaron en el estudio.

- Pacientes internos en el 2017 que su egreso será en el 2018.
- Pacientes que no hubo datos de conexión efectivos.
- Los pacientes que por cuestiones médicas y/o psicológicas no estuvieron aptos para participar en la aplicación de la encuesta.
- Los pacientes y profesionales de quienes no se obtuvo el consentimiento informado.

## **5.6. Procedimiento**

Se procedió a realizar la solicitud a la autoridad, Presidenta del Patronato de Amparo Social de Loja, encargada de dicha institución en que se planteó el estudio, para la aceptación de aplicación de encuestas, y entrevista.

- Primer momento: Teniendo la autorización por parte de la autoridad, se realizó una prueba piloto en una población parecida para su validación y pertinencia, tales sugerencias fueron tomadas en cuenta, seguido se comunicó personalmente al coordinador de la institución el permiso autorizado por la presidenta del Patronato, se identificó los pacientes egresados del 2016-2017 y se procedió a la búsqueda de datos de conexión en sus carpetas de archivo.

- Segundo momento: correspondió a la aplicación de la encuesta a los ex residentes identificados, mayoritariamente fue por contacto telefónico que personal, en donde se tomó en cuenta a quienes aceptaron y firmaron el consentimiento informado o me comunicaron su consentimiento, con cada uno de los ex usuarios se dió una breve explicación sobre la presente investigación y la importancia de la aplicación.
- Tercer momento: Se aplicó una entrevista dirigida a los profesionales de la Institución, de quienes hubo el consentimiento para su realización y grabación, ya que dicha información fue transcrita en una matriz de vaciado con la confidencialidad del entrevistado.
- Cuarto momento: Finalmente este consistió en la tabulación e interpretación de resultados obtenidos de los encuestados, de la misma manera se procedió a realizar la discusión de la temática.

### **5.7. Técnica e instrumentos para recolección de datos**

- **Material 1:** Consentimiento informado.

El consentimiento informado respectivo se dio a conocer, demostrando la aceptación y cooperación no forzada de los individuos en este trabajo investigativo, buscando establecer rapport y empatía con los participantes, con el fin de recolectar datos necesarios para este estudio, de forma voluntaria, tales como: datos demográficos, la reincidencia en consumo de los ex residentes y tratamiento de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.

- **Material 2:** Encuesta.

Se utilizó como técnica de investigación, la encuesta, la misma que fue previamente elaborada y validada, se aplicó una prueba piloto en una población parecida, donde aquellas sugerencias fueron corregidas y tomadas en cuenta, cuyo instrumento fue el cuestionario de preguntas conformado por diez preguntas donde se recolectó los datos obtenidos de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 del periodo 2016-2017,

la misma que estuvo conformada de dos partes; la primera sobre datos personales y la segunda sobre ítems correspondientes a las variables, con el objetivo de determinar la reincidencia en el consumo de sustancias y tratamiento. Para su ejecución fue necesario las carpetas de archivo de los ex residentes para obtener datos de conexión y lograr la aplicación de la misma, explicándoles los propósitos de la investigación y las intencionalidades de la encuesta.

➤ **Material 3:** Entrevista

Como técnica de investigación para lograr los objetivos se utilizó una entrevista dirigida y previamente elaborada, como instrumento se utilizó la hoja de registro y grabación tras haber sido dado el consentimiento, la misma que fue realizada a los profesionales y vivenciales que trabajan en la institución, para conocimiento más profundo de la situación tanto en la reincidencia de consumo, como en el tratamiento que es brindado en dicha institución, consolidando lo obtenido en la indagación a los ex residentes, información que fue transcrita sus frases más repetitivas y por ende más importantes en una matriz de vaciado.

## 6. Resultados

### Datos de la población encuestada.

Tabla 1

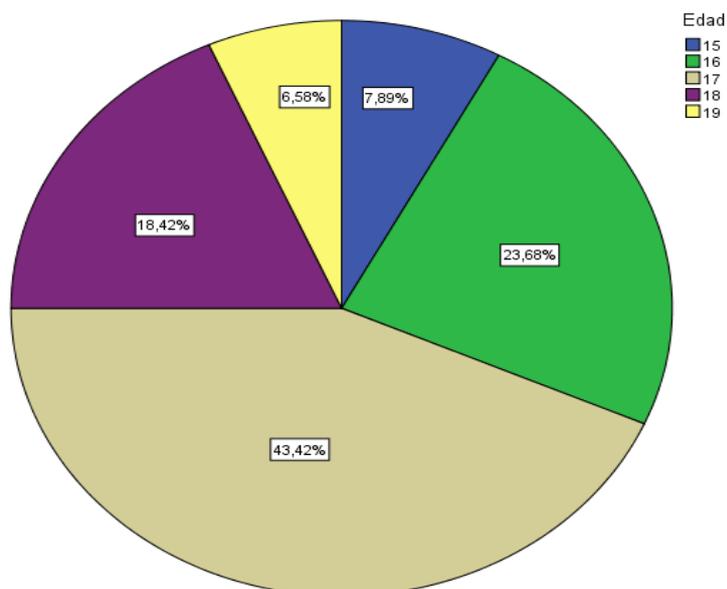
*Edades de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	6	7.89%
16	19	23.68%
17	34	43.42%
18	14	18.42%
19	5	6.58%
Total	78	100%

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

*Edades de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.*



**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

### Interpretación

Los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, tienen en edades comprendidas entre 17 y 16 años mayoritariamente.

**Tabla 2**

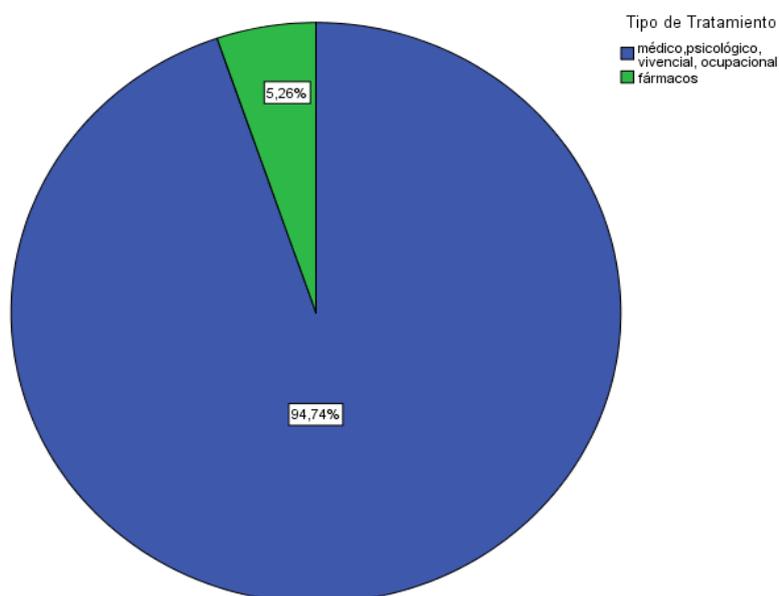
*Tipo de tratamiento de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.*

<b>Tipo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Médico, psicológico, vivencial, ocupacional	74	94.74%
Médico, psicológico, vivencial, ocupacional y fármacos	4	5.26%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

*Tipo de tratamiento de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.*



**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

### **Interpretación**

Para dar respuesta al objetivo 1; Conocer el tipo de tratamiento en problemas de consumo que reciben los adolescentes, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. El tipo de tratamiento brindado en la institución es de tipo médico, psicológico, vivencial, ocupacional y cuatro casos únicos que fueron tratados adicionalmente al esquema de tratamiento con fármacos, prescrito por psiquiatra particular.

**Tabla 3**

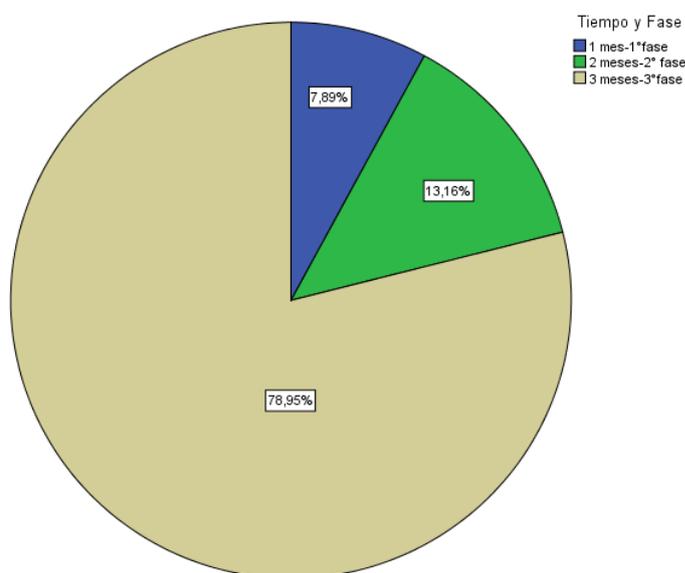
*Tiempo de internamiento y fase del plan terapéutico de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.*

<b>Tiempo y Fase</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1 mes -1°fase	6	7.89%
2 meses-2° fase	10	13.16%
3 meses -3°fase	62	78.95%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

*Tiempo de internamiento y fase del plan terapéutico de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.*



**Fuente:** Encuesta

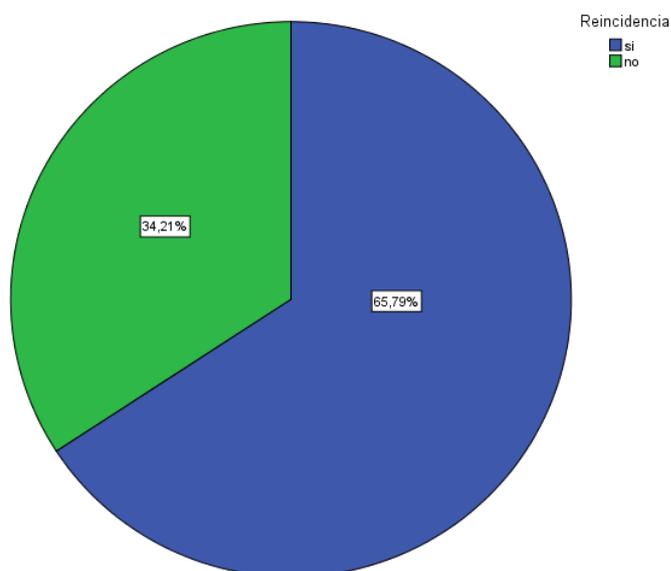
**Autora:** Alexandra Castillo

### **Interpretación**

Para dar respuesta al objetivo 1; Conocer el tipo de tratamiento en problemas de consumo que reciben los adolescentes, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. La mayoría de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 cumplieron con el proceso terapéutico, hasta la tercera fase con la duración de tres meses.

**Tabla 4***Reincidencia en el consumo de sustancias de los ex residentes*

Reincidencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	65.79%
No	27	34.21%
Total	78	100%

*Fuente:* Encuesta*Autora:* Alexandra Castillo*Reincidencia en el consumo de sustancias de los ex residentes**Fuente:* Encuesta*Autora:* Alexandra Castillo**Interpretación**

Para dar respuesta al objetivo 2; Identificar la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. La reincidencia de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, cuenta con un 65. 79 % y un 34.21 % de abstinentes, lo que indica que la reincidencia en consumo es media alta.

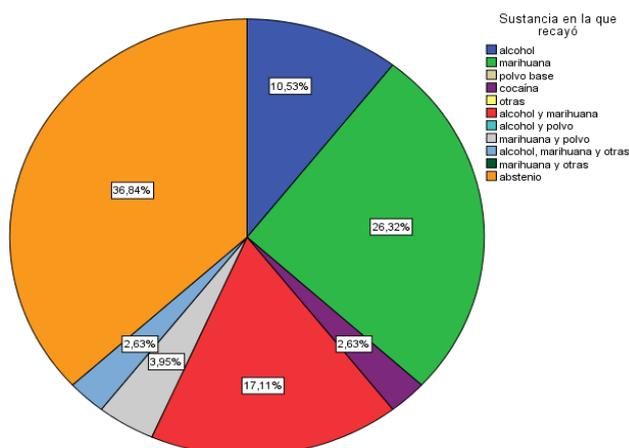
Tabla 5

*Sustancia en la que recayeron los ex residentes*

Sustancia	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	8	10.53%
Marihuana	21	26.32%
Cocaína	3	2.63%
Alcohol y marihuana	13	17.11%
Marihuana y polvo	3	3.95%
Alcohol, marihuana y otras	3	2.63%
Abstemio	27	36.64%
Total	78	100%

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

*Sustancia en la que recayeron los ex residentes*

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

## Interpretación

Para dar respuesta al objetivo 2; Identificar la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. La sustancia en la que más recayeron los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, fue la marihuana, seguido del alcohol, la combinación de ambas sustancias y por múltiples sustancias, teniendo en cuenta que en la actualidad la marihuana y el alcohol son los más accesibles tanto en disponibilidad de venta como en lo económico.

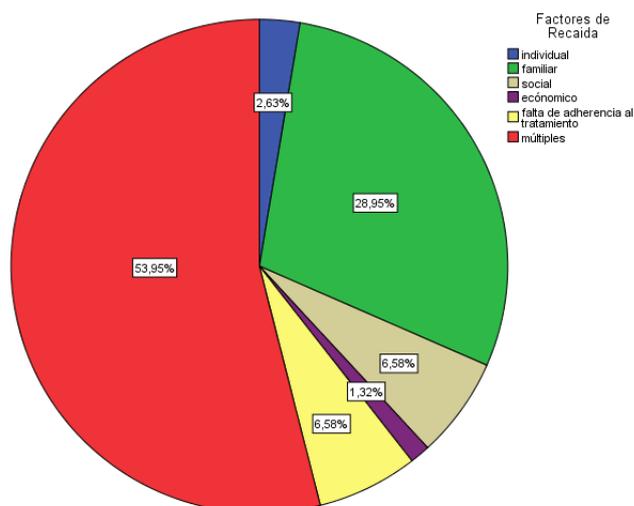
Tabla 6

*Factores de recaída en el consumo de sustancias*

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Individual	2	2.63%
Familiar	23	28.95%
Social	5	6.58%
Económico	1	1.32%
Falta de adherencia al tratamiento	5	6.58%
Múltiples	42	53.95%
Total	78	100%

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

*Factores de recaída en el consumo de sustancias*

**Fuente:** Encuesta

**Autora:** Alexandra Castillo

**Interpretación**

Para dar respuesta al objetivo 2; Identificar la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. Los factores de recaída de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, mayoritariamente es multifactorial con el 53.95%, seguido del factor familiar con el 28.95%, y con un porcentaje igualitario del 6.58% es el factor social y la falta de adherencia al tratamiento.

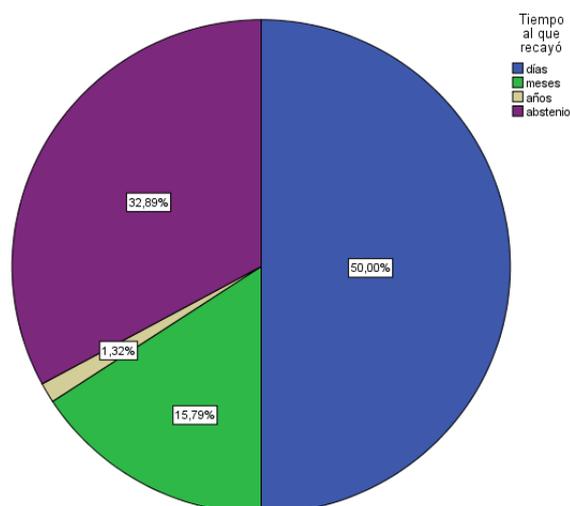
Tabla 7

*Tiempo al que recayeron los ex residentes*

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Días	39	50.00%
Meses	11	15.79%
Años	1	1.32%
Abstencio	27	32.89%
Total	78	100%

*Fuente:* Encuesta

*Autora:* Alexandra Castillo

*Tiempo al que recayeron los ex residentes*

*Fuente:* Encuesta

*Autora:* Alexandra Castillo

**Interpretación**

Para dar respuesta al objetivo 2; Identificar la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. El 50% de los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 recayó a los días de salir de internamiento, lo que indica que la reincidencia en el consumo fue muy temprana.

Tabla 8

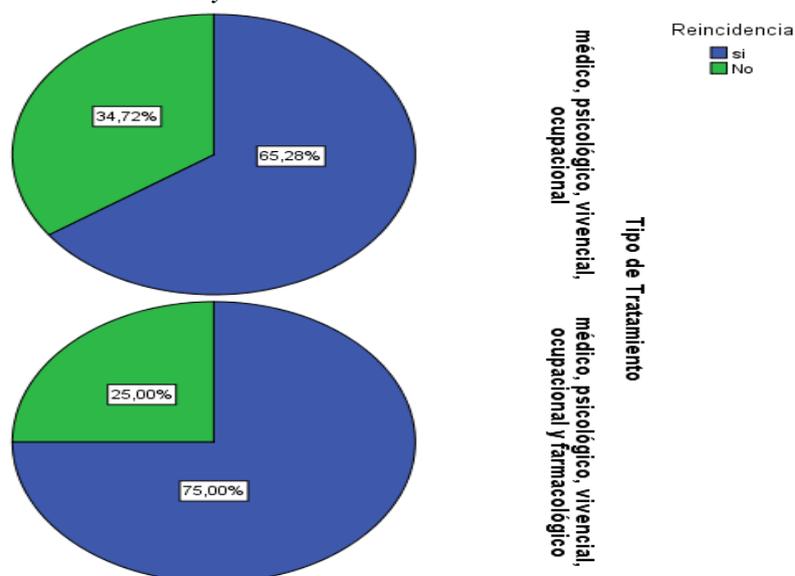
*Relación entre tipo de tratamiento y la reincidencia en el consumo de sustancias*

Tipo de tratamiento	Médico, psicológico, vivencial, ocupacional		Médico, psicológico, vivencial, ocupacional y farmacológico		
	f	%	f	%	
Reincidencia	Si	48	65.28%	3	75%
	No	26	34.72%	1	25%
<b>Total</b>		74	100%	4	100%

*Fuente:* Encuesta

*Autora:* Alexandra Castillo

*Relación entre tipo de tratamiento y la reincidencia en el consumo de sustancias*



*Fuente:* Encuesta

*Autora:* Alexandra Castillo

### Interpretación

Para dar respuesta al objetivo 3; Establecer la relación entre el tratamiento y la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. El tipo de tratamiento que recibieron los ex residentes es de tipo integral que incluye atención médica, psicológica, vivencial y ocupacional y en un número reducido de casos únicos fue adicional el tratamiento farmacológico prescrito por un psiquiatra particular que por su diagnóstico estos casos no culminan el tratamiento en la estación.

## 7. Discusión

Dentro de la presente investigación se evidenció que el tratamiento brindado es de tipo médico, psicológico, vivencial y ocupacional, a excepción de pocos casos que requieren adicional de farmacología y es dada por prescripción psiquiátrica particular y dependiendo su diagnóstico, es la estancia en la estación, no pudiendo a veces culminar el tratamiento y siendo este un factor de recaída. La reincidencia de consumo es media alta, en sustancias como marihuana, alcohol y múltiples sustancias, se comprobó que es debido a múltiples factores, siendo más relevante el factor familiar.

Es necesario convalidar los resultados obtenidos con otros estudios relacionados, puntualizándolo a continuación.

En lo que respecta al tipo de tratamiento, el estudio de los autores Sánchez & Tomás (2015) titulado “La intervención psicológica en conductas adictivas” atribuye que el tratamiento psicológico es un aspecto nuclear en el tratamiento de la adicción a sustancias y, que en base a la información que se dispone en la actualidad y salvo algunas excepciones, las intervenciones psicológicas en conductas adictivas más recomendables se encuentran dentro del marco de la terapia cognitivo-conductual, la intervención psicológica junto a la farmacoterapia es la indicación más eficaz para modificar los comportamientos adictivos. Estudios que discrepan a la presente investigación, ya que el 94.74% recibe tratamiento de tipo integral con atención médica, psicológica, vivencial y ocupacional y tan sólo el 5.26% recibieron fármacos adicionalmente.

En cuanto a la eficacia del tratamiento, según un estudio realizado por el autor Fernandez (2016), denominado; “Evaluación de la eficacia de la intervención psicológica para el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores” demostró: que al salir de internamiento. Del 20% (n=18) de la muestra, los resultados de tratamiento mostraron un éxito

total en un 5% (n=1), realizaron consumos controlados otro 5% (n=1) y fracasó el tratamiento en el 90% (n= 16). Datos similares señala la presente investigación realizada en Estación Municipal, donde después de tratamiento, del 100% (n=78) de la muestra, el 65.79% (n=51) recayeron, y éxito de tratamiento en un 34.21% (n=27).

En lo que concierne al tiempo de tratamiento, según la investigación del autor Arias et al., (2010) en su “Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación” muestra que el proceso de rehabilitación, la duración tiene un mínimo de 6 meses y un máximo de 2 años. Datos similares muestra un estudio realizado en Murcia en el 2017 por la Comunidad Terapéutica “Las Flotas”, que mostró que para obtener buenos resultados se trabaja en un proceso de deshabituación y rehabilitación por el lapso de 2 años, y con un seguimiento profesional intensivo y coordinado. De igual forma se encuentra en el estudio de los autores Bonini, Yates, & Cristina (2016) titulado “El modelo de comunidad terapéutica” que evidenció trabajar en fases que va de 0 a 3 meses, la segunda de 4 a 10 meses y la tercera de 11 meses a 2 años, con un enfoque de modo integrado. Lo que discrepa con la Estación Municipal Terapéutica, que trabaja con un mínimo de 4 meses de internamiento hasta un máximo de 6 meses (promedio 3 meses).

En cuanto a la reincidencia la investigación de los autores Vásquez & Gómez (2015), denominado; “Factores afectivos en la reincidencia del consumo de drogas en individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación en COTENUVI, cantón Salinas, provincia de Santa Elena, 2014-2015” mostró que el 39% de los pacientes han vuelto a consumir drogas a los años, el 28% en meses, el 20% en días y el 13% hace horas. Datos que difieren con la presente investigación en la que es más temprana la recaída en el consumo de sustancias, más de la mitad recaen luego del internamiento, el 50% en días y el 15.79% en meses, casi son pocos los que llegan al año con el 1.32 %.

Entre el consumo de sustancias psicoactivas más consumidas que se evidenció dentro del presente trabajo de investigación están la marihuana, seguido del alcohol y múltiples sustancias.

Tomando en cuenta lo citado, según informes de Ecuador en el estudio de la STD del 2015, indica que el 2,30% de los estudiantes representados presenta un uso experimental de marihuana, datos que se asemejan a la presente investigación de la Estación Municipal, se aprecia que el 26,32% de la población estudiada presenta consumo de marihuana.

En Ecuador actualmente no se han presentado muchos estudios realizados respecto a la reincidencia en el consumo de sustancias, de igual manera son pocas las instituciones que realizan seguimiento de ex pacientes. En el trabajo investigativo; de la población estudiada se evidenció que el 65,79 % presentó reincidencia en consumo, atribuyendo un consumo mayor de marihuana.

## 8. Conclusiones

- Los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 recibieron tratamiento de tipo integral con atención médica, psicológica, vivencial, educacional y ocupacional, y en casos especiales adicional el tratamiento farmacológico prescrito por psiquiatra particular.
- La reincidencia en el consumo de los ex residentes es en un promedio medio alto, más de la mitad recayeron, en días posterior a su salida, en las sustancias marihuana, seguido de alcohol, y múltiples sustancias debido a diversos factores destacando el factor familiar.
- La relación entre tipo de tratamiento y reincidencia determina que en ambos tratamientos con o sin fármacos la reincidencia es media alta, a diferencia de quienes recibieron tratamiento farmacológico no culminan su proceso de recuperación, y su recaída es más probable por la suspensión de tratamiento, en comparación con los que no reciben fármacos que si culminan su proceso pero que en igual medida es alta la reincidencia.

## 9. Recomendaciones

- Implementar en el tratamiento brindado por la Institución, un psiquiatra dado que la psicofarmacología es necesaria en algunos casos patología dual, y por falta del mismo se deben atender externamente y no pueden culminar su proceso, así como también recomiendo realizar el seguimiento de los casos, para conocer estadísticas, efectividad y en qué se puede ir mejorando.
- Mejorar la terapia familiar dentro de la Institución contratando profesionales especializados como terapeutas familiares o con experiencia en adicciones, para lograr el compromiso de los familiares dentro y fuera de tratamiento y poder prevenir o reducir la reincidencia.
- Incluir la farmacología dentro del esquema de tratamiento ya que hasta el momento sólo se ha atendido sin fármacos y hay casos que lo han necesitado y han sido atendidos de forma particular y dependiendo su valoración ha sido la estancia como residente, motivo que implementado lo recomendado en el esquema ya culminarían su proceso de rehabilitación todos por igual sin importar su patología dual.

## 10. Bibliografía

Alvarado, S. (2017). Adicciones. México. *Rehab in Mexico*. Obtenido de:

<http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html>

Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., & López, A.,... Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Estados Unidos: Arlington.

Batlle S., (2010). *Trastorno por consumo de sustancias en niños y adolescentes* [archivo PDF]. Recuperado el 18 de febrero de 2018, de:

[http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/TRASTORNO\\_%20POR\\_%20CONSUMO\\_DE\\_SUBSTANCIAS\\_1.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/TRASTORNO_%20POR_%20CONSUMO_DE_SUBSTANCIAS_1.pdf)

Beatriz, M., & García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. San Luis, Argentina. *Scielo*. Obtenido de:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612011000200001](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612011000200001)

Blanco, T., & Jimenez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 32 (2). 147-157.

Obtenido de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00147.pdf>

- Bonini, Yates, & Cristina, L. (2016). El modelo de comunidad terapeutica como instrumento de empoderamiento [archivo PDF]. Obtenido de: <https://www.dianova.ngo/wp-content/uploads/2016/11/201609-EWODOR-symposium-ES.pdf>
- Clinica Nuevo Ser. (2016). *El plan de 24 horas, por que solo por hoy?*. Obtenido de <http://clinicaneuvaser.com/el-plan-de-24-horas-por-que-solo-por-hoy>
- Comunidad Terapéutica Las Flotas. (2018). *Fases de Tratamiento*. Murcia. Obtenido de <http://www.centrolasflotas.es/fases-tratamiento.asp#acogidaf>
- Cuji, W., Tixi, J. (2015). *Factores asociados a recaídas de alcohólicos rehabilitados que concurren a grupos de apoyo* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador. Recuperado el 18 de abril de 2018, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22849/1/tesis.pdf>
- Fernández, A. (2016). *Evaluación de la eficacia de un programa de intervención psicológica para el tratamiento del consumo de drogas en menores infractores y su influencia en la reincidencia delictiva* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Recuperado <https://eprints.ucm.es/37602/1/T37230.pdf>
- Gonzalez, A., & Matute, E. (2013). *Cerebro y Drogas*. México: Manual Moderno.
- Guia Psicologia. (2018). *Terapia Familiar*. Recuperado el 18 de abril de 2018 de: <http://guiapsicologia.com/psicoterapia/terapia-familiar/>
- Hervása, S., & Gradolí, T. (2001). Trastornos Adictivos. *Elsevier* 3(4). Recuperado el 22 de julio de 2018 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-sumario-vol-3-num-4-X1575097301X11592>

Ibero, C. (2007). Prevención de Adicciones [archivo PDF]. *El ser enfermero 1* (1). Obtenido de: <https://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/v1n1.pdf>

Instituto Nacional de Abuso De Drogas. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Recuperado el 08 de abril de 2018 de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/principios-de-tratamientos-eficaces>

Instituto Nacional de Abuso De Drogas. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado el 08 de febrero de 2018, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion>

Instituto Nacional de Abuso De Drogas. (2017). *Efectos de las drogas sobre la neurotransmisión*. Recuperado de 06 de junio de 2018. <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2017/08/efectos-de-las-drogas-sobre-la-neurotransmision>

Molina, J. (2011). *Sos... Tengo una adicción*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Moronta, E. (2015). *Modelos Teóricos Para las Adicciones* [Mensaje en un blog].

Publicaciones Intrusivas. Obtenido de

<https://eduardxoz.wordpress.com/2015/05/31/modelos-teoricos-para-las-adicciones/>

Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en las adolescentes de Hogares Crea de Barba, Heredia y Cartago. *Rev Actual en Costa Rica*, 24,1.13. Recuperado de <https://www.revenf.ucr.cr/drogas.pdf>>

- Navarrete, R., & Néstor, S. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental* 38 (6). Recuperado el 12 de diciembre de 2017, de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252015000600395&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252015000600395&script=sci_arttext)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas* [archivo PDF]. Obtenido de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias*. Recuperado el 05 de mayo de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Ortiz. (27 de Junio de 2011). Solo 25 centros contra las adicciones tienen permiso. *El Telégrafo*. Recuperado del 04 de marzo de 2018, de <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/10/solo-25-centros-contra-las-adicciones-tienen-permiso>
- Patronato de Amparo Social de Loja. (2000). *Estación municipal de auxilio terapeutico juvenil n°2*. Recuperado el 04 de marzo de 2018, de: <http://www.loja.gob.ec/contenido/estacion-municipal-de-auxilio-terapeutico-juvenil-no2>
- Pérez, M., Gázquez, J., Molero, M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A.,... Mercader, I. (2015). *European Journal of Education and Psychology* [archivo PDF]. Recuperado el 12 de febrero de 2018, de [www.researchgate.net/publication/307850963\\_Impulsividad\\_y\\_consumo\\_de\\_alcohol\\_y\\_tabaco\\_en\\_adolescentes](http://www.researchgate.net/publication/307850963_Impulsividad_y_consumo_de_alcohol_y_tabaco_en_adolescentes)

R & A Psicólogos (2009). *Terapia Psicológica Individual*. Recuperado el 12 de febrero de 2018, de <https://www.ryapsicologos.net/terapia-psicologica-individual/>

Rodriguez, L. (s.f.). *La terapia grupal en el tratamiento de adicciones: Mucho más que una herramienta terapéutica* [Mensaje en un blog]. Mensalus. Obtenido de <https://mensalus.es/blog/tecnicas-psicoterapeuticas/2014/04/la-terapia-grupal-en-el-tratamiento-de-adicciones-mucho-mas-que-una-herramienta-terapeutica/>

Rossi, P. (2004). *Guía para padres: Todo lo que usted debe saber sobre las adicciones*. Buenos Aires, Argentina: El Escriba.

Ruiz, H., Herrera, A., Martínez, A., Supervielle, M., (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* 33(4). Obtenido de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol33\\_4\\_14/ibi08414.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol33_4_14/ibi08414.htm)

Sánchez, E., Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Elsevier* 3 (1). Recuperado el 06 de mayo de 2018, de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>

Santisteban, T. B. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico* 18 (1). Recuperado el 6 de enero de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156043812014000100002&script=sci\\_arttext&tln g=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156043812014000100002&script=sci_arttext&tln g=pt)

Seoane, A. (2004). *Adolescencia y Conductas de riesgo* (tesis de pregrado). Universidad de la República. Uruguay. Recuperado el 04 de marzo de 2018, de

[https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo\\_final\\_de\\_grado.\\_andrea\\_seoane.\\_mayo.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf)

Silva, H. (2003). *Psicofarmacología Clínica*. Chile: Editorial Mediterraneo Ltda.

Vásquez, M., Gómez, I. (2015). *Factores afectivos en la reincidencia del consumo de drogas en individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación en Cotenuvi, cantón Salinas, provincia de Santa Elena, 2014-2015* (tesis de pregrado). Universidad Estatal Península de Santa Elena. La Libertad, Ecuador. Recuperado el 09 de junio de 2018, de <http://repositorio.upse.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/46000/1796/UPSE-TPS-2015-0051.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Vinces Bravo, E. L. (2015 - 2016). *Drogadiccion; y factores predisponente en adolescentes* (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. Recuperado el 07 de febrero de 2018, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/20167/1/LILI%20VINCES.pdf>

Weissmann, P. (2013). *Metabase de recursos educativos*. Recuperado el 6 de Enero de 2018, de <http://metabase.uaem.mx/handle/123456789/309>

## 11. Anexos

### Anexo #1 consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Loja,

Señores Padres de Familia/representantes legales:

Reciban un cordial saludo. Soy estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la Facultad de la Salud Humana carrera de Psicología Clínica me encuentro realizando el proyecto de tesis sobre **La reincidencia en el consumo de sustancias en adolescentes que recibieron tratamiento en el periodo 2016-2017, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.**

Como parte de este estudio se aplicará una encuesta escrita anónima a su hijo y en caso de estar actualmente recaído el paciente, y dado a que no se encuentra en condiciones físicas y psicológicas de realizar la encuesta, se pide muy comedidamente que Usted como familiar responsable brinde la información requerida, por lo que me permito solicitar su autorización para que su hijo representado, participe de la misma, o Usted si el caso lo amerita, garantizándole total privacidad y respeto en el proceso. Agradeceré se sirva devolver firmado este formulario a la Institución tan pronto como sea posible.

De no poder ser personalmente, la información será por vía telefónica, y por ende el consentimiento será verbal, por lo que la constancia de dicho consentimiento quedará grabada o en su efecto será monitoreada por una persona en particular.

Atentamente,

.....

Gladys Alexandra Castillo Prado  
**Interna de la carrera de Psicología  
Clínica de la UNL**

.....

**Representante de**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Reciban un cordial saludo. Soy estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la Facultad de la Salud Humana carrera de Psicología Clínica me encuentro realizando el proyecto de tesis sobre **La reincidencia en el consumo de sustancias en adolescentes que recibieron tratamiento en el periodo 2016-2017, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.**

Como parte de esta investigación se aplicará una entrevista a los profesionales de la Institución en estudio, que será totalmente voluntaria y anónima, con la finalidad de cumplir los objetivos del proyecto de tesis antes mencionado, por lo que me permito solicitar su autorización para realizar la misma, garantizándole total privacidad y confidencialidad, e indicándole que puede retirarse en cualquier momento de la entrevista sin que esto acarree perjuicio alguno hacia su persona. Las entrevistas serán grabadas y posteriormente transcritas, de lo cual la información será analizada cualitativamente, con breves citas textuales y de forma completamente anónima. Se realizarán en los lugares convenidos según la disponibilidad del/la entrevistado/a, con una duración aproximada de 30 minutos.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con participar en este estudio, con el conocimiento de que la información recopilada será con fines estrictamente de la investigación en proceso. Su propósito y naturaleza me ha sido totalmente explicado por la investigadora.

Autorizo grabación

Atentamente,

.....  
Gladys Alexandra Castillo Prado  
**Interna de la carrera de Psicología  
Clínica de la UNL**

.....  
**Entrevistado**

## Anexo #2 entrevista



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja del Módulo X de la Carrera de Psicología Clínica me dirijo a ustedes muy cordialmente con el fin de que me colaboren con la información detallada, que tiene como finalidad realizar la siguiente entrevista para Conocimiento de la reincidencia en el consumo de sustancias de los adolescentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 “EMAT-J, por lo que se le pide de favor contestar con total sinceridad ya que de ello depende el cumplimiento de los objetivos del proyecto investigativo. Le antelo mis agradecimientos.

1) ¿Qué sustancia es la de mayor consumo por la que ingresan los adolescentes?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

2) ¿Qué duración tiene el internamiento de los residentes?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

3) ¿Qué tipo de tratamiento es brindado por la comunidad terapéutica?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

4) ¿Conoce usted si cumplen los adolescentes con todas las fases del plan terapéutico?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5) ¿Qué considera usted que son las situaciones que los llevan a los adolescentes a volver al consumo?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6) ¿Desde su experiencia con los residentes, cómo se da la recaída, en cuanto a sustancias, frecuencia, y gravedad?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7) ¿Considera usted que algo hace falta en la reinserción social del adolescente, para el éxito de su recuperación?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8) ¿Qué cree Usted que pueda o deba implementarse en el tratamiento brindado por la institución?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Anexo #3 encuesta**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Como estudiante de la Universidad Nacional de Loja del Módulo X de la Carrera de Psicología Clínica me dirijo a ustedes muy cordialmente con el fin de que me colaboren con la información detallada, que tiene como finalidad realizar la siguiente encuesta para "Determinar la reincidencia en el consumo de sustancias de los adolescentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 "EMAT-J", por lo que se le pide de favor contestar con total sinceridad ya que de ello depende el cumplimiento de los objetivos del proyecto investigativo. En caso de estar actualmente recaído el paciente, y dado a que no se encuentra en condiciones físicas y psicológicas de realizar la encuesta, se pide muy comedidamente que el familiar responsable brinde la información requerida.

**PACIENTE:** Rehabilitado ( )                      Recaído ( )

**EDAD** ( )

**PROCEDENCIA:**

**INSTRUCCIÓN:** Primaria ( )                      Secundaria ( )      Superior ( )

**OCUPACIÓN:**

**ESTADO CIVIL:** Soltero ( )      Unión libre ( )      Casado ( )      Divorciado ( )

**1. Tipo de consumidor**

- a) Monoconsumidor: una sustancia ( )
- b) Policonsumidor: varias sustancias ( )

**2. ¿Cuáles fueron los factores que le llevó a consumir?**

- a) Factores individuales ( )
- b) Factor familiar ( )
- c) Factor social ( )
- d) Factor económico ( )

**3. ¿Por qué sustancia/s ingresó?**

- a) Alcohol ( )
- b) Cannabis o marihuana ( )
- c) Polvo base ( )
- d) Cocaína ( )
- e) Otras( )

Mencione.....

**4. ¿Qué tiempo estuvo en internamiento?**

- a) 1 mes ( )
- b) 2 meses ( )
- c) 3 meses ( )
- d) 4 meses ( )
- e) Más de 4 meses ( )

**5. ¿Qué tipo de tratamiento recibió en la institución?**

- a) Médico ( )
- b) Psicológico ( )
- c) Vivencial ( )

- d) Ocupacional ( )
- e) Farmacológico ( )

**6. ¿Cómo califica el tratamiento dado por la institución?**

- a) Bueno ( )
- b) Malo ( )
- c) Regular ( )

**7. ¿Hasta qué fase del plan terapéutico cumplió?**

- a) Fase 1 ( )
- b) Fase 2 ( )
- c) Fase 3 ( )

**8. ¿De los siguientes factores de riesgo cual considera usted que pueden llevar a una recaída o le llevó a recaer?**

- a) Factores individuales ( )
- b) Factor familiar ( )
- c) Factor social ( )
- d) Factor económico ( )
- e) Falta de adherencia al tratamiento ( )

*De ser reincidente en el consumo conteste las siguientes preguntas:*

**9. ¿A qué tiempo de salir de internamiento recayó, señale en números?**

**Ej: Días (15)**

- a) Días ( )
- b) Meses ( )
- c) Años ( )

**10. ¿En qué sustancia/s recayó?**

- a) Alcohol ( )

- b) Cannabis o marihuana ( )
- c) Polvo base ( )
- d) Cocaína ( )
- e) Otras ( ) Mencione.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Anexo #4 matriz de vaciado

MATRIZ VACIADO DE DATOS POR SUJETO								
Variable	Dimensión	SUJETO 1	SUJETO 2	SUJETO 3	SUJETO 4	SUJETO 5	SUJETO 6	SUJETO 7
TRATAMIENTO	Duración	"aquí dentro de nuestra comunidad se está llevando de 4 a 6 meses dependiendo de la evolución del residente".	"La duración que se tiene estipulada acá dentro del programa de operativos es de 4 meses"	"el internamiento o dura de 4 a 6 meses dependiendo del avance del joven"	"el internamiento va de 4 a 6 meses "	"se está manejando con un mínimo de 4 meses"	"para deshabituarlos el proceso debe ser 4 meses"	" hemos visto que es conveniente de 4 a 6 mese "
	Tipo	"la comunidad está brindando tratamiento psicológico, vivencial, ocupacional, espiritual, dentro también nosotros tenemos lo que es la parte académica"	"es un trabajo integral pero lo básico es lo psicológico en lo que más se trabaja "	" psicológico, vivencial, tutores conductuales, terapia ocupacional y el educativo"	"vivenciales, tutores conductuales, psicólogo clínico, y educadora para que culminen sus estudios"	"psicológico, vivencial, conductual, educacional, y ocupacional"	" el protocolo que se maneja es psicológico, vivenciales, conductuales, educacional y ocupacional proceso muy importante ya que el arte disocia pensamientos negativos"	"hacemos un tratamiento integral con el psicólogo, los vivenciales, conductuales, lo pedagógico, espiritual y ocupacional"
		Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información
	Fases del Plan Terapéutico	"ellos en la parte terapéutica cumplen cada una de las fases pero por su edad muchas de las veces ellos se olvidan cuando ya salen de aquí de seguir ese mismo objetivo con el que llegaron acá y vuelven a recaer"	"tenemos un formato donde se deben cumplir todas las fases pero en cierto punto son de bajos recursos económicos los familiares entonces es un factor influyente para que los chicos los retiren"	" la mayoría cumple pero hay casos en que la familia los retira por ser de bajos recursos económicos "	" las fases se cumplen, pero hay pacientes de bajos recursos que les impide cumplir todo el proceso"	" ellos cumplen las fases pero es difícil que asciendan debido a la falta de conciencia de enfermedad que tienen"	"su desarrollo es bastante inestable emocionalmente y conductual lo que son detonantes a que el chico no cumpla con los parámetros del proceso"	"es bastante difícil que cumplan por el mismo hecho que son jóvenes, por eso es que los resultados no son muy significativos"
		"en la reinserción social lo que falta para el éxito de sus recuperación es el apoyo familiar, que la familia ponga reglas órdenes y que se cumplan"	"desde mi punto de vista reforzar en la educación"	" es importante al salir, que si ellos no tienen apoyo familiar, que asistan a grupos NA"	"al salir falta apoyo familiar"	"estamos intentando que cada 15 días vengan los padres para hacer un seguimiento de terapia y para que no recaigan con facilidad"	"su reinserción es un poco dilatoria, tanto por el chico y por la familia en lo comportamental, del 100 % el 0.5 % se reintegrará a su familia esa es la realidad"	"al salir falta madurez de los chicos a que tomen con seriedad su recuperación y también las familias no les ayudan"
		Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información	Síntesis información
	Implementar	"sería que haya una escuela para padres para trabajar en conjunto la familia y con los chicos"	" se debe trabajar más en la reinserción porque los chicos no tienen un plan de vida"	" reforzar el trabajo psicológico porque es ahí donde ellos se identifican por qué situación"	" vamos a ver si implementamos panadería para que ya que salgan tengan una herramienta de trabajo"	"incrementar talleres de carpintería y panadería para que puedan generar un recurso"	"repotenciar, capacitar al personal que es necesario para oxigenar ideas, procesos"	"es contradictorio la educación es necesaria pero primero es su recuperación, algo que está faltando mucho es la"



## Anexo #5 memoria gráfica

### Aplicación de la Encuesta



Entrega del instrumento de recolección de datos a los ex residentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico juvenil N°2.



Explicación sobre el instrumento de recolección de datos a los ex residentes para que puedan contestar de forma correcta.

## Aplicación de la entrevista



Realización de la entrevista a los profesionales de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico juvenil N°2.

## Anexo #6 certificado de traducción

Lic. Gloria Tamayo Jaramillo  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL PERIODO 2016-2017 DE LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO JUVENIL N° 2, PERIODO 2017-2018" autoría de la Srta. Gladys Alexandra Castillo Prado con número de cédula 0705619542.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de Marzo de 2018

Lic. Gloria Tamayo Jaramillo  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrio y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702  
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169  
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TÍTULO:**

**“LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DURANTE EL AÑO 2016-2017 DE LA ESTACIÓN MUNICIPAL DE AUXILIO TERAPÉUTICO JUVENIL N2, PERIODO 2017-2018.”**

*PROYECTO DE TESIS*

**AUTORA: Alexandra Castillo Prado**

**TUTOR: Dr. Germán Vélez**

**LOJA - ECUADOR**

**2017**

**a. Tema**

“La reincidencia en el consumo de sustancias de los adolescentes que recibieron tratamiento durante el año 2016-2017 de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, periodo 2017-2018.”

## **b. Problemática**

A nivel mundial las adicciones a sustancias psicotrópicas representan un problema de salud, que afecta adversamente las vidas de millones de personas a través de todas las fronteras geográficas y culturas, viéndose afectados por el uso masivo de sustancias legales e ilegales que se centra en la población joven y que por ello se convierte en una amenaza persistente, provocando numerosos problemas a nivel personal, familiar, social y económico. A pesar de los esfuerzos de los gobiernos y las instituciones de rehabilitación, las adicciones abaten una sociedad y una nación, reduciendo su efectividad y agobiándola con gastos extra.

El consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 19 años es una fuente de preocupación importante a nivel mundial. El control de las drogas puede centrarse en la reducción de la demanda, de la oferta o de ambas, y los programas con éxito suelen incluir intervenciones estructurales, comunitarias e individuales. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

La prevalencia del consumo de drogas sigue siendo estable en todo el mundo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2015 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Se estima que un total de 246 millones de personas, un poco más de 5 por ciento de los mayores de 15 a 64 años en todo el mundo, consumieron una droga ilícita en 2013. Unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos de drogas, casi la mitad de los cuales son personas que se inyectan drogas. (Secretaría Técnica de Drogas, 2015)

Mientras que la UNODC en el 2016 publicó que “247 millones de personas consumieron drogas en el año 2014, 29 millones padecen trastornos relacionados con las drogas, pero solo uno de cada 6 personas reciben tratamiento”. Demostrando un incremento de consumidores entre 2013- 2014. (UNODC, 2016)

En Latinoamérica (Argentina) las estadísticas no hacen más que ratificar que no van a dejar a su víctima fácilmente: Siete de cada diez personas que se encuentra en tratamiento en el país, ya había hecho uno con anterioridad. Es decir, el 70 por ciento de los pacientes son reincidentes. Son datos oficiales, de la Evaluación de Programas de Tratamientos realizada por el Observatorio Argentino de Drogas que depende de la Sedronar. (Clarín Sociedad, 2011)

En el Ecuador según datos del CONSEP; uno de los resultados de impacto que debería tener la política pública es retrasar el uso de las sustancias, porque mientras más tarde el joven o el estudiante llega a consumir, más probable es que en el futuro no las consuma de manera ocasional o regular. En cuanto a las edades, el 33.4% corresponde a chicos de 14 a 15 años; el 31.3% de 12 a 13 años, el 29.1% de 16 a 17 años; y, más de 17 años, el 5.8%, es decir, que los chicos que declararon haber usado estas sustancias lo hicieron a edad más temprana. (Asamblea Nacional, 2015)

El informe del CONSEP-Loja, declaró que el uso de cigarrillo es de 5,23%, que va a la par con el promedio nacional; el uso de alcohol va igual con el promedio nacional, a excepción del uso ocasional que rebasa el límite de consumo con un 20,86%; el uso de marihuana con 1,04% está por la mitad del promedio nacional. Nuestra población en general es afectada por un alto porcentaje de consumo de sustancias psicotrópicas, que se ha convertido en un problema de salud pública, esto debido al incremento de personas consumidoras y la falta de accesibilidad a la atención pública existente, por lo que la gran mayoría acuden a centros privados de rehabilitación. (CONSEP, 2012)

Según el personal que labora en la Estación Municipal De Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 (EMAT-J), el centro atiende a adolescentes con problemas de consumo, en su totalidad los ingresos son por consumo de alcohol, 80% marihuana, seguido de pasta base, atendidos anualmente un aproximado de 40 pacientes, en su mayoría residentes de Loja y en edades

comprendidas usualmente de 16 a 17 años; indicando que el internamiento promedio para la recuperación es de 3 a 4 meses como máximo 6 meses, posteriormente viene un proceso de seguimiento ambulatorio, en el cual se evidencia el incumplimiento de sus pasos de la reinserción social por el adolescente, por ende una alta reincidencia de consumo, indicando que de cada 10 pacientes; recaen 4 a 5 de ellos, denotando que se ha dado en la misma sustancia pero ha aumentado la frecuencia de consumo.

Siendo conscientes de que la vida le va a presentar al ex adicto razones para recaer, las relaciones se rompen, hay problemas profesionales, perdida de trabajo, demandas, muerte de un familiar o de un amigo cercano, estas situaciones pueden ser abrumadoras, es por ello el alto nivel de recaídas, y la importancia de cumplir con el programa de rehabilitación, dentro y fuera de la institución.

### **c. Justificación**

Al analizar las estadísticas generales y específicas de la realidad en cuanto a la alta reincidencia en consumo de sustancias psicotrópicas, a la que se enfrentan los adolescentes posterior a su rehabilitación, tenemos que entender que merece una consideración más amplia, ya que los múltiples factores a los cuales están sometidos los adolescentes fuera de la institución desencadenan dificultades para el cumplimiento de su abstinencia de consumo.

Gracias a la preocupación expuesta por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), que menciona la problemática de un alto nivel de consumo de alcohol y drogas ilegales en la ciudad de Loja, he visto la relevancia del estudio en esta población siendo una de las ciudades con mayor índice de consumo y en base a que la reincidencia es un problema muy común en nuestra sociedad y aún más siendo en una población vulnerable como los adolescentes, he visto la necesidad de aportar en el mejoramiento de esta problemática diseñando la presente investigación, la cual tiene como objetivo principal determinar la reincidencia en el consumo de sustancias, para lo cual el presente estudio se realizará en la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 (EMAT-J), ubicada en el barrio El Dorado, en la calle Zhuaras entre Av. Eugenio Espejo y Calicuchima, siendo el único Centro de Rehabilitación de Adolescentes con problemas de consumo de sustancias psicotrópicas en la ciudad y provincia de Loja.

Para lograr dicho objetivo nos basamos en dos importantes interrogantes como son: ¿Qué tan alta es la probabilidad de que los adolescentes con problemas de consumo lleguen a recaer? ¿Qué factores están incidiendo en la reincidencia de consumo?

Con éstos antecedentes, considero que la realización de este trabajo investigativo permitirá entender y comprender la vulnerabilidad de los adolescentes, al enfrentarse a la sociedad, por los múltiples factores adherentes, por lo que se brindará conocimientos e

información que ayudará a mejorar la forma de enfocar el tratamiento ante estas problemáticas antes mencionadas, así como también la percepción de los adolescentes ante su rehabilitación acerca de la importancia de cumplir con el tratamiento dentro y fuera de la institución, y de esta manera contribuir a reducir las recaídas.

Por todo lo expuesto he considerado investigar la “Reincidencia en el consumo de sustancias de los adolescentes que recibieron tratamiento en la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, esperando que resulte ser un ente de referencia de información para los docentes y estudiantes de la carrera de Psicología Clínica, así como de la ciudadanía en general, permitiendo en primera instancia poner en práctica los conocimientos teóricos, las habilidades y las destrezas adquiridas durante mi formación universitaria y poder obtener como objetivo final el Título de Psicóloga Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

## **d. Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la reincidencia en el consumo de sustancias en los adolescentes que recibieron tratamiento durante el año 2016-2017 de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2, periodo 2017-2018.

### **Objetivos Específicos**

- Conocer el tipo de tratamiento en problemas de consumo que recibieron los adolescentes, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.
- Identificar la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.
- Establecer la relación entre el tratamiento y la reincidencia de los adolescentes con problemas de consumo, de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.

### e. Metodología de la investigación

#### ➤ **Tipo de estudio**

El enfoque de la presente investigación es de tipo descriptivo ya que se tiene planificado la aplicación de una encuesta estructurada para por medio de la obtención y recolección de datos de conocimientos del proceso de recaída y tratamiento, poder detallarlos.

#### ➤ **Área de estudio**

Esta investigación se desarrollará en la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2. “EMAT-J” de la ciudad de Loja, ubicada en el barrio El Dorado, en la calle Zhuaras entre Av. Eugenio Espejo y Calicuchima.

#### ➤ **Universo**

Corresponde a los usuarios que recibieron tratamiento de rehabilitación, de la Estación de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.

#### ➤ **Muestra**

Se tomó como muestra a los adolescentes de 13 a 18 años, que recibieron tratamiento en el periodo 2016-2017. La muestra fue de tipo no probabilística o llamada también muestra dirigida, que consiste en trabajar con un número reducido de personas de selección informal que se supone son los más representativos de la población por su mayor conocimiento en el tema a investigar.

#### ➤ **Criterios de inclusión y criterios de exclusión.**

#### ✓ **Criterios de inclusión:** participaran en el estudio.

- Pacientes egresados de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 del periodo 2016.
- Pacientes internos y egresados de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 del periodo 2017.

- Pacientes reincidentes actualmente en tratamiento en la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2.

✓ **Criterios de exclusión:** No participaran en el estudio.

- Los pacientes que por cuestiones médicas y psicológicas no estén aptos para participar en la entrevista psicológica y en la aplicación de la encuesta.
- Los pacientes de quienes no se obtuvo el consentimiento informado.

➤ **Procedimiento**

En el presente trabajo investigativo el procedimiento a desarrollar se halla distribuido en tres apartados, que se describen a continuación:

- Inicialmente se realiza la identificación de los pacientes ingresados y egresados del 2016-2017 de la Estación y se procede a la presentación.
- Inmediatamente se procede a la aplicación de la encuesta.
- Finalmente se realiza la entrevista a los profesionales de la Institución.

➤ **Técnica e instrumentos para recolección de datos**

✓ **Material 1:** Entrevista inicial y Consentimiento informado.

Como instrumento de investigación para lograr nuestros objetivos se utilizará una entrevista estructurada, la cual estará dirigida a profesionales, vivenciales, teniendo énfasis en las áreas de familia, sí-mismo, social y cultural, para identificar los posibles factores que incidan en la recidiva de consumo en los adolescentes, junto al consentimiento informado respectivo, demostrando la aceptación y cooperación no forzada de los individuos en este trabajo investigativo, buscando establecer rapport y empatía con los pacientes ingresados y egresados de la Estación Municipal, con el fin de recolectar datos necesarios para este estudio, tales como: nombre, edad, género, procedencia, ocupación, instrucción, estado civil y detección de consumo y reincidencia.

✓ **Material 2:** Encuesta.

Es un procedimiento de investigación donde se recolectará y analizará los datos mediante un cuestionario, que es instrumento previamente elaborado y conformado por preguntas claras y concisas dirigidas a los adolescentes de la Estación Municipal de Auxilio Terapéutico Juvenil N°2 del periodo 2016-2017, conformada de dos partes; la primera sobre datos personales y la segunda sobre ítems correspondientes a las variables, con el objetivo de determinar la reincidencia en el consumo.

### f. Cronograma

El tiempo considerado para el desarrollo del proyecto es:

FECHA/ ACTIVIDAD	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017	ENE 2018	FEB 2018	MAR 2018	ABR 2018	MAY 2018
CONSTRUCCION DEL PROYECTO											
APROBACION DEL PROYECTO Y DESIGNACION DE DIRECTOR DE PROYECTO											
CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO											
RECOLECCION DE INFORMACION											
TABULACION Y ANALISIS DE DATOS											
ELABORACION DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO											
ELABORACION DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO											
ELABORACION DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO											
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYETO											

**Autor:** Alexandra Castillo, 2017

### g. Presupuesto y Financiamiento

El siguiente trabajo investigativo estará autofinanciado por el investigador de una cantidad aproximada de \$440.

RECURSOS	HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICAS	FINANCIERAS
Elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	-Computadora -Hojas -Impresora y tinta	Programa Word	200
Recolección de datos	-Investigador -Ex residentes y Profesionales de la Estación Municipal.	-Instrumentos de recolección de datos -Grabadora - Carpetas de archivo		70
Tabulación y análisis de datos	Investigador	-Computadora	Programa SPSS	55
Elaboración del primer borrador	Investigador	-Computadora -Hojas -Impresora y tinta	Programa Word y SPSS	25
Elaboración del segundo borrador	Investigador	-Computadora -Hojas -Impresora y tinta	Programa Word y SPSS	30
Elaboración del tercer borrador	Investigador	-Computadora -Hojas -Impresora y tinta	Programa Word y SPSS	25
Elaboración del informe final del proyecto	Investigador	-Computadora -Hojas -Impresora y tinta	Programa Word y SPSS	35
<b>TOTAL</b>				<b>440</b>

**Autora:** Alexandra Castillo, 2017

## h. Referencias Bibliográficas

- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2015). *CONSEP emite cifras sobre consumo de drogas*. Obtenido de <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/34312-consep-emite-cifras-sobre-consumo-de-drogas>
- Clarín Sociedad. (2011). *Adicciones: 7 de cada 10 pacientes vuelven a tratarse*. Obtenido de [https://www.clarin.com/sociedad/adicciones-pacientes-vuelven-tratarse\\_0\\_BkdLc3o2P7l.html](https://www.clarin.com/sociedad/adicciones-pacientes-vuelven-tratarse_0_BkdLc3o2P7l.html)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Recuperado el 05 de mayo de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Secretaría Técnica de Drogas. (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso a tratamiento por Drogas y VIH aún bajo*. Recuperado el 05 de marzo de 2018, de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=6224>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). *Informe Mundial Sobre las Drogas*. Obtenido de [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)

## i. Anexos

## Operación de variables

Variable	Definición	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de verificación	Codificación	
<b>V A R I A B L E S  D E M O G R Á F I C A S</b>	EDAD		cuantitativa	intervalo	años cumplidos	encuesta	
	SEXO		cualitativa	nominal	masculino, femenino	encuesta	masculino (1) femenino (2)
	PROCEDENCIA		cualitativa	nominal	costa, sierra, oriente	encuesta	ciudad de Loja (1) cantones de Loja (2) otras (3)
	GRADO DE INSTRUCCION		cualitativa	ordinal	analfabeto primaria secundaria	encuesta	primaria (2) secundaria (3) superior (3)
	OCUPACIÓN		cualitativa	nominal	trabajo	encuesta	si (1) no (2)
	ESTADO CIVIL		cualitativa	nominal	soltero , casado, unión libre, divorciado	encuesta	soltero (1) casado (2) unión libre (3) divorciado (4)
<b>VI:</b>	<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS</b>	Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo, comportamiento y pensamiento, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína.	cualitativa	nominal	monoconsumidor policonsumidor	encuesta	monoconsumidor (1) policonsumidor(2)

	SUSTANCIA POR LA QUE INGRESÓ		cualitativa	nominal	alcohol marihuana pasta base cocaína otras	encuesta	alcohol (1) marihuana (2) polvo base (3) cocaína (4) otras(5)
	TRATAMIENTO EN CONSUMO	Tratamiento farmacológico y psicológico enfocado a terapia motivacional, cognitivo conductual, mindfulness; en programas residenciales y ambulatorios.	cualitativa – cuantitativa	nominal razón	tratamiento recibido	encuesta	medico (1) psicológico (2) vivencial (3) ocupacional (4)
	TIEMPO DE INTERNAMIENTO		cuantitativa	intervalo	0 – 2 meses, 2 – 4 meses, 4 – 6 meses	reporte del plan terapéutico	1 mes(1) 2 meses(2) 3 meses(3) 4 meses o más (4)
	FASES CUMPLIDAS		cualitativa	nominal	fase de acogida fase de transición fase de reinserción social	reporte del plan terapéutico	fase de acogida (1) fase de transición(2) fase de reinserción social(3)
VD :	REINCIDENCIA DE CONSUMO	Es el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típico de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación.	cualitativa – cuantitativa	nominal razón	si, no	encuesta	si (1) no (2)
			cuantitativa	intervalo	0-6meses, 6meses-1año, 1 a + años	encuesta	días (1) meses (2) años (3)

	TIEMPO AL QUE RECAYÓ						
	SUSTANCIA EN LA QUE RECAYÓ		cu alitativa	nominal	alcohol marihuana pasta base cocaína otras	encuesta	alcohol (1) marihuana (2) polvo base (3) cocaína (4) otras(5)