

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

El Sistema de Creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Públicas con conductas adictivas.

AUTORES:

**Delgado Morla, Emilio José
Velasco Uquillas, Melissa Marisol**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. CL. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

**Guayaquil, Ecuador
06 de febrero del 2023**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Delgado Morla, Emilio José; Velasco Uquillas, Melissa Marisol**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**.

TUTORA:

f. _____

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 06 días del mes de febrero del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Delgado Morla, Emilio José**
Velasco Uquillas, Melissa Marisol

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **El Sistema de Creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Públicas con conductas adictivas**, previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 06 días del mes de febrero del año 2023LOS

LOS AUTORES:

f. 

Delgado Morla, Emilio José

f. 

Velasco Uquillas, Melissa Marisol



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Delgado Morla, Emilio José**
Velasco Uquillas, Melissa Marisol

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **El Sistema de Creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Públicas con conductas adictivas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 06 días del mes de febrero del año 2023

LOS AUTORES:


f. _____


f. _____

Delgado Morla, Emilio José

Velasco Uquillas, Melissa Marisol



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE URKUND



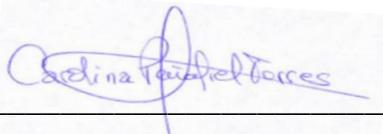
Document Information

Analyzed document	El Sistema de creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales_ influencia en el personal de las Fuerzas Publicas con conductas adictivas.docx (D156629418)
Submitted	1/23/2023 3:07:00 AM
Submitted by	
Submitter email	melissa.velasco01@ucu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	carolina.penafiel.ucsg@analysis.urkund.com

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN: El Sistema de Creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Públicas con conductas adictivas.

LOS AUTORES: Delgado Morla, Emilio José; Velasco Uquillas, Melissa Marisol

INFORME ELABORADO POR:

f. 

Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por haberme dado la oportunidad de cumplir este logro, por enseñarme e inculcarme valores que me permitieron llegar a donde estoy. Agradezco a mis hermanos quienes siempre han estado para mí y me han ayudado y motivado a crecer, a ser espontáneo, creativo e interesante. Agradezco también a mi tutora, Carolina Peñafiel por haber estado presente y con el mejor de los ánimos para ayudarnos; a mi tío que me brindó la oportunidad de encontrar un lugar en el que he podido ganar incontable experiencia sobre mi campo de laboral. Por último, quiero agradecer a mis amigos que siempre han estado y los nuevos que he conocido en la carrera, de verdad me han ayudado a salir adelante en muchos momentos difíciles y me han vuelto una mejor persona de la que pensé que podría ser.

Delgado Morla, Emilio José

Agradezco a mi papá y a mi mamá, por siempre darme más de lo que pueden; a mi tutora, Carolina Peñafiel, por acompañarnos siempre con genuino interés por nuestro aprendizaje; a mis amigos, los de siempre y los que hice a lo largo de la carrera, gracias por ser como una segunda familia. Y por último agradezco a Ale, mi lugar seguro, quién nunca ha dejado de confiar en mí y es mi apoyo incondicional.

Velasco Uquillas, Melissa Marisol

DEDICATORIA

A mi madre querida, el amor que me diste se quedó como una marca en mí
y siempre lo llevaré conmigo.

Delgado Morla, Emilio José

A mis abuelitas.

Velasco Uquillas, Melissa Marisol



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

PSIC. CL. MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE, MGS.
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PSIC. CL. TATIANA ARACELY TORRES GALLARDO, MGS.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSI. CL. LUIS ENRIQUE GUERRERO, MGS.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

Delgado Morla, Emilio José

NOTA: _____

Velasco Uquillas, Melissa Marisol

NOTA: _____

ÍNDICE

RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1 El sistema de creencias	9
Evolución de la Terapia Cognitivo Conductual	9
Teoría del Aprendizaje Social de Bandura	12
Modelo Cognitivo Beck.....	16
Componentes de la TC	18
CAPÍTULO 2 Las conductas adictivas	22
Trastorno por consumo de sustancias.....	22
Neurobiología de la adicción	24
Características de una conducta adictiva	27
Factores de riesgo y protección	30
Construcción histórica de las drogas en Ecuador	37
Enfoques estratégicos del Plan de Prevención	40
CAPÍTULO 3 Familias disfuncionales y su relación con el sistema de creencias del personal de las FFPP con conductas adictivas	43
La Familia	43
Funcionalidad o disfuncionalidad en las familias	45
Modelo Transteórico de Cambio	48
Modelo de Intervención del Hospital de Salud Mental	51
Las Fuerzas Públicas del Ecuador	55

Visión de las necesidades, intereses, problemas y soluciones (NIPS)	68
CAPÍTULO 4 Metodología	71
Enfoque	71
Paradigma/ modelo	72
Método.....	72
Técnicas e instrumento de recopilación de información	73
Población	75
CAPÍTULO 5 Presentación y análisis de resultados	78
Presentación de datos cuantitativos	78
Presentación de datos cualitativos	82
CONCLUSIONES	95
REFERENCIAS	97
ANEXOS	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Generaciones de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)</i>	10
Tabla 2 <i>Teoría de la Autoeficacia percibida</i>	14
Tabla 3 <i>Conceptos fundamentales del Modelo Cognitivo de Beck</i>	17
Tabla 4 <i>Conformación de los esquemas cognitivos</i>	18
Tabla 5 <i>La triada cognitiva</i>	19
Tabla 6 <i>Distorsiones cognitivas</i>	19
Tabla 7 <i>Niveles de consumo</i>	29
Tabla 8 <i>Factores de riesgo y protección</i>	33
Tabla 9 <i>El Modelo Transteórico como Fases de tratamiento del HSM</i>	51
Tabla 10 <i>Funcionamiento de la Autoeficacia en personas con y sin adicciones</i>	61
Tabla 11 <i>Ejemplos de distorsiones cognitivas en personas de las Fuerzas Públicas</i>	65
Tabla 12 <i>Operacionalización variables</i>	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Construcciones mentales y las conductas adictivas.....	67
Figura 2 Creencias irracionales (C.I.) predominantes obtenidas del Test de Creencias de Ellis aplicado a los pacientes	78
Figura 3 Escalas básicas de personalidad predominantes en los pacientes evaluados con el MCMI-III	80
Figura 4 Trastornos clínicos de personalidad grave predominantes en los pacientes evaluados con el MCMI-III	81
Figura 5 Síndromes clínicos de personalidad predominantes en los pacientes evaluados con el MCMI-III	82

RESUMEN

El tema del presente trabajo de titulación fue investigar la relación del sistema de creencias del personal de las Fuerzas Públicas (FFPP) con el desarrollo de conductas adictivas. Se tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre el sistema de creencias establecido por las relaciones familiares disfuncionales con el consumo de sustancias psicoactivas por medio del método descriptivo para una posible práctica clínica con pacientes funcionarios de las Fuerzas Públicas en un hospital de salud mental de la ciudad de Guayaquil. El marco metodológico que se utilizó fue de tipo mixto y se emplearon técnicas como entrevistas a profesionales y tests que permitieron obtener información con fundamentos tanto empíricos, como teóricos los cuales permitieron fundamentar la influencia que el sistema de creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales tiene sobre los individuos y la relevancia de la autoeficacia en un proceso de recuperación. El Test de Creencias de Ellis demostró que el personal de las FFPP presenta distorsiones cognitivas principalmente alrededor de la evitación de problemas, dependencia y perfeccionismo. Los resultados del MCMI-III, por otro lado, revelaron que los patrones clínicos de personalidad que predominan son el narcisista y antisocial.

Palabras clave: Sistema De Creencias; Fuerzas Públicas; Conductas Adictivas; Autoeficacia; Familias Disfuncionales

ABSTRACT

The topic of this degree thesis was to investigate the relationship between the belief system of the Public Forces Personnel (FFPP) and the development of addictive behaviors. The objective was to analyze the relationship between the belief system established by dysfunctional family relationships with the consumption of psychoactive substances by means of the descriptive method for a possible clinical practice with patients who are officers of the Public Forces in a mental health hospital in the city of Guayaquil. The methodological framework used was of a mixed type and techniques such as interviews with professionals and tests were used to obtain information with both empirical and theoretical foundations which allowed the influence that the belief system established by dysfunctional family relationships has on individuals and the relevance of self-efficacy in a recovery process. The Ellis Beliefs Test showed that FFPP personnel present cognitive distortions mainly around problem avoidance, dependency and perfectionism. The results of the MCMI-III, on the other hand, revealed that the predominant clinical personality patterns are narcissistic and antisocial.

Key words: Belief System; Public Forces; Addictive Behavior; Self-Efficacy; Dysfunctional Families

INTRODUCCIÓN

Dentro de los diversos casos de conducta adictiva que se presentan en la población mundial, se puede encontrar a menudo que los individuos consumidores de sustancias presentan un sistema de creencias particular en el que se puede hallar falsas creencias que los llevan a desarrollar un circuito de recompensa por parte del consumo de las drogas. En esta investigación, se busca averiguar acerca de dicho sistema de creencias y observar cómo este se ve reflejado en la conducta adictiva de los pacientes del Hospital de Salud Mental que pertenecen a las Fuerzas Públicas del Ecuador que provienen de sistemas familiares disfuncionales.

De acuerdo con lo establecido en el Instituto de investigación, tecnologías y producción del portal web de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, podemos establecer que la presente investigación está relacionada con el dominio cinco, relacionado con educación, comunicación, arte y subjetividad; haciendo énfasis en este último, con el que buscaremos profundizar en los problemas del sujeto y su relación en distintos entornos. Se dispone que:

La Psicología, con la riqueza que presenta la diversidad de enfoques, fundamentos, métodos, procesos y procedimientos, va configurando paradigmas y escuelas tradicionales y contemporáneas que posibilitan posiciones profesionales de identificación o síntesis de las mismas. Sea que el objeto de la Psicología esté ubicado en el malestar de la cultura, en la conducta, el inconsciente, la cognición, las relaciones de comunicación y los contextos y la posición del sujeto; la subjetividad y la producción del sentido, resulta ser una categoría que atraviesa los sistemas conceptuales de los horizontes epistemológicos que sustentan cada uno de ellos. (UCSG, 2022, párr., 5)

La presente investigación guarda correspondencia con el eje social del Plan de creación de oportunidades y más específicamente con el objetivo seis, relacionado a garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Esto, debido a que entre una de sus políticas establece la importancia de

prevenir el consumo de drogas, brindar atención y servicios de rehabilitación a quienes sufren de adicciones, protegiendo sus derechos. Es por eso, que este trabajo investigativo plantea la importancia de evaluar al personal de las Fuerzas Públicas como grupo de riesgo ante el desarrollo de conductas adictivas.

Este proyecto busca comprender como la formación del sistema de creencias de las personas que forman parte de las Fuerzas Públicas puede influir en la predisposición al consumo de sustancias psicoactivas. Se debe comprender al sistema de creencias cómo aquello que desde temprana edad se va estableciendo dentro de cada persona y que será lo que delimite la forma en la que dicho individuo razonará, pensará y actuará con el fin de llevar su día a día en los diferentes ámbitos que se presenten a través de su vida, sean tanto laborales, familiares, sociales, entre otros.

Para ello, se va a tomar en cuenta lo que respecta a las dinámicas familiares de los individuos, la carga social junto a la responsabilidad moral que implica ser parte de la ley y su formación puesto que se debe tomar en cuenta el nivel socioeconómico, antecedentes familiares e inicios del consumo ya que muchos de los miembros de las fuerzas públicas optan por la elección de dichos puestos de trabajo por influencia de algún familiar que los motiva a seguir sus pasos dentro del cuerpo de la Policía Nacional o las Fuerzas Armadas (militares, marina, aéreas).

Otra razón por la cual muchos individuos eligen seguir este tipo de profesiones es debido a su fácil acceso, ya que muchas otras ofertas laborales conllevan procesos más complicados y difíciles de obtener. Es por eso que el nivel socioeconómico de muchos aplicantes de las fuerzas públicas tiene un alto nivel de influencia sobre su elección de trabajo y la formación del sistema de creencias.

A lo largo de la historia, se han desarrollado varias investigaciones que describen la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y sus orígenes. Dentro de la presente investigación, se toma como una de las principales referencias bibliográficas al Manual de adicciones para psicólogos

especialistas en psicología clínica en formación de los autores Becoña y Cortés (2010), donde se explica de forma detallada los procesos de cambio de los individuos en situación de adicción, los factores de riesgo y protección y finalmente, la neurobiología de las adicciones, donde se demuestra cómo funciona el sistema de recompensas del cerebro de un consumidor.

Otro referente bibliográfico utilizado dentro de la investigación es el Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales de Díaz, en donde sus capítulos son básicos para entender las terapias y técnicas expuestas, pues aportan, el entramado conceptual y el armazón pragmático para acercarse al proceso general de la Terapia Cognitivo Conductual y poder entender el desarrollo y las generalidades de los conceptos dentro de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Díaz et al., 2017).

A la par del libro mencionado anteriormente, donde debido a la corriente que estamos utilizando, otro concepto importante que nos permite desarrollar este trabajo investigativo es el autoconcepto, que viene dado como uno de los factores principales dentro de la teoría de Bandura, para lo cual se tomó como referencia el libro de González y Tourón (1992) titulado Autoconcepto y Rendimiento Escolar: sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje, donde se profundiza sobre la formación de los mecanismos autorregulatorios de los individuos.

Asimismo, otro artículo que marca un antecedente importante para la presente investigación es el de Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas ya que en este se explica como en el ámbito de la psicología, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura es el planteamiento más coherente con la realidad asociada al uso de sustancias psicoactiva ya que se utiliza para intentar explicar por qué consumen drogas las personas y porqué algunas de esas personas acaban desarrollando problemas de abuso y/o dependencia a estas sustancias (Sánchez-Hervás et al.).

Las preguntas planteadas en relación con el problema son las descritas a continuación. Para desarrollar este trabajo investigativo se generó la siguiente interrogante como pregunta general: ¿cómo el sistema de creencias

establecido por las relaciones familiares disfuncionales se relaciona con el desarrollo de conductas adictivas? Para esto, surgieron también las siguientes preguntas específicas: ¿qué es el sistema de creencias?, ¿qué son las conductas adictivas? Y finalmente, la última pregunta que se planteó fue: ¿cuál es la relación entre el sistema de creencias establecido por las relaciones familiares disfuncionales con el desarrollo de conductas adictivas?

Ante dichas interrogantes se plantearon los siguientes objetivos, siendo el objetivo general: analizar la relación del sistema de creencias establecido por las relaciones familiares disfuncionales con el consumo de sustancias psicoactivas por medio del método descriptivo para una posible práctica clínica con pacientes funcionarios de las Fuerzas Públicas en un hospital de salud mental de la ciudad de Guayaquil.

A partir de dicho objetivo, se plantearon los siguientes objetivos específicos en base a la investigación, siendo el primero: caracterizar el sistema de creencias por medio de la revisión de fuentes bibliográficas. En correspondencia la segunda pregunta específica, se planteó como objetivo, caracterizar las conductas adictivas por medio de la revisión de fuentes bibliográficas y entrevistas semiestructuradas a especialistas de un hospital de salud mental de la ciudad de Guayaquil. Finalmente, para responder a la última interrogante se planteó como último objetivo específico: identificar la relación entre el sistema de creencias establecido por las relaciones familiares disfuncionales con el desarrollo de conductas adictivas por medio de la aplicación del Test de Creencias de Ellis y el MCMI-III a pacientes funcionarios de las Fuerzas Públicas en un hospital de salud mental de la ciudad de Guayaquil.

Dentro del primer capítulo, que corresponde al primer objetivo específico, se desarrolla a través de recopilación bibliografía sobre la Teoría del aprendizaje social de Bandura (TAS), centrado principalmente en la autorregulación y autoeficacia y el Modelo Cognitivo de Aaron Beck. Se realizará una explicación de los conceptos principales que se proponen dentro de estas teorías para poder comprender como se establece el sistema de creencias de las personas.

Dentro del segundo capítulo, correspondiente al segundo objetivo específico, se caracteriza acerca de lo que son las conductas adictivas y el consumo de sustancias psicoactivas tanto históricamente, como acerca de su impacto en la sociedad y la forma en la que afecta a la conducta de los seres humanos desde la parte neurobiológica. También se trabajará y estará centrado en explicar los distintos factores psicológicos de riesgo o protección que van a determinar la formación de la personalidad de los individuos.

Y para finalizar con el marco teórico, dentro del tercer capítulo, que corresponde al último objetivo específico, se apunta a establecer la relación que existe entre el sistema de creencias y el desarrollo de conductas adictivas. Para esto, se abordará en este último capítulo sobre las normas y características de las familias disfuncionales, además del perfil de las personas que forman parte de las fuerzas públicas del Ecuador, tomando información general sobre ellos y quienes forman parte de dicha institución para comprender como se ha formado su sistema de creencias basado en su historia familiar, personal y laboral.

En el capítulo de metodología se utilizan instrumentos que sirvieron para ambos enfoques: cuantitativo y cualitativo. Dentro del enfoque cuantitativo utilizamos el Test de Creencias y el MCMI-III, los cuales permitieron obtener una perspectiva sobre el sistema de creencias de los usuarios de las Fuerzas Públicas y ciertos rasgos de personalidad que presentan. Además, para complementar la información, optamos por realizar entrevistas a profesionales del Hospital de Salud Mental, lo cual nos brindó una perspectiva basada en la experiencia de muchos años de trabajo de los entrevistados.

El propósito principal para realizar esta investigación es que al momento en que se realizó el presente trabajo de investigación se llevaban a cabo las prácticas preprofesionales en un hospital que posee un área con pacientes con conductas adictivas y al trabajar con este tipo de casos, se encontró mucha fascinación por la raíz de este tipo de problemática y se decidió investigar más sobre ello.

Realizar esta investigación permite aportar al tema de las conductas adictivas y sus principios, la forma en la que se establece y las causas que la mantienen. Es decir, que si utilizamos pruebas psicológicas y pruebas que nos permitan adquirir estadísticas sobre nuestra población y sus casos específicos, llegaremos a adquirir información muy relevante que nos permita sustentar nuestra investigación.

Se considera que este tema es de gran interés debido a que las conductas adictivas son un tema social, del cual en nuestro caso específicamente, tenemos una población muy interesante para abordarlo, ya que contamos con individuos de las fuerzas públicas, es decir una población con mucha contradicción en cuanto a su ética laboral.

Esta investigación es necesaria dentro del ámbito cultural, social y científico-académico debido a que sirve para comprender cómo el sistema de creencias que se forma desde la infancia en el núcleo familiar influye sobre la predisposición al desarrollo de conductas adictivas. De esta forma, no sólo se podrá tener noción sobre la problemática que se da en la actualidad, sino que tanto psicólogos profesionales como en formación podrán elaborar programas de prevención e intervención mejor dirigidas para esta población.

La presente investigación, se llevó a cabo utilizando los enfoques cualitativo y cuantitativo; es decir, es una investigación de tipo mixto. Dicha investigación busca, por medio de la parte cualitativa, recopilar bibliografía que sustente la teoría y por medio de la parte cuantitativa, emplear pruebas a una población de pacientes con conductas adictivas pertenecientes a las Fuerzas Públicas, que permitan identificar las sus distorsiones cognitivas.

Durante el desarrollo de la investigación una de las principales dificultades que se presentó fue la recolección de datos y antecedentes con respecto a las Fuerzas Públicas del Ecuador ya que no se lleva un registro oficial de la incidencia del personal con conductas adictivas. Asimismo, los pacientes dentro del Hospital de Salud Mental, debido a sus propios códigos éticos alrededor de su profesión, no se encontraban en facultad de proveer la

información correspondiente a los primeros acercamientos con las sustancias adictivas dentro de sus labores.

CAPÍTULO 1

El sistema de creencias

Evolución de la Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) abarca muchos aspectos, por lo que dar una definición concisa puede volverse complicado, a pesar de esto puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001).

A continuación, se exponen las principales características de la Terapia Cognitivo Conductual con el objetivo de ofrecer una visión de los principios comunes de esta disciplina. Primero es importante tener en cuenta que “el objeto del tratamiento es la conducta, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos” (Díaz et al., 2017).

Por otro lado, el objetivo de la intervención es el cambio conductual en cualquier nivel de respuesta, para modificar o eliminar la conducta considerada como desadaptada y enseñar conductas adaptadas cuando estas no se producen. Para ello, la intervención puede dirigirse también a modificar los procesos cognitivos que son la base del comportamiento. La TCC enfatiza sobre los determinantes actuales del comportamiento, sin embargo, también toma en cuenta los factores históricos que ayudan a explicar por qué se está dando la situación actual.

Bandura intenta separar el aprendizaje de la ejecución, señalando que la ejecución dependerá de la conducta aprendida (en estado latente) del reforzamiento. Además, para Bandura, el aprendizaje vicario es una forma de condicionamiento superior, el cual viene a dar cuenta de los fenómenos de aprendizaje que no provienen de experiencias directas, para él la mayor parte de la conducta humana proviene del condicionamiento vicario (Díaz et al., 2017, p.64).

Dentro de la Terapia Cognitiva Conductual se toma muy en cuenta el mecanismo de los procesos de pensamiento del ser humano; según la organización de Psicólogos Córdoba (2016) “El conjunto de creencias llamado entonces *sistema de creencias*, incluye el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, preferencias, etc. Estas creencias podrán ser calificadas como *racionales*, en tanto preferenciales, siendo éstas, empíricas, reales y menos absolutistas”. En otras palabras, se puede explicar sobre los sistemas de creencias que estos “involucran cuestiones psicológicas, morales, sociológicas y físicas. Las creencias se fundamentan en estados subjetivos del hombre. Las creencias nos sirven para sostener la estabilidad emocional”. (Espinoza, A. 2014, p.102).

A lo largo de los años que se ha venido desarrollando y teorizando sobre la Terapia Cognitivo Conductual, esta ha ido evolucionando con el fin de poder comprender mejor cómo se dan los procesos mentales y conductuales de las personas. Hasta el presente, se pueden distinguir tres grandes alteraciones o momentos que marcaron un antes y un después para la disciplina. Estas son conocidas como las tres generaciones de terapias, donde cada una destaca por superar las limitaciones explicativas de la anterior.

Tabla 1

Generaciones de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

T.C.C	Parámetros	
	Base teórica	Objetivo
Primera generación	Estas están centradas en un análisis experimental de la conducta a partir de datos comprobables y contrastables por la experiencia.	Tratar la conducta presente al momento del problema, tomando en cuenta las relaciones entre los estímulos, las reacciones y las consecuencias de éstos.

Segunda generación	<p>Considera que el principal elemento que origina la conducta es el pensamiento y el procesamiento que se hace de la información. Existen una serie de esquemas, estructuras y procesos de pensamiento distorsionados y disfuncionales que determinan la conducta.</p>	<p>Está dirigida a eliminar o modificar las creencias y pensamientos disfuncionales.</p>
Tercera generación	<p>Está elaborada bajo la necesidad de establecer una aproximación más contextualizada y holística del individuo, teniendo en cuenta los síntomas, problemas del sujeto, la mejora de la situación vital y la vinculación con el medio.</p>	<p>Reorientar y refocalizar la atención del individuo hacia metas y valores que son importantes para él tomando en cuenta la mejoría del ajuste psicosocial de la persona.</p>

Nota. Extraído del artículo Terapias de Conducta (Castillero, 2017).

El presente trabajo de investigación será centrado en la segunda generación de estas técnicas, haciendo énfasis en la reestructuración cognitiva y tomando en cuenta a dos autores importantes: Bandura, que nos enseña como el ser humano aprende su sistema cognitivo en base a la relación familiar y Beck que explica cómo lo que afecta al sujeto no tiene que ver tanto con el suceso en sí sino con el procesamiento de la información que se hace de este.

El sistema de creencias de una persona está formado por varios factores y situaciones determinadas, por lo que, para comprender el proceso de formación de este sistema de creencias, es necesario profundizar sobre

los procesos cognitivos que se aprenden y la influencia de estos sobre las emociones y la conducta humana. Para ello, se desarrollarán estos procesos desde la Teoría del Aprendizaje Social y el Modelo Cognitivo.

Teoría del Aprendizaje Social de Bandura

Alrededor de 1970 surgen las terapias de segunda generación, donde toman relevancia los aspectos cognitivos ya que se considera que hacen falta más que aspectos que el aprendizaje para basar la Terapia Cognitiva. Por lo que se desarrollan teorías de aprendizaje social, donde destaca la de Alfred Bandura. En términos generales, estas teorías se caracterizan por el énfasis que se hace en la influencia de la sociedad y la capacidad autorregulatoria del ser humano. En cuanto a la Teoría del Aprendizaje Social, Díaz explicó que “la aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de comportamientos” (Díaz et al., 2017).

El objetivo principal de esta teoría es reflejar cómo contribuyen los procesos cognitivos de pensamiento sobre la emoción y la conducta humana. En esta teoría se explica que se puede presentar como modelo determinados eventos estímulares y que estos se retienen y transforman en representaciones simbólicas que serán reproducidas conductualmente ante ciertos estímulos ambientales. Para Bandura, el aprendizaje está basado en un tipo de condicionamiento superior que no necesariamente se ve sometido a la experiencia.

Uno de los aspectos con más relevancia dentro de la teoría del aprendizaje social es el de la autoeficacia. Este hace referencia a que los cambios llevados a cabo por diferentes métodos derivan de un mismo mecanismo cognitivo. Este mecanismo en común sería el de la autoeficacia. Se distinguen dos tipos de expectativas dentro de esta teoría: las expectativas de resultados y las expectativas de eficacia. La expectativa de resultado hace referencia a que la percepción personal de una conducta dada va a determinar ciertos resultados. Por otro lado, la expectativa de eficacia, o autoeficacia, es

cuando el sujeto está convencido de que puede ejecutar de forma exitosa la conducta requerida para producir un resultado determinado.

La autoeficacia difiere del concepto de expectativas de resultado, el cual hace referencia a la convicción del sujeto de que una conducta específica resultará a algunos resultados. Por el otro lado, la percepción de la autoeficacia establecerá la elección de actividades, el esfuerzo necesario para realizarlo y la persistencia para la ejecución. Al mismo tiempo, la autoeficacia se encuentra influenciada por cuatro fuentes básicas de información: los logros de la ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el estado fisiológico o actividad emocional (Diaz et al., 2017, p.65).

El concepto de la autoeficacia se centra principalmente en las percepciones que tienen los individuos sobre su capacidad para actuar. La autoeficacia percibida puede afectar los propios niveles de motivación y determinar los logros del individuo a través de su propia capacidad para afrontar cambios. Está centrada en un aspecto particular del pensamiento: los pensamientos o creencias que los individuos tienen sobre su capacidad para actuar. La autoeficacia percibida se define como una percepción de la capacidad que tiene el individuo para lograr un nivel especificado o un tipo de actuación en un lugar concreto (Bandura, 1986). Es importante tener en cuenta que cuando se habla de autoeficacia percibida, no se hace referencia a un sentido de autovaloración o autoestima.

Al tratarse de un modelo de aprendizaje, se explica la conducta como un fenómeno adquirido que sigue ciertas leyes como las del condicionamiento clásico, operante y vicario. Actualmente, según Schippers (1991), esta teoría parte de la lógica en que explica que la conducta adictiva deriva de las cogniciones compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos que tiene la conducta de consumo; a su vez, estas mismas cogniciones se acumulan, por un lado, a través de interacciones sociales de desarrollo y, por otro lado, a través de la experiencia de los efectos farmacológicos e interpersonales directos del comportamiento de consumo de drogas.

La Teoría del Aprendizaje social rechaza que puedan existir factores fijos en la persona, como una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Algunos de estos factores determinantes importantes son los eventos vitales de estrés, las presiones, el trabajo, la familia, la influencia de las redes sociales y el apoyo social con el que cuenta el individuo. Se considera que estos factores varían a lo largo del tiempo y que varía su influencia de uno a otro individuo (Abrams y Niaura, 1987).

Teoría de la Autoeficacia Percibida de Bandura

Según González & Tourón (1992) las expectativas de autoeficacia “se refieren a las creencias que el individuo tiene de su capacidad para realizar con éxito las acciones que conducen a las metas deseadas” (p.75).

Dentro de la teoría del aprendizaje social no solo está planteada la importancia que la motivación y actuación tienen sobre la autoeficacia, sino que también se describen las dimensiones como dominios donde la información sobre esta autoeficacia se ve puesta. Bandura postula que un análisis de las expectativas de autoeficacia requiere una detallada valoración de su magnitud, generalidad y fuerza (González & Tourón, 1992).

Tabla 2

Teoría de la Autoeficacia percibida

1. Dimensiones de la Autoeficacia

Generalidad	Este aspecto hace referencia a la medida en que se crean expectativas de autoeficacia de un área determinada a partir de las experiencias de éxito o fracaso. Dichas experiencias también tienen influencia en el desarrollo de un sentido de autoeficacia más generalizado.
--------------------	--

Fuerza	Este aspecto se refiere a la estabilidad o intensidad de las convicciones de autoeficacia. Dependiendo de si estás expectativas son fuertes o débiles habrá mayor esfuerzo por conseguir determinados resultados a pesar de posibles fracasos eventuales.
Magnitud	Este aspecto depende de la dificultad de la tarea y hace referencia al número de pasos o conductas que el sujeto se cree capaz de realizar exitosamente dentro de una jerarquía de conductas.

1. Fuentes de información acerca de la autoeficacia

Resultados de la conducta	Las expectativas de autoeficacia se ven principalmente influenciadas por las experiencias de éxito o fracaso, siendo que aumentan con la primera y disminuyen con la segunda.
Experiencias vicarias	Está basado principalmente en el modelado o aprendizaje observacional e influye sobre las expectativas de autoeficacia dependiendo de la similitud percibida entre el modelo y el observador. Al percibir similitudes, el individuo puede persuadirse a sí mismo sobre sus capacidades sobre una determinada conducta.
Persuasión verbal	Esta viene dada como el ánimo, apoyo o información que ofrecen los demás acerca de la eficiencia personal. Esta por sí sola no funciona, ya que dependerá de otros factores como el agente persuasivo y proporción de ayudas además de información.
Estados emocionales	Los distintos estados emocionales de displacer ante una actividad contribuyen a disminuir el sentido de autoeficacia de un individuo.

2. Autorregulación

Autobservación	Consiste en que la persona presta atención deliberadamente a ciertos aspectos de sus conductas y las observa y examina enfocándose en diferentes dimensiones de las mismas.
Autoevaluación	Esta implica la comparación de las conductas realizadas con las metas perseguidas, de la cual el sujeto va derivar juicios valorativos acerca de sí mismo y de su progresión hacia las metas establecidas.
Autorreacción	Los juicios favorables respecto a la conducta que se juzga en la autobservación dan lugar a reacciones positivas de autorrecompensa, mientras que los juicios desfavorables activan las negativas; asimismo, las ejecuciones estimadas de nula significación personal no generan reacción alguna en ningún sentido.

Una vez que podemos identificar como el ser humano por medio de sus relaciones, sociedad y el desarrollo intelectual y afectivo, vamos a explicar por medio del modelo cognitivo como el sujeto va estructurando sus cogniciones, por lo cual se explicará el modelo cognitivo de Aaron Beck, quien define de manera más específica la forma en que estas distintas cogniciones se van organizando en distintas estructuras.

Modelo Cognitivo Beck

Dentro de la Terapia Cognitiva se enfatiza sobre el papel de los elementos cognitivos en el origen y mantenimiento de los problemas psicológicos. El modelo cognitivo es utilizado para explicar cómo están organizados estos elementos; en cuanto a esto, Díaz et al. (2017) explicaron:

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan,

evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos. (p.388).

Organización Cognitiva

A continuación, en la tabla tres, se describen algunos de los conceptos más importantes que debemos tener en cuenta para comprender la forma en que se procesa la información.

Tabla 3

Conceptos fundamentales del Modelo Cognitivo de Beck

Contenidos cognitivos	Dentro de los conceptos fundamentales de la Terapia Cognitiva, se encuentra toda lo desarrollado con respecto a los Esquemas Cognitivos y es que estos se describen como las “entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales”.
Procesos cognitivos	Estos son “las reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la Información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada”.
Productos cognitivos	También hacen referencia a “los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción entre la información proporcionada por el medio, los esquemas y creencias (en sus distintos niveles de accesibilidad) y por los procesos cognitivos”.

Nota. Extraído del Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales (Díaz et al. 2017, p.388-89).

Componentes de la TC

Dentro de los componentes de la Terapia Cognitiva se pueden encontrar los esquemas cognitivos, la triada cognitiva y las distorsiones cognitivas, mismos que serán detallados a continuación.

Esquemas cognitivos

Son aquellos patrones en dónde se constituyen pensamientos, recuerdos, emociones y sensaciones corporales, los cuales son establecidos a lo largo de las vivencias y experiencias de la vida de una persona. Estos patrones siempre están en relación con la manera en la que un individuo se desenvuelve en las diferentes situaciones y la conducta que este presenta.

Tabla 4

Conformación de los esquemas cognitivos

Esquemas Cognitivos	
Creencias Nucleares	Supuestos (Creencias Intermedias)
Representan el nivel cognitivo más profundo. Se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo.	Son creencias que suelen expresarse como: 1. Proposiciones condicionales 2. Normas 3. Actitudes

La Triada Cognitiva

Hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. Díaz et al. (2017) explicaron cómo funciona esta percepción negativa sobre cada esquema:

Tabla 5*La triada cognitiva*

Visión negativa		
De sí mismo	Del mundo	Del futuro
Esta hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado y desgraciado	Hay la percepción de un mundo que le hace demandas excesivas o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación.	Se percibe un futuro de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiará, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento.

Distorsiones cognitivas

Se trata de una serie de errores en el procesamiento de información que, por una parte, facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten mantener la validez de las creencias (Díaz et al., 2017).

Tabla 6*Distorsiones cognitivas*

Distorsiones Cognitivas	Definición
Necesidad de aceptación	Construir la valía personal en base a opiniones externas. Necesidad por la aprobación de otras personas sobre las cosas que hacemos.
Altas auto-expectativas	Esperar que siempre se triunfe en todo lo que se hace y ser muy competente.

Culpabilización	Opinar que las personas merecen ser castigadas por las cosas que cometen, tanto los demás cómo uno mismo.
Reacción a la frustración	Tener baja tolerancia ante el fracaso. Cuando las cosas resultan diferentes a lo que se tenía pensado, se genera un sentimiento muy negativo.
Irresponsabilidad Emocional	Pensar negativamente sobre la situación por la que se está pasando y sentir que no hay nada que hacer para mejorarla.
Preocupación acerca de futuros problemas	Sentimiento de ansiedad ante la posibilidad de que algo pueda suceder (se piensa que el mundo no es un lugar seguro).
Evitación de problemas	El pensamiento de que evitar problemas o evadir responsabilidades resulta más simple que enfrentarlos.
Dependencia	Necesidad de tener siempre a alguien más fuerte que uno mismo debido a que el individuo se siente incapaz de resolver sus problemas del día a día de una manera eficaz y tiende a pensar que todo es muy complicado o que requiere mucha responsabilidad.
Indefensión	Justificación ante la incapacidad de resolver una situación. "Yo soy así, así que no hay nada que pueda hacer para arreglarlo". Es un sentimiento de incapacidad ante las situaciones que se viven día a día.
Perfeccionismo	Necesidad de buscar la perfección en todo, todos los problemas tienen una solución perfecta. El individuo

perfeccionista no siente satisfacción hasta que encuentre la “perfección” que está buscando.

Nota. Extraído del Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales (Díaz et al. 2017)

Una vez explicado el proceso de la formación de los esquemas cognitivos en el ser humano a través de la Teoría del Aprendizaje Social en conjunto con la Teoría Cognitiva, es importante tener en cuenta que las distorsiones cognitivas son el resultante de todo este proceso del ser humano y su relación con el nivel de autorregulación que alcanzaron dentro de su estructura familiar, mismo que más adelante se podrá relacionar con su inicio en el consumo de sustancias. Esto es necesario para poder comprender de mejor manera la influencia que pueden llegar a tener las distorsiones cognitivas al momento en que una conducta adictiva se establece; y se definirá para comprender por qué se puede llegar a mantener el consumo y abuso de las sustancias.

CAPÍTULO 2

Las conductas adictivas

Una vez desarrollado cómo se forma el sistema de creencias de los individuos, es necesario caracterizar el desarrollo de las conductas adictivas y todas las posibles dimensiones que existen dentro de este concepto tales como la adicción, la dependencia, el abuso, etc., justamente por tratarse de un espectro de conductas que varían en características. Según la Cruz Roja (2022) podemos entender por conducta adictiva, aquel comportamiento que provoca la necesidad imperiosa de ser repetido, a pesar del evidente daño psíquico y físico que genera tanto a nivel personal como sobre terceros.

Trastorno por consumo de sustancias

Dentro del DSM-V el término “adicciones” ya no es utilizado porque se considera que pueda tener un significado incierto y una connotación negativa; en cambio, “se utiliza la expresión más neutra *trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante” (APA, 2014, p.257). El consumo de las sustancias psicoactivas implica a todas aquellas sustancias que, según Urquijo et. al (2018):

son introducidas en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su consumo puede generar un consumo problemático o dependencia al consumo. (p.7)

Las adicciones

La historia de las adicciones se encuentra junto a la historia del hombre; desde siempre ha sido una costumbre del hombre consumir tabaco, alcohol, mascar hojas de coca, inhalar mezclas psicoactivas, fumar marihuana y utilizar el opio para el dolor. Las sustancias mencionadas anteriormente, son

aquellas que el hombre ha consumido a través de los tiempos y que hasta el día de hoy ha continuado utilizando.

Hoy en día, lo que sucede con estas sustancias es que han ido progresando en sus presentaciones y elaboraciones, tienen sus propios derivados industriales o químicos. Las adicciones pueden provenir de sustancias como es el caso de la cocaína, la heroína, el LSD, entre las más conocidas. Según la Asociación Americana de Psicología (2014) el abuso de sustancias se define como un patrón de uso compulsivo de sustancias que se ve marcado por consecuencias adversas sociales, ocupacionales, legales o interpersonales significativas recurrentes, como ausencias repetidas del trabajo o la escuela, arrestos y dificultades maritales.

La adicción es un estado de dependencia psicológica o física (o ambas) del uso de alcohol u otras drogas. El término se usa a menudo como un término equivalente para la dependencia de sustancias y, a veces, se aplica a trastornos del comportamiento, como las adicciones sexuales, de internet y al juego.

Por otro lado, también existen adicciones comportamentales y psicológicas. Según Cía (2013), este tipo de adicciones fueron establecidas debido a que la característica más relevante de las conductas adictivas es la pérdida de control, no una sustancia química en específico, sino el descontrol de la persona que posee una conducta alterada. En este tipo de casos, también se puede encontrar que al inicio la conducta es placentera, pero a medida que se instaura la conducta adictiva, esta se vuelve compulsiva y puede llegar a dominar la vida del individuo que la posee.

Estas adicciones pueden ser resultantes del entorno al que se ve expuesto el individuo, como una búsqueda de equilibrio mental y emocional que el cerebro genera y por medio del sistema de recompensa trata de lograr equilibrar, entre estas podemos encontrar la adicción a los juegos de azar, al internet, a las redes sociales, al sexo, las compras, entre otras. Dentro de muchos casos en la actualidad se puede encontrar con normalidad una persona que posea tanto una adicción a una droga química y que al mismo

tiempo tenga una adicción compulsiva o psicológica. Es frecuente que cuando este tipo de casos se presenta, el origen del consumo de drogas psicológicas provenga de un consumo inicial de alguna sustancia que se ligó a alguna otra conducta cómo la conducta sexual o la ludopatía.

Es de conocimiento general que el problema de las drogas es algo que está profundamente arraigado a la sociedad y que por más políticas y campañas de prevención que se realizan, este no hace más que empeorar. Dentro de esta lucha contra las drogas, las fuerzas públicas son las que toman un papel protagónico a la hora de ser el agente encargado de hacer cumplir con lo que establece la ley. Esta creencia colectiva de que los miembros de las fuerzas públicas son ejemplares y moralmente correctos puede tener un gran impacto sobre las creencias que tienen estas personas y resultan en distorsiones cognitivas sobre su autoestima y sensación de responsabilidad y deber.

Neurobiología de la adicción

Para entender la problemática de las adicciones de forma completa, debemos entender que al ser las personas seres bio, psico – sociales, no podemos dejar de lado el origen biológico y el funcionamiento de la parte cerebral, por lo que a continuación desarrollaremos puntualmente lo que sucede en el cerebro al momento de presentarse una adicción.

Circuito de recompensa

El sistema de recompensa funciona en todos los seres humanos. El cerebro se encarga de segregar dopamina y distribuirla; todo el resto del cuerpo recepta la dopamina. Lo normal es que entre y salga dopamina, pero cuando se consume solo produce y no recepta, por eso hay un placer extremo. No se da la regulación de forma normal.

El circuito de placer o recompensa posee un papel crucial dentro del desarrollo de la dependencia en el consumo de sustancias tanto al inicio, cómo en el mantenimiento y en las recaídas. Este circuito cerebral proviene de un sistema primitivo que, de manera natural, resulta básico para la supervivencia del individuo y de la especie. La activación del circuito de

recompensa simplifica el aprendizaje y el mantenimiento de las conductas de acercamiento y consumatorias, las cuales son relevantes debido a que sirven para la adaptación y la supervivencia.

El consumo de sustancias genera una suerte de secuestro de dicho circuito de placer y al mismo tiempo, logra que el individuo aprenda y acostumbre a realizar estos hábitos de consumo de las sustancias, de la misma forma en la que logra que la memoria mantenga los estímulos contextuales que posteriormente puedan llegar a ser desencadenantes para la adicción.

Uno de los objetivos principales del sistema de recompensa es perpetuar las conductas que a los individuos les genera placer, debido a que el consumo de sustancias (directa o indirecta) indicaría un aumento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, y es por esto que se adquiere este efecto hedónico amplificado. Gracias a este efecto placentero, los sujetos que frecuentan estas sustancias terminan volviendo a consumir.

Según la Universidad de Harvard (2014), en muchos casos se podría pensar que los individuos optan por elegir las sustancias o actividades que los ayudarán a encontrar una satisfacción ante una necesidad real o percibida que ellos encuentran en sí mismos, a pesar de conocer las consecuencias y el riesgo de las sustancias adictivas. Un ejemplo claro, son las personas que sufren de ansiedad por naturaleza, debido a la necesidad de calmar dicha ansiedad, eligen el alcohol debido a que este les brinda un estado de tranquilidad y comodidad dentro de situaciones sociales. Las conductas adictivas siempre brindan recompensas que pueden ser sociales, psicológicas e incluso biológicas. Es debido a estas que las sustancias mantienen la dependencia con quienes las consumen, debido a que ofrecen este tipo de beneficios a pesar del costo real detrás del consumo.

Dentro del cerebro, el placer posee un efecto clave, este es el de secretar el neurotransmisor dopamina dentro del núcleo accumbens, esta parte del cerebro se la conoce cómo el centro del placer debido a su involucramiento con la liberación de dopamina. Todo tipo de droga de abuso,

desde la nicotina hasta la heroína, generan un crecimiento de la dopamina dentro del núcleo accumbens, pueden llegar a generar un aumento de dos a diez veces más dopamina que las vías naturales, tales como la conducta sexual u otras actividades que generen placer.

Con el tiempo, el consumo va alterando las funciones del cerebro, por lo cual la persona con conducta adictiva tiende a tener señales que le recuerdan su adicción, por ejemplo, al observar a una persona en la calle que está comprando cigarrillos pueden generarse pensamientos de consumo ya que se siente una necesidad de adquirir la recompensa que la sustancia genera. Es debido a esto que las adicciones son tan complicadas de cambiar.

Una vez que la dopamina es liberada, su función no está completamente clara. Previamente los científicos consideraban que la dopamina era la única fuente responsable de la alegría y el placer que van de la mano con comportamientos gratificantes. Esta creencia aparece a través de los estudios que relacionan la cantidad de dopamina que es liberada con el grado de euforia que se adquiere a través del consumo de drogas. Ahora la dopamina tiene un efecto más sofisticado, aunque esta aparezca en el cerebro y se encuentre relacionada con el placer, no necesariamente lo produce.

Dentro del consumo de sustancias se define que los factores externos al consumo de sustancias y las sustancias en específico, se ven muy involucradas dentro de la satisfacción que se adquiere por medio ellas. La forma de pensar, lo que se espera al momento de consumir una sustancia o cuando se realiza alguna actividad que genere satisfacción, son condiciones que los psicólogos ubican cómo “ajustes”, debido a que estos modificarán el efecto que el consumo genere en los individuos.

Otro factor ubicado por los psicólogos es el “escenario”, en donde se ubica al contexto social y ambiental, debido a que estos influyen dentro de la experiencia adquirida por el individuo consumidor, el efecto se modifica. No es lo mismo consumir en una situación tranquila en el hogar, que consumir en un ambiente social, el efecto podría llegar a generar más euforia y

desenvolvimiento social, mientras que en el hogar puede generar una sensación de relajación y sueño.

Patología dual

Hay que tener en cuenta que, si bien las conductas adictivas pueden darse por el proceso de pensamiento de estas personas, también puede existir la presencia de patologías duales. Esto también puede implicar más que una alteración psicológica donde debe haber intervención interdisciplinaria.

Por ello, uno de los conceptos que debemos tener en cuenta es el de patología dual ya que al hablar de trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos adictivos surgen muy comúnmente con un diagnóstico concomitante de algún otro trastorno mental. Morales (2018) dice sobre la patología dual que “este término se refiere a aquellas personas que presentan un trastorno relacionado con el consumo de drogas, además de otro trastorno mental” (p.6). A pesar de ser un diagnóstico común, no se sabe cuál de las dos es causa de la otra.

Características de una conducta adictiva

Como se mencionó al inicio de este capítulo, dentro del DSM-V ya no se hace una distinción entre el abuso o la dependencia a las sustancias como en el DSM-IV; por esto, se consideró importante tomar los criterios que son considerados dentro de este último para poder brindar una mejor perspectiva de las distintas modalidades de la adicción que existen.

Criterios para el abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR

De manera general, cuando se habla de adicción, ya sea comportamental o de sustancias psicoactivas, se dan los fenómenos de tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. Existen distintos criterios diagnósticos en el DSM-IV (Asociación Americana de psiquiatría, 2014) que especifican la presencia de Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

1. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
 - consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
 - consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);
 - problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);
 - consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Niveles de consumo: uso, abuso o dependencia

Dentro del consumo de sustancias se podrían considerar distintos niveles en relación con la cantidad y frecuencia de administración; en el nivel más bajo se podría considerar como una experimentación, dentro del segundo nivel ya se podría considerar como un uso más habitual, seguido del tercer nivel que ya se lo considera como abuso y finalmente, hasta llegar al de la dependencia.

Tabla 7

Niveles de consumo

Experimentación	Es donde el usuario prueba la sustancia, pero previamente puede continuar con su uso o interrumpirlo.
Uso	Se trata del consumo de una sustancia que no conlleva consecuencias, es el tipo más habitual y se consume la sustancia de manera esporádica.
Abuso	Hay un uso más continuado sin dar importancia a las consecuencias negativas que provienen del consumo y con riesgo de episodios de intoxicación.
Dependencia	Se da como resultado del uso excesivo de una sustancia, la cual trae consecuencias negativas relevantes consigo a lo largo de un extendido plazo y ya es considerado una adicción. Puede existir un uso continuo, pero de forma intermitente en la que el individuo solo recurra a la sustancia los fines de semana, pero de manera compulsiva.

Nota. Extraído del Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación de Becoña y Cortés (2002)

Según los criterios del DSM-V (Asociación Americana de psiquiatría, 2014) la dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se ve expresado en los fenómenos de tolerancia, pérdida de control y síndrome de abstinencia.

El Modelo Transteórico de Cambio, que será desarrollado más adelante, puede ser aplicado para distintos procesos de la vida del ser humano. En el proceso de adicciones se puede visualizar los siguientes estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Estos estadios de cambio van a aumentar disminuir

dependiendo de los factores de riesgo o de protección con los que cuente el paciente.

Factores de riesgo y protección

Existen diversos factores que contribuyen a la predisposición al consumo de sustancias. Entre estos, se podría considerar como uno de los más importantes al sistema de creencias del consumidor ya que este da como resultado una gran influencia en los sentimientos y conductas. Factores sociales y personales, al igual que déficits en habilidades sociales y académicas, baja autoestima, ansiedad y estrés se articulan y pueden facilitar la iniciación del consumo de alcohol y drogas (García, Rodríguez & Córdova, 2008). Esto es lo que se conoce como factores de riesgo, mismos que hay que tener en consideración al momento de realizar una evaluación sobre los estilos de pensamiento y creencias asociadas directamente al consumo.

En primera instancia, se podría pensar que los factores de riesgo y los factores de protección son opuestos, pero en realidad están estrictamente relacionados; Peñafiel (2009, p.148) define los factores de riesgo como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.

Por otro lado, define los factores de protección como “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Peñafiel, 2009, p.148). Estos están relacionados de manera que no se puede comprender ni hablar las conductas adictivas o el origen de estas sin identificar primero de los factores de riesgo y protección.

Estos factores reúnen básicamente características internas y externas de los individuos relacionadas con lo social, familiar y personal pero no quiere decir que estén presentes en todos los casos de conductas adictivas ni mucho menos que cuando hay presente alguno de estos factores se va ver definido el perfil de una persona. Según Becoña (2002), se pueden identificar los

factores de riesgo y protección en 5 grandes grupos: en el ámbito familiar, comunitario, los factores de compañeros e iguales, los escolares y finalmente los individuales.

Factores familiares. Al momento de indagar sobre las posibles causas que pueden llevar a un individuo a consumir, la familia es siempre la primera en ser considerada ya que esta es a la que se le atribuye el papel de agente educador y socializador en el que se forman los primeros rasgos de personalidad, valores y creencias.

Factores comunitarios. Otros factores de mucha importancia son los comunitarios ya que cada individuo es inevitablemente parte de la sociedad. Como se mencionaba anteriormente las drogas y la historia del hombre van de la mano y es que las sustancias que un individuo elige consumir se verán dadas por la comunidad en la que se desenvuelve. Existen comunidades en las que el consumo de alcohol a temprana edad está completamente normalizado

Factores de compañeros e iguales. Estos factores hacen referencia principalmente a los grupos de iguales en la adolescencia ya que esta es una etapa crítica en la que se buscan identificaciones e independencia progresiva de la familia. Es por esto que, la percepción de los adolescentes sobre las sustancias dependerá en gran parte de las actitudes y pensamientos de los compañeros hacia estas. Este factor no solo considera el hecho de pertenecer a un grupo y adoptar conductas similares a este, sino que también toma en cuenta el rechazo ante el cual se puede enfrentar una persona ya que esto puede generar problemas emocionales y conductuales. Sin embargo y de misma forma, cuando los grupos de iguales no consumen ninguna sustancia, este se vuelve un gran factor de protección.

Factores escolares. Durante la infancia y la adolescencia, la escuela, a la par de la familia, es otro agente que se encarga de su formación en valores. En cuanto al consumo de sustancias, este se puede volver un factor de protección si la educación que se brinda desde las etapas tempranas es la correcta y guía hacia una formación adecuada. Es por esto que los modelos

educativos deben estar dirigidos a una formación integral tomando en cuenta las necesidades de sus alumnos y fomentando el sentido de responsabilidad y autonomía.

De forma más individual, otro factor importante a considerar es el rendimiento escolar ya que tiende a haber mayor riesgo de consumo por la frustración que se provoca ante un fracaso escolar. Asimismo, es importante tomar en cuenta el apego a la escuela e incluso el tamaño de esta ya que a mayor cantidad de personal que pudiera haber, mayor es el grado de implicación e intervención que recibirá el estudiante.

Factores individuales. Finalmente, existen los factores individuales que pueden ser distinguidos desde lo biológico, lo psicológico, lo conductual y lo referente a los rasgos de personalidad.

Factores biológicos. Comprende a lo que tiene que ver con los factores genéticos además de las variables de sexo y edad que son especialmente relevantes ya que hay mayor incidencia de adolescentes varones que inician su consumo en la adolescencia que mujeres.

Factores psicológicos y conductuales. Es importante considerar la frecuencia de la comorbilidad de trastornos psiquiátricos con trastornos por uso de sustancias. Debido a esto se considera a la patología psiquiátrica como un factor de riesgo para el consumo y dependencia de drogas. La relación entre estas dos condiciones es considerada como bidireccional ya que hay una mayor probabilidad de uso de sustancias en tanto haya la aparición de problemas psicológicos y patológicos. De esta misma forma, consumir también aumenta la probabilidad de desarrollar problemas relacionados a la salud mental.

La agresividad de tipo física en la infancia y la adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias, según la American Psychiatric Association (2002):

Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de

personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (párr.2).

Asimismo, existe el factor de los inicios de consumo temprano que aumentan el riesgo de consumo posterior y mayor riesgo de abuso o dependencia. También se considera de especial importancia los eventos traumáticos en la infancia como pueden ser el maltrato físico o sexual que pueden desencadenar en la aparición de trastornos mentales o abuso de sustancias. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler et al., 2000), llegando a ser entre siete y diez veces mayor en caso de haber tenido cinco o más experiencias traumáticas.

Finalmente, dentro de este tipo de factores, vale la pena mencionar las actitudes de los individuos hacia el consumo de drogas, esto hace referencia a que, si existe una actitud favorable hacia el consumo de drogas, hay mayor riesgo de experimentación debido a que se ve distorsionada la percepción de riesgo y se forman creencias erróneas sobre los posibles efectos de las drogas.

Rasgos de personalidad. Por último, dentro de la amplia investigación que se ha hecho sobre las adicciones, se propone plantear una posible relación entre la personalidad de los individuos que consumen con determinadas características distintivas y el consumo habitual de sustancias.

Tabla 8

Factores de riesgo y protección

1. Factores familiares	
Riesgo	Protección
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres.• Baja supervisión familiar.	<ul style="list-style-type: none">• Apego familiar.• Oportunidades para la implicación en la familia.

-
- Baja disciplina familiar.
 - Conflicto familiar.
 - Historia familiar de conducta antisocial.
 - Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial.
 - Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias.
 - Bajas expectativas para los niños o para el éxito.
 - Abuso físico.
- Creencias saludables y claros estándares de conducta.
 - Altas expectativas parentales.
 - Un sentido de confianza positivo.
 - Dinámica familiar positiva.
-

2. Factores comunitarios

Riesgo	Protección
<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad

3. Factores de los compañeros e iguales

Riesgo	Protección
<ul style="list-style-type: none">• Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas.• Compañeros consumidores.• Conducta antisocial o delincuencia temprana.• Rechazo por parte de los iguales	<ul style="list-style-type: none">• Apego a los iguales no consumidores.• Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras.• Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.• No ser fácilmente influenciado por los iguales

4. Factores escolares

Riesgo	Protección
<ul style="list-style-type: none">• Bajo rendimiento académico.• Bajo apego a la escuela.• Tipo y tamaño de la escuela (grande).• Conducta antisocial en la escuela.	<ul style="list-style-type: none">• Escuela de calidad.• Oportunidades para la implicación prosocial.• Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial.• Creencias saludables y claros estándares de conducta.• Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro.• Clima institucional positivo.

5. Factores individuales

Riesgo	Protección
<ul style="list-style-type: none">• Biológicos.	<ul style="list-style-type: none">• Religiosidad.

-
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Psicológicos y conductuales.• Rasgos de personalidad. | <ul style="list-style-type: none">• Creencia en el orden social.• Desarrollo de las habilidades sociales.• Creencia en la propia autoeficacia.• Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.• Orientación social positiva.• Poseer aspiraciones de futuro.• Buen rendimiento académico e inteligencia.• Resiliencia. |
|--|--|

Nota. Extraído del Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación (Becoña y Cortés 2002, pp.49-50)

Vulnerabilidad hacia la adicción

“La vulnerabilidad hacia la adicción es un tema crítico, pues las personas son premórbidamente diferentes al riesgo, situación que hace difícil el abordaje de este tema” (Glantz y Pickens, 1992). Hay una cercana relación entre el riesgo y la vulnerabilidad. Según lo explica Calafat (2004):

Como indica el factor principal, el uso/abuso de drogas parece determinado en primer lugar por lo que podría considerarse un factor de mayor o menor vulnerabilidad psicológica, actitudinal y comportamental hacia el riesgo (conducta desviada, conducta sexual, en la conducción de vehículos, búsqueda de sensaciones, implicación en una vida recreativa que integra el uso de drogas como elemento estructural y que se desarrolla en contextos asociados al consumo, contexto social y familiar y unas expectativas y actitudes más favorables al uso de drogas). (p.68)

Planteándolo de otra manera, puede ser observada la relación entre la vulnerabilidad y la protección. Se pueden comprender a la vulnerabilidad y protección como mecanismos de respuesta personal que los individuos utilizan frente a situaciones de riesgo (Rojas, 2002). Kotliarenco et al. (1997) lo explican de la siguiente manera:

Los conceptos de vulnerabilidad y mecanismo protector han sido definidos (Rutter, 1990), como la capacidad de modificar las respuestas que tienen las personas frente a las situaciones de riesgo... El concepto de vulnerabilidad da cuenta, de alguna forma, de una intensificación de la reacción frente a estímulos que en circunstancias normales conduce a una desadaptación... Es así como, una alternativa es entender la vulnerabilidad como un fenómeno perceptible en el cual un cierto nivel de estrés resulta en conductas desadaptativas. Por otra parte, el concepto de vulnerabilidad alude una dimensión continua del comportamiento que se mueve desde una adaptación más exitosa al estrés, a una menos exitosa (p.11).

Dentro del consumo de sustancias suele presentarse esta idealización involuntaria de que la sustancia funciona como mecanismo protector que busca inhibir a la persona en un estado de relajación, un estado que lo ayude a evitar confrontar los problemas que pueda tener directamente. Esta es la razón por la que muchos individuos comienzan su consumo, debido a que sienten que a través de las drogas podrán huir y evitar los problemas, podrán adquirir algún estado de relajación o euforia que no tienen debido a una situación de riesgo para ellos, se protegen en el consumo.

Construcción histórica de las drogas en Ecuador

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) las drogas psicoactivas son consideradas aquellas que al momento de ser ingeridas o administradas en el sistema afectan a los procesos mentales tales como la percepción, cognición, emociones y pérdida de conciencia. Sin embargo, contrario a lo que normalmente se cree, esto no implica que produzcan necesariamente una dependencia.

Dentro de la amplia cantidad de drogas existentes, se presentan dos que son las drogas legales y que en muchas ocasiones se las considera las drogas “sociales”, estas son el alcohol y el tabaco. En cuanto a las drogas de consumo ilegal, hay una variedad más grande en dónde las más comunes vienen a ser la cocaína, la marihuana, el éxtasis, entre otras. Todas estas drogas mencionado anteriormente se han ido extendiendo a lo largo de la sociedad de forma amplia y desmesurada dentro de las últimas décadas. El problema llega al punto en que cualquier país que sea desarrollado se verá indiscutiblemente involucrado con este problema de tráfico y consumo de drogas.

El abuso de sustancias está definido por la Organización Panamericana de la Salud (2022) como las alteraciones en las funciones que regulan los pensamientos, las emociones y el comportamiento como resultado del efecto de los compuestos psicoactivos sobre el sistema nervioso. Además, sobre la dependencia producto del abuso de sustancias dice que:

El uso repetido y prolongado en el tiempo de las mismas favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias adversas en el estado de salud o en el funcionamiento interpersonal, familiar, académico, laboral o legal. (OMS, 2022, párr.3)

El problema de las drogas es sin duda un problema global puesto que es en los países con mejores economías donde hay mayor consumo, pero según los datos estadísticos de la OPS (2022), los países considerados subdesarrollados y en vía de desarrollo son los que presentan las más graves consecuencias debido al difícil acceso a la atención de salud. Es por eso que por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de Latinoamérica y el Caribe son propensos a sufrir trastornos causados por el uso de drogas en algún momento de sus vidas.

Existen muy pocos datos en Latinoamérica y especialmente en Ecuador sobre el consumo que se da dentro de las instituciones de las

Fuerzas Públicas, pero en Chile, entre los años 2015 y 2019, se aplicaron pruebas de drogas a todo el personal militar y policial y dio como resultado que más de mil eran positivos para marihuana y cocaína. Según este estudio (Pastor & Quezada, 2020), a pesar de que era una cifra bastante irrelevante en comparación al número de pruebas que fueron aplicadas sí se notaron ciertas irregularidades en las condiciones que fue entregada esta información. Además, ya cuando estaban por finalizar, en los años 2018 y 2019, la información reveló que el número de pruebas aplicadas disminuyó y los casos positivos se triplicaron.

En el año 2013, en la República del Ecuador, se aprobó la ley de portación de drogas. Esta ley estipula que la cantidad máxima de posesión de droga por persona es de: marihuana (10 gramos), pasta base de cocaína (2 gramos), cocaína (1 gramo), heroína (0,01 gramos), anfetaminas (0,040 gramos), entre otras. El propósito con el que se estableció esta ley es evadir la criminalización de los consumidores de drogas de uso ilícito (Paladines, 2015).

Índice de consumo de sustancias psicoactivas en el Ecuador

En Ecuador, el consumo de drogas evidencia un comportamiento diferenciado en función del territorio, grupo etario y género. Con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, la prevalencia mensual del consumo de alcohol y tabaco, dividida por grupos de edad, se concentra mayoritariamente en personas entre 20 y 59 años. Los datos muestran que el 41,3% de las personas encuestadas consumen alcohol y el 31,5% consumen tabaco. Por su parte, la prevalencia del consumo en personas entre 10 y 19 años de edad fue de del 25,2% de alcohol y 28,4% de tabaco (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2021, p.33).

En cuanto a la prevalencia mensual de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, se puede denotar grandes diferencias debido a que, dentro del grupo delimitado a edades entre 20 y 59 años de edad, el número de hombres que consumen es de 56,5% y las mujeres de 25,4%. De la misma

forma, el rango mensual del consumo de tabaco dentro del mismo grupo etario fue de 38,2% en hombres y 15,0% en mujeres.

Según la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (2021), dentro del consumo de drogas ilegales, tales como la marihuana, la cocaína, la base de cocaína y la heroína, dentro de una encuesta que fue realizada a jóvenes de colegio, se pudo delimitar un alto índice de consumo a temprana edad. La encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en estudiantes de 9no de educación general básica, 1ro y 3ro de Bachillerato del año 2016, se distinguió una dinámica de aglomeración territorial, tales como diferencias que se encuentran dependiendo el sexo del consumidor de la sustancia. La prevalencia anual del consumo de marihuana fue de 9,6% siendo el consumo en hombres mayor, con una cifra de 13,2% y de 5,9% en mujeres. El consumo de estas sustancias a nivel territorial aparece con un mayor nivel en las provincias de Morona Santiago (15,3%), Manta (13,3%) y Loja (12,8%).

Enfoques estratégicos del Plan de Prevención

Enfoque de salud pública

Se encarga de encontrar las necesidades de salud en la población y los factores determinantes que los explican. También, busca asegurar que los daños asociados con las intervenciones de control no excedan los daños relacionados al problema de las drogas. Toma en cuenta los factores ambientales, sociales, económicos y políticos, fortalecido con la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el año 2005, gracias a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos determinantes establecen la forma en que las personas viven y trabajan su día a día y, en conjunto, marcan el grado de vulnerabilidad de las personas, respecto de algún problema o situación de salud. “La intervención se basa en cuatro pilares fundamentales: promoción de la salud, prevención integral, atención integral, reducción de riesgos y daños” (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2021, p.47).

La capacidad del sistema de salud logra brindar atención a toda la población debido a que influye en las consecuencias del uso y consumo de

drogas. Tener acceso a la salud pública, ayuda a disminuir la vulnerabilidad ante el fenómeno de las drogas y genera un beneficio sobre la calidad de vida de las personas, sus familias y la comunidad.

Enfoque de derechos humanos

Un beneficio del Estado ecuatoriano es atraer la atención sobre la problemática del en el ámbito socio económico de las drogas, buscando generar la igualdad por medio de la democratización del acceso a los servicios del Estado, y disminuyendo las brechas de desigualdad en la sociedad con el propósito de prevenir la exclusión de las personas que pueden encontrarse dentro de situaciones de uso y consumo de drogas.

“Los objetivos y estrategias contenidos en este Plan Nacional posicionan al ser humano como eje primordial de las políticas públicas de drogas y de las intervenciones del Estado” (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2021, p.48). Se busca garantizar el respeto de los derechos, estableciendo que las personas sean capaces de tomar decisiones libres e informadas, y evitar los prejuicios o actitudes de discriminación, marginación y estigmatización hacia los consumidores.

Como ha sido mencionado a lo largo de este segundo capítulo, se ha podido comprender cómo funciona el circuito de recompensas de una persona con conductas adictivas. El planteamiento de esto es de mucha importancia debido a que para comprender la parte conductual del sujeto es necesario entender también el funcionamiento a nivel fisiológico. De esta forma, al comprender la afectación que generan las sustancias a nivel neurobiológicos se puede hablar de casos en los que existen patologías duales que pueden ser entendidas como causas o consecuencias del consumo de sustancias.

Así, de esta forma, se pudo abordar las características de las conductas adictivas junto con lo que implica la diferenciación entre el uso, abuso y dependencia a las sustancias y permiten comprender parte de los factores de riesgo o protección que puedan existir dentro de cada individuo consumidor. Al hablar de las sustancias psicoactivas, es necesario

contextualizarlas dentro de la situación actual e histórica del país a la par de los índices de consumo y los enfoques hacia la problemática.

Después de haber comprendido como se conforma el sistema de creencias del sujeto y las diferentes variables que existen dentro de las conductas adictivas, se desarrollará en el capítulo a continuación la relación entre estas dos variables junto con la influencia de las relaciones familiares de los individuos de las Fuerzas Públicas del Ecuador.

CAPÍTULO 3

Familias disfuncionales y su relación con el sistema de creencias del personal de las FFPP con conductas adictivas

La Familia

Como se desarrolló anteriormente con la teoría del aprendizaje social y la Terapia Cognitiva, es indudable que la familia desempeña un rol de suma importancia en el desarrollo subjetivo de los individuos. Por ello, es necesario conceptualizar lo que es la familia. Según la Organización Mundial de la Salud, esta se conceptualiza de la siguiente manera:

La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales, [...] es la unidad básica de la organización social. (OMS, 2003, p.1)

A pesar de ser un concepto ampliamente definido dentro de varias corrientes y sirviendo a distintos propósitos, se consideró como el más completo a Páez (1984) que lo define de la siguiente manera:

La familia es una institución, un subsistema dentro del sistema mayor que es la sociedad, es un grupo de personas entrelazadas en un sistema social, cuyos vínculos se basan en relaciones de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas para cada uno de sus miembros y con una función más o menos determinada en un sistema social. (p.216)

Una vez definido este concepto también es importante definir la forma en que los miembros de una familia interactúan entre ellos ya que esto a su vez es lo que determina como los sujetos interactúan con la sociedad.

Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas.

Dichas interacciones se manifiestan por medio de la comunicación, la cual permite observar los conflictos, las reglas y normas que regulan la homeostasis del sistema familiar, ya que el comportamiento de cualquier elemento del sistema lo altera en su totalidad. (Amarís et al., 2004, pp.94-95)

Las relaciones familiares que se dan dentro del sistema simbólico familiar son las que van a configurar la realidad de los sujetos y que permitirán y determinarán de un modo específico sus relaciones con el entorno. Con esto, podemos considerar la relación que existe entre los vínculos de mala calidad y el bajo apego afectivo que se dan entre los padres y sus hijos como un factor predisponente al consumo de sustancias. Para Urquijo (2018) “la familia es determinante en la construcción de la personalidad, la autonomía y la toma de decisiones, factores críticos frente a la exposición del consumo y la disponibilidad de sustancias psicoactivas y las bebidas alcohólicas” (p.23).

Propiedades de las familias y responsabilidades

“Dentro del grupo familiar se produce una serie de interacciones sociales que, por ser significativas para el sujeto, van a ser interiorizadas y por lo tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo” (Valdés, 2007, p.29). Dentro de este círculo familiar el individuo adquiere la mayor parte de afectos es aquí donde opta por generar relaciones profundas. Dentro de esta etapa, las situaciones e interacciones que se establezcan llegarán a definir de manera decisiva el desarrollo de la autoestima y la identidad personal de cada integrante familiar. La familia está encargada de enseñarle a los hijos la toma de responsabilidad y cómo lidiar con los problemas.

La familia es una red de apoyo social dentro de muchos diferentes momentos de la vida de un individuo, entre estos se encuentran: la búsqueda de una pareja, la búsqueda de trabajo, vivienda, nuevos grupos sociales, entre otras. Además de apoyar a los miembros de la familia a establecerse en la vida, también tienen la función de brindar apoyo a través de los momentos difíciles y los posibles conflictos que puedan existir, cómo: un divorcio, una pérdida de un familiar, el desempleo.

La familia forma un papel fundamental dentro de las personas consumidoras de sustancias, en muchos casos, quienes consumen, son aquellos que no tienen una red de apoyo establecida por parte de su familia. Al momento de tener que lidiar con un problema, no se tiene en quién contar, no hay alguien que brinde este espacio de apoyo ante una pérdida laboral, familiar o filial. Debido a esta falta, el consumo de sustancias se ubica como opción de escape ante el dolor angustiante que aparece a lo largo de la vida. Las familias deben cumplir su rol y enseñarles a las personas a lidiar con los problemas, a cumplir con sus responsabilidades, a tener afecto por uno mismo y por los demás. Sin estos principios la persona consumidora pensará que la única salida son las sustancias psicoactivas.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. (Herrera, 1997, párr. 7)

Funcionalidad o disfuncionalidad en las familias

Primero, cabe definir qué son las familias funcionales; según Minuchin (1977) se trata del “sistema que anima a la socialización dando a sus miembros todo el apoyo, toda la regulación y todas las satisfacciones que son necesarias para su desarrollo personal y relacional” (p.3). Además, según este mismo autor:

La funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro. (Minuchin, 1977, p.123)

Cuando el grupo familiar no funciona bajo reglas y límites entre los miembros, las relaciones familiares empiezan a verse deterioradas y se constituye lo que se conoce como familia disfuncional; esta “se caracteriza por

límites difusos o indiferenciados; en estas familias los límites son difíciles de determinar debido a que no se aprecian con claridad en el funcionamiento familiar” (Valdés, 2007, p.26).

El perfil de los miembros de estas familias sería el de un padre pasivo-dependiente, que con frecuencia no cumple eficientemente su función de proveedor; una madre caracterizada por estar devaluada y con una estructura depresiva, e hijos con bajos niveles de tolerancia a la frustración, así como con problemas de adaptación en el hogar y en la escuela (p.27).

Continuando con la explicación, se puede comprender que, al existir dichos límites tan difusos, va a existir una dificultad por parte de los miembros para expresar sus emociones y pensamientos. No existe una comunicación óptima que les permita más que velar por sus propios intereses. La familia se puede distinguir como disfuncional cuando no se respeta la distancia intergeneracional, cuando se invierte la jerarquía y cuando esta es confundida con el autoritarismo (Herrera, 1997).

Creencias positivas acerca de las consecuencias

Hay una relación muy evidente en cuanto a las actitudes y las creencias, ya que, si bien es cierto, las actitudes sobre una conducta provendrán de las creencias sobre los resultados que se tengan sobre dicha conducta y el significado o valor que la persona que genere la conducta le haya dado. Las creencias son sin duda alguna uno de los elementos que aumentan la vulnerabilidad hacia el consumo o la existencia de una dependencia hacia cierta sustancia debido a que, estas creencias generan un convencimiento en el individuo acerca del efecto que deberían causar y los resultados que se pueden adquirir de su uso.

De todas las variables que incluye este factor una de ellas ha sido señalada como especialmente relevante: las creencias sobre las consecuencias del consumo. Ha podido observarse que los individuos no consumidores valoran negativamente las consecuencias del consumo de sustancias, al contrario de lo que hacen los que consumen. (Martínez & Osorio, 2021, p. 30)

Intención de consumo

Como se ha mencionado anteriormente, al momento de hablar sobre consumo de sustancias adictivas, la intención de consumo juega un rol delimitante en este, debido a que las actitudes favorables y las expectativas o creencias que se pueda tener sobre lo que genera el consumo de una sustancia específica, preceden la intención y la conducta de consumir drogas, es decir que se puede tener una expectativa de los efectos que estas puedan generar sobre el individuo que las consume. En términos simples, la intención de consumo hace referencia a la decisión del sujeto de llegar o no llegar a consumir sustancias psicoactivas. Para que una conducta específica llegue a realizarse, se deberá tener presente la circunstancia en la que se encuentre el individuo, su contexto: cuándo, con qué propósito, con qué tipo de acción (Martínez & Osorio, 2021, p. 31).

Actitud favorable hacia el consumo

Dentro del consumo, el sentido de riesgo se conecta de forma estrecha con la opinión favorable sobre el mismo, es decir que, si un individuo tiene opiniones positivas sobre el consumo, se puede delimitar un claro predictor de su ulterior uso. Cuando se habla de actitud hacia la droga, se debe reconocer si esta es favorable o desfavorable para el individuo debido a que, a través de esto, se podrá identificar el grado de riesgo de que esta persona pueda caer en un consumo de sustancias. Esta actitud frente a las sustancias puede provenir del modelado actitudinal de las personas que rodean al individuo propenso al consumo, es decir que tanto sus familiares y su grupo social se verán involucrados en este proceso, tendrán un alto grado de influencia sobre el resultado.

Como menciona Becoña (1999), el consumo de drogas, las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones que se posea sobre las diferentes sustancias van a formar un elemento clave para la determinación del efecto que estas puedan causar en quién las consume. Con esto, se puede denotar que el consumo de sustancias no influye de la misma forma en ningún individuo, cada situación es particular y no se puede saber con precisión el

efecto que este cause en las personas si llegue a establecer una conducta adictiva o no.

Muñoz et al (2000) señalaron que, tanto las actitudes de los adolescentes como las normas de los grupos de iguales, cambiaban con relación al consumo de drogas antes de que los usuarios comenzasen a consumir, siendo el primer paso en dirección al consumo de cualquier sustancia un cambio de actitud, desde una postura condenatoria a otra mucho más favorable. Según la teoría, el cambio de actitudes se atribuye a la influencia de varios procesos como: (a) La observación de la conducta de los padres al consumir alcohol y medicamentos; b) La interpretación de las actitudes de los padres sobre el consumo de estas sustancias, (c) La observación del consumo entre el grupo de iguales y (d) La interpretación de las actitudes y normas del grupo de iguales y la religión. (p. 77)

Con esto puede ser comprendido que la postura que una persona pueda tener sobre las sustancias adictivas provendrá de los pensamientos y observaciones que haya tenido a medida que vaya creciendo y vaya aprendiendo de sus alrededores y del ambiente que exista. Dos personas que se criaron en dos ambientes completamente opuestos no llegarán a desarrollar la misma actitud en cuanto al consumo de sustancias, todo dependerá de los factores que influyan en la calidad de vida de la persona y las vivencias por las que este atraviese.

Una vez explicada la forma en que las creencias de los individuos se van moldeando hacia un modelo de consumo, es apropiado explicar a través del Modelo Transteórico como el sujeto se puede ir adaptando a un modelo de cambio.

Modelo Transteórico de Cambio

Según Berra y Muñoz (2018) “el Modelo Transteórico es una de las propuestas que ha incorporado diversos elementos basados en la intención del cambio y la motivación, para facilitar el cambio de conducta teniendo en cuenta un proceso en etapas” (p.1). Lo que se puede entender como distintas fases en la intervención para un proceso de cambio de la conducta adictiva.

Dentro del Modelo Transteórico se ubican cinco estadios dentro de los cuales las personas con conductas adictivas evolucionan.

Estadios de cambio

Según Becoña (2002), los individuos sometidos a este proceso de cambio podrán tener cambios dentro de estos estadios hasta que finalmente dejen el consumo. Los estadios se dividen en: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Estadio de precontemplación (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses). Dentro de este estadio el individuo no tiene pensamientos de cambio, no se cuestiona sobre su situación, está en negación y no es capaz de ver el problema. Además, no puede ver las consecuencias y repercusiones que su conducta adictiva generan en el mismo y en sus alrededores, ya que piensa que eso no tiene relación con esta situación. Para el individuo las drogas tienen mayor efecto gratificante que negativo y no tiene interés en cambiar debido a que no tiene suficiente consciencia sobre su conducta adictiva.

Estadio de contemplación (en los próximos 6 meses). En este estadio la persona con drogodependencia ya tiene la intención de cambiar, pero a medio plazo. A diferencia del estadio de precontemplación, en este estadio hay mayor consciencia de los problemas que genera su conducta adictiva de manera que son capaces de evaluarse a nivel afectivo y cognitivo y son más abiertos ante la opinión de personas sobre su situación. Dentro de este estadio la persona es capaz de considerar la posibilidad de dejar el consumo, aunque en un plazo más largo debido a que no tienen un firme compromiso de cambio.

Estadio de preparación (planea dejar el consumo dentro de los siguientes 30 días). Para este momento ya ha realizado un intento serio de dejar el consumo, habiendo estado en abstinencia al menos un día. Quiere dejarlo a corto plazo, dentro del mes, por ende, comienza a realizar pequeños cambios dentro de su conducta adictiva, entre estos, la reducción del consumo. Principalmente la raíz del cambio es la forma en la que el individuo

se siente y el tipo de vida que está llevando en relación al consumo de sustancias.

Estadio de acción (entre 24 horas y menos de 6 meses abstinentes).

Se deja de lado el consumo de drogas. Se cambia la conducta encubierta y mejora en relación al consumo de sustancias utilizando condicionantes para poder trabajar con la conducta adictiva. Requiere mucho esfuerzo, tiempo y un gran compromiso, de forma que logre salir adelante. La persona cuenta con apoyo y refuerzo social debido ya que la abstinencia lo deja en un estado delicado de muchos cambios.

Estadio de mantenimiento (al menos 6 meses sin consumo).

Al momento de llegar a esta etapa, el individuo busca trabajar en los logros obtenidos de la etapa anterior y de esta forma evitar la existencia de una recaída. La persona se caracteriza por presentar mucho miedo ante una recaída y ante la posibilidad de que cualquier campo lo pueda llevar a una recaída. Lo que motiva al paciente a continuar con su recuperación es el sentimiento de lograr ser el tipo de persona que quiere ser.

El paso de un estadio a otro. El proceso de avance en las fases no es un proceso lineal, los individuos suelen pasar algunas veces por la misma fase hasta que logran llegar a un periodo de abstinencia. Esto demuestra cómo los pacientes recaen varias veces hasta lograr entrar en proceso de recuperación y dejar el consumo permanentemente. La experiencia que viven los individuos en cada fase es diferente a la anterior, ningún proceso es igual y cada uno lo vive de una manera única. A través de los periodos de consumo y abstinencia, los pacientes logran identificar su posición y respectivo avance frente a los periodos anteriores por los que pasaron para poder recuperarse.

Este modelo de cambio se pudo visualizar gracias a la práctica que se llevó a cabo en el Hospital de Salud Mental, el mismo que ha tratado de adaptar los estadios a las distintas fases de intervención que manejan; por lo que a continuación serán descritas a la par de tal forma que permitan observar las intervenciones realizadas basándose en el modelo.

Modelo de Intervención del Hospital de Salud Mental

Como se explicó anteriormente, el presente trabajo de investigación está basado en nuestra experiencia como practicantes del área de rehabilitación de adicciones en el Hospital de Salud Mental de la ciudad de Guayaquil, donde su modelo de intervención consiste en la aplicación de varias técnicas. Dichos programas están dirigidos a plantear procesos de cambio en los pacientes, para lo que se llevan a cabo procesos de evaluación específica.

Tabla 9

El Modelo Transteórico como Fases de tratamiento del HSM

Modelo Transteórico	Intervenciones representativas de los procesos de cambio	Fases de tratamiento integral
Precontemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la conciencia 	Fase 1: desintoxicación y acogida
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-reevaluación • Auto-liberación 	
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Contra-condicionamiento • Control de estímulos 	Fase 2: deshabitación y adaptación
Acción	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de contingencias • Relaciones de ayuda • Alivio dramático 	Fase 3: integración y mantenimiento
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación del medio ambiente • Liberación social 	Fase 4: reinserción y alta terapéutica

Nota. Se realiza una comparación entre las etapas del Modelo Transteórico de Becoña y Cortés (2002) y las fases del Plan de Tratamiento Integral del Hospital de Salud Mental.

En el proceso de recuperación de los pacientes internados en el HSM, se puede llegar a ubicar los diferentes estadios que presentan a medida que ellos se van involucrando en el proceso. En muchas ocasiones los pacientes llegan por medio de un familiar y en contra de su voluntad debido a que fueron encontrados en un estado deplorable y se intenta ayudarlos. Por otro lado, ciertos pacientes deciden que es momento de internarse cuando su conducta adictiva ha llegado a interferir con sus vidas y a generar que comiencen a tener pérdidas por el consumo. Muchos de ellos se internan con el propósito de darle una vuelta a sus vidas y evitar que sus familiares los abandonen o perder el trabajo o el hogar.

Al momento de trabajar con un individuo con conductas adictivas, es importante tener presente siempre el estado en el que este se encuentra, ya que en muchas ocasiones intentar trabajar con un paciente que no quiere estar internado puede resultar difícil debido a que se encuentra en negación y no siente la necesidad de dejar la conducta adictiva ya que no la considera un problema. La mayor cantidad de veces, los pacientes que se encuentran en un primer estadio optarán por evitar realizar un buen proceso terapéutico y no seguirán por voluntad propia el plan de tratamiento de la institución en la que se encuentren ingresados.

El plan de tratamiento de una institución que trabaja con conductas adictivas tendrá un rol muy importante debido a que es gracias al proceso de intervención y la forma en la que este se da, que los pacientes son capaces de avanzar entre los estadios y aprender del proceso para que una vez que se encuentren fuera del tratamiento, sean capaces de aplicar todas las técnicas y procedimientos aprendidos a lo largo de la recuperación y así poder afrontar los conflictos que puedan aparecer en sus vidas de una mejor manera y sin caer en el consumo.

Dentro de nuestra experiencia como practicantes en el Hospital de salud Mental, hemos sido parte activa de la intervención para tratar las conductas adictivas con las personas de las Fuerzas Públicas. En este apartado se explicará como el hospital trabaja los distintos modelos de intervención para rehabilitación de conductas adictivas.

Dentro de las técnicas que más se manejan dentro del plan de tratamiento integral del HSM (seis meses de internamiento hospitalario) inicialmente se establece la primera fase de desintoxicación y acogida, en dónde el propósito principal es ayudar a los pacientes recién llegados a regularse, de manera que puedan pasar la etapa del síndrome de abstinencia antes de integrarse en las terapias grupales e individuales.

A cada paciente se le asigna un equipo técnico que manejará su proceso de forma individual y que trabajará su problemática a nivel, personal, familiar y de salud. Al inicio del proceso terapéutico se le realizará una serie de evaluaciones de las cuales se obtendrá una mejor comprensión de los problemas, situaciones o vivencias por los que ha pasado el paciente para poder darle un tratamiento más centrado ante sus necesidades y demandas.

La primera fase de tratamiento del hospital de salud mental puede verse relacionada con los dos primeros estadios del Modelo Transteórico, las cuales son la de precontemplación y contemplación. En esta fase encontramos tres procesos fundamentales: primeramente, se genera un aumento de conciencia sobre un conflicto por el que se atraviesa, luego se da una autorrevaluación en dónde la persona reflexiona acerca de cómo se siente en base al conflicto y por último la autoliberación, la cual permite a la persona tomar acción en base a un proceso de recuperación.

La segunda fase de tratamiento es la de deshabitación y adaptación, en dónde el objetivo principal es el de utilizar las terapias psicológicas para poder trabajar las problemáticas de los pacientes y enseñarles técnicas que les permitan solucionarlas. Además de esto, los pacientes reciben diariamente terapias psicoeducativas, en dónde llegan a comprender varios temas muy útiles para su proceso terapéutico. Dentro de esta fase es importante ver cómo los pacientes se van estableciendo en la institución, si las relaciones que establecen son de respeto y confianza o de que tipo son.

En esta fase se encuentra una relación con el estadio de preparación del Modelo Transteórico. En esta fase ocurre un contracondicionamiento, el cual es un proceso que busca alternativas (técnicas de relajación) para

afrontar sus problemas de comportamiento, en este caso dejar la conducta adictiva. Además, se adquiere un control de estímulos que permite a la persona evadir los posibles estímulos que aparezcan y que puedan llevar a una recaída.

Cuando un paciente se encuentra en la tercera fase, es decir, la fase de integración y mantenimiento es capaz de reconocer las problemáticas que han aparecido a lo largo de las sesiones individuales y las terapias grupales. Aquí, el paciente puede ver la relación entre los problemas que ha tenido a lo largo de su vida y el origen y mantenimiento de su consumo. En esta etapa el paciente se encuentra muy involucrado con el proceso y es capaz de aprovechar todo lo aprendido y utilizarlo para su recuperación, se encuentra motivado para no volver a consumir sustancias adictivas.

La tercera fase está en relación con el estadio de mantenimiento del Modelo Transteórico, ya que, en estas etapas, se realizan tres procesos fundamentales; se necesita establecer un proceso de contingencias que permita al individuo recomponerse a sí mismo y recibir algún tipo de recompensa de manera que se establezca el cambio. En esta fase, buscar relaciones de ayuda y confiar en otras personas confiables para llevar a cabo el tratamiento es fundamental. Por último, el alivio dramático permitirá tramitar los sentimientos referentes a algún problema a través de terapias y procesos.

La cuarta fase del plan de tratamiento es la de reinserción y alta terapéutica. La reinserción es un procedimiento por el que los pacientes pasan cuando han alcanzado un avance en su proceso de recuperación, se encuentran estables y son capaces de utilizar los conocimientos aprendidos para su beneficio y evitar los viejos patrones de conducta o pensamientos que puedan aparecer. Dentro del proceso de reinserción los pacientes tienen permisos para salir los fines de semana y volver a la sociedad y a los problemas del día a día de manera que puedan afrontarlos con las nuevas herramientas que han aprendido a lo largo de su recuperación.

Por último, la alta terapéutica es el procedimiento que ocurre una vez que el paciente ha completado sus seis meses de internamiento y está

preparado para reintegrarse en la sociedad. Aquí el paciente tendrá que aplicar todo lo aprendido en el proceso y podrá optar por asistir a terapias grupales dentro del hospital si así lo desea. Además, se les ofrece a los pacientes mantener consultas externas, de manera que puedan continuar su proceso y así trabajar otros temas y problemáticas que puedan tener.

Así mismo, cómo en el estadio de mantenimiento del Modelo Transteórico, la cuarta fase del tratamiento integral del hospital busca trabajar en una reevaluación del medio ambiente, de forma que el individuo sea capaz de ver cómo el problema afecta su entorno y se busca una forma de prepararlo para ello. Finalmente, el proceso de liberación social que se da en la última etapa, busca generar una toma de consciencia de los problemas que pueden existir en la sociedad, busca encontrar opciones que sean adaptativas para lidiar con dichos conflictos.

Este trabajo de investigación tiene como objeto de estudio a las personas que pertenecen a las FFPP, mismas que deben tener un proceso de acoplamiento lejos de lo que ya conocen. Lo que genera una alteración en los procesos cognitivos ya que se producen nuevas construcciones sociales que pueden o no afectar a las familias. Por lo que se consideró necesario conocer más a profundidad sobre las FFPP.

Las Fuerzas Públicas del Ecuador

Dentro de la línea de defensa del Ecuador se encuentra el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas (CCFA) que está conformado por la Fuerza Terrestre (milicia), la fuerza naval (marina) y la fuerza aérea ecuatoriana. Asimismo, dentro de las fuerzas que operan con la función de mantener el orden público, y por fuera del CCFA se puede encontrar la Policía Nacional. Según la RAE, se puede definir como Fuerza Pública al “cuerpo armado, permanente y de naturaleza civil encargado de la seguridad y el ejercicio de los derechos y libertades de los habitantes” (2022).

Considerando que estas cuatro grandes instituciones que están basadas en la protección del territorio nacional y los habitantes dentro de la misma, se puede condensar el objetivo y la misión de las mismas alrededor de la ejecución de las operaciones correspondientes que van a permitir la

seguridad y desarrollo de la nación, así como el promover la paz, mantener el orden público y proteger el ejercicio con libertad de los derechos y la seguridad de las personas haciendo uso de medios de disuasión y conciliación como alternativas al uso de la fuerza. Según el artículo 158 de la Constitución Nacional de la República del Ecuador (2008) se dice lo siguiente:

Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional son instituciones de protección de los derechos, libertades y garantías de los ciudadanos. Las Fuerzas Armadas tienen como misión fundamental la defensa de la soberanía y la integridad territorial. La protección interna y el mantenimiento del orden público son funciones privativas del Estado y responsabilidad de la Policía Nacional. Las servidoras y servidores de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional se formarán bajo los fundamentos de la democracia y de los derechos humanos, y respetarán la dignidad y los derechos de las personas sin discriminación alguna y con apego irrestricto al ordenamiento jurídico.

Principales diferencias con otras profesiones

Parte del conocimiento popular que existe alrededor del trabajo que realizan las personas de las fuerzas públicas se centra sobre el hecho de que estos ejercen una ocupación “dura”, llena de responsabilidades que requieren mucho esfuerzo y la exposición ante situaciones de alto riesgo. Según un estudio del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, 1993) los Agentes de policía ocupan el segundo lugar como la profesión con la tasa más alta de homicidio ocupacional.

Desde la psicología policial se abordan los llamados incidentes críticos, situaciones de riesgo y vulnerabilidad para el policía y su entorno (compañeros y familiares), acontecimientos que conllevan una elevada exigencia emocional para el policía.

Como se mencionó el trabajo en las Fuerzas Públicas conlleva un trabajo que puede ser visto como difícil no solo a nivel físico, sino que también a nivel mental. González, et al. (2005) definen el término “carga mental”, como

el “costo cognitivo en el que se incurre al tratar de afrontar las demandas cognitivas” (p. 20) de alguna tarea.

Justamente, el trabajo dentro de estos cuerpos armados es uno de los que más conlleva esta carga mental en comparación con el resto de las profesiones. Para explicar cómo se puede medir el nivel de carga mental implicado en el desempeño de labores específicas, De Puelles (2009) señaló lo siguiente:

Se parte de la aceptación de que no todas las tareas profesionales conllevan las mismas exigencias cognitivas, de capacidad de procesamiento de información. Algunas tareas y profesiones requieren, en comparación a otras, un nivel más elevado de atención, concentración, memorización... y por ello son consideradas con mayor nivel de carga mental (p.175).

Perfil de las personas de Fuerzas Públicas

Más que describir las funciones y características de esta profesión, es de mayor importancia comprender a las personas que la conforman; por lo que, dentro de este apartado, se apuntará a especificar las características comportamentales, personológicas y emocionales de las personas de las FFPP, no solamente dentro de lo que dicta la ley, sino que también dentro del marco de la realidad.

Según la Escuela Superior Militar Eloy Alfaro, los usuarios de las Fuerzas Públicas “son los futuros oficiales del Ejército ecuatoriano hombres y mujeres leales, íntegros, respetuosos de los derechos humanos, los mismos que deben tener aptitudes, destrezas y vocación de servicio a la Patria” (ESMIL, 2022).

Para entender más a profundidad el perfil de las personas de las FFPP se desarrollarán las características, comportamentales, personológicas y emocionales de manera que se puedan comprender los constructos sociales que existen alrededor de los miembros de esta institución.

Dentro de los requisitos de personalidad necesarios para que un individuo pueda ingresar a trabajar dentro de las fuerzas públicas, se debe, según la Academia ASPOL Alicante y Petrer (2023):

Estar marcada por la responsabilidad, la integridad, la disciplina, el buen el trato con los ciudadanos, la dedicación, el autocontrol, el espíritu de equipo y una gran capacidad de adaptación. Es decir, debe ser una persona a la que le guste la aventura, las emociones fuertes, el trabajo bajo presión.

También es muy importante tener una gran capacidad de comunicación y empatía. Es fundamental tener respeto por los derechos humanos, ética y lealtad. Y finalmente, lo más importante, una persona que quiere acceder a policía debe tener, ante todo, vocación por este trabajo.

Los pacientes pertenecientes a las Fuerzas Públicas con los que se ha tenido consulta han presentado ciertos rasgos muy repetitivos en cuanto a su conducta y su postura dentro de las terapias individuales. Primeramente, muchos de ellos se muestran desde una perspectiva de superioridad; el título de policía, militar, marino, les genera un sentimiento de autoridad, un sentimiento de grandeza ante los demás. Al momento de llevar a cabo las consultas, se evidencia que poseen una conducta compulsiva en base a los relatos y los pensamientos e ideas que muestran.

Si bien es cierto, la impulsividad también los lleva a ser muy demandantes, quieren todo rápido, en el momento. Debido a su conducta adictiva, sus personalidades se vuelven manipuladoras e intentan llevar toda consulta y proceso para su beneficio. Dicen lo que piensan que un profesional quiere escuchar, omiten ciertos acontecimientos e intentan mantener un mejor perfil para poder salir antes con el pensamiento de que ya no volverán a consumir.

En muchos de los casos, este tipo de conducta suele ser un autoengaño que ellos poseen, en dónde únicamente se perjudican a sí mismos. Una de las características más presentes en cada uno de los pacientes es la baja tolerancia que tienen ante la frustración. En el momento en que se les dice algo con lo que no están de acuerdo o se les niega algún

permiso, buscan cualquier pretexto para no asistir a las consultas o a las terapias grupales, no colaboran y además tienen mal carácter.

Intervención de la familia y la sociedad en la formación de los constructos epistemológicos de las personas de las FFPP con adicciones

Al momento de llevar una consulta psicológica con un personal de las fuerzas públicas, se puede evidenciar en su conducta, una falta de interés en cuanto al proceso de recuperación. Únicamente existe un trabajo a consciencia cuando la persona es consciente de los problemas que tiene y deja de lado la negación. Si bien es cierto, muchas de las personas ingresadas en la institución, optan por ver el internamiento como un descanso del trabajo y solamente se preocupan cuando tienen el riesgo de perder su puesto de trabajo.

Un constructo, según Puhakka (2010), es la “idea de que las personas construyen los hechos al predecirlos sobre la base de la experiencia y el aprendizaje” (p.370). Este concepto, tomado de la Teoría de los constructos personales de Kelly (1955) explica que, la forma en que se ven e interpretan los acontecimientos, predomina sobre la objetividad de estas circunstancias sucedidas.

Para abarcar una mejor comprensión de este concepto, es importante comprender que “mediante el Constructo Personal, es decir, la captación simultánea de similitud y diferencia entre acontecimientos, la persona comprende la realidad y anticipa el futuro” (Universitat de Barcelona, s.f.).

Es apropiado pensar que las familias tienen una función dentro de la vida de cada individuo, esta es, la de ser pilar principal para el desarrollo de pensamientos e ideas sobre cómo cada persona concibe el mundo. Entonces, si hablamos acerca de la formación y educación que una persona recibe, estaríamos hablando de que sus constructos irán en base a lo aprendido y adquirido por parte de su familia.

La forma en la que una persona es y se desarrolla dentro de las situaciones que afronta a lo largo de su vida, va dictada por medio de lo

instruido en el hogar (lugar de crecimiento), en donde tuvo todas sus primeras enseñanzas y experiencias traumáticas. Esta es la primera instancia que da a los seres humanos una noción de las cosas.

Luego, por fuera de la institución familiar, se forman nuevos constructos sociales desde las vivencias e interacciones con los compañeros de escuela y la sociedad. Esto, se da como parte del proceso de desarrollo común, donde el ser humano, se interrelaciona con el medio ambiente y la sociedad. A partir de esto, los constructos se amplían y también pueden ir cambiando.

Para el caso de las personas pertenecientes a las Fuerzas Públicas, al momento de ingresar a la institución o academia que los forma como policías, militares, etc., también se genera un proceso de alteración de los constructos debido a que el pensamiento que se tienen sobre este tipo de grupos laborales es diferente a la realidad con la que muchos de los usuarios se encuentran. En los grupos de Fuerzas Públicas predomina un sistema disfuncional que vela por los intereses de los altos mandos.

Si bien es cierto, la corrupción del sistema dentro de las Fuerzas Públicas es de conocimiento popular; sin embargo, la idea general que se tiene de este cuerpo, o el constructo social base que predomina a su alrededor es que son los buenos, la ley, las normas.

Ahora, cuando hablamos del personal de las Fuerzas Públicas, hay que tener presente diferentes aspectos que delimitan la población, entre los cuales, tendrán mucha relevancia, la familia de la que provienen, su nivel socioeconómico, la educación que hayan recibido y las vivencias que hayan tenido. El grupo que generalmente pertenece a las Fuerzas Públicas suele tener familias disfuncionales con muchos conflictos y una predisposición ante el consumo debido a que, en generaciones anteriores de la misma familia, ha existido ya un índice de consumo acompañado de abusos psicológicos, verbales y físicos.

Al momento en que ellos consumen, se da una incongruencia entre la creencia positiva de ellos mismos como ley y su trasgresión a esta misma. Entonces, lo que sucede es que los constructos que tenían sobre sí mismos

se ven traicionados no solo con ellos, sino que también con sus familiares y aún más importante, con la patria que juraron proteger.

Como se mencionó dentro del segundo capítulo, las expectativas de autoeficacia se ven desenvueltas dentro de distintas dimensiones; para una persona con conductas adictivas, estas se ven distorsionadas. En la tabla a continuación se muestra cómo opera la autoeficacia en personas con y sin conductas adictivas.

Tabla 10

Funcionamiento de la Autoeficacia en personas con y sin adicciones

1. Dimensiones de la autoeficacia

Generalidad	
Persona sin adicciones	Persona con adicciones
Las expectativas creadas en una persona sin adicciones de experiencias tanto de éxito como de fracaso dan como resultado el haber aprendido a responder de forma eficaz ante las situaciones que se presenten en el futuro.	En las personas con conductas adictivas la respuesta ante situaciones positivas o negativas no es eficaz y puede llevar a un fracaso que evolucione en un pensamiento de incapacidad para resolver futuros conflictos.
Fuerza	
Persona sin adicciones	Persona con adicciones
Una persona sin adicciones posee mayor estabilidad en sus convicciones de autoeficacia, por lo que ante eventuales fracasos se esforzará para conseguir determinados resultados.	Un individuo con conductas adictivas se encontrará frente a situaciones conflictivas en dónde deberá esforzarse por obtener una solución, pero ante la inestabilidad de sus convicciones de autoeficacia, optará

por recurrir al consumo para poder escapar de dichas situaciones.

Magnitud

Persona sin adicciones

Un sujeto sin adicciones tiene mayor expectativa de autoeficacia ante una situación que sea más demandante de lo normal debido a que tiene mayor convicción para hacer frente a los pasos de una meta planteada.

Persona con adicciones

En el caso de una persona con conducta adictiva, realizar una tarea elaborada que conlleve muchos pasos puede ser muy difícil debido a que hay un alto nivel de frustración al momento de realizar actividades complicadas.

2. Fuentes de información acerca de la autoeficacia

Resultados de la conducta

Persona sin adicciones

Una persona que practica constantemente una actividad con una meta en específico es capaz de aumentar sus expectativas de autoeficacia a medida que logra pequeños éxitos repetidos, motivándose a sí mismo a continuar realizándolas.

Persona con adicciones

Una persona con conductas adictivas que realiza actividades para alcanzar una meta en específico y se rinde al fracasar en ciertos pasos, no es capaz de desarrollar expectativas positivas sobre sí mismo debido a que nunca termina lo que empieza.

Experiencias vicarias

Persona sin adicciones

Cuando un sujeto observa a individuos similares a él que están realizando acciones desafiantes y de las cuales logran adquirir resultados favorables, se puede llegar a generar

Persona con adicciones

Cuando el sujeto observa a otros compañeros realizando actividades amenazantes como el consumo de drogas, aparentemente sin consecuencias debido a su falta de

dentro del observador expectativas de alcanzar los mismos resultados y beneficios, por lo cual persiste en sus esfuerzos para también poder mejorar su desempeño.	conocimiento sobre los efectos de las sustancias, lo imita con una disminución en su expectativa de autoeficacia para también poder evitar dichas consecuencias.
---	--

Persuasión verbal

Persona sin adicciones

Persona con adicciones

Es más probable que los sujetos sin adicciones posean más competencias para actuar ante situaciones complejas futuras si es que reciben retroalimentación positiva sobre sus capacidades en cuanto al desempeño de labores realizadas.

En muchas ocasiones, las personas con conductas adictivas reciben etiquetas por parte de personas de su entorno social que les disminuyen el nivel de expectativa de autoeficacia llamándolos “ebrios”, “drogadictos”, “buenos para nada”, lo cual acaba por limitarlos debido a que pueden llegar a pensar que nunca serán o que no valen más que eso, por lo que mantienen la conducta.

Estados emocionales

Persona sin adicciones

Persona con adicciones

En el caso de una persona sin adicciones existe la capacidad de identificar los estados emocionales de displacer para de esta manera poder prevenir que estos afecten la estabilidad emocional del individuo y que se pueda continuar con su meta sin conflictos que alteren el proceso.

Para una persona con adicciones que se encuentra constantemente en estado de ansiedad se da una pérdida de interés por realizar actividades, lo que provoca que no se formen situaciones de éxito o fracaso que ayuden a desarrollar su sentido de autoeficacia.

3. Autorregulación

Autoobservación

Persona sin adicciones

Cuando una persona es capaz de observar su propia conducta, puede reflexionar sobre sus acciones ante alguna actividad o meta que quiera realizar y de esta forma adquirir mejores resultados que lo motiven a continuar.

Persona con adicciones

Una persona que se encuentra en consumo será incapaz de regular su conducta debido a que no podrá observar su propia conducta al momento de realizar alguna actividad y, por ende, no podrá tomar decisiones acerca de los pasos a seguir.

Autoevaluación

Persona sin adicciones

Cuando una persona se plantea metas a cumplir, constantemente recurrirá a autoevaluarse con el propósito de adquirir motivación en base a su desempeño. Al cumplir los requerimientos con eficacia, el individuo será capaz de continuar enfocado en su meta final.

Persona con adicciones

Las personas con conductas adictivas son más propensas a realizar juicios de valor negativos con respecto a sus conductas, por lo que se verá disminuida su fijación de metas y por lo tanto la dirección de su conducta.

Autorreacción

Persona sin adicciones

Cuando las personas condicionan la autosatisfacción y gratificación a su buen rendimiento en ciertos dominios, se están motivando a sí mismos para alcanzar los resultados deseados.

Persona con adicciones

Al encontrarse en consumo, el autoconcepto se encuentra afectado y la sensación de autoeficacia disminuye debido a la existencia de autorreacciones negativas que son percibidas por el individuo al experimentar un sentimiento de

fracaso por alguna actividad u objetivo que se haya planteado a cumplir y que haya generado un sentimiento de frustración por no haber sido capaz de realizarlo.

Nota. Elaboración propia.

Las distorsiones cognitivas van a depender del sistema de creencias formado por el individuo a lo largo de su vida. En las personas con adicción son los factores de riesgo los que afectan principalmente a este tipo de grupo, por lo que en la tabla a continuación se describen algunas de las distorsiones cognitivas con las que más se identifican los pacientes.

Tabla 11

Ejemplos de distorsiones cognitivas en personas de las Fuerzas Públicas

Distorsiones Cognitivas	Ejemplo
Necesidad de aceptación	“Tuve que probar otras drogas porque mis compañeros del cuartel lo hacían porque si no, pensaban que era cobarde”.
Altas auto-expectativas	“Soy ingobernable; cuando estoy bajo el efecto de las sustancias me siento invencible y nadie me puede decir qué hacer”.
Culpabilización	“Yo me encargo de que todos los que cometen algún delito sean castigados”.
Reacción a la frustración	“Cuando llegaba a casa y no podía dejar de pensar en el trabajo, lo único que esperaba era que mi esposa tuviera la casa limpia y la comida, pero no era así, entonces me desquitaba saliendo distraerme y terminaba consumiendo”.

Irresponsabilidad Emocional	“Mis hijos y esposa me tienen miedo porque dicen que siempre me molesto mucho cuando consumo, pero yo qué puedo hacer”.
Preocupación acerca de futuros problemas	“Yo sé qué consumir no va de acuerdo a la ley, pero igual todos dentro de la base ya lo hacen así que no voy a hacer ninguna diferencia”.
Evitación de problemas	“Yo no soy alcohólico, yo no soy un drogadicto más de la calle, lo tengo todo bajo control”.
Dependencia	“Yo sé que consumir no está bien, pero sé que cuando Dios quiera, me va a ayudar para dejarlo”.
Indefensión	“Yo no planeaba empezar a consumir pero que a veces los jefes son los que ofrecían y no podía seguir negándome y quedando mal”.
Perfeccionismo	“Consumir me ayuda a estar más concentrado y a hacer mejor mi trabajo”.

Nota. Los ejemplos se basaron en testimonios expuestos en terapias grupales con los pacientes del Hospital de Salud Mental.

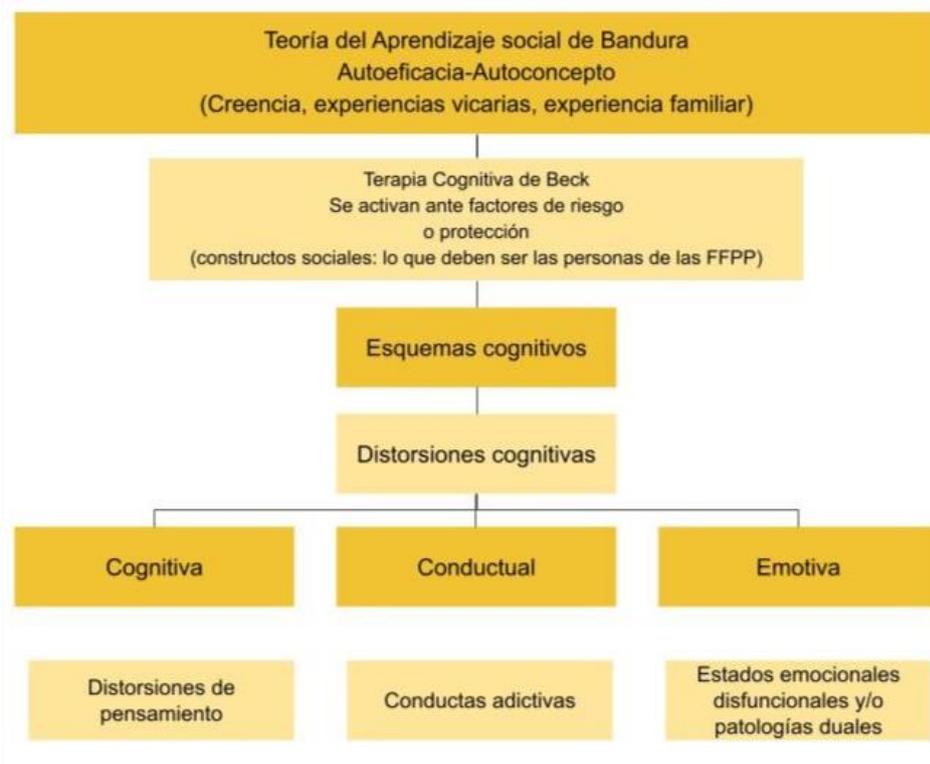
A continuación, se explicará un esquema que facilitará la comprensión de todo el proceso que se da por medio del Aprendizaje Social de Bandura en cuanto al consumo de sustancias. Se comprende que la autoeficacia y el autoconcepto que los individuos poseen tendrá mucha relevancia sobre el posible desarrollo de una conducta adictiva, además que trabajar en estos conceptos ayudará al individuo consumidor de sustancias a ser capaz de dejar atrás el consumo.

Es necesario tener presente que los constructos establecidos a lo largo de la vida de un individuo definirán los pensamientos y decisiones que este haga ante situaciones específicas; esto se puede ver explicado a través del

Modelo Cognitivo de Beck que toma como parte importante del desarrollo las relaciones familiares y sociales tempranas de los individuos. Es por esto que hay que tener muy presentes las distorsiones cognitivas que se van formando, las cuales pueden influenciar de manera negativa dentro de la autoeficacia y los pensamientos que se pueda tener. Estas distorsiones pueden afectar tanto a nivel cognitivo, como conductual y emocional, lo que da como resultado las conductas adictivas.

Figura 1

Construcciones mentales y las conductas adictivas



Nota. Elaboración propia.

En la mayor parte de los casos es el ambiente laboral mismo de las personas de las Fuerzas Públicas el que influye dentro de ellos. Es por esto que terminan yéndose de contra de sus propias creencias inscritas a lo largo de sus vidas e incluso llegan a traicionar a su Patria al caer en conductas adictivas y actividades delictivas que son precisamente una de las cosas contra las que intentan luchas a diario para evitar.

Visión de las necesidades, intereses, problemas y soluciones (NIPS)

Realizar un trabajo en base a los usuarios de las fuerzas públicas abarca mucho contenido relevante para el propósito del trabajo de investigación, es por eso que se requiere realizar una exploración en cuanto a las necesidades, intereses, problemas y soluciones que esta población pueda presentar a lo largo de su proceso de recuperación.

Las personas pertenecientes a las fuerzas públicas suelen llegar al Hospital de Salud Mental con ciertos problemas tanto en áreas personales, cómo laborales o familiares, incluso en muchos casos tienen problemas económicos y deudas de por medio.

Necesidades

Al momento de hablar sobre necesidades de los pacientes que presentan un consumo de sustancias compulsivo se encuentran diferentes necesidades para poder corregir esta conducta. Normalmente los pacientes de las fuerzas públicas llegan por problemas en sus trabajos, por lo cual para ellos es necesario dejar la conducta adictiva por completo debido a que esta está interfiriendo con sus puestos laborales. Para lograr esto, ellos necesitan trabajar sus casos tanto en terapia individual, cómo en grupal, de manera que puedan adquirir nuevos aprendizajes y aprender hábitos que beneficien su conducta y así, su vida en sí.

Por lo general, lo que buscan también los pacientes además de solucionar sus problemas laborales y legales, es trabajar en sus problemas familiares y, para esto, necesitan realizar sesiones de terapia familiar en dónde no solo logren arreglar los conflictos que hayan existido, sino que también son capaces de establecer una red de apoyo más firme que les permita evitar una recaída al salir de la institución. Muchos de los pacientes necesitan trabajar en su propia autorregulación emocional y conductual para lograr resolver los problemas de pareja o parentales que tengan (aquí en este caso también ayudan las terapias grupales debido a que se enseñan muchos temas de psicoeducación).

Intereses

Generalmente dentro de los intereses que ellos se plantean una vez que comienzan a trabajar sus casos específicos dentro de las terapias grupales e individuales; dan mucha importancia a recuperar a sus familias o pareja, buscan arreglar sus problemas en el trabajo e intentan reincorporarse en sus puestos sin tener ningún tipo de infracción o proceso legal, además de esto, en muchos casos los pacientes presentan otro tipo de problemas legales cómo: demandas o multas y muchas deudas.

Una vez realizado realmente un proceso de aceptación y compromiso con la terapia, comienzan a tener interés por dejar la conducta adictiva y compulsiva e intentan trabajar ciertos conflictos que encuentran dentro de sus historias personales y que antes evadían.

Problemas

Algunos de los principales problemas a los que se enfrentan en esta población son los hogares disfuncionales que vienen dados desde su infancia, mismos que dan paso a experiencias vitales traumáticas, hasta los que ellos han formado ya en su vida adulta. Otro problema es el poco control de conductas nocivas que además son de fácil acceso debido a la naturaleza del trabajo, mismo que les genera otro problema: desenvolverse al margen del marco legal. Finalmente, pero no menos importante, en estos pacientes es común detectar un significativo deterioro funcional por el abuso de estas sustancias psicoactivas.

Soluciones

Se considera que algunas de las soluciones más factibles son la realización de intervenciones psicoterapéuticas tanto a ellos como a sus familiares. Implementar la psicoterapia individual será un factor contribuyente para desarrollar nuevos patrones de conducta mediante la rehabilitación cognitiva basada en un plan de intervención elaborado a partir de sus necesidades individuales.

Finalmente, luego de plantear la forma en que se ven relacionadas directamente la disfuncionalidad de las familias con la elaboración de los

constructos de las personas de las Fuerzas Públicas, se puede llegar a comprender el nivel de influencia que los aprendizajes y creencias pueden generar dentro de los individuos, y cómo es fundamental tener presente a la sociedad dentro del desarrollo de la personalidad y la conducta. Estas son características que se deben tener presentes siempre ante la expectativa de los integrantes de las Fuerzas Públicas, debido a que estos no son siempre lo que la sociedad piensa.

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

La presente investigación se llevó a cabo a partir de un enfoque mixto, es decir que se tomaron en cuenta aspectos cualitativos y cuantitativos. Como lo expresan Hernández et al. (2003): “los métodos mixtos caracterizan a los objetos de estudio mediante números y lenguaje e intentan recabar un rango amplio de evidencia para robustecer y expandir nuestro entendimiento de ellos” (p.537).

Se consideró adecuado el abordaje desde un enfoque cualitativo ya que está diseñado de tal forma adaptable que permite una comprensión del fenómeno en cuestión de manera más profunda y la asimilación de los elementos e indicadores principales del problema de estudio a través de la revisión de fuentes bibliográficas.

La investigación cualitativa tiene clara la conveniencia de captar los eventos unidos al significado, con lo que representan para quienes lo viven; sus métodos cualitativos se adecuan más a buscar la comprensión, que la predicción, pretender dar cuenta de la realidad social, comprender su naturaleza. No tiene pretensiones universales de alta generalización, aunque no las excluye y hasta podría afirmarse que es uno de sus fines remotos. (Mesías, 2010)

Por otro lado, el enfoque cuantitativo permitió recopilar datos y porcentajes de los tests aplicados a los pacientes del Hospital de Salud Mental del área de adicciones puesto que “en una investigación cuantitativa se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento (muestra) a una colectividad mayor (universo o población)” (Hernández et al., 2003, p.6). Además, más adelante este mismo autor Hernández et al. (2003) explican sobre el enfoque cuantitativo que:

Ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista basado

en conteos y magnitudes. También, brinda una gran posibilidad de repetición y se centra en puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares. (p.15)

Paradigma/ modelo

Dentro de este trabajo de investigación se utilizó un paradigma de tipo interpretativo que se encuentra en relación con la investigación cualitativa ya que permite realizar un análisis a nivel individual y específico de la problemática planteada. Esto ayudó a obtener una mejor perspectiva de cada caso por separado y en base a eso se pudo interpretar los resultados de forma independiente. Santos (2010) señala sobre el paradigma interpretativo que:

En él no se pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiado. Dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación (creencias, intenciones, motivaciones, interpretaciones, significados para los actores sociales), interpreta y evalúa la realidad, no la mide. (p.6)

De esta manera se puede comprender cómo el paradigma interpretativo tiene una función clave dentro de nuestro trabajo de investigación debido a que permite analizar los resultados de cada individuo sin tener presente ningún tipo de creencia, intención o interpretación previa al análisis bajo el que se lo está evaluando. Utilizando este valor interpretativo se intenta ubicar los rasgos que no se pueden percibir a simple vista y de esta forma tener una mejor comprensión sobre los pensamientos y creencias de la población con la que se está trabajando.

Método

El método que se utilizó en la presente investigación fue el descriptivo, que permitió analizar la forma en que el sistema de creencias formado a partir de las relaciones familiares disfuncionales se relaciona con la predisposición a desarrollar conductas adictivas al consumo de sustancias psicoactivas. Según Hernández et al. (2003) “pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las

que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (p.92).

Debido a que la investigación está dirigida a la comprensión de cada sujeto de manera individual, sin ubicar a la población cómo una sola con la que se trabaja, el método descriptivo resultó muy eficaz y permitió analizar de forma específica cada caso. Este método permitió que los resultados adquiridos mediante entrevistas y tests tengan un valor individual y específico el cual ayuda a obtener una mejor percepción del problema principal y la realidad que viven muchas personas.

Técnicas e instrumento de recopilación de información

La técnica utilizada para recolectar la información en la presente investigación fue: la recopilación de fuentes bibliográficas, la aplicación de una batería de tests y entrevistas realizadas a profesionales del Hospital de Salud Mental.

El primer instrumento de recopilación de información utilizado para este trabajo de investigación fue la revisión bibliográfica que “tiene como propósito presentar una síntesis de las lecturas realizadas durante la fase de investigación documental, seguida de unas conclusiones o una discusión. Búsqueda y selección de fuentes de información sobre el problema o la pregunta de investigación” (Peña, s.f., pág.2). El propósito de realizar una revisión bibliográfica es poder fundamentar la información planteada durante el trabajo, a través de estudios e investigaciones realizadas por otros autores previos que posibilitaron la formulación de este trabajo.

Otro instrumento aplicado para la investigación fue la batería de test permite que el trabajo de investigación fundamente su contenido en pruebas psicológicas confiables, las cuales ayudan a adquirir una mejor perspectiva sobre la población con la que se está trabajando y el caso individual de cada uno de los miembros de dicha población. Lotito (2015) lo define de la siguiente manera:

Son instrumentos experimentales con una firme base científica y una amplia validez estadística que tienen como finalidad la medición y/o

evaluación de alguna característica psicológica –ya sea específica o general de un determinado sujeto–, tal como lo puede ser, por ejemplo: (a) el proceso de medir su nivel de inteligencia para efectos de poder comparar su rendimiento intelectual en relación con su grupo de pares, (b) la evaluación y medición de los rasgos generales de personalidad de un individuo, (c) la determinación de un perfil psicológico específico, (d) la constatación –a nivel clínico y psiquiátrico– de trastornos mentales y el consiguiente diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico. (párr. 6)

La idea de realizar tests fue poder obtener respuestas estandarizadas y elaboradas con fundamentos teóricos que avalen oficialmente los resultados que se obtengan, para de esa manera sustentar la investigación realizada.

Los tests aplicados para la presente investigación fueron el Test de Creencias de Albert Ellis y el MCMI-III de Millon, mismos que sirvieron para poder correlacionar las distorsiones cognitivas de los sujetos con las manifestaciones de los patrones clínicos de personalidad.

Sobre el primer test aplicado a los pacientes para la presente investigación, se consideró la importancia de este instrumento porque tal como expresaron Chaves y Quinceno (2010) este “permite la evaluación psicológica de personas sin una psicopatología establecida, y ha mostrado su utilidad en la investigación de diversas problemáticas, incluyendo la dimensión psicopatológica” (párr.3).

Por otro lado, para el segundo test utilizado, como indicó Ruíz (2019), el MCMI-III “se trata de una prueba para uso clínico en adultos, destinada a evaluar trastornos de la personalidad y diferentes síndromes clínicos (psicopatología)” (párr.3). Vale recalcar, que la razón por la que fue utilizado el MCMI-III en lugar del MCMI-IV es debido a que los baremos de este último no están estandarizados para la población latinoamericana.

Por último, para poder obtener información sobre la población a investigar, se aplicaron entrevistas a profesionales. Canales (2006) expresa que la entrevista constituye: “la comunicación interpersonal establecida entre

el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (p.163). Dichas entrevistas son del tipo semiestructuradas, según Hernández et al. (2003), son aquellas que:

Se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla. (p.403)

Al utilizar entrevistas, se pudo obtener una variedad de opiniones profesionales que permitieron encontrar diferentes perspectivas y opiniones repetidas que comprueben los fundamentos de las mismas. Si una pregunta obtiene más de una respuesta igual proveniente de profesionales con años de experiencia en el campo de algún tema específico, se puede pensar que la respuesta posee los fundamentos necesarios para estar justificada cómo algo cierto.

Población

La población sobre la que se trabajó en la presente investigación estuvo compuesta por veinte adultos de entre 25 y 40 años de edad, mismos que son miembros de las Fuerzas Públicas del Ecuador (policías, marinos, militares y oficiales aéreos) que se encontraban internados en el área de Conductas Adictivas del Hospital de Salud Mental.

Dicha población fue utilizada para la investigación con el fin de recolectar datos de los tests aplicados en relación con sus distorsiones cognitivas y los rasgos de personalidad que predominan.

Asimismo, se elaboraron diez preguntas que fueron aplicadas a seis profesionales del área de la salud mental que forman parte del Hospital de Salud Mental. Dicha población estuvo conformada por dos psicólogos clínicos, dos terapeutas vivenciales y dos médicos psiquiatras con los que se obtuvo datos e información sobre los pacientes que rigen la presente investigación.

Las preguntas realizadas durante la entrevista fueron formuladas a partir de la matriz de operacionalización de variables que permitió construir diez preguntas que responden a las variables principales de nuestra investigación. En el siguiente apartado se expone el formato de las preguntas realizadas a los profesionales encuestados:

Tabla 12

Operacionalización variables

Variable (categoría)	Subvariable (subcategoría)	Preguntas a especialistas
Sistema de creencias	Autoeficacia	¿Considera que la autoestima influye sobre el sistema de creencias de los pacientes de las FFPP que presentan conductas adictivas?
	Organización cognitiva	¿Considera necesario reforzar la autoestima de las personas con conductas adictivas para mejorar su proceso de recuperación? ¿Cómo lo haría?
	Distorsiones cognitivas	¿Cuáles son las distorsiones de pensamiento que predominan dentro de los pacientes de las FFPP con conductas adictivas?
Conductas adictivas	Neurobiología de la adicción	¿Qué relación hay entre el circuito de recompensa y la búsqueda de gratificación por medio del consumo de sustancias psicoactivas en las personas de las FFPP?
	Uso, Abuso y Dependencia	¿Desde su experiencia, dentro del programa de intervención del Hospital se realiza alguna diferenciación entre

		el uso, abuso y la dependencia al consumo de sustancias?
	Patología dual	¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas es un trastorno, un síntoma o una consecuencia de otro trastorno mental? ¿Cuáles serían los trastornos más comunes en este tipo de personas?
	Factores de riesgo y protección	¿Cuáles suelen ser los principales motivos o gratificaciones por los que las personas con conductas adictivas empiezan a consumir estas sustancias?
Relaciones familiares disfuncionales	Sistema de creencias	¿De qué manera influyen las relaciones familiares disfuncionales sobre el sistema de creencias y cómo se relaciona con el consumo?
	Conductas adictivas	¿Cómo varían las conductas adictivas a lo largo de las fases del tratamiento?
	Personal de Fuerzas Públicas	¿Cree que el sistema de creencias del personal de las FFPP se ve influenciado necesariamente por las relaciones familiares disfuncionales y esto a su vez influye en sus conductas adictivas?

Nota. Elaboración propia.

CAPÍTULO 5

Presentación y análisis de resultados

Presentación de datos cuantitativos

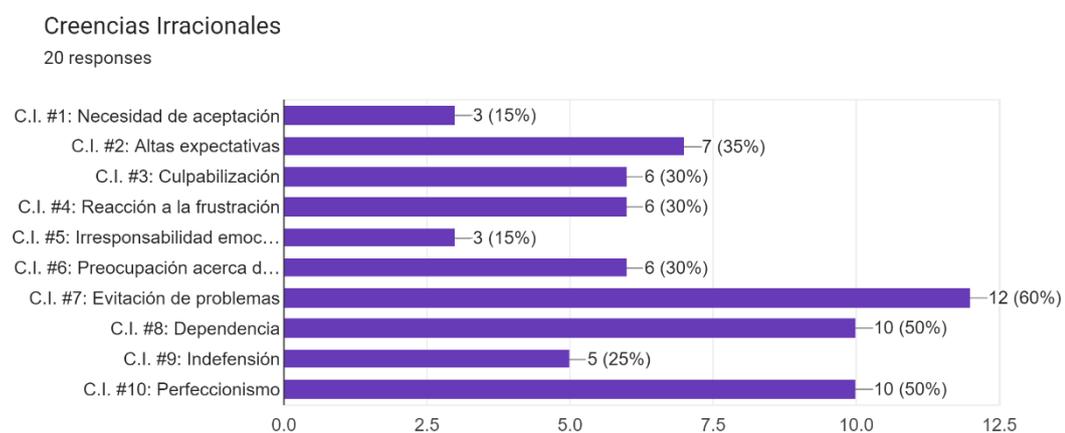
La recolección de datos para la primera parte de la presente investigación fue realizada a través de la técnica de aplicación de tests realizados a pacientes del Hospital de Salud Mental del área de conductas adictivas, mismas que fueron aplicadas dentro de las instalaciones y consentidas por todos sus participantes.

Test de Creencias de Ellis

Dentro de los 20 Tests de Creencias de Ellis aplicados a los pacientes, se recopiló la información basándose en seleccionar todas las creencias de cada paciente con una puntuación igual o mayor a cinco que determinan la marcada presencia de una distorsión cognitiva.

Figura 2

Creencias irracionales (C.I.) predominantes obtenidas del Test de Creencias de Ellis aplicado a los pacientes



Nota. Elaboración propia.

Como se muestra en la figura #2, se puede observar las creencias irracionales que predominan dentro de los 20 pacientes del Hospital de Salud Mental a los que fue aplicado el Test de Creencias.

Dentro de dichos resultados se pudo determinar que el tipo de creencia irracional más presente entre el personal con conductas adictivas de las Fuerzas Públicas es la #7, que corresponde a la Evitación de Problemas. 12 de los 20 paciente encuestados presentaron una calificación alta en este tipo de creencia irracional, misma que justamente se encuentra correlacionada con el consumo de sustancias para evitar afrontar los conflictos cotidianos.

Otra de las creencias más repetidas dentro de los pacientes al aplicarles la prueba, fue la #8, correspondiente a una creencia irracional de dependencia ante algo más fuerte o superior a uno mismo, que se puede ver en 10 de los 20 pacientes evaluados (la mitad de ellos). Esta creencia se puede ver mucho en este tipo de pacientes debido a que generalmente en su proceso de recuperación, tienden a tener expectativas sobre poderes divinos superiores que los salvarán porque ellos mismos no pueden.

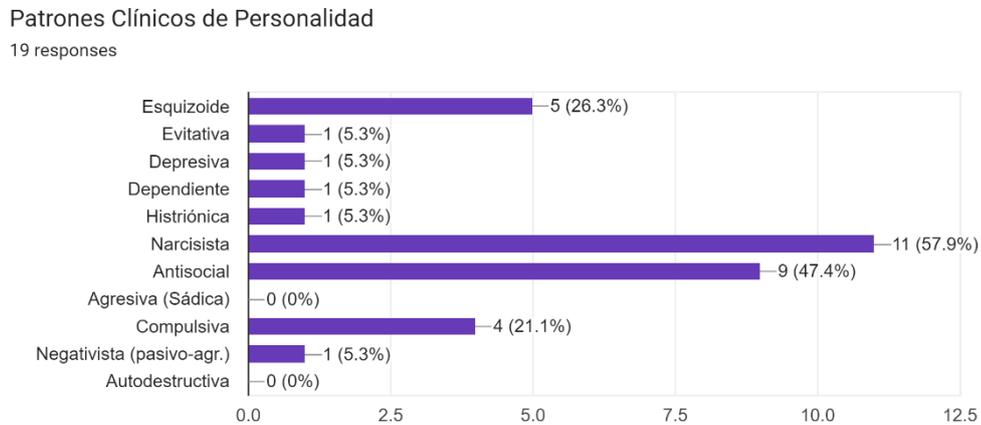
Finalmente, otra creencia también presente en la mitad de la población fue la #10 que habla acerca del perfeccionismo, fue otra creencia que se vio muy repetida entre los pacientes. En cuanto al perfeccionismo, se refiere a su conducta y su baja tolerancia ante la frustración que muestran al llegar al tratamiento. Ellos esperan que todo sea de una manera específica y que el proceso les permita regresar al trabajo sin problemas, pero muchas veces se encuentran con la realidad y esto les angustia.

MCMII-III (El Inventario Clínico Multiaxial de Millón III)

Los resultados de este inventario se recolectaron basándose en seleccionar los rasgos y patrones con una calificación igual o mayor a 75, que dentro de este instrumento se puede interpretar como síndromes clínicos o características de la personalidad destacables.

Figura 3

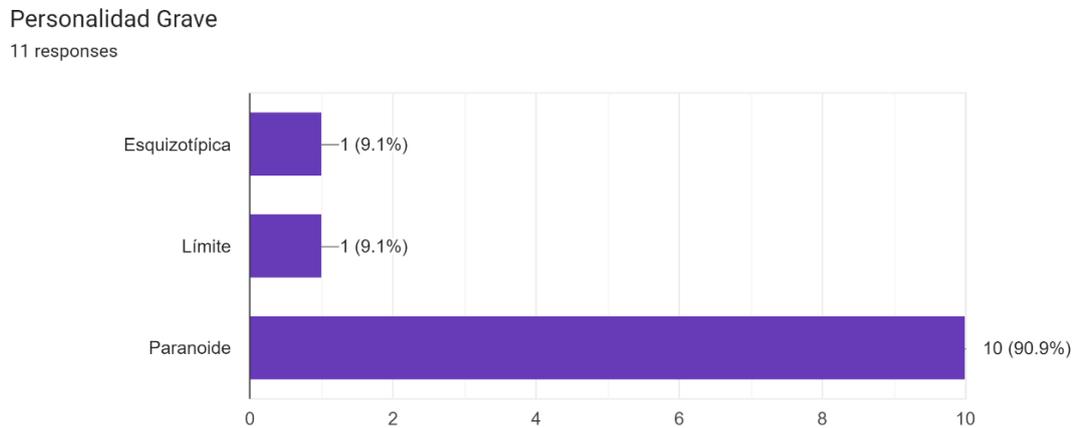
Escalas básicas de personalidad predominantes en los pacientes evaluados con el MCMI-III



En la figura 3 podemos observar cómo los patrones clínicos de personalidad que más se repitieron en la evaluación realizada, fue principalmente el rasgo de personalidad narcisista, la cual encaja con su creencia de que ellos son autoridad, son superiores por pertenecer al personal de las FFPP. Y segundo, el rasgo de personalidad antisocial, en dónde se puede ubicar sus pensamientos y conductas violentas y sus infracciones de la ley a pesar de pertenecer a la misma, no tienen sentido de la moral.

Figura 4

Trastornos clínicos de personalidad grave predominantes en los pacientes evaluados con el MCMI-III

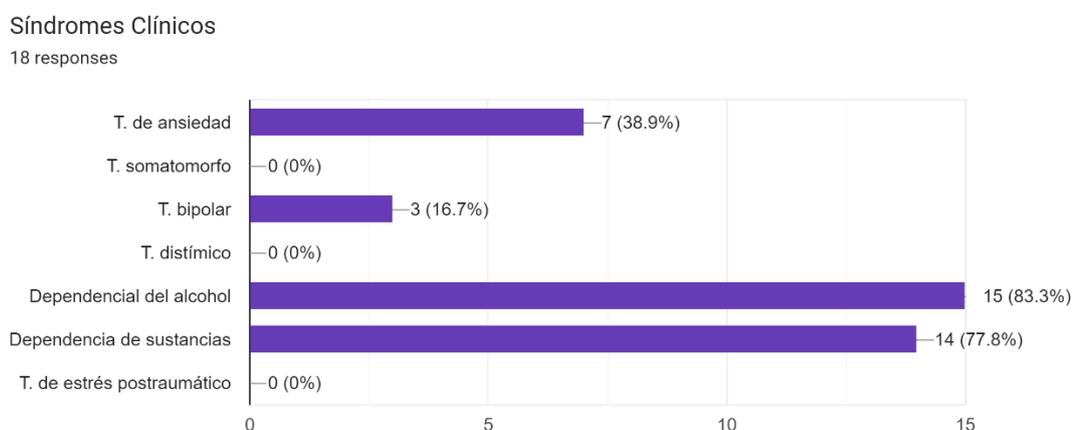


Dentro de las patologías graves de personalidad se pudo ubicar cómo un rasgo muy repetitivo a la paranoia. No todos los pacientes presentan un trastorno clínico de personalidad grave, pero en su gran mayoría los que lo presentan, tienen rasgos paranoides. Esto puede hacer referencia a su línea de trabajo, en donde constantemente atraviesan situaciones peligrosas.

También puede referirse a su miedo de perder el trabajo debido a que ellos son conscientes de que su conducta adictiva justamente va en contra de los principios de su trabajo. Estar involucrado en actividades ilegales cómo el consumo, es un ámbito en dónde sus vidas pueden correr riesgo.

Figura 5

Síndromes clínicos de personalidad predominantes en los pacientes evaluados con el MCMI-III



Finalmente, en los resultados encontrados del análisis de los síndromes clínicos más repetidos entre los pacientes evaluados, se pudo encontrar que efectivamente, muchos de ellos presentan una alta dependencia ante el alcohol y las sustancias. Además de esto, algunos de ellos parecen incluso tener rasgos de un trastorno de ansiedad y, por último, una minoría de ellos presenta también ciertos rasgos de un trastorno de bipolaridad.

Presentación de datos cualitativos

La recolección de datos para la presente investigación fue realizada a través de la técnica de aplicación de entrevistas realizadas a seis profesionales del área de la salud que trabajan actualmente en el Hospital de Salud Mental; los cuales consisten en dos psicólogos clínicos (P), dos terapeutas vivenciales (V) y dos médicos psiquiatras (M). Para el análisis de las entrevistas, estos se han codificado con los términos P1 y P2; V1 y V2; M1 y M2 respectivamente. Las entrevistas a los profesionales fueron realizadas de manera presencial en las instalaciones del hospital.

Pregunta 1. ¿Considera que la autoestima influye sobre el sistema de creencias de los pacientes de las FFPP que presentan conductas adictivas?

P1: “El problema de la autoestima con ellos no es que esté baja, sino más bien que es un reforzador para justificar muchas veces la conducta de consumo”.

P2: “Considero que no, que es lo contrario. La autoestima es la que depende del sistema de creencias, entonces si una autoestima es baja, sería un factor de riesgo, si una autoestima es alta, sería un factor de protección”.

M1: “Considero que sí, la autoestima influye sobre el sistema de creencias del paciente”.

M2: “Si decimos que la autoestima influye sobre las creencias, estamos de acuerdo en pensar que muchos de los pacientes que tienen alguna autoestima baja creen que ser policía o ser miembros de una fuerza pública les va a crear algún tipo de privilegio sobre el resto de la gente. Entonces, podemos ver que justamente este es uno de los problemas más grandes que se tratan en la institución”.

V1: Las creencias normalmente se establecen a través de un consumo proveniente de familias que utilizan drogas y que viene de mucho antes, de los padres, de los abuelos.

V2: “Por supuesto que sí. Acordémonos que es gente que viene de un estrato bajo en donde son familias disfuncionales. Entonces por esto, existe mucha falta de autoestima en toda esta esta creencia que tienen toda esta gente de la fuerza pública”.

Análisis. Todos los expertos a excepción de uno consideran que la autoestima influye sobre el sistema de creencias de los pacientes con conductas adictivas. P2, que opina lo contrario, establece que es porque la autoestima va a depender del sistema de creencias y no al revés pero que aún así representa un factor de riesgo. Asimismo, dos de los expertos opinan

que el consumo se da a partir de una autoestima elevada por pertenecer a las FFPP, lo que los posiciona en un pensamiento de posición de superioridad.

Pregunta 2. ¿Considera necesario reforzar la autoestima de las personas con conductas adictivas para mejorar su proceso de recuperación? ¿Cómo lo haría?

P1: “Yo diría más bien más que orientar hacia dónde está enfocada esa autoestima; es necesario hacer consciente aquello que necesite saber para poder hacer un plan de acción determinado y llevar a la acción todo aquello que se trabaja en psicoterapia”.

P2: “Más que reforzar la autoestima, es cambiar el sistema de creencias, porque si hablamos de que no existe autoestima en el individuo, no sería algo estable y se necesita una base que en algún momento va a permitir un proceso de recuperación”.

M1: “Por supuesto, se debe recuperar esa autoestima ya que algunos recurren por cuadros depresivos donde generalmente recurren al uso de alcohol o marihuana. Siempre busco mejorar su autoestima, hacerles ver o notar la diferencia que ellos tienen al consumir o no consumir, ayudar a que ellos puedan solucionar o mejorar su calidad de vida sin el uso de drogas”.

M2: “No solamente habría que reforzar, sino también hay que relativizar a través de mecanismos en los cuales, parte de la formación policial o militar, debería pulir la estructura de personalidad de cada uno de los individuos con el objetivo de que sean mejores servidores públicos”.

V1: “Si es necesario. Lo haría trabajando con el programa de Narcóticos Anónimos, en dónde se utilizan 12 pasos para entrar en recuperación y con esto, llegan a aceptar el consumo cómo una enfermedad”.

V2: “Claro que sí, se lo podría hacer trabajando. Realmente yo le tengo mucha fe al programa de rehabilitación de narcóticos anónimos y su programa de pasos, esto es lo que ayuda a la persona a valorarse”.

Análisis. Según las entrevistas, los expertos están de acuerdo en orientar la autoestima de los pacientes trabajando sobre el sistema de creencias. Por un lado, los dos operadores vivenciales mencionaron que ellos utilizarían el programa de 12 pasos de Narcóticos Anónimos, debido a que tienen mucha experiencia y confianza en el mismo.

Pregunta 3. ¿Cuáles son las distorsiones de pensamiento que predominan dentro de los pacientes de las FFPP con conductas adictivas?

P1: “Justifican el hecho de ser de Fuerzas Públicas y normalizan el consumo cada vez que se encuentran laborando de forma activa. Otra de las distorsiones cognitivas que más se ha encontrado es el hecho de que ellos entienden que el tratamiento al que tienen acceso lo pueden seguir usando hasta cuando se agote ya que se los cubre la propia institución”.

P2: “Una de las más comunes es que creen que pueden con el uso controlado de sustancias, otra de las que creencias que predominan es que se asocia al adicto con un delincuente, entonces eso no permite que pidan ayuda en una primera instancia por su problema de consumo, porque asocian a la adicción con la delincuencia”.

M1: “Las más comunes son las distorsiones negativistas o también podría decirse que hay un complejo de inferioridad y llegan a pensar que no tienen salida de las drogas y claro, si no reciben ayuda, puede ser tal vez hasta cierto punto una realidad”.

M2: “Generalmente están en contacto con las situaciones de consumo, microtráfico, etc. Si ellos no tienen bien estructuradas sus personalidades, si hay distorsiones en su pensamiento, si hay distorsiones en las creencias o baja autoestima, seguro van a ser presa más fácil de caer en las conductas adictivas”.

V1: “Las distorsiones son el robar, el sexo, pensar que las drogas nos dan una solución a nuestros problemas, pensar que el consumo es eficaz, pensar que

el consumo nos lleva a tener una diversión sana (en el momento de consumirla no se siente el problema)”.

V2: “Por lo general hay mucha distorsión de pensamiento más en la parte amoral. Nuestra fuerza pública es corrupta, hay mucha corrupción como ustedes saben, hay mucha corrupción en nuestro medio a nivel político”.

Análisis. Están de acuerdo en que las distorsiones de pensamiento son alrededor del sentido en que perciben a las sustancias. P1, P2, M2 y V1 establecen que hay mucha normalización de las drogas tanto a nivel laboral como a nivel social, por lo que empieza a darse una falsa sensación de control para el consumidor. Entre las opiniones de los entrevistados existe una discrepancia en cuanto a la postura social que los consumidores de las FFPP presentan, debido a que mientras que unos se sienten autoridad por su línea de trabajo y por eso sienten el poder de consumir sin que nadie pueda decirles que hacer, otros en cambio se sienten inferiores y buscan las sustancias para poder obtener este sentimiento de ingobernabilidad que las sustancias les generan.

Pregunta 4. ¿Qué relación hay entre el circuito de recompensa y la búsqueda de gratificación por medio del consumo de sustancias psicoactivas en las personas de las FFPP?

P1: “Buscar una satisfacción de una necesidad que ya no va a ser la misma recompensa que al inicio y ella marca obviamente la conducta patológica”.

P2: “Cuando una persona consume sustancias genera una recompensa en el en el cerebro. Eso va a ser que el individuo vuelva a consumir una segunda ocasión para volver a buscar la misma recompensa y eso a la larga se le genera un hábito”.

M1: “La relación existe por los centros de regulación dopaminérgica y la amígdala que se ven atrofiados por la reducción excesiva de sustancias y el uso crónico de las mismas”.

M2: “El paciente adicto generalmente hace que el circuito de recompensa (el cual está formado en el lóbulo límbico y todos sus subnúcleos) cada vez que ellos consumen obtengan mayor gratificación”.

V1: “El adicto busca una recompensa, se podría decir que comienza a intentar llenar sus vacíos con cosas materiales. El consumir le genera un instante de placer que evita que pueda sentir el vacío”.

V2: “La recompensa que tiene la persona de las fuerzas públicas con consumo de sustancias psicoactivas se da lógicamente en la obtención del dinero. Al tener billete en el bolsillo, enseguida se activa este sistema de recompensa y vienen pensamientos distorsionados”.

Análisis. Los entrevistados explican cómo mediante el sistema de recompensa del cerebro se busca obtener la gratificación que sintieron la primera vez que consumieron; con el tiempo, como este efecto no será el mismo, se creará en ellos este hábito ya por dependencia de sus cuerpos. Los operadores vivenciales mencionaron que, dentro del inicio de consumo de algunas personas, existe una necesidad de escape ante un vacío que se tiene en la vida (falta de afecto, un ambiente conflictivo, abusos).

Pregunta 5. ¿Desde su experiencia, dentro del programa de intervención del Hospital se realiza alguna diferenciación entre el uso, abuso y la dependencia al consumo de sustancias?

P1: “No usamos esa estratificación, simplemente hacemos que la persona o que el paciente tenga conocimiento que una vez iniciado el consumo va a causar estragos y va a deteriorar primero la parte cognitiva seguido de la parte conductual”.

P2: “Nosotros por lo general no hacemos esa diferenciación a grandes rasgos, pero si aclaramos conceptos en una primera instancia y continuamos con el proceso, porque ellos ya por experiencia identifican la diferencia”.

M1: “Si se ha hecho, sobre todo aquí en el hospital han llegado más pacientes por abuso que por dependencia. El manejo tal vez puede ser un poco diferente, pero la sintomatología o la presentación de uno es menos intensa que la otra. Se debe apuntar igual a tratar de desintoxicar y mantener al paciente libre de las adicciones que ocasionan las drogas”.

M2: “En la intervención que nosotros hacemos aquí, hay que recordar que hay pacientes que consumen una sola ocasión y no vuelven a optimizarla más. Hay otros pacientes que después de haber consumido una ocasión, se pegan a la droga y siguen consumiendo, y entonces ellos ya entran a un sistema de abuso y dependencia. La dependencia se da porque hay una alteración biológica en todo el mecanismo de neurotransmisores a nivel cerebral”.

V1: “Realmente para mí no hay ninguna diferencia, los pacientes muchas veces tienen entre 5 y 25 años de consumo y no se consideran adictos”.

V2: “Si hay una diferenciación, justamente hoy lo revisamos en el tema de una terapia. En esta terapia que estuvimos con unos chicos que tienen 17 años, que son adolescentes y que pienso que todavía no pasan a la etapa de abuso y peor a la dependencia”.

Análisis. Mientras que todos los profesionales concuerdan en que, si existe una diferenciación entre el uso, abuso y dependencia de las sustancias, se reconoce que dentro del Hospital de Salud Mental no se realiza ninguna clasificación de los pacientes recién llegados, sino que se les brinda a todos el mismo programa de intervención que siempre está orientado a identificar la diferencia y gravedad del consumo, pero con el mismo propósito de mantener al paciente lejos del consumo de sustancias.

Pregunta 6. ¿Considera que el consumo de sustancias psicoactivas es un trastorno, un síntoma o una consecuencia de otro trastorno mental? ¿Cuáles serían los trastornos más comunes en este tipo de personas?

P1: “El más común serían los trastornos de la personalidad; un paciente con conductas adictivas tiene la gran posibilidad de desarrollar trastornos de

conductas y puede haber rasgos sociópatas. Nosotros tenemos que determinar cuál es la predominancia de este paciente; si el trastorno apareció producto del consumo o el trastorno ya existía y el consumo lo deterioró más”.

P2: “No lo consideraría solo un trastorno, sino que lo consideraría todo en una primera instancia como una consecuencia de un sistema familiar disfuncional que propicia el consumo y el usuario termina consumiendo sustancias psicoactivas por el desconocimiento. En las personas que consumen sustancias psicoactivas, por lo general, pueden tener comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, depresión, bipolaridad, hipomanía y también está algún tipo de brote psicótico”.

M1: “El consumo de sustancias es un trastorno de conductas adictivas, esto es una enfermedad y así se lo han catalogado y se lo conoce actualmente como una enfermedad, ya que dentro de estos trastornos puede ocasionar síntomas”.

M2: “El consumo de sustancias psicoactivas en forma de abuso es una enfermedad mental. No es nada raro que estos pacientes presenten frecuentemente trastorno de personalidad limítrofe, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de bipolaridad, trastornos de tipo esquizofrenóide o en su defecto, algún tipo de trastorno paranoide o psicótico delirante persistente”.

V1: “El consumo de sustancias comienza a deteriorar el pensamiento sano que tienen las personas y hace que desees cosas que no quieres o necesitas”.

V2: “Es un trastorno de conducta o enfermedad como como les sabemos llamar. Los trastornos serían de tipo de tipo conductual o de tipo personal que se presenta como ira, agresión, celopatía”.

Análisis. Todos los expertos consideran al consumo de sustancias como una enfermedad por sí sola. Por un lado, P1 y P2 concuerdan en que el consumo de sustancias puede existir dependiente o independientemente de algún otro trastorno mental y que se debe hacer una evaluación individual para determinar cada caso. Los entrevistados mencionaron que dentro de los

trastornos que más recurren una patología dual, se encuentran: bipolaridad, algún tipo de psicosis, trastornos de personalidad, trastornos de conducta y trastornos del estado de ánimo.

Pregunta 7. ¿Cuáles suelen ser los principales motivos o gratificaciones por los que las personas con conductas adictivas empiezan a consumir estas sustancias?

P1: “Las principales causas siempre son de tipo emocional, al no tener recursos personológicos que pueden ser, por ejemplo, carácter bien formado, la capacidad de poder decidir, decir que no. Por otro lado, también la poca capacidad para manejar la presión social, hablando de las fuerzas públicas donde hay mucha presión de los altos mandos y compañeros”.

P2: “La principal es aliviar un dolor interno, una persona cuando comienza a hacer uso de sustancia es porque considera que no soporta la realidad en la que vive, entonces termina siendo usada la sustancia”.

M1: “Los motivos son muchos y dependiendo de la causa algunos consumen y comienzan por curiosidad. También está el lado familiar y consumen por problemas, violencia intrafamiliar, antecedentes de abusos sexuales o agresiones dentro del núcleo familiar”.

M2: “La génesis de la enfermedad mental está dada por un triángulo en el cual está primero, todos los trastornos de la maduración psicológica y de personalidad a través de la niñez. El otro ángulo de esta génesis de la enfermedad mental es la genética (padres, alcohólicos, familiares con conductas adictivas, etc.) Y, por último, el ambiente psicosocial en que ellos se desenvuelven (en el Ecuador y en Fuerzas Armadas se rinde culto al alcohol, generalmente el que más bebía era mejor militar y mejor policía.)”.

V1: “La sensación de consumir es la razón por la que uno comienza. Cuando alguien está bajo consumo deja de sentir el vacío o dolor que tiene cuando está sobrio. Es por eso que se vuelve tan difícil el dejar las drogas”.

V2: “Pensamos que se presenta en muchos de nosotros en la niñez, además dicen que posiblemente esto ya viene en la parte genética. También se piensa que también hay una predisposición genética”.

Análisis. Entre opiniones presentadas por los entrevistados concuerdan en dos factores específicos: mencionan que una razón de inicio de consumo se da a temprana edad debido a una especie de “vacío” o problema/trauma causado en un núcleo familiar disfuncional que existe y utilizan las sustancias para huir de eso, para reprimir el dolor. Otra de las causas ubicadas es la genética; mencionaron que los hijos que provienen de padres consumidores son propensos a desarrollar una dependencia ante el consumo de una sustancia.

Pregunta 8. ¿De qué manera influyen las relaciones familiares disfuncionales sobre el sistema de creencias y cómo se relaciona con el consumo?

P1: “Dentro del sistema de creencias de una persona puede influir mucho el sistema de creencias familiar, a su vez las relaciones disfuncionales van a marcar siempre esos patrones, esquemas y formas de pensar”.

P2: “Influyen en todo el sistema de creencias, en una primera instancia nace de un sistema familiar porque el primer contacto que tiene el individuo como una sociedad, es con su familia”.

M1: “Si no hay una buena estructura de un núcleo familiar, no hay una buena guía y orientación... hemos visto familias enteras que son consumidoras, entonces obviamente es una es una situación en la cual el paciente tiene un alto riesgo de caer en las drogas”.

M2: “Uno de los pilares de la génesis de la enfermedad adictiva es justamente la disfuncionalidad familiar. Las creencias de la familia se distorsionan y eso hace que fácilmente estos chicos sean absorbidos por el consumo de cualquier tipo de sustancia para huir de la realidad, de la relación normal que deben tener”.

V1: “El entorno familiar influye muchísimo en el consumo de drogas debido a que consumir alcohol está normalizado en las familias. En las fiestas los padres toman y los hijos toman, no hay un adecuado control”.

V2: “Somos seres esencialmente sociales y las relaciones familiares pienso que son la base de todo. Si son disfuncionales, parte de ahí el sistema de creencias y también va sumamente relacionado con el consumo”.

Análisis. Todos los profesionales ubicaron a la familia del paciente y el sistema de creencias de este como un factor directamente relacionado al desarrollo de una conducta adictiva. Mencionaron que el consumo de sustancias se establece a través de una disfuncionalidad familiar, un ambiente de conflicto y violencia. Se requiere una buena estructura familiar para poder establecer un sistema de creencias con buenos patrones, esquemas y formas de pensar.

Pregunta 9. ¿Cómo varían las conductas adictivas a lo largo de las fases del tratamiento?

P1: “El paciente en su primera fase, puede entrar en una negación del problema y luego tiene que pasar por un proceso de aceptación. Luego ya empieza a elaborar qué tipo de estrategias tiene que aprender a aplicar para mantener la abstinencia y luego tiene que venir un proceso de compromiso con el paciente para poder tener una predisposición al cambio”.

P2: “Lo que antes era consumo de sustancia y ahora puede ser el consumo de otras cosas que en un primer momento no parece o no es clasificado como adicción”.

M1: “Todo depende del tipo de paciente que se trabaje, siempre y cuando el paciente acepte que tiene un problema y se deje ayudar con el tratamiento”.

M2: “Generalmente el paciente adicto empieza con una negatividad total acerca de la enfermedad adictiva. Con el curso del tiempo, el trabajo psicoterapéutico está encargado de irlos encarrilando, no solamente en que

ellos acepten su enfermedad, sino que luego vayan poco a poco adaptando su conducta a una vivencia del tipo de abstinencia”.

V1: “Hay una variación de las conductas. Hay personas que llegan a la institución con reglas y educación que no se les olvidan. Pero hay otras familias que no tienen cambios en sus sistemas de creencias, entonces cuando alguien se recupera, no logra mantenerse debido a que no hay una consciencia sobre el consumo”.

V2: “Hay algo que siempre llamamos nosotros un “despertar espiritual”. Es aquí donde comienza el cambio en las conductas, en el sentido común. Con el despertar espiritual se empieza a creer que la vida puede ser mejor, se empieza a creer que yo valgo más”.

Análisis. Tanto P1 como M1 y M2, opinaron que principalmente, los pacientes llegan en un estado de negación sobre su conducta adictiva y consideran necesario realizar una consciencia sobre su problema de adicción para poder comenzar a realizar un trabajo con ellos. Al igual que ellos, V2 dijo que al principio no se puede realizar un trabajo, sino que únicamente al llegar a un despertar espiritual se puede realizar un trabajo. Por otro lado, P2, mencionó que principalmente la conducta adictiva va relacionada a una sustancia específica, pero que en el proceso de recuperación esta cambia a otro tipo de adicción más comportamental.

Pregunta 10. ¿Cree que el sistema de creencias del personal de las FFPP viene influenciado necesariamente por las relaciones familiares disfuncionales y esto a su vez influye en sus conductas adictivas?

P1: “El sistema de creencia familiar influye mucho, pero definitivamente no es determinante, es decir, tenemos que entender que la familia es parte de las primeras experiencias de aprendizaje del ser humano, pero dentro de la historia vital existen también otro tipo de aprendizaje, fuera del núcleo familiar”.

P2: “Existe el modelo de familia adictiva, es decir, vamos enlazando de que una persona que consume sustancias y que ya llego a la dependencia y que su deterioro por el consumo es notorio, detrás de él vamos a encontrar a una familia con características adictivas”.

M1: “Esto no es una regla exacta... pero sí puede dar una mayor proyección a desarrollar cuadros de adicción. La orientación debería empezar con la familia y una adecuada educación debería ser la guía para que esta persona no cometa o no caiga en estos cuadros de conductas adictivas, aunque la realidad es otra”.

M2: “Es frecuente también ver pacientes que, teniendo una familia funcional, pero por estar de acuerdo con el conjunto de su grupo o de amistades empiece a consumir sustancias también en grupo”.

V1: “Independientemente del papá, la mamá y los hermanos, cuando una persona comienza a consumir drogas, la familia no es la culpable de que este tome esa conducta. El que consume busca hacerlo para evadir sus problemas personales en relación a los problemas que hay en el hogar”.

V2: “No necesariamente. Yo creo que aparte de esto, el entorno que se presenten las fuerzas públicas es terrible. El consumo alcohólico es demasiado sociable dentro del ambiente”.

Análisis. Los profesionales apreciaron que, si bien una familia disfuncional se encuentra en relación con el desarrollo de una conducta adictiva, no necesariamente toda persona consumidora de sustancias adictivas proviene de una familia disfuncional. Se han visto casos con familias funcionales e hijos con trastorno por consumo de sustancias, en dónde uno de los factores de mayor riesgo es la sociedad en la que la persona se desarrolla. Como mencionó V2, en el caso del personal de las FFPP, el ambiente laboral es muy riesgoso debido a que el consumo de alcohol está muy normalizado y es un factor social que no puede faltar.

CONCLUSIONES

En cuanto a la formación del sistema de creencias de los individuos pertenecientes a las Fuerzas Públicas se concluye que este se encuentra influenciado directamente por las relaciones familiares e interacciones sociales disfuncionales que se dan a lo largo de las etapas del desarrollo de los individuos. En la primera etapa de la vida del sujeto, se establecerán las creencias que le permitirán interactuar con el mundo e interpretar las situaciones basado en sus constructos.

A través de los diferentes recursos de investigación utilizados, se comprende que la autorregulación que un individuo pueda llegar a tener se ve muy influenciada por su sistema de creencias debido a que, a través de este, los pacientes serán capaces de comprender su situación y optar por tomar acción frente a los conflictos posibles que puedan presentar. Si se tiene un sistema de creencias que permita a los pacientes ser capaces de mejorar su sentido de autoeficacia, se logrará llegar a un nivel de autorregulación en el que ellos puedan afrontar sus conflictos con sus conocimientos aprendidos en el proceso.

A partir de la revisión bibliográfica se logra comprender el funcionamiento del circuito de recompensas al momento en que un individuo consume sustancias. Las opiniones recibidas en base a la experiencia de los profesionales explican cómo el sistema de creencias influye dentro del desarrollo de una conducta adictiva, debido a que los pensamientos autodestructivos y los autoengaños afectan a los individuos que consumen sustancias, generando un mantenimiento de la conducta y dificultando la formación de una conciencia en base al tema de las drogas.

Asimismo, se logra identificar las diferencias entre los distintos niveles de consumo para poder relacionarlo con el mantenimiento de la conducta adictiva que está reforzada por un sistema de creencias disfuncional.

A partir de los tests aplicados se puede evidenciar una comprensión más amplia sobre la formación de los constructos y la manera en que se ven relacionados con la personalidad. Si se tiene conciencia sobre la forma en que

las personas elaboran en sus mentes estos constructos, se puede dar paso a también entender las posibles distorsiones cognitivas que provengan de constructos establecidos a lo largo de la vida que provengan de relaciones disfuncionales a nivel familiar, social y laboral.

Por otro lado, a partir de las entrevistas a los profesionales se puede complementar con información acerca de las características del perfil de los miembros de las Fuerzas Públicas y cómo muchas de estas los predisponen al consumo de sustancias psicoactivas ya sea porque muchos provienen de núcleos familiares donde hay un consumo normalizado y un ideal de masculinidad que somete sus constructos personales.

Así, podemos concluir investigación fue necesaria dentro del ámbito cultural, social y científico-académico ya que permite comprender cómo el sistema de creencias que se forma desde la infancia en el núcleo familiar y los constructos sociales adquiridos a lo largo de la vida de los individuos puede llegar a influir sobre la vulnerabilidad ante el desarrollo de conductas adictivas.

REFERENCIAS

- Abrams, D. y Nuria, R. (1987): Social Learning Theory of alcohol use and abuse. Psychological Theories of drinking and alcoholism (131-180). New York. Guilford Press.
- Amarís, M., Paternina, A., Vargas, K. (2004). Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en “La Cangrejera” (corregimiento de Barranquilla, Colombia). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301405.pdf>
- Asociación Americana de psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5-TM.
- ASPOL. (2023). ¿Qué perfil debe tener un buen policía? Recuperado de <https://academiapoliciasapol.com/2020/10/que-perfil-debe-tener-un-buen-policia/#:~:text=B%C3%A1sicamente%20la%20personalidad%20de%20un,una%20gran%20capacidad%20de%20adaptaci%C3%B3n>.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs. NJ. Prentice Hall. (traducción en Martínez Roca, 1987).
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93972_ES_Base_s_Científicas_Para_La_Prevenccion_De_Las_Drogodependencias_-_2002.pdf
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación.
- Berra, E. y Muñoz, I. (2018). El Modelo Transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. Recuperado de <https://cuved.unam.mx/rdipycs/wp-content/uploads/2018/12/7.-El-modelo-transte%C3%B3rico-aplicado-al-cambio-de-conductas-relacionadas-con-la-reducci%C3%B3n-del-peso-corporal.pdf>
- Canales, C. (2006). Metodologías de la investigación social. LOM Ediciones.

- Castillero, O. (2017). Terapias de Conducta: primera, segunda y tercera ola. <https://psicologiaymente.com/clinica/terapias-conducta-primera-segunda-tercera-ola>
- Chaves, L. & Quiceno, N. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 41-56. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100004&lng=pt&tlng=es.
- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes.
- Cruz Roja Española. (2022). Conductas Adictivas. <https://www2.cruzroja.es/-/conductas-adictiv-3#:~:text=Por%20conducta%20adictiva%20entendemos%2C%20aqu el,nivel%20personal%20como%20sobre%20terceros>.
- De Puelles, C. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. Recuperado de <https://masterforense.com/pdf/2009/2009art8.pdf>
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo-conductuales. Desclée de Brouwer.
- Diccionario panhispánico del español jurídico. (2022). Fuerza Pública. Recuperado de <https://dpej.rae.es/lema/fuerza-p%C3%BAblica>
- Donoso, D. (2012). Psicología en las Fuerzas Armadas. Recuperado de <https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/P/D/PDF405.pdf>
- Ecuador, G. d. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Obtenido de: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Escamez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. En Escamez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*.
- Espinoza, A. (2014). Interpretación Pragmática de los Sistemas de Creencias en Hume y Peirce. *Uchile.cl*. Recuperado el 27 de diciembre de 2022, de <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/download/32947/>

- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Washinton: Organización Panamericana de la Salud -OPS-. Recuperado de <https://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>
- Lotito, F. (2015). Test psicológicos y entrevistas: usos y aplicaciones claves en el proceso de selección e integración de personas a las empresas. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5608/560863081003/html/>
- Martínez, E., & Osorio, C. (2021). Hacia una prevención con sentido.
- Mesías, O. (2010). La investigación cualitativa (Seminario de Tesis de Doctorado). Universidad Central de Venezuela, Venezuela. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42981055/T3-INVESTIGACION_CUALITATIVA.docx?response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DLA_INVESTIGACION_CUALI TATIVA.docx&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-AmzCredential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190825%2Fus-east1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190825T234005Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-AmzSignature=0654cd1d5d920d812aa88ef92be964386ab28c239e3a6f12739e3eb563b54963
- Minuchin, S. (1977). Familias y sistemas familiares. Barcelona: Granica.
- Morales, A. (2018). Patología dual: dependencia a las drogas y trastornos mentales, un reto profesional. Recuperado de <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/29873/Morales%20Chamorro%20Alba-2.pdf?sequence=2>
- Muñoz, M., Graña, J. y Cruzado, J. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Organización Mundial de la salud (2003). La familia y la salud. Recuperado de <https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
- Organización Mundial de la salud (2022). Drugs (psychoactive). https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Abuso de sustancias. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Paladines, J. (2015). Nuevas penas para delitos de drogas en Ecuador: “Duros contra los débiles y débiles contra los duros”. Recuperado de <https://www.tni.org/es/art%C3%ADculo/nuevas-penas-para-delitos-de-drogas-en-ecuador-duros-contra-los-debiles-y-debiles-contra>
- Pastor, C. & Quezada, M. (2020). Radiografía al consumo de drogas en las Fuerzas Armadas y las policías. CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2020/02/12/radiografia-al-consumo-de-drogas-en-las-fuerzas-armadas-y-las-policias>
- Peña, L. (s.f.). Proyecto de indagación. Recuperado de https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/wp-content/uploads/2019/01/La_revision_bibliografica.mayo_.2010.pdf
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>
- Psicólogos Córdoba. (2016). Creencias y pensamientos automáticos. Recuperado de <https://www.psicologoscordoba.org/creencias-pensamientos-automaticos/#:~:text=El%20conjunto%20de%20creencias%20llamado>
- Puhakka, K. (2010). Teorías de la personalidad. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/capitulo-frager-y-fadiman-cap12-teoria-de-kelly.pdf>
- RAE. (2022). Definición de Fuerza Pública - Diccionario Panhispánico del español jurídico - rae. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. Recuperado en noviembre 25, 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/fuerza-p%C3%ABblica>
- Rojas, M. (2002). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. En A. Zavaleta (Ed.). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud (pp. 53-93). Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas -CEDRO- Recuperado de

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Factores%20de%20Riesgo.pdf

- Ruiz, L. (2019). Inventario Clínico Multiaxial de Millon: cómo funciona y qué contiene. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/inventario-clinico-multiaxial-millon>
- Sanchez-Hervás, E., Bou, N., Gurrea, R., Gradolí, V., & Gallús, E. (2002). Modelos Teóricos y aplicados en la adicción a Drogas. INFORMACIO PSICOLOGICA. Recuperado en noviembre 28, 2022, de <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/420/0>
- Santos, Y. (2010). ¿Cómo se pueden aplicar los distintos paradigmas de la investigación científica a la cultura física y el deporte? Revista electrónica. Ciencia e innovación tecnológica en el deporte, 5(1), 1-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6174061>
- Schippers, G. (1991). Introduction. En: Schippers, G. Lamers, S. Schapp, C. (ed). Contributions to the psychology of addiction. Amsterdam: Swets y Zeitlinger
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, (2021). Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_Plan_Nacional_de_Preencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf
- SENPLADES, Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Recuperado de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- SMIL. (2022). Vida del Cadete. Recuperado de <https://www.esmil.mil.ec/vida-delcadete/#:~:text=Los%20cadetes%20de%20la%20Escuela,de%20servicio%20a%20la%20Patria.>
- UCSG. (2022). Dominios institucionales. Recuperado el 9 de diciembre de 2022, de <https://www.ucsg.edu.ec/institutos/dominios-institucionales/>
- Universidad de Harvard. (2014). Superar la adicción: Trayectoria hacia la recuperación (1.a ed.). Sol 90

Universitat de Barcelona. (s.f.). Psicología de los Constructos Personales. Recuperado de <http://www.ub.edu/personal/pcp/pcp1.htm#:~:text=La%20Teor%C3%A0Da%20de%20los%20Constructos,en%20que%20anticipa%20los%20acontecimientos.> .

Urquijo, R., Becerra, F., Marín, O., Martínez, J. (2018). Algo más que usted debe saber sobre sustancias psicoactivas. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/saber-sobre-sustancias-psicoactivas.pdf>

Valdés, A. (2007). Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar. Recuperado de https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/familia_y_desarrollo_intervenciones_en_terapia_rinconmedico.net_.pdf

ANEXOS

ANEXO I: PERMISO DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL PARA USO DE INFORMACIÓN

Guayaquil, 17 de noviembre de 2022

Lcda. Judith Vintimilla, Jefa de docencia y Coordinadora Terapéutica

Dr. Fernando Valarezo, Director Científico

Hospital de Salud Mental

Presente

Estimadas autoridades,

En calidad de estudiantes practicantes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, solicitamos a ustedes se sirvan a autorizarnos para hacer uso de las herramientas necesarias del Hospital de Salud Mental y elaborar nuestro Proyecto de investigación previo a titulación sobre el tema "Conductas adictivas como consecuencias del sistema de creencias establecido por dinámicas familiares y laborales disfuncionales dentro de las fuerzas públicas".

Atentamente,



Emilio José Delgado Morla
0922630710



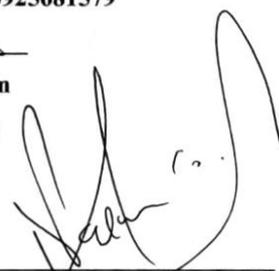
Melissa Marisol Velasco Uquillas
0925681579



Tutora de Trabajo de Titulación
Mgs. Carolina Peñafiel Torres

 OK.

Lcda. Judith Vintimilla
Jefa de docencia



Dr. Fernando Valarezo
Director Científico

ANEXO II: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES



Consentimiento informado para evaluación psicológica Participante adulto

Yo, _____, con C.I. # _____, acepto de manera voluntaria participar en el proceso de evaluación psicológica que será realizada por los practicantes de psicología Emilio Delgado Morla y Melissa Velasco Uquillas, como parte de mi proceso terapéutico y el cual tiene como finalidad facilitar el conocimiento de aspectos y características individuales para una intervención psicoterapéutica de acuerdo a mis necesidades particulares.

Me han informado que las condiciones del proceso de evaluación son las siguientes:

- Toda la información será confidencial, de uso estricto y exclusivo que aporte al proceso psicoterapéutico.
- El proceso de evaluación no perjudicará la integridad del evaluado(a).
Los resultados de la evaluación serán usados para complementar herramientas y técnicas psicológicas de acuerdo a las necesidades del usuario.
- Al dar su consentimiento, el usuario se compromete a culminar el proceso de evaluación, aceptando libre y voluntariamente el uso de test, escala, cuestionarios, inventarios o cualquier otra herramienta de evaluación psicométrica aplicada por el profesional.

Guayaquil, 15 de noviembre del 2022

Firma de los evaluadores responsables

ANEXO III: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES

Consentimiento Informado para participantes de la Investigación: “El Sistema de creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Publicas con conductas adictivas.”

Yo _____ con C.I.# _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida por Emilio Delgado Morla y Melissa Velasco Uquillas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es: analizar la relación del sistema de creencias establecido por las relaciones familiares disfuncionales con el consumo de sustancias psicoactivas por medio del método descriptivo para una posible práctica clínica con pacientes funcionarios de las Fuerzas Públicas en un hospital de salud mental de la ciudad de Guayaquil.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida, lo cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: ____ de enero del 2023

ANEXO IV: Fases de tratamiento del Hospital de Salud mental

Fases de tratamiento Integral en Conductas adictivas
Fase 1: Desintoxicación y Acogida
Desintoxicación: <ul style="list-style-type: none">• Destinada a pacientes con cuadros moderados de intoxicación o de síndrome de abstinencia y cuyas complicaciones potenciales pudieran ser atendidas por un equipo técnico adecuadamente entrenado, con base en protocolos específicos de intervención, que brinda atención permanente (24 horas), bajo supervisión médica, pero que no requieren de recursos hospitalarios.• Esta fase se centra en buscar la estabilización del cuadro clínico, siempre y cuando no corresponda a un cuadro agudo en el que se comprometa la vida del sujeto, afectado por el consumo de alcohol y otras drogas.
Acogida: <ul style="list-style-type: none">• Los equipos interdisciplinarios se encargarán de realizar la evaluación integral del paciente con consumo problemático de alcohol y otras drogas, estableciendo una contextualización psicosocial adecuada de la problemática, de modo que se pueda decidir en base a un conocimiento panorámico (factores físicos, psicológicos, sociofamiliares y económicos) el diagnóstico acertado del usuario para iniciar con un tratamiento pertinente, adaptado a sus necesidades.• La comunidad acoge al individuo a pesar de sus culpas y sus defectos, al contrario de lo que propone la sociedad, al mismo tiempo que ofrece una alternativa de organización, función habitualmente carente, dando al individuo la oportunidad de refugiarse y descansar de una práctica de vida frenética y agotadora
Actividades a desarrollar: <ul style="list-style-type: none">• Atención permanente (24 horas), bajo supervisión médica.• Establecimiento de rapport entre cuerpo clínico-paciente.• Evaluación integral del paciente.• Recibir al usuario/paciente en un primer momento por parte de toda la comunidad.• Informar sobre el servicio y sus normas internas, los tiempos de intervención, los objetivos del trabajo terapéutico y las posibilidades de tratamiento para cada usuario.• Establecer pautas para PIT

Fase 2: Deshabitación y adaptación

El objetivo es integrar al participante a la Comunidad, mediante un proceso de adaptación, motivación e inicio

de proceso terapéutico.

En este período, el paciente está en estricta observación del cuerpo clínico y el empeño sobre el comportamiento debe estar centrado sobre conseguir una mayor estabilidad emotiva-cognitiva (si tenemos presente que la tasa de abandono del tratamiento comunitario sobreviene en los tres primeros meses de acogida), al mismo tiempo se debe considerar que el paciente asume responsabilidades que para él son nuevas por tanto se debe tener en cuenta el nivel de estas, el usuario debe entender inmediatamente que la confianza en comunidad es una conquista cotidiana.

En esta fase el paciente espera que una vez iniciado el tratamiento se deposite en él el mayor grado de confianza, sobre este aspecto hay que trabajar en la comunidad, en función de un incremento progresivo hacia la autonomía. Una vez que el usuario entra por primera vez a Comunidad, debe ser acompañado con particular atención.

Objetivos Específicos:

- *Acoger al usuario/paciente en la Comunidad.*
- *Asimilación sobre el servicio y sus normas internas, los tiempos de intervención, los objetivos del trabajo terapéutico y las posibilidades de tratamiento para cada usuario.*
- *Evaluar al usuario en sus esferas bio-psico-sociales-culturales.*
- *Realizar seguimiento a la situación familiar, social, educativa y laboral del usuario.*
- *Iniciar el proceso de tratamiento en comunidad.*
- *Incluir a la familia dentro del proceso terapéutico, con el fin de comprender la problemática en torno al consumo y puedan apoyar al usuario en el proceso de recuperación.*
- *Establecer el encuadre terapéutico dentro de una cultura de comunidad terapéutica.*
- *Construir junto con el usuario/paciente el sentido de pertenencia hacia la Comunidad.*

Actividades a desarrollar:

- Inicio de Proceso Terapéutico: Introducción y socialización grupal e inicio de Terapias Psicológicas individuales, familiares, grupales y terapia ocupacional donde se asignan los líderes de la comunidad (de casa, aseo, deportes y académico) de gimnasio.

- Reforzamiento de las políticas y los procedimientos de la Comunidad, la filosofía del programa y el plan de las etapas.
- Establecimiento de las relaciones de confianza y respeto con el personal y/o los residentes en proceso de recuperación.
- Realización de una planificación de las intervenciones del equipo de trabajo.
- Motivar al participante para el afianzamiento del compromiso de permanencia durante su proceso de recuperación.
- Seguimiento del progreso terapéutico: Se realiza un análisis de casos respecto del desarrollo de las terapias en la reunión semanal del Equipo Técnico.
- Sesiones de Psicoeducación y Seminarios: Abordaje de temáticas inherentes al uso y consumo de drogas, a través de técnicas de interacción grupal.
- Desarrollo de terapias grupales con líneas terapéuticas acordes a las necesidades del grupo de participantes.
- Terapias individuales y familiares que versen en torno a las características particulares del participante y su familia.
- Charlas multifamiliares con temáticas diseñadas por el equipo técnico y acordes a una línea terapéutica.
- Actividades terapéuticas, ocupacionales y recreativas.

Fase 3: Integración y Mantenimiento

Esta fase tiene como objetivo empoderar al participante en su proceso terapéutico de cambio, considerando sus características bio-psico-sociales. Se realiza estricta observación en el mapa de conducta del paciente para el mantenimiento de conductas nuevas adquiridas.

Objetivos Específicos:

- *Fortalecer la consciencia de enfermedad que permita consolidar el proceso terapéutico.*
- *Empoderar a los participantes en el ejercicio de valores y cohesión grupal fundamentales en la comunidad.*
- *Desarrollar habilidades sociales que permitan la integración a un entorno social saludable.*
- *Favorecer en los participantes, su capacidad de autoanálisis, autoobservación y a la vez la búsqueda de alternativas de solución.*
- *Promover en la familia conciencia del trastorno adictivo y sus implicaciones en la dinámica familiar.*

Actividades a desarrollar:

- Autorreconocimiento de problemáticas, la autoobservación y el autoanálisis con la generación de alternativas de solución.
- Seguimiento del progreso terapéutico: Se realiza un análisis de casos respecto del desarrollo de las terapias en la reunión semanal del Equipo Técnico.
- Sesiones de Psicoeducación y Seminarios: abordaje de temáticas inherentes al uso y consumo de drogas, a través de técnicas de interacción grupal. Actividades terapéuticas, ocupacionales y recreativas.
- Desarrollo de terapias grupales con líneas terapéuticas acordes a las necesidades del grupo de participantes.
- Terapias individuales y familiares que versen en torno a las características particulares del participante y su familia.
- Charlas multifamiliares con temáticas diseñadas en el equipo técnico y acordes a una línea terapéutica.

Observación:

- En esta fase el paciente debe estar sin señalamientos durante todo el periodo de integración y mantenimiento para pasar a la fase de reinserción.
- Los señalamientos realizados al paciente serán méritos para que descienda a la fase anterior y logre un nuevo proceso de adaptación, esto será evaluado por el Staff durante las reuniones y será en decisión conjunta.

Fase 4: Reinserción y Alta terapéutica

Esta fase tiene como objetivo que el paciente logre cumplir su planificación terapéutica establecida en fases anteriores, que cumpla un itinerario de reinserción y sea un encargado comunitario. Se centra en el monitoreo de sus permisos de reinserción y mantenimiento de habilidades adquiridas.

Objetivos Específicos:

- Fomentar el contacto terapéutico-vivencial fuera de las instalaciones del hospital.
- Promover hábitos que prevengan recaídas y adquisición de enfermedades futuras.
- Mantenimiento de estabilidad Cognitivo-emocional en sus actividades dentro y fuera del hospital.
- Mejorar las vinculaciones y relaciones familiares.

- Hacer creíble la propia recuperación y reinserción.
- Cubrir sus necesidades básicas como prioridad.
- Evitar actitudes autoexcluyentes.
- Promover la mejora de habilidades personales.
- Aumentar la responsabilidad y capacidad de decisión.
- Cumplimiento de actividades planteadas por el propio paciente y cuerpo clínico.

Actividades a desarrollar:

- Autorreconocimiento de problemáticas, la autoobservación y el autoanálisis con la generación de alternativas de solución.
- Cumplimiento de tareas asignadas por parte del cuerpo clínico.
- Seguimiento del progreso terapéutico: asistencia de grupos normalizados/autoayuda.
- Sesiones de Psicoeducación y Seminarios: abordaje de temáticas inherentes al uso y consumo de drogas, a través de técnicas de interacción grupal. Actividades terapéuticas, ocupacionales y recreativas.
- Espacios de participación voluntaria para expresar aprendizajes y experiencias vividas fuera del hospital.
- Desarrollo de terapias grupales con líneas terapéuticas acordes a las necesidades del grupo de participantes.
- Terapias individuales y familiares que versen en torno a las características particulares del participante y su familia.
- Cumplir con roles de encargado comunitario (Hermano mayor).
- Diseñar un plan de acción y red de apoyo para sus actividades fuera del hospital.
- Desarrollar un itinerario de reinserción.
- Charlas multifamiliares con temáticas diseñadas en el equipo técnico y acordes a una línea terapéutica.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Delgado Morla, Emilio José** con C.C: # **0922630710** y **Velasco Uquillas, Melissa Marisol** con C.C: # **0925681579** autores del trabajo de titulación: **El Sistema de Creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Públicas con conductas adictivas**, previo a la obtención del título de **Licenciados en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 06 de febrero de 2023

f.  _____

Nombre: **Delgado Morla, Emilio José**

C.C: **0922630710**

f.  _____

Nombre: **Velasco Uquillas, Melissa Marisol**

C.C: **0925681579**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	El Sistema de creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales: influencia en el personal de las Fuerzas Públicas con conductas adictivas		
AUTOR(ES)	Delgado Morla, Emilio José Velasco Uquillas, Melissa Marisol		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	06 de febrero de 2023	No. DE PÁGINAS:	111
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica, Terapia Cognitivo-Conductual, Conductas adictivas.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Sistema De Creencias; Fuerzas Públicas; Conductas Adictivas; Autoeficacia; Familias Disfuncionales		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El tema del presente trabajo de titulación fue investigar la relación del sistema de creencias del personal de las Fuerzas Públicas (FFPP) con el desarrollo de conductas adictivas. Se tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre el sistema de creencias establecido por las relaciones familiares disfuncionales con el consumo de sustancias psicoactivas por medio del método descriptivo para una posible práctica clínica con pacientes funcionarios de las Fuerzas Públicas en un hospital de salud mental de la ciudad de Guayaquil. El marco metodológico que se utilizó fue de tipo mixto y se emplearon técnicas como entrevistas a profesionales y tests que permitieron obtener información con fundamentos tanto empíricos, como teóricos los cuales permitieron fundamentar la influencia que el sistema de creencias establecido por relaciones familiares disfuncionales tiene sobre los individuos y la relevancia de la autoeficacia en un proceso de recuperación. El Test de Creencias de Ellis demostró que el personal de las FFPP presenta distorsiones cognitivas principalmente alrededor de la evitación de problemas, dependencia y perfeccionismo. Los resultados del MCMI-III, por otro lado, revelaron que los patrones clínicos de personalidad que predominan son el narcisista y antisocial.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-982992558 - +593-991044214	E-mail: emilio.delgado@cu.ucsg.edu.ec melissa.velasco01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Mgs. Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419 E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			