

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

EXPERIENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES INTERNOS DEL CENTRO “PAZ Y VIDA”, MILAGRO 2024-2025

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Licenciado
en Enfermería


Autores:

Angie Lissette Herrera Sánchez

Emely Jaidy Alcivar Santana

Director:

Alfredo Campoverde Cisneros

ORCID:  0000-0003-1816-3257

Cuenca, Ecuador

2025-09-02

Resumen

Antecedentes: El consumo de sustancias psicoactivas tiene sus raíces en contextos ritualistas y culturales, evolucionando hasta convertirse en un problema de salud pública global. Actualmente, el uso de estas sustancias afecta a personas de todas las edades y clases sociales debido a su amplia disponibilidad y diversidad. Este fenómeno requiere un análisis cualitativo que considere las causas, las consecuencias y las experiencias asociadas al consumo. **Objetivos:** Describir las experiencias relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas en pacientes internos del centro “Paz y Vida”, Milagro, 2024-2025. **Métodos:** El estudio se realizó con un enfoque cualitativo fenomenológico. Se aplicaron entrevistas a profundidad a 15 hombres internos en el centro de rehabilitación “Paz y Vida”, ubicado en Guayas, cantón Milagro. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas en Word y analizadas con el software Atlas. Ti 24.2.0 mediante categorización y codificación de datos. **Resultados:** Las entrevistas revelaron las experiencias de los pacientes: la edad de inicio en el consumo, los factores influyentes (como el entorno familiar y social), las sustancias más consumidas (destacando el alcohol), las vías de consumo y las consecuencias, incluyendo riesgos como la vida en la calle y situaciones peligrosas. También se analizaron las dificultades vividas y los avances en el proceso de recuperación dentro del centro. Los participantes identificaron cambios positivos en sus vidas desde su ingreso, reflejando la importancia de los centros de tratamiento en su rehabilitación.

Palabras clave del autor: uso de sustancias, abuso de drogas, experiencias de vida, pacientes internos



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

The use of psychoactive substances has evolved from its cultural and ritualistic origins to become a significant global public health issue, affecting individuals of all ages and social backgrounds. This study aimed to describe the experiences associated with substance use among patients admitted to the "Paz y Vida" rehabilitation center in Milagro during 2024-2025. Using a qualitative phenomenological approach, in-depth interviews were conducted with 15 male patients. Data collection involved recording, transcription, and analysis using Alasia 24.2.0 software, employing categorization and coding techniques. Findings revealed key aspects of the participants' experiences, including the age of substance use initiation, influential factors such as family and social environments, and the most commonly consumed substances, notably alcohol. The study also explored consumption methods, consequences of substance use, and associated risks, including homelessness and life-threatening situations. Furthermore, the research highlighted the patients' progress during their rehabilitation process and the positive changes observed in their lives. This study underscores the need for a comprehensive understanding of substance abuse, considering the lived experiences of affected individuals, and emphasizes the critical role of rehabilitation centers in supporting recovery and improving life outcomes.

Author Keywords: substance use, drug abuse, life experiences, inpatients



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Capítulo I	13
1.1 Introducción	13
1.2 Planteamiento del problema	13
1.3 Justificación	14
Capítulo II	16
2. Marco teórico	16
2.1. Antecedentes	16
2.2 Fundamentación teórica.....	18
2.3 Teoría Hildegard Peplau	27
2.4 Marco conceptual.....	28
2.5 Marco legal	30
2.6 Marco referencial	32
Capítulo III	35
3. Objetivos del estudio	35
3.1 Objetivo general.....	35
3.2 Objetivos específicos	35
Capítulo IV	36
4. Diseño metodológico	36
4.1 Diseño del estudio.....	36
4.2 Área de estudio.....	36
4.3 Participantes del estudio	36
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	36
4.5 Categorías	37
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información	39
4.7 Procedimiento	39
4.8 Análisis de datos.....	39
4.9 Aspectos éticos.....	40
Capítulo V	41
5. Análisis de resultados	41
5.1 Datos sociodemográficos	41
5.2 Categoría contexto del consumo.....	42
5.3 Categoría sustancias utilizadas.....	47

5.4 Categoría experiencias peligrosas	50
5.5 Categoría impactos del consumo	54
5.6 Categoría proceso de recuperación	61
Capítulo VI	66
6. Análisis y discusión de resultados	66
Capítulo VII	70
7.1 Conclusiones	70
7.2 Recomendaciones	70
Referencias	72
Anexos	81
Anexo A. Guía para la recolección de datos	81
Anexo B. Formulario del consentimiento informado	82

Índice de figuras

Figura 1. Red semántica contexto del consumo	42
Figura 2. Red semántica sustancias utilizadas	47
Figura 3. Red semántica experiencias peligrosas	50
Figura 4. Red semántica impactos del consumo	54
Figura 5. Red semántica proceso de recuperación	61

Índice de tablas

Tabla 1 Categorías	37
Tabla 2. Muestra.....	41

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a Dios por ser mi proveedor durante mis años de estudio. Les agradezco el amor, el apoyo incondicional de quienes se mantuvieron y no desistieron a pesar de diversas situaciones y circunstancias presentadas durante esta trayectoria su apoyo constante fue la base fundamental durante mi proceso académico.

Mi gratificante agradecimiento a los esposos Víctor Castillo Zea y Yolanda Carlo Ponce, siempre tendrán mi admiración y mi respeto. Su amor hacia mí me impulsó a seguir y nunca rendirme. Sus oraciones permitieron que Dios abra puertas imaginables y que todo lo propuesto haya sido a mi favor. Gracias por la paciencia que han tenido durante esta etapa de mi vida. Recuerdo con mucho cariño el día que llegué a su casa, me recibieron con todo el amor del mundo, me dedicaron su tiempo y su espacio personal, esto llenó una parte de mí que se encontraba vacío. Gracias mi Pastores, por la confianza que me dieron el amor desinteresado que me brindaron. Su empatía y su amistad han tocado mi corazón extraordinariamente, algo que jamás olvidaré.

A mis queridos hermanos Cinthia Herrera y Jean Pierre Herrera, quiero expresarle mis más profundos agradecimientos a ustedes por escucharme, apoyarme, y estar ahí en los momentos más difíciles, cuidándome y acompañándome.

Gracias mis niños.

A mis queridos padres Felix Herrera y María Sánchez: mis eternos agradecimientos por darme la vida y la educación.

A mis amigos del Centro de Rehabilitación "Paz y Vida", quiero darles las gracias por compartir con conmigo un momento muy significativo que quedará grabado toda la vida en mi mente y corazón.

Finalmente, a mí compañera de tesis Emely Alcívar que su amor hacia la carrera me impulsó a mejorar en el transcurso de este proyecto, lo cual fue muy significativo.

Gracias Dios por tu amor y bondad.

Angie Lissette Herrera Sanchez.

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a Dios, mi mayor fuente de fortaleza, se la dedico a mis padres Joffre Alcivar y María Santana, por su amor incondicional, su apoyo inquebrantable y su confianza en mí en cada paso de este camino. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y la humildad, sin su guía y sacrificio, este logro no habría sido posible. También se la dedico a mi compañera de tesis Angie Herrera por acompañarme en este proceso.

Emely Jaidy Alcivar Santana

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería por habernos acogido en su prestigiosa institución, asimismo a nuestros diferentes formadores la visión, liderazgo y mucha dedicación y sabiduría lo que permitió transmitirnos sus conocimientos, para poder resolver cada situación que se presentaron durante nuestra formación académica

Con gratitud y aprecio nos dirigimos a nuestro Doctor Alfredo Campoverde, la orientación y el apoyo incondicional que nuestro Doctor nos brindó durante el desarrollo del proyecto. Su dedicación, paciencia llevó a aumentar nuestra confianza para no rendirnos en el proceso. Gracias Doctor Alfredo por creer en nosotras.

Además, nuestro más profundo agradecimiento al Psic. Oswaldo Pután Bermeo, director del Centro Especializado en Tratamiento para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) denominado "Paz y Vida", por habernos brindado su confianza durante la ejecución de este proyecto. Asimismo, agradezco a su equipo por la amabilidad y colaboración que nos brindó durante el presente estudio.

Capítulo I

1.1 Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas durante mucho tiempo ha sido un desafío y un problema de salud pública a nivel mundial, afectando la vida y el bienestar de individuos, familias y comunidades (1). Debido a su capacidad para alterar la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento, las sustancias pueden ser adictivas y conducir a una serie de complicaciones físicas, psicológicas y sociales. Así pues, una parte integral en la recuperación y reinserción de las personas que consumen sustancias afectadas son los centros de rehabilitación y entre ellos el aliciente potencial del rol de la enfermería (2). De esa manera, los pacientes tienen acceso a un entorno controlado y medicinas, para además recibir tratamiento no sólo centrado en la adicción sino también la raíz y las causas subyacentes (3).

El Centro “Paz y Vida” en Milagro, Ecuador, se ha convertido en un ejemplo a seguir en la esfera de la asistencia a pacientes que sufren de trastornos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, entender las experiencias significativas asociadas con el comportamiento desafiante y la adicción entre los pacientes internos no es relevante solo para identificar los factores que permiten este comportamiento; sino también explorar qué otros envueltos están contribuyendo al éxito de los procesos de rehabilitación.

En ese sentido, la presente investigación realizada sobre las experiencias de los pacientes internos en el lapso de 2024-2025 pretende aportar conocimiento sobre las prácticas y percepciones individual y colectivamente que se originan en el consumo de sustancias psicoactivas. Este enfoque humaniza los procesos de intervención al integrar la perspectiva de los propios pacientes, facilitando el diseño de estrategias más efectivas y contextualizadas para su tratamiento y recuperación. Así, el presente estudio estudia las mismas prácticas con el objeto de aportar al entendimiento de un fenómeno que rebasa los límites individuales y sociales.

1.2 Planteamiento del problema

Si bien es cierto, el consumo problemático de sustancias y la adicción son problemas de salud globales generalizados; es bien sabido que, en 2021, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, informó que 275 millones de personas consumían drogas, mientras que 36 millones tenían una adicción a una sustancia psicoactiva en todo el mundo (4). En ese aspecto, el consumo de sustancia psicoactivas puede deberse a múltiples implicancias, y entre ellas subyace cuando un individuo comienza a experimentar consecuencias negativas relacionadas con el uso de sustancias, lo que puede conducir a la adicción (5).

Las sustancias psicoactivas tienen la potencialidad en incidir en la condición mental del sujeto, generando nuevas sensaciones tanto en el funcionamiento fisiológico, así como en la forma de la estructura del organismo (6). Al mismo tiempo, el uso regular de dichas sustancias puede conducir a una persona en la dependencia, es decir, en la compulsividad de la ingesta de sustancias. Esto a menudo viene acompañado con un conjunto de consecuencias desagradables: intoxicación, trastornos psicóticos, irritabilidad, deterioro en la capacidad de cognición, pérdida de objetividad y otras consecuencias que tienen un impacto negativo en las relaciones laborales y sociales, lo que encamina a la aparición de síndromes amnésicos (7).

El problema asociado al consumo de sustancias, viene determinado o condicionado por ciertos alicientes propios del contexto en los que está implícito el sujeto, de hecho, esas características individuales pueden denominarse como: baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas y baja autoestima (8); también están los factores familiares tales como: consumo de sustancias por parte de los padres, disciplina autoritaria y sobreprotección, violencia intrafamiliar, y factores sociales con la disponibilidad de sustancias, influencia de pares y violencia en el entorno escolar y social; mismos que contribuyen a hacer de esta, una problemática social cada vez más evidente en nuestra sociedad (9).

Desde esa perspectiva, el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los retos más importantes en el ámbito de la salud mental y pública debido a las profundas afectaciones que produce en quienes enfrentan la adicción (10). Así, además de las consecuencias físicas y psicológicas de las personas que consumen, particularmente los pacientes internos en centros de rehabilitación tienen experiencias que abarcan desde traumas múltiples hasta procesos de estigmatización social y dificultad en la proyección de sus proyectos de vida. Pues existen pautas comunes de vivencia de tal sufrimiento, tales como el sentimiento de desesperanza, la marginalización y la ruptura de redes de apoyo, que las afectan y las vuelven más vulnerables en los procesos de recuperación (11).

1.3 Justificación

Indudablemente el consumo de sustancias psicoactivas representa un problema de salud pública que ha sobrepasado fronteras en todo el mundo, poniendo en riesgo la salud de la población en general y lo más controversial, es que la sociedad contemporánea lo ha tomado como un estilo de vida (12).

En este sentido, como una forma de hacer frente a esta situación, es pertinente la promoción de iniciativas de educación para la salud hacia los consumidores, y más aún que estas sean guiadas por la funcionalidad de la enfermería, ya que se considera que este rol puede prevenir

el consumo de drogas, a través de la disminución de los factores de riesgo y el fortalecimiento de factores de protección, lo que supone empoderar a los individuos en la adopción de estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de conductas de riesgo a nivel del consumo de sustancias psicoactivas (13). Asimismo, la participación de un equipo multidisciplinar es indispensable para identificar tempranamente patrones de riesgo en los adolescentes y garantizar una intervención integral y efectiva (14).

La relevancia del rol de la enfermería estriba en la capacidad para descubrir factores de riesgo psicosocial, como abusos en la infancia, discordia familiar o carácter permisivo frente a las drogas, y asignar a la familia a las medidas (2). Asimismo, ha sido probado que programas educativos conducidos por enfermeras reducen el consumo de estupefacientes, aunque requieren de control a largo plazo para que sean eficientes. En ese sentido, el oportunismo y potencialidad que tiene la enfermería es fundamental para contemplar contrariedades de salud pública, dado que permite una intervención más efectiva y sostenible en el consumo de sustancias psicoactivas (15).

En este sentido, la enfermería en el abordaje de la adicción es relevante ya que provee el cuidado integral y humanizado que los pacientes necesitan. Hasta el momento, el desempeño del rol de la enfermería en adicciones ha hecho posible que de manera significativa se reduzca el consumo de sustancias, bajo los indicadores de calidad de vida de los pacientes. Por tal razón, la intervención de la enfermería se articula en la explicación del riesgo del consumo de drogas y en la promoción del manejo de estrategias positivas de afrontamiento; mismo que viene complementado por el acompañamiento en el plano emocional (1).

Desde esa perspectiva, el presente estudio permite comprender de manera profunda los factores emocionales, sociales y psicológicos que contribuyen a esta problemática. Esta investigación no solo aporta conocimiento sobre los motivos y consecuencias del consumo en esta población específica, sino que también sirve como base para diseñar estrategias de intervención personalizadas y efectivas. Además, su relevancia radica en la posibilidad de generar programas de rehabilitación que aborden no solo el tratamiento médico, sino también el contexto integral del paciente, favoreciendo su reintegración a la sociedad y contribuyendo a la reducción del impacto social y económico asociado al consumo de sustancias psicoactivas en la comunidad.

De acuerdo con la línea de investigación del Ministerio de Salud Pública se encuentra dentro de la línea 11 de salud mental y trastornos del comportamiento.

Capítulo II

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes

La salud pública enfrenta serias amenazas debido al impacto de las drogas, sustancias que generan efectos alucinógenos y altamente adictivos (16). Esta provoca daños irreversibles en el cerebro, afectando gravemente el desarrollo social y laboral de quienes las consumen. Además, el consumo de estas sustancias está estrechamente relacionado con contextos familiares disfuncionales y conflictivos, donde los modelos de crianza desempeñan un papel crucial como factores de riesgo en la aparición de conductas desadaptativas (16).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las drogas como sustancias químicas, ya sean de origen natural o sintético, que, al ser introducidas en un organismo vivo, por vías como la inhalación, inyección o ingestión, afectan el sistema nervioso central, generando cambios físicos y psicológicos (17).

Según el estudio realizado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (18), muestran que aproximadamente 284 millones de personas han consumido drogas en 2021, También menciona que los trastornos por consumo de opioides fueron la principal causa de carga de enfermedad relacionada con drogas, seguidos por los trastornos por consumo de cannabis y cocaína. Además de un aumento de las muertes relacionadas con drogas con un 20% desde el 2010 al 2021 (18).

En Estados Unidos existe una crisis por el uso de opioides, como el fentanilo, lo que ha causado un aumento del 45% en las muertes por sobredosis desde 2015. En Europa el uso de cannabis y cocaína generalmente se da en los adultos jóvenes. En Asia, especialmente la parte del sudeste, el consumo de metanfetaminas y opioides son un grave problema en la salud pública (18).

En América latina, Vázquez et al. (19), llevaron a cabo la investigación titulada "experiencia vivida de los adolescentes consumidores de drogas: un abordaje fenomenológico", publicada en México en 2019. Este estudio tuvo como propósito explorar, desde un enfoque fenomenológico, las vivencias de adolescentes consumidores de sustancias ilícitas. Participaron 11 jóvenes de entre 14 y 17 años, la mayoría provenientes de familias disfuncionales marcadas por violencia y carencia afectiva. Las drogas más consumidas fueron marihuana y metanfetaminas, evidenciándose también una inclinación hacia el poli consumo (19).

Las experiencias asociadas al consumo se dividieron en tres categorías principales. La primera, denominada "aspereza familiar", describe los entornos de violencia, opresión y falta de valores en los que crecieron los adolescentes, influyendo significativamente en su incursión al consumo. La segunda, "experimentación en el mundo del consumo", evidencia que muchos jóvenes recurrían a las drogas como una vía de escape de la realidad y para explorar nuevas sensaciones, a pesar de las repercusiones negativas en su salud y relaciones. Finalmente, algunos adolescentes expresaron un deseo de reintegrarse a la sociedad y fortalecer los vínculos familiares, agrupado en la categoría "esperanza del estar ahí" (19).

El estudio concluye que el consumo de drogas en adolescentes está estrechamente relacionado con su entorno familiar y social, donde factores como la violencia, el desamor y la ausencia de valores juegan un papel determinante. Sin embargo, destaca que, a pesar de las adversidades, muchos jóvenes muestran voluntad de transformar su situación y buscan apoyo para reconstruir sus vidas. Estas conclusiones subrayan la importancia de comprender las vivencias de los adolescentes desde su propia perspectiva, para desarrollar estrategias de intervención efectivas y contextualizadas (19).

En el ámbito nacional, Arteaga F. y colaboradores llevaron a cabo el estudio titulado "consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes: estudio de caso en la parroquia Sucre del Cantón 24 de mayo, Ecuador", publicado en 2021 en la provincia de Manabí, Ecuador. La investigación tuvo como objetivo principal analizar los efectos que el consumo de estupefacientes genera en la salud psicosocial de los adolescentes de dicha parroquia. El estudio contó con la participación de 32 adolescentes atendidos en el área de psicología del centro de salud local. Para la recopilación de datos, se emplearon entrevistas y se aplicó el cuestionario tecvasp, herramienta diseñada para evaluar la calidad de vida de los consumidores de sustancias psicoactivas (20).

Los hallazgos señalaron que la mayor parte de los consumidores tenía entre 14 y 17 años, siendo los hombres cuatro veces más propensos al consumo que las mujeres. La marihuana fue la sustancia más utilizada, representando el 71% de los casos, seguida por la cocaína con un 21%. Adicionalmente, el 50% de los participantes indicó consumir más de una sustancia. Los efectos del consumo incluían dificultades de memoria, alteraciones en el sueño y dolores físicos, los cuales a menudo estaban asociados con incidentes como caídas o peleas bajo los efectos de las drogas. También se reportaron síntomas de dependencia emocional, como nerviosismo y episodios depresivos, más pronunciados durante los periodos de abstinencia (20).

Respecto a la percepción de su salud, la mayoría reconoció que esta había sido afectada en algún grado. Las mujeres manifestaron sentirse más impactadas que los hombres, aunque estos últimos también reportaron daños significativos. A pesar de las complicaciones, los adolescentes expresaron interés en recibir terapia psicológica, aunque algunos manifestaron dudas sobre la efectividad de los tratamientos disponibles (20).

La investigación concluyó que el consumo de drogas tiene un impacto severo en la salud física, psicológica y social de los adolescentes, estando estrechamente relacionado con problemas en el entorno familiar. Además, resaltó la importancia de ampliar la población de estudio y realizar investigaciones similares en otras comunidades para entender mejor esta problemática y desarrollar intervenciones más efectivas y contextualizadas (20).

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas, conocidas comúnmente como drogas ilegales, son aquellas que no tienen un propósito médico reconocido y que pueden alterar la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento de quien las consume (21). Estas sustancias suelen ser utilizadas de manera voluntaria, sin la supervisión de un profesional de la salud, y con objetivos diferentes a los terapéuticos. La distinción entre una droga y un medicamento no depende de su composición química o sus propiedades farmacológicas, sino del contexto en el que se emplea (22). Por ejemplo, las benzodiazepinas pueden considerarse medicamentos cuando se recetan para tratar trastornos como la ansiedad o el insomnio, pero se clasifican como drogas cuando son utilizadas de forma recreativa o sin control médico para alterar el estado de ánimo.

Por otro lado, las sustancias psicoactivas son compuestos químicos que, al ser ingeridos, inhalados, inyectados o absorbidos, alteran el funcionamiento del sistema nervioso central temporalmente modificando las percepciones, emociones, cognición y comportamientos de las personas (23). De hecho, existen varios tipos de sustancias, incluidos los medicamentos recetados, como analgésicos y ansiolíticos, y las drogas recreativas, que consisten en alcohol y nicotina, ilegales como la cocaína y el cannabis. El mecanismo de acción depende de factores como la cantidad de sustancia, lo frecuente que se consumen, las características individuales de la persona que la consume y el entorno en el que se consumen (24).

Desde una perspectiva neurobiológica, por otro lado, las sustancias psicoactivas pueden ser definidas como agentes químicos que interactúan con los receptores de neurotransmisores específicos del cerebro, afectando ya sea su activación, liberación, absorción o degradación, lo que, a su vez, puede provocar un efecto estimulante, depresor o alucinógeno, según el tipo

de sustancia (25). Por ejemplo, los estimulantes, como las anfetaminas, actúan al aumentar la actividad neuronal, estimulando la liberación de neurotransmisores, como la dopamina, mientras que los depresores, como los opioides, inhiben mediante la reducción de la excitación del sistema nervioso central. Esto menciona la necesidad y omite más lo obvio de la relevancia detrás del efecto de estas sustancias en la salud mental y física, y los muchos riesgos involucrados en un uso inseguro o dependiente (26).

2.2.2 Breve historia del uso de sustancias psicoactivas

El uso de sustancias psicoactivas tiene raíces profundas en la historia de la humanidad, desempeñando diversos roles en contextos religiosos, terapéuticos, recreativos y laborales (27). Civilizaciones antiguas, como las de Asia menor y Europa, empleaban el opio como analgésico, mientras que los asirios utilizaban cáñamo en ceremonias religiosas y las culturas precolombinas incluían hongos alucinógenos en sus rituales (28). Con el tiempo, el descubrimiento de nuevas sustancias y el desarrollo de rutas comerciales globales llevaron a una mayor difusión de elementos como el tabaco, la coca y el alcohol, que adquirieron relevancia cultural y económica. Durante la edad media, algunas prácticas relacionadas con estas sustancias fueron condenadas por la iglesia, aunque el renacimiento y el intercambio con américa introdujeron nuevos usos y variedades (28).

En el siglo XIX, los avances en química permitieron sintetizar compuestos como la morfina y la heroína, diseñados inicialmente para fines médicos pero que pronto generaron problemas de adicción. El siglo XX marcó un punto de inflexión con la proliferación de sustancias como el LSD y las anfetaminas, promovidas por movimientos sociales y contraculturales (28).

En la actualidad, el consumo ha evolucionado hacia las llamadas drogas de diseño y el fenómeno del poli consumo, generando retos significativos para las políticas de salud pública. Los efectos físicos y psicosociales del consumo prolongado subrayan la urgencia de establecer regulaciones efectivas y diseñar programas de prevención y tratamiento adaptados a las realidades contemporáneas (29).

Según el informe mundial sobre las drogas 2023 de la oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito (UNODC), se estima que, en 2021, aproximadamente 296 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas ilícitas al menos una vez, lo que representa un incremento del 23% en la última década (30). Además, el número de personas con trastornos por consumo de drogas ascendió a 39.5 millones, reflejando un aumento del 45% en el mismo período (31).

2.2.3 Clasificación de sustancias psicoactivas

La organización mundial de la salud (OMS) organiza las sustancias psicoactivas según el impacto principal que tienen en el sistema nervioso central. A continuación, se describen las categorías principales:

- Depresores del sistema nervioso central (SNC):

Estas sustancias disminuyen la actividad del cerebro, generando efectos como sedación, relajación muscular y alivio de la ansiedad (32). Sin embargo, su uso inapropiado puede causar dependencia y otros problemas de salud. Algunos ejemplos incluyen:

- Alcohol
- Benzodiazepinas (por ejemplo, diazepam)
- Barbitúricos
- Opioides (como morfina o heroína)

- Estimulantes del SNC:

Aumentan la actividad cerebral, mejorando la alerta, la concentración y los niveles de energía. Un consumo excesivo puede llevar a dependencia y efectos secundarios como ansiedad o problemas cardiovasculares (32). Ejemplos de estas sustancias son:

- Cafeína
- Nicotina
- Cocaína
- Anfetaminas (por ejemplo, metanfetamina)

- Alucinógenos:

Estas sustancias modifican la percepción, el pensamiento y el estado emocional, provocando alucinaciones y alteraciones en la realidad. Pueden inducir episodios psicóticos u otros trastornos mentales (32). Ejemplos frecuentes son:

- LSD (dietilamida de ácido lisérgico)
- Peyote (mescalina)
- Psilocibina (hongos alucinógenos)
- MDMA (éxtasis)

- Sustancias con efectos mixtos:

Algunas drogas poseen características que combinan efectos de las categorías anteriores, dificultando su clasificación. Un ejemplo común es el cannabis, que puede

actuar como depresor, estimulante o alucinógeno, dependiendo de la dosis y del consumidor (32).

Desde otra perspectiva más farmacológica, según el aporte de (33), sostiene que las sustancias psicoactivas pueden clasificarse desde lo farmacológico, y puede denominarse de la siguiente manera:

- Alucinógenos: las sustancias alucinógenas son aquellas que alteran las percepciones sensoriales humanas, de manera que el usuario experimenta una realidad distorsionada en la que el tiempo, el espacio, los colores y las formas se ven deformados. Ejemplos: LSD y psilocibina.
- Estimulantes: las sustancias psicoactivas estimulantes aceleran la actividad del sistema nervioso central, lo que a menudo resulta en una mayor sensación de alerta, euforia y energía en el usuario. Ejemplos: anfetamina, cocaína y metilona.
- Depresores: las sustancias psicoactivas depresoras ralentizan la actividad del sistema nervioso central, lo que a menudo lleva al usuario a sentirse más relajado, somnoliento y menos sensible al dolor. Ejemplos: heroína, metadona y fentanilo.

Por otro lado, desde la apreciación de (34), las sustancias psicoactivas también pueden clasificarse según su origen en: naturales, sintéticas y semisintéticas:

- Drogas naturales: son aquellas sustancias psicoactivas que se extraen directamente de plantas o hongos y se consumen después de someterse a ningún o pocos procesos físicos. Ejemplos: salvia, escopolamina y psilocina.
- Drogas sintéticas: son compuestos químicos producidos en el laboratorio a partir de precursores químicos mediante reacciones químicas avanzadas que usualmente constan de múltiples pasos. Ejemplos: carfentanilo y benzilpiperazina
- Drogas semisintéticas: son compuestos químicos obtenidos en el laboratorio a partir de precursores naturales mediante reacciones químicas simples. El precursor y la droga semisintética comparten la misma estructura química básica, diferenciándose generalmente por la adición o sustitución de uno o más grupos radicales. Ejemplos: cloridrato de cocaína, sintetizado a partir de erythroxyllum coca a heroína, derivada de papaver somniferum también llamada adormidera.

2.2.4 Efectos a corto y largo plazo del consumo

El consumo de sustancias psicoactivas tiene repercusiones significativas en la salud física y mental, tanto a corto como a largo plazo. A continuación, se detallan los efectos asociados con algunas de las drogas más comúnmente utilizadas:

1. Alcohol

- Corto plazo: la ingesta de alcohol puede provocar euforia, desinhibición, deterioro de la coordinación motora y del juicio, así como somnolencia. En dosis elevadas, puede llevar a intoxicación aguda, coma etílico e incluso la muerte (31).
- Largo plazo: el consumo crónico se asocia con enfermedades hepáticas como cirrosis, trastornos cardiovasculares, neuropatías periféricas y deterioro cognitivo. Además, incrementa el riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer y trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión y ansiedad (35).

2. Cannabis

- Corto plazo: su uso puede causar alteraciones en la percepción, euforia, deterioro de la memoria a corto plazo y habilidades motoras, así como ansiedad y paranoia en algunos individuos (36).
- Largo plazo: el consumo prolongado se ha vinculado con déficits cognitivos persistentes, riesgo aumentado de desarrollar trastornos psicóticos en individuos predispuestos y síndrome de hiperémesis cannabinoide, caracterizado por episodios recurrentes de vómitos intenso (36)

3. Cocaína

- Corto plazo: produce euforia intensa, aumento de la energía, hiperalerta y disminución del apetito. Sin embargo, también puede causar ansiedad, paranoia, hipertensión arterial y arritmias cardíacas (36).
- Largo plazo: el uso crónico puede llevar a trastornos cardiovasculares graves, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, así como a deterioro cognitivo y trastornos del estado de ánimo. Además, el consumo intranasal prolongado puede causar perforación del tabique nasal (36).

4. Metanfetaminas

- Corto plazo: generan euforia, aumento de la actividad física y mental, disminución del apetito y sensación de poder. No obstante, pueden provocar agitación, comportamiento violento, hipertermia y convulsiones (37).
- Largo plazo: el uso prolongado se asocia con pérdida significativa de peso, problemas dentales severos conocidos como "boca de metanfetamina", trastornos de ansiedad, psicosis y daño cerebral que afecta la memoria y el aprendizaje (37).

5. Opioides

- Corto plazo: proporcionan analgesia, euforia y sedación. Sin embargo, pueden causar depresión respiratoria, náuseas, vómitos y estreñimiento (36).
- Largo plazo: el uso crónico puede conducir a dependencia física y tolerancia, aumentando el riesgo de sobredosis fatal. Además, se asocia con trastornos endocrinos, inmunosupresión y deterioro cognitivo (36).

6. Alucinógenos (LSD, psilocibina)

- Corto plazo: provocan alteraciones profundas en la percepción sensorial, alucinaciones, cambios en el estado de ánimo y pensamiento desorganizado (36).
- Largo plazo: aunque menos comunes, pueden desencadenar trastornos psiquiátricos persistentes, como trastorno de percepción persistente por alucinógenos (HDDP) y episodios psicóticos en individuos susceptibles (36)

2.2.5 Adicción y consumo de sustancias: diferenciación y criterios diagnósticos

El consumo de sustancias y la adicción son dos términos que están estrechamente relacionados, pero que difieren esencialmente en términos clínicos y sociales. El consumo de sustancias se refiere al uso casual y repetido de drogas legales e ilegales (38). Por otro lado, la adicción se caracteriza como un problema crónico de salud mental en el que hay una compulsión continuada a usar una sustancia a pesar de la aparición de consecuencias negativas que afectan significativamente a la vida diaria de un individuo. No todos los individuos que consumen una sustancia terminan enganchados a ella. Que le sucede a la genética y a un individuo en términos de exposición ambiental y experiencias personales son factores críticos en la adicción (39).

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (dsm-5), un trastorno por uso de sustancias se diagnostica cuando se reúnen más de dos criterios en una lista que incluye pérdida de control, un deseo persistente e infructuoso de dejar de usar drogas, uso continuado a pesar de problemas sociales o físicos y tolerancia o síntomas de abstinencia. Estos criterios separan el uso ocasional o recreativo del trastorno que requiere atención clínica. Una diferenciación adecuada tiene implicaciones significativas para el paso y el tratamiento (40).

Mientras que, para los consumidores ocasionales, las estrategias preventivas o educativas pueden ser de utilidad, los adictos necesitan medidas más estructuradas como la terapia cognitivo-conductual, control de abstinencia y medicamentos y apoyo social en consonancia. Reconocer la complejidad intrínseca de estos diagnósticos es esencial para abordar y permitir un enfoque de soporte que enfatice tanto las diferencias individuales como las abordadas social-políticas que subyacen al consumo y la adicción (41).

Por otro lado, distinguir entre un consumidor de sustancias y una persona con adicción es esencial para comprender cómo estas sustancias afectan la vida de quienes las utilizan. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (dsm-5), el trastorno por consumo de sustancias se define como un patrón problemático que causa un

deterioro significativo en la vida del individuo (42), evidenciado por al menos dos de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

1. Uso de sustancias en cantidades mayores o durante más tiempo del planificado.
2. Deseos persistentes o intentos fallidos de reducir o controlar el consumo.
3. Dedicación excesiva de tiempo a conseguir, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
4. Fuertes deseos o impulsos de consumir la sustancia.
5. Uso recurrente que interfiere con las responsabilidades laborales, escolares o domésticas.
6. Consumo continuado a pesar de problemas sociales o personales ocasionados o exacerbados por la sustancia.
7. Abandono de actividades sociales, laborales o recreativas debido al uso de sustancias.
8. Consumo en situaciones peligrosas para la integridad física.
9. Persistencia en el consumo, a pesar de problemas físicos o psicológicos asociados.
10. Desarrollo de tolerancia, que requiere dosis mayores para obtener el efecto deseado.
11. Síntomas de abstinencia al disminuir o cesar el consumo, que pueden aliviarse con el uso de la sustancia o una similar.

Aunque los síntomas de tolerancia y abstinencia son característicos de la dependencia física, no son suficientes por sí solos para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias; estos deben evaluarse en conjunto con los otros criterios (36).

Por otro lado, un consumidor ocasional no cumple con estas condiciones diagnósticas. El uso recreativo o esporádico que no afecta significativamente las responsabilidades diarias, las relaciones sociales o la salud física y mental no se clasifica como adicción (43). Sin embargo, el consumo recreativo puede convertirse en un problema más grave si aumenta la frecuencia o cantidad de uso.

La adicción también se distingue por los cambios en el cerebro que afectan áreas relacionadas con la recompensa, la motivación y el autocontrol (43). Investigaciones recientes indican que las personas con adicción presentan una disminución en los niveles de dopamina en ciertas regiones cerebrales, como el cuerpo estriado, lo que reduce la capacidad de experimentar placer y refuerza la búsqueda compulsiva de la sustancia (44). Además, la adicción se considera una enfermedad crónica caracterizada por recaídas y periodos de remisión.

Se describe a la adicción como un proceso que ocurre en tres etapas: intoxicación, abstinencia con afecto negativo y anticipación o deseo compulsivo (44). Cada una de estas

etapas está mediada por diferentes circuitos neuronales, lo que resalta la complejidad de la adicción como trastorno cerebral (44). Este enfoque ha permitido desarrollar tratamientos que abordan tanto los aspectos biológicos como los conductuales del trastorno.

2.2.6. Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas

2.2.6.1 Factores individuales (biológicos, psicológicos)

El consumo de sustancias psicoactivas está influenciado por factores individuales, como la impulsividad elevada, dificultades en la gestión emocional y una limitada capacidad para reconocer y expresar emociones, conocida como alexitimia (45). Trastornos psiquiátricos como el trastorno de conducta o la depresión incrementan significativamente el riesgo de uso (36). Desde el punto de vista biológico, una exposición prenatal a sustancias como tabaco o alcohol aumenta la predisposición al consumo en etapas posteriores de la vida, especialmente durante la adolescencia, un periodo crítico para el desarrollo de estas conductas (45).

2.2.6.2. Factores familiares y sociales

El entorno familiar y social tiene un peso determinante en el riesgo de consumo (46). La ausencia de supervisión parental, vivir en un hogar donde otros consumen sustancias y las relaciones familiares conflictivas aumentan la probabilidad de abuso (46). Además, las influencias de amigos que consumen drogas y la percepción de normas sociales permisivas hacia su uso son factores significativos. También se ha señalado que el bajo compromiso escolar y la falta de actividades estructuradas contribuyen a este comportamiento (44).

2.2.6.3. Factores culturales y económicos

El contexto cultural y las condiciones económicas son elementos clave en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias. La fácil disponibilidad y el bajo costo de ciertas drogas en comunidades vulnerables aumentan su accesibilidad (47). Adicionalmente, las creencias culturales que minimizan el impacto negativo de las sustancias refuerzan su uso (48). Las limitaciones económicas y la pobreza también están asociadas con tasas más altas de consumo, debido a la falta de acceso a programas de prevención y tratamiento (47).

2.2.7. Experiencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas

El uso de sustancias psicoactivas está estrechamente vinculado a experiencias personales que reflejan las razones que conducen al consumo, así como las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que este genera (47). Investigaciones realizadas en Brasil señalan que el consumo generalmente comienza durante la adolescencia, motivado por influencias del entorno social (49). Este hábito se asocia con impactos negativos importantes, como un

deterioro en la calidad de vida, rupturas familiares y problemas psicológicos, incluidos episodios de alucinaciones y sentimientos de aislamiento (49).

Asimismo, el impacto en la percepción corporal desempeña un papel clave en estas experiencias. Según Flores y Reidl, las sustancias alteran de manera significativa cómo los consumidores perciben su cuerpo y el entorno, creando una relación que combina placer, distanciamiento emocional y una reinterpretación de su identidad. Este consumo no solo se entiende como un mecanismo de evasión, sino también como un intento de reconstruir la narrativa personal frente a un contexto social que suele estigmatizar estas conductas (50).

2.2.8 Intervenciones en centros de rehabilitación

Las intervenciones en centros de rehabilitación sobre trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas están asumiendo un papel crucial en la recuperación y la reducción de daños en estos individuos (51). Los modelos basados en la entrega de intervenciones han demostrado ser efectivos para aumentar la disposición de los pacientes a participar en los tratamientos (52). Mediante el uso del estilo centrado en el cliente, los profesionales aplican los cuatro principios de la entrevista motivacional, que son. Expresar empatía, apoyar la autoeficacia, gestionar la resistencia, desarrollar discrepancias. Estas técnicas no agresivas ayudan a los pacientes a reflexionar sobre su relación con el comportamiento problema y les permite tomar decisiones más conscientes acerca de su recuperación (53).

Los centros de rehabilitación juegan un papel fundamental en la atención a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas (54). Las intervenciones realizadas en estas instituciones suelen ser multidisciplinarias, abordando tanto los aspectos médicos como psicológicos y sociales del usuario. En Ecuador, los centros especializados para el tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) han enfrentado críticas por la falta de normativas claras y denuncias sobre violaciones de derechos humanos (55). A pesar de las limitaciones estructurales y éticas, estas instituciones han intentado integrar terapias individuales y grupales como herramientas centrales en los procesos de recuperación (54).

En los centros de rehabilitación, la detección y el seguimiento temprano son esenciales, sobre todo para los pacientes que provienen de la derivación de unidades de emergencia psiquiátrica o un una unidad general de emergencia, donde se registran muchos momentos enseñables al abordar a un paciente vulnerable al respecto, los programas basados en intervención breve son efectivos, tal como se evidenció en el estudio de (52) donde el 65% de los pacientes sometidos a un programa específico buscaron tratamiento especializado,

mientras que en el grupo de control solo fue del 5%. Indican que son más efectivos contra la reducción de consumo sustancias, la hospitalización recurrente y la morbilidad traumática. Como tal, es vital para los clínicos del centro de rehabilitación implementar estrategias similares (56).

Cabe añadir que, existen desafíos de manejo significativos en pacientes renales que buscan atención en centros de rehabilitación, como problemas de acceso, falta de tiempo para el tratamiento, barreras para el tratamiento en y fuera del centro que afectarán el uso de los servicios (57). La afección es estigmatizante y puede hacer que los pacientes no revelen su situación debido al miedo vulnerabilidad. Además, la falta de una comprensión adecuada del tratamiento disponible significa que los pacientes pueden no buscar la atención adecuada en tiempos cruciales. Por tanto, en primer lugar, se debe abordar la atención mediante la eliminación de las barreras (58).

En algunas instituciones, como las descritas en el estudio sobre el dispositivo de sanación pentecostal en México, se incorpora un enfoque religioso que combina la atención espiritual con actividades terapéuticas cotidianas. Este modelo, conocido como dispositivo de sanación pentecostal (DSP), integra oraciones, lecturas bíblicas y predicaciones como parte del proceso de recuperación, destacando la importancia del apoyo espiritual y comunitario. Las experiencias de los usuarios dentro de estos centros varían según el contexto cultural y las características individuales (28).

2.3 Teoría Hildegard Peplau

La teoría de relaciones interpersonales propuesta por Hildegard Peplau, que se enfoca en la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería, recalca la importancia entre la relación entre el profesional de salud y el paciente (59). La teoría propone que esta interacción, más que una forma de mejorar la atención es una poderosa herramienta que promueve no solo la salud si no el desarrollo personal del paciente y el enfermero. Peplau identifica cuatro fases en esta relación: orientación, identificación, explotación y resolución; además posiciona al paciente como participante principal, manteniendo un rol activo durante su cuidado, descartando la visión antigua de receptor pasivo de intervenciones de terceros (60).

Así mismo, la teoría considera a las tareas de enfermería como un proceso interpersonal dinámico, donde el enfermero es uno de los primeros en guiar al paciente para que este por sus propios medios identifique sus problemas y ayude a encontrar maneras de enfrentarlos, ayudando así a desarrollar una mejor comprensión del paciente de sí mismo (59).

Debido a la complejidad y carácter multifacético de las experiencias que pueden experimentar las personas que consumen sustancias psicoactivas dentro del contexto de un centro de rehabilitación, la adopción del abordaje de Peplau se torna extremadamente relevante. El consumo de sustancias psicoactivas tiene consecuencias físicas y mentales; además de dejar secuelas importantes en las relaciones interpersonales y autopercepción de los consumidores. La relación enfermero/paciente, fundamentada en los principios de esta teoría puede ser clave para fomentar el sentido de autocuidado e identidad a esta población en específico.

Modelo interpersonal enfermero paciente para centros de rehabilitación:

- Orientación: se establece un vínculo inicial con el paciente, identificando las necesidades del mismo en relación al consumo de sustancias; siendo claves la empatía y comunicación efectiva para que desde el inicio el paciente se sienta incluido y comprometido con su proceso de rehabilitación (61).
- Identificación: el paciente reconoce al profesional como un recurso para enfrentar los problemas asociados a su adicción. En esta fase, enfermería puede facilitar al paciente la comunicación de las experiencias vinculadas al consumo, enfatizando la auto comprensión y autoconocimiento por encima de la autocrítica (62).
- Explotación: tras explorar los recursos disponibles, en este caso, los recursos disponibles del centro de rehabilitación, se guía al paciente hacia la adquisición de habilidades para manejar los desencadenantes emocionales y sociales del consumo que se encontrará el paciente en el mundo exterior, promoviendo estrategias saludables y adaptativas (63).
- Resolución: en esta fase se espera que el paciente alcance un nivel apropiado de independencia para el manejo de su situación, habiendo sido guiado para el desarrollo de herramientas personales y un sentido de propósito direccionado a su bienestar físico y mental (64).

2.4 Marco conceptual

- Abuso de drogas: se define como el consumo excesivo de drogas y situaciones en las que el hábito de consumo se aparta de normas sociales o médicas reconocidas en su cultura (65).
- Adicción: se trata de una afección crónica en la que el individuo que la padece busca y usa de manera compulsiva una o varias sustancias sin importar que esta le traiga efectos negativos. Existen cambios a nivel cerebral que afectan la capacidad del usuario de resistir el consumo de una droga (66).

- Alucinógenos: son agentes que causan perturbaciones en la percepción de la realidad, esto puede significar alucinaciones tanto visuales como auditivas, así como alteraciones del estado de ánimo y del pensamiento (67).
- Delirio: es una condición de desorientación mental intensa que se distingue por cambios en la atención, conciencia y percepción. Generalmente es resultado de una enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de drogas (68).
- Dependencia física: es la adaptación del cuerpo causada por el consumo constante de una droga. Se diferencia de la dependencia psíquica en que aparecen trastornos físicos, de mayor o menor intensidad, cuando se detiene el consumo de esta (69).
- Dependencia psíquica: necesidad imperiosa de consumir una droga específica para experimentar sensaciones agradables o para evitar malestar (70).
- Legal highs: también conocido como nuevas sustancias psicoactivas. Es un término para referirse a drogas psicoactivas que se venden abiertamente como variantes legales a drogas ilegales. Tienen efectos similares a la marihuana y la cocaína (71).
- Medicamento: es un compuesto o la combinación de varios compuestos que se utilizan con finalidad terapéutica. Ya sea para prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades (72).
- Opiáceos: agentes derivados de la planta del opio utilizados en el campo médico principalmente por sus propiedades analgésicas (73).
- Patrones de conducta: se refiere a las drogas que consume el drogodependiente, su vía de administración, el contexto en el que usualmente se consume, el soporte social y la realidad individual de cada uno (74).
- Policonsumo: se refiere a utilizar de manera simultánea o en un mismo periodo de tiempo múltiples sustancias psicoactivas. Esto puede incrementar o modificar los efectos de las drogas consumidas (75).
- Sobredosis: estado grave de intoxicación aguda que ocurre cuando se excede el límite de toxicidad del cuerpo. Esto dependerá de la cantidad de droga consumida, su pureza y factores corporales individuales (76).
- Sustancias psicoactivas: son sustancias que, al ingresar al organismo, causan alteraciones en el sistema nervioso central. Se pueden ver afectados el estado de ánimo, la percepción, la conciencia o el comportamiento (77).
- Tolerancia: estado de ajuste del cuerpo a un agente lo que causa una disminución del efecto sobre el mismo a la misma cantidad de droga, por lo que se requiere una dosis mayor para causar el mismo efecto (78).

2.5 Marco legal

El consumo de sustancias no es solo un asunto social y de salud, sino que también es penado por la ley, sea internacional o ecuatoriana, por lo que definir la legislación y el las estrategias que el Estado proporciona es esencial.

En la Constitución de la República del Ecuador de 2008, se establece un enfoque de salud pública frente a las adicciones y el consumo de sustancias (79). El artículo 364 señala que:

"Las adicciones son un problema de salud pública. El estado será responsable de desarrollar programas de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas, así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a las personas consumidoras ocasionales, habituales y problemáticas. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales."

Asimismo, el artículo 46, en su numeral 5, menciona:

"Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo."

Por otro lado, según la Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas (80), señala lo siguiente:

"Artículo 1.- objeto: la presente tiene como objeto la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas; el control y regulación de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y medicamentos que las contengan; así como el establecimiento de un marco jurídico e institucional suficiente y eficaz."

"Artículo 5.- derechos: para el cumplimiento de esta ley, el estado garantizará el ejercicio de los siguientes derechos:

- *C.- Salud. - toda persona en riesgo de uso, que use, consuma o haya consumido drogas, tiene derecho a la salud, mediante acciones de prevención en sus diferentes ámbitos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, respetando los derechos humanos, y a recibir atención integral e integrada que procure su bienestar y mejore su calidad de vida, con un enfoque biopsicosocial, que incluya la promoción de la salud.*
- *D. Educación. - toda persona tiene derecho a acceder a un proceso formativo, educativo, con orientación sistémica y holística, encaminado al fortalecimiento de sus vaciedades, habilidades, destrezas y potencialidades en todas las etapas de su vida. En las comunidades educativas públicas, privadas y fiscomisionales será prioritario,*

el conocimiento y aplicación de la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y de los riesgos y daños asociados.

- *E. Información. - toda persona, en especial mujeres embarazadas, niñas, niños, adolescentes, jóvenes y aquellas en situación de vulnerabilidad tiene derecho a recibir información de calidad, basada en evidencia científica, de forma inmediata y eficaz, para prevenir y desincentivar el uso y consumo drogas. La prevención de discapacidades congénitas o adquiridas estará presente en la ejecución de las políticas públicas de la prevención integral de drogas.”*

En otro aspecto, según el Ministerio de Salud Pública (81), dentro del programa de prevención integral del uso y consumo de drogas en los espacios laborales, menciona lo siguiente:

- A los países se los ha calificado a partir de acciones de la delincuencia organizada como países de cultivo, producción, tránsito, circulación y consumo de drogas.
- Descalificación que ha condicionado las acciones del estado, circunscrito al interés de la cooperación y minimizado las políticas sociales de prevención.
- El tema de drogas no ha sido tratado científicamente y con suficiente profundidad en los ámbitos sociales y culturales, convirtiéndose en un tema tabú.
- La visión penal del uso ha provocado una asociación unívoca entre droga y delito. Consecuentemente, ha impedido develar el contexto sociocultural de los usos de drogas.
- Los estudios se han centrado en revelar datos cuantitativos careciendo de información cualitativa.
- Se hace imprescindible construir un enfoque que sustente el trabajo preventivo, integrador de lo sistémico y complejo, que reconozca la etiología del fenómeno, las determinaciones socio culturales de los diversos grupos, con la participación del estado y de los referentes comunitarios que permita mayor cobertura y efectividad de los programas.
- Desarrollar las acciones necesarias para evitar o reducir los usos y abusos de drogas, así como los daños causados por las mismas a corto, mediano y largo plazo es el objetivo de la prevención, recogido en el texto refundido de la ley sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos y del plan estratégico 2011 – 2012. Las estrategias de prevención se construyen teniendo en cuenta algunos factores relacionados con su uso. En primer lugar, hay que precisar que existen algunas circunstancias, características y situaciones que favorecen o dificultan el consumo de drogas.

2.6 Marco referencial

En un estudio de Para et al. (82), se centró en comprender mejor la descompensación o recaída en casos de patología dual. Utilizando un enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo, basado en la teoría fundamentada (grounded theory), se entrevistó a pacientes adultos hospitalizados en psiquiatría sobre su experiencia subjetiva con el uso de sustancias psicoactivas. La muestra incluyó a dieciséis pacientes dependientes de al menos una sustancia psicoactiva, excluyendo el tabaco, clasificados según su patología psiquiátrica.

Los resultados mostraron que, en términos generales, la dimensión terapéutica como motivo para consumir predominó sobre las dimensiones hedónica y social, especialmente en pacientes con esquizofrenia. A pesar de ser conscientes de los efectos adversos de las drogas, los pacientes perciben que el consumo satisface sus expectativas, particularmente en lo relacionado con aliviar su sufrimiento. La mayoría de los pacientes no desea iniciar un proceso de desintoxicación. Se concluyó en que la descompensación de una patología dual a menudo se asocia con cambios en el uso de sustancias, una agudización de experiencias psicóticas y un contexto social y emocional desfavorable que coloca a los pacientes en una condición crítica que requiere hospitalización en psiquiatría (82).

Desde los aportes de Havnes et al. (83), se centraron en examinar la vida y el uso problemático de sustancias psicoactivas y explorar las experiencias de el uso de esteroides androgénicos anabólicos (EAA) y el uso de sustancias psicoactivas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, grabadas en audio, transcritas textualmente y analizadas temáticamente dentro de un marco biopsicosocial aplicando conceptos como la agencia farmacológica, la vigilancia corporal de los efectos y la capacidad de utilizar las sustancias de manera instrumental para mejorar el bienestar físico y emocional.

Los resultados revelaron que doce participantes reportaron consumo de sustancias, destacando cannabis, cocaína y anfetaminas. Ocho presentaron problemas de uso, cinco con dependencia de EAA y puntuaciones clínicas significativas. El uso de sustancias psicoactivas se percibió como independiente o para mitigar efectos secundarios de EAA (83)

Por otro lado, Ellilä et al. (84), se centraron en evaluar si el uso de drogas se asocia con experiencias psicóticas, y si la asociación es independiente de la enfermedad psicótica comórbida. Como objetivo secundario, este estudio evaluó el uso concurrente de sustancias entre las personas que usan drogas. El mismo se basó en una encuesta voluntaria y anónima administrada in situ para personas que asisten a servicios de uso de sustancias. La encuesta se realizó en 17 centros de servicio de uso de sustancias en el suroeste de Finlandia en 2019, con un total de 219 encuestados. Se recopiló información sobre el uso de sustancias, el uso del servicio debido a episodios psicóticos y la enfermedad psicótica comórbida (84).

Los resultados revelaron que el 17% de los 219 participantes ($n = 38$) informó el uso de drogas. El consumo de sustancias psicoactivas también se asocia con el uso del servicio debido a episodios psicóticos inducidos por sustancias y el uso extensivo de varias sustancias. Se concluyó en que el uso de drogas se asoció con experiencias psicóticas independientemente de la enfermedad psicótica comórbida (84).

Desde la perspectiva de Medina et al. (85), se centraron en comprender las experiencias vividas de enfermería en el cuidado de pacientes usuarios de drogas lícitas e ilícitas que acuden a un hospital gubernamental de nuevo laredo, México. El mismo se diseñó a partir de un estudio cualitativo fenomenológico basado en la filosofía de Edmund Husserl. Los informantes del estudio pertenecían a las áreas de primer y segundo nivel de atención sanitaria, donde fueron seleccionados mediante un muestreo teórico. Se obtuvieron 20 participantes. Se realizaron entrevistas grupales, las cuales iniciaron con una pregunta orientadora (85).

Los resultados del estudio evidenciaron que en base a las unidades de significado emergieron seis subcategorías y tres categorías que dieron como resultado a un tema central. Éste reflejó las experiencias negativas que vive enfermería, tales como las limitantes para brindar un mejor cuidado como profesional, la percepción de falta de apoyo por el círculo social más allegado al usuario de drogas y la concepción negativa sobre las adicciones. El estudio concluyó en que las experiencias de enfermería pueden contribuir al desarrollo e implementación de mejoras en la atención mediante la capacitación continua y especializada, así como dirigirse a la modificación de actitudes con la finalidad de que tengan mejores herramientas para afrontar los retos del cuidado de individuos que usan sustancias adictivas (85).

Desde la investigación de Fonseca et al. (86), tuvo como finalidad analizar la relación entre las experiencias psicóticas atenuadas y el consumo de sustancias en adultos jóvenes. La muestra la formaron un total de 660 participantes universitarios ($m = 20,3$ años; $dt = 2,6$). Los resultados mostraron que un 96% de la muestra informó de alguna experiencia de ideación delirante, mientras que el 20,3% informó de, al menos, una experiencia atenuada de tipo cognitivo-perceptual. El 41,1% de la muestra refirió algún consumo de sustancias, encontrándose diferencias en función del género (86).

Los participantes consumidores informaron de un mayor número de experiencias psicóticas, sobre todo de tipo positivo. Asimismo, el consumo de alcohol predijo, en la mayoría de los casos, las puntuaciones extremas en las medidas de ideación delirante y experiencias pseudo psicóticas. La asociación entre estas dos variables parece mostrar un patrón diferenciado, encontrándose el consumo de sustancias más relacionado con las experiencias pseudo

psicóticas de tipo cognitivo perceptual. Estos hallazgos parecen apoyar los modelos dimensionales del fenotipo psicótico y permiten mejorar la comprensión de la relación entre las experiencias psicóticas atenuadas y el consumo de sustancias en adultos jóvenes (86).

Capítulo III

3. Objetivos del estudio

3.1 Objetivo general

Describir las experiencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes internos del centro “paz y vida”, milagro 2024-2025.

3.2 Objetivos específicos

1. Describir los datos sociodemográficos de los adultos ingresados en el centro especializado. (edad, estado civil, lugar de residencia, etnia, nivel de instrucción).
2. Determinar las sustancias psicoactivas más utilizadas por los internos
3. Describir las experiencias del consumo de sustancias psicoactivas

Capítulo IV

4. Diseño metodológico

4.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio con un enfoque cualitativo fenomenológico, centrándonos en comprender las experiencias de las personas que han consumido sustancias psicoactivas. Para explorar en detalle las vivencias, percepciones y significados asociados con el consumo de estas sustancias. Este enfoque nos permitió capturar la riqueza y la complejidad de las experiencias individuales, así como identificar patrones y temas emergentes en los relatos de los participantes.

4.2 Área de estudio

Se llevó a cabo en el centro especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas denominado “paz y vida”, localizado en el milagro, provincia del guayas.

4.3 Participantes del estudio

Para esta investigación, se trabajó con los pacientes internados del centro especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas denominado “paz y vida”. Se realizó un muestreo por conveniencia, tomando en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, hasta saturar, dando un total de 15 participantes, los cuales fueron entrevistados dentro de las instalaciones del centro.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Adultos internos que pertenezcan al centro especializado en tratamiento para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas denominado “paz y vida”.
- Pacientes que acepten participar en el estudio investigativo y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes en el rango de edad de 18 a 64 años.

4.4.2 Criterio de exclusión

- Pacientes bajo medicación prescrita u otra sustancia que pueda afectar la validez de la entrevista o la seguridad del entrevistador.
- Pacientes con trastorno mentales graves no relacionadas

4.5 Categorías

Tabla 1 Categorías

Categorías Deductivas	Definición	Preguntas	Código
Contexto del consumo	Edad en la que se comenzó con el consumo de sustancias, causas que los llevaron a ello	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo empezaste a consumir sustancias como el alcohol/ droga o alguna otra sustancia y que te llevó a ello? • ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez? <p>¿Alguna vez recibiste algún tipo de abuso físico, sexual, emocional, psicológico, sexual?</p>	CCO
Sustancias utilizadas	Las sustancias psicoactivas son aquellas que afectan la mente, alterando el estado de ánimo, la percepción, el comportamiento y la cognición. Entre las más comunes se encuentran el alcohol, la marihuana, la cocaína, los opiáceos, los	<p>¿Qué tipo de sustancias usted consumía? Especifique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Ayahuasca. • Cannabis (marihuana/pot/weed) • Depresores del sistema nervioso central (benzos) • Cocaína (coke/crack) • Fentanilo. • GHB. • Alucinógeno • Otra 	SUS

	estimulantes, los alucinógenos y los psicofármacos		
Experiencias peligrosas	Experiencias donde existe un riesgo a la salud, la seguridad o el bienestar	¿Cuáles fueron los momentos más difíciles o peligrosos que experimentaste mientras consumías estas sustancias?	EXP
Impactos del consumo	Efectos físicos, emocionales y mentales que una persona experimenta al ingerir o usar sustancias como el alcohol, drogas ilegales o medicamentos recetados de manera no médica	¿Cree que alguna vez ha desperdiciado oportunidades importantes, profesionales, sociales o familiares por estar consumiendo drogas?	IMP
Proceso de recuperación	Motivación para cambiar y las estrategias usadas, cambios positivos que han visto en sus vidas.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué consejo darías a alguien que está luchando contra una adicción similar? • ¿Cómo describirías tu vida ahora en comparación con cuando estabas consumiendo activamente? 	REC

Elaborado por: Las autoras

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información

4.6.1 Método

La metodología que se empleo fue la cualitativa, la cual nos brinda la oportunidad de explorar a fondo los problemas al analizar los significados que las personas atribuyen a diversos fenómenos o aspectos.

4.6.2 Técnica

Para recolectar datos, usamos entrevistas a profundidad, donde buscamos tener conversaciones detalladas con preguntas y respuestas. Prepararemos cuidadosamente una serie de preguntas que preparamos para la entrevista semi estructurada (anexo 1), diseñada para abordar temas específicos y mantener el enfoque en nuestros temas de investigación y facilitar la comprensión. Nosotras, guiamos la conversación, mientras que la persona entrevistada compartía sus experiencias relacionadas con el tema sin desviarnos del tema principal.

4.6.3 Instrumento

Optamos por una serie de preguntas abiertas durante las entrevistas a profundidad y grabamos las conversaciones para registrar la información de manera precisa, así como un registro de los datos sociodemográficos de los participantes, el cual se encuentra dentro de la guía de la entrevista semi estructurada.

4.7 Procedimiento

Después de solicitar la autorización a la universidad de cuenca y comisión académica de la carrera de enfermería, se procedió con la investigación

Primero y después de haber analizado los criterios de inclusión y exclusión, se les presento y solicito a los participantes firmar el consentimiento informado (anexo 2). Una vez firmado se procedió con las entrevistas a profundidad, las cuales se realizaron una por cada participante, mientras a su vez se graban (audio con previo consentimiento de los participantes), después de haber realizado las entrevistas se procedió a su transcripción de la información usando formato Word, y finalmente usando el programa Atlas. Ti 24.2.0 para el análisis de los datos.

4.8 Análisis de datos

Después de haber realizado las entrevistas, se transcribió en Word los audios de manera textual, reflejando el habla natural de los entrevistados, asignando a cada participante un código. Posteriormente, transferimos las entrevistas transcritas al programa Atlas. Ti 24.2.0

el cual se usó para organizar la información, de esta manera permitió realizar un análisis de la información, al facilitarnos la codificación, categorización, estructuración. En el Atlas. Ti 24.2.0 primero se creó una unidad hermenéutica, para después prepara los documentos primarios, y proceder con la selección de citar y codificación con códigos y subcódigos, los cuales se agruparon en grupos de códigos, para formar memos y finalmente la creación de redes.

4.9 Aspectos éticos

Con el fin de respetar la autonomía de cada participante, se aplicó el consentimiento informado. Además, este proyecto de investigación actuó bajo la normatividad internacional basada en la Declaración de Helsinki.

Cada participante recibió la información en términos comprensibles para ellos, tanto de forma verbal como escrita, sobre el propósito de la investigación, riesgos y beneficios. Luego, se les solicitó la libre participación, afirmando que podían retirarse del estudio en cualquier momento que desearan, garantizando la confidencialidad.

En la entrevista no se utilizaron los nombres o datos de los pacientes internos, con el fin de precautelar y proteger su confidencialidad. Durante la entrevista, se prestó especial atención para evitar que los participantes se sintieran incómodos. Se respeto el silencio y las pausas, permitiendo que los participantes expresaran sus emociones y comprender sus sentimientos. Además, se les dio la opción de decidir si deseaban continuar con la entrevista.

La información que fue recolectada fue transcrita a texto, sin la inclusión de datos personales como nombres y apellidos.

El proyecto de investigación aportara información importante acerca de las experiencias de los pacientes del centro CETAD Paz y Vida, identificando la prevalencia de consumo, por lo tanto, aportando beneficios de información a la comunidad.

Capítulo V

5. Análisis de resultados

5.1 Datos sociodemográficos

Tabla 2. Muestra

Código	Edad	Estado civil	Procedencia	Etnia	Nivel de instrucción
S01	28 años	Unión libre	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S02	53 años	Divorciado	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S03	23 años	Soltero	Rural	Mestizo	Segundo nivel
S04	19 años	Soltero	Rural	Mestizo	Primer nivel
S05	44 años	Soltero	Rural	Blanco	Tercer nivel
S06	20 años	Unión libre	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S07	24 años	Soltero	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S08	22 años	Soltero	Rural	Mestizo	Primer nivel
S09	43 años	Unión libre	Rural	Montubio	Primer nivel
S10	58 años	Unión libre	Urbana	Montubio	Tercer nivel
S11	22 años	Soltero	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S12	28 años	Soltero	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S13	44 años	Unión libre	Urbana	Blanco	Segundo nivel
S14	25 años	Soltero	Urbana	Mestizo	Segundo nivel
S15	52 años	Unión libre	Urbana	Mestizo	Primer nivel

Fuente: Entrevistas realizadas a población

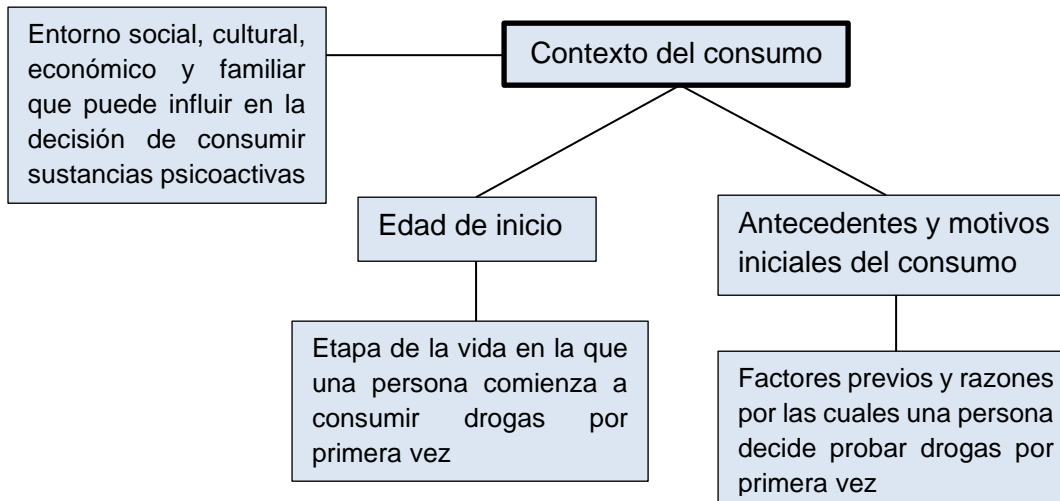
Elaborado por: Las autoras

Las entrevistas fueron realizadas a 15 pacientes hombres internos del centro "Paz y Vida", en Milagro, con edades que varían entre 19 y 58 años, predomina el estado civil soltero con 8 personas y unión libre con 6 personas, divorciado solo hay uno y ninguno está casado, existe una diversidad ocupacional, 10 son de procedencia urbana y 5 son de procedencia rural, predomina la etnia mestiza con 11 participantes, 2 son montubios y los últimos 2 son blancos,

la mayoría han alcanzado el segundo nivel de educación con 9 personas, sigue el primer nivel con 4 personas y solo 2 han alcanzado el tercer nivel.

5.2 Categoría contexto del consumo

Figura 1. Red semántica contexto del consumo



Fuente: Entrevistas realizadas a población

Elaborado por: Las autoras

- Edad de inicio

“Dos de los entrevistados refieren que la edad que tenían al comienzo de su consumo fue 12 años” (S07, S09).

“La primera vez que yo consumí fue cuando yo estuve en el primer curso, a los 10 años y medio” (S14).

Tres entrevistados mencionan que la edad en la que comenzaron con el consumo de sustancias psicoactivas inició en su niñez, cuando tenían una edad igual o menor de 12 años de edad, dos de ellos (S07 y S09), indicaron que iniciaron su consumo a los 12 años de edad, por su parte, un participante (S14) mencionó haber iniciado incluso a una edad más temprana 10 años y medio de edad.

“Los entrevistados relatan que la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas inicio a los 13 años de edad” (S01, S03, S08, S15).

“Algunos de los entrevistados indican que la edad en la que iniciaron su consumo fue a los 14 años de edad” (S04, S12, S13).

De los siete entrevistados cuyo consumo inicio en la adolescencia temprana, cuatro aluden que su edad fue a los 13 años de edad, mientras que los otros tres su edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas fue a los 14 años.

“A los 15 años, 15 años” (S02)

“Fue todo un proceso, comencé a los 16 años” (S06)

Dos participantes cuyo consumo inicio en la adolescencia media, indicaron que comenzaron a los 15 y 16 años de edad respectivamente, siendo esta sus edades en las que se metieron en el mundo del consumo de sustancias psicoactivas.

“A los 18” (S05).

“Tenía como 47 años” (S10).

“A los 20, sí, a los 20” (S11).

Tres entrevistados iniciaron su consumo con edades de 18 años, 20 años y la mayor edad de inicio de consumo, de todos los entrevistados, a los 47 años de edad, respectivamente.

- Antecedentes y motivos iniciales del consumo

“Y fue ahí donde los supuestos amigos me dieron una manera diferente de ver la vida y la pude llegar a notar viendo la sustancia” (S06).

“Proviene porque en el círculo que me encontraba con mis amiguillos, entonces me daba curiosidad saber qué se sentía, cómo se ponía” (OS09).

“Y entonces yo accedí a eso y un grupo de muchachos que yo me llevé, era mala junta Y entonces una vez me llevaron al colegio, me llegaron a ver y entonces... ellos estaban fumando como cigarrillos, yo creí que era cigarrillo, no sabía nada de eso” (S14).

Los testimonios de los participantes revelan que las influencias sociales, particularmente dentro de su grupo de amigos, jugaron un papel significativo en el inicio del consumo, al ser sus amigos ya consumidores, lo que terminaba normalizando ese comportamiento para ellos. Además, que varios testimonios destacan cómo la curiosidad y la presión implícita del entorno los llevaron a experimentar con sustancias.

“Yo trabajaba en una empresa en Guayaquil y unos compañeros una vez me llevaron a una fiesta, sí, una fiesta, en la Marta de Roldója en Guayaquil. Y yo conocí en esa fiesta conocí a tres chicas y de los cuales andaba yo con dos compañeros que éramos tres varones. Y ellos empezaron a consumir, ellos empezaron a consumir, de las cuales yo no sabía ni de qué se trataba, ni que era droga. Ellos consumieron y me afectó a mí, porque yo también estando ahí con ellos, uno sí se droga también y quiere probar” (S10).

Este entrevistado refiere que su experiencia compartida con compañeros de trabajo fue lo que influyó de manera determinante en su inicio en el consumo de sustancias, ya que según su relato describe cómo la exposición al consumo por parte de sus compañeros, en una fiesta, lo llevó a querer experimentar con sustancias.

“Yo empecé a esa edad por tratar de encajar así con los compañeros, por tratar de encajar en el grupo y empecé a buscar aprobación” (S03).

“Quería unirme a un grupo, o sea quería hacerme tomar en cuenta” (S07).

“Ya quería andar con otras personas que aparentaban cosas que no son. Yo quería aparentar eso también, dar miedo, que ser el que impone todas esas cosas” (S08).

Los participantes expresaron cómo el deseo de encajar en determinados grupos sociales influyó en sus decisiones, mientras algunos participantes buscaban aceptación y reconocimiento dentro de un grupo (S03, S07), otros asociaban la pertenencia con la construcción de una imagen, como demostrar poder o imponerse ante otros (S08).

“Yo empecé por curiosidad...por curiosidad” (S03).

“No, fue por curiosidad” (S06).

“Entonces todo entró por la curiosidad de ver, de escuchar. Entonces yo quise hacer lo mismo” (S07).

“Por curiosidad”” Proviene porque en el círculo que me encontraba con mis amiguillos, entonces me daba curiosidad saber qué se sentía, cómo se ponía” (S09).

“Por curiosidad, por curiosidad” (S10).

“Lo que me conllevó a consumir fue la curiosidad, me dio curiosidad” (S12).

Varios entrevistados mencionaron que el deseo de experimentar fue un factor clave en sus decisiones, algunos como S09, este deseo estuvo relacionado con la influencia del grupo, mientras que en otros casos fue una inquietud individual sin aparente presión externa. Considerando que la causa del consumo suele ser multifactorial, se sugiere que la curiosidad puede actuar como un catalizador inicial, pero no necesariamente como un factor de sostenimiento en el consumo a largo plazo, su relevancia radica en su capacidad para motivar la primera exposición a las sustancias.

“O sea, como las emociones pues, las emociones, evadir responsabilidades, liberarse de resentimiento, sentimientos” (S11).

Un entrevistado expresó que el consumo le permitió evitar enfrentarse a sus emociones y responsabilidades, además de liberar sentimientos reprimidos, como desencadenantes del consumo.

“Cuando comencé a consumir fue por una mujer, porque la perdí en un accidente” (S05).

“También de la pérdida de mi mamá, también todo eso y por eso fue mi consumo” (S11).

Los participantes mencionan como estos eventos traumáticos sirvieron como desencadenantes, llevando a los participantes a buscar en el consumo una forma de afrontamiento para la muerte de un ser querido, ya sea una pareja (S05) o un familiar cercano como una madre (S11), lo que parece haber generado un vacío emocional difícil de manejar.

“Los entrevistados menciona que el padre era alcohólico” (S02, S05).

“A los 11 años comenzó mi desvío mental al consumo porque veía un familiar que lo hacía y pensé que era normal. Es una curiosidad negativa porque no fue un objetivo bueno que realmente estaba cumpliendo la persona, el familiar que... que lo hacía, yo pensaba que era algo normal” (S12).

“Y me llamó la curiosidad de ver cómo la gente consumía droga, de ver a mis tíos, a mis primos mayores, a mis primos, a mis tíos mayores, a la vecindad de que ya vivía en Durán, me acuerdo tanto en la Ciudadela Unidad Nacional y ya comencé a ver todo eso, todo eso” (S15).

Los entrevistados señalaron que crecieron en hogares donde el consumo de alcohol o drogas era una práctica normalizada, por lo que la exposición temprana a familiares con consumo problemático contribuyó a la percepción de que este comportamiento era parte de la vida

cotidiana. Además, S15 menciona la influencia de familiares y vecinos, lo que evidencia que el consumo de sustancias puede extenderse más allá de solo el núcleo familiar y convertirse en una parte normalizada de la comunidad.

“Mi mamá y mi papá vivían solo peleando. Me iba para no ver esa pelea” (S04).

“Yo vivía odiando a mi mamá en el sentido de que... vivía en discusión con mi papá, vivía un... o sea, todos los días era una pelea, tras pelea, tras pelear y yo me viví criando con eso” (S08).

Los testimonios de los participantes sobre las peleas entre sus padres muestran cómo el ambiente familiar conflictivo, afectó profundamente su bienestar emocional, por ejemplo, llevó a S04 a buscar distanciarse de la situación, mientras que a S08 le generó un sentimiento de resentimiento y frustración acumulada contra su madre.

“Por falta de atención” (S04).

Este entrevistado menciona como la percepción de que la ausencia de cuidados y atención por parte de sus padres contribuyó a la vulnerabilidad emocional, lo que lo llevó a buscar consuelo en las sustancias.

“Consumí por la separación o... por la separación de mis padres” (S01).

“A los 11,12 años comencé a vivir en un lugar distorsionado, no tenía donde llegar, dos meses estaba donde mi papá, dos meses donde mi mamá, yo quería ver mi familia unida, pero yo también no entendía eso” (S06).

Para varios participantes, la disolución de la unidad familiar generó angustia y confusión, llevándolos a buscar formas de lidiar con la situación, el caso de S01, la separación parece haber sido un desencadenante directo para el consumo, mientras que S06 describe la confusión y la inestabilidad generada por vivir entre dos hogares, lo que contribuyó a una sensación de desarraigo.

“Varios entrevistados refieren que sus padres los maltrataba físicamente, con golpes y peleas” (S02, S03, S05, S06).

“Mi tío, sino que llegaba golpeando a mí, a mi hermano, nos golpeaban, nos pateaban, nos manoteaban” (S07).

“Sí hacia algo, sacaba buenas notas, a veces por cosas, mi mamá me agredía, todo eso me ha dejado trauma, secuelas y yo no lo supero, todavía me acuerdo” (S12).

Los entrevistados vivieron en un ambiente familiar violento, la violencia constante dentro del hogar parece haber generado un entorno de miedo, inseguridad y desesperanza, las agresiones físicas fueron acompañadas por humillaciones y maltratos psicológicos, como lo menciona S12, quien describe cómo la violencia dejó secuelas que aún no ha logrado superar.

“Como por ejemplo no viví con mi papá” (S07).

El entrevistado menciona como la ausencia de la figura paterna dejó una huella emocional en su vida, esta carencia puede llevar a buscar un mecanismo de afrontamiento, como el consumo de sustancias, para llenar el vacío emocional que genera la ausencia paternal.

5.3 Categoría sustancias utilizadas

Figura 2. Red semántica sustancias utilizadas



Fuente: Entrevistas realizadas a población

Elaborado por: Las autoras

- Alcohol

“Los entrevistados mencionan haber consumido alcohol como una sustancia a la que han desarrollado adicción” (S01, S02, S04, S05, S06, S07, S09, S11, S15).

El consumo de alcohol se identificó como una de las principales sustancias que los entrevistados desarrollaron como adicción.

"Me sentía solo y comencé a primero a consumir alcohol" (S01).

"Comenzando a probar alcohol" (S06).

En algunos casos el alcohol fue un paso previo hacia el uso de otras sustancias.

"Sí, solo el alcohol" (S04).

"Alcohol" (S05).

Además, en ciertos casos, el alcohol fue la única sustancia consumida, lo que indica que para algunos entrevistados no hubo poli consumo.

- Marihuana

"Varios entrevistados mencionan haber consumido marihuana" (S01, S02, S06, S07, S08, S09, S11, S12, S13, S15).

La marihuana aparece como una sustancia ampliamente consumida entre los entrevistados, con varios de ellos mencionando su uso en diferentes momentos de su vida. Además, para algunos individuos, la marihuana puede haber funcionado como una sustancia de transición desde el alcohol.

- Hongos

"De ahí los hongos son alucinógenos, los hongos" (S14).

"Hongo, un hongo también que se mascaba y también te dejaba drogado" (S15).

El consumo de hongos alucinógenos fue mencionado por algunos entrevistados como parte de su experiencia con sustancias, utilizado por los entrevistados como una forma de explorar experiencias sensoriales intensas.

- Cocaína

"Sí, pero más es cocaína" (S01).

"Luego probé la coca" (S07).

“Heroína, cocaína, todo, todo un poco” (S08).

“Cocaína” (S09).

“Que viene a ser cocaína” (S10).

“Después con la mariguana probe el polvo” (S12).

“La perica me la metía por la nariz” (S14).

El consumo de cocaína aparece como un patrón recurrente entre los entrevistados, quienes mencionaron haber experimentado con esta sustancia en distintos momentos.

- Heroína

“El H que le llamo” (S03).

“Más a seguir probando cosas hasta que llegué a la heroína” (S08).

“La perica, mariguana y de todas la H fue la última” (S12).

En estas entrevistas, la heroína se menciona como una sustancia que aparece al final de un proceso de experimentación con otras drogas.

- LSD

“LSD, la marihuana... sí, y... los árboles pelean entre sí, ósea, tú ves que los árboles pelean así, que pelean, tú ves que las calles son aguas, es agua” (S14).

El testimonio menciona el LSD como parte de las sustancias consumidas por el entrevistado, con alteración de la percepción sensorial, emocional y cognitiva.

- Base de cocaína

“A base de cocaína” (S02).

“Base sólida” (S09).

“La más adictiva que me llevó al consumo y al despojo de toda mi integridad como persona “Fue lo que se llama base de cocaína” (S13).

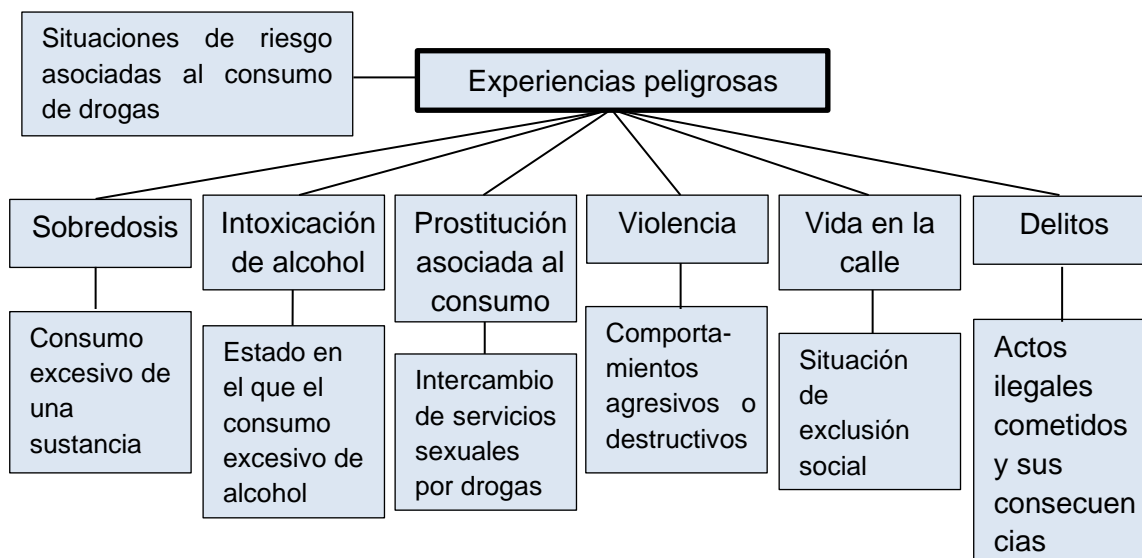
“Empecé con la base de cocaína” (S14).

“La primera que consumí fue base que se le llamaba en ese tiempo” (S15).

El consumo de base de cocaína es mencionado por varios entrevistados como una sustancia problemática. El testimonio de S13, que menciona el "despojo de toda mi integridad como persona," destaca el profundo impacto psicológico que tuvo su uso en la vida del entrevistado.

5.4 Categoría experiencias peligrosas

Figura 3. Red semántica experiencias peligrosas



Fuente: Entrevistas realizadas a población

Elaborado por: Las autoras

- Sobredosis

“Si me han dado como unas seis veces que se me subió el este y me han llevado ya colapsado, desmayado al hospital y todo eso” (S01).

“Esos días tuve situaciones en las que me quiso dar sobredosis, fui a parar al hospital con sobredosis, casi me muero” (S07).

El entrevistado S01 menciona que ha experimentado sobredosis en al menos seis ocasiones, una exposición constante a situaciones de riesgo grave. En ambos testimonios, se hace referencia a situaciones en las que los entrevistados fueron llevados al hospital debido a sus episodios de sobredosis. El entrevistado S07 señala que estuvo cerca de morir debido a una sobredosis.

- Intoxicaciones por alcohol

“Que me intoxicué de alcohol” (S04).

El testimonio menciona la intoxicación por alcohol es un evento significativo para el entrevistado

- Prostitución asociada al consumo

“La verdad que no, pero llegue a un punto de yo prostituirme por la droga estar con gay, si me entiende” (S11).

El entrevistado menciona cómo el consumo de drogas llevó a situaciones extremas, incluyendo la prostitución, en este caso, la prostitución estuvo asociada con relaciones sexuales de pago con personas del mismo sexo.

- Violencia

“Vi morir a muchos amigos míos, por ejemplo, que los mataron” (S01).

“Una vez estábamos con un grupo de amigos en una casa consumiendo y llegaron unas personas armadas a querer matar a un compañero que estaba con nosotros” (S06).

“Yo estaba consumiendo así en grupo y a veces las personas que estaban a lado mis la han cogido y le han disparado, le han matado y como le dije, a veces he estado consumiendo cerca de personas y le han disparado, le han apuñalado” (S12).

El testimonio de los entrevistados aborda experiencias de cercanía a la muerte violenta de otros, lo que refleja una realidad de violencia asociada al consumo de sustancias. Los testimonios reflejan que los entrevistados se encontraban en situaciones peligrosas mientras consumían, como el haber presenciado muertes violentas de otras personas.

“O sea, sí sentí mucho peligro porque al pensar que me vayan a matar o me vayan a hacer algo en la calle” (S03).

“Comenzaba a andar con personas que no debía, son las que podrían meterme en problemas y está casi pierdo la vida por eso” (S08).

“Una vez también cuando fui a comprar también me apuntaron que sí, como usted sabe, ¿no? Esto de las bandas que andan” (S11).

“Incluso a mí me han confundido a veces, me han agarrado y me han puesto un cuchillo y como no he sido la persona que estaban buscando me he salvado de eso de la muerte, de problemas, que me apuñalen” (S12).

“Muchas veces me, me apuñalaban, muchas veces me partían la cabeza, muchas veces, muchas veces, me mandaban con sangre a la casa” (S13).

Los testimonios de los entrevistados revelan la constante exposición a la violencia, una característica común en el entorno de los consumidores de sustancias. Las amenazas de muerte y el peligro de ser agredidos físicamente son recurrentes, ya que, en varios relatos, el consumo de sustancias parece vincularse con la relación con personas o grupos que promueven la violencia.

“Ya me quisieron matar afuera y a mi papá se enteró y me guardó” (S04).

“Una vez me confundieron, casi me matan” (S11).

“Entonces yo lo único que hice es levantarme y correr y los manes comenzaron a meter tiros, pa, pa, para, dice. Y me decían mi apellido para y mi apellido para, y mi apellido y yo que iba a parar si estaba asustado, esa fue la primera vez. La segunda vez también fue así, un atentado a sí mismo, pero fue en bicicleta, ya no en moto” (S14).

“Entonces, entonces lo que hice fue desquitarme, pero él no me, no logró matarme, como quien dice” (S15).

Los testimonios de los entrevistados reflejan que han estado expuestos a situaciones de violencia extrema, donde se han visto directamente amenazados de muerte. En algunos casos, estos intentos de asesinato parecen reflejar una desensibilización al peligro extremo. El testimonio de S15 señala que la violencia puede ser respondida con más violencia.

- Vida en la calle

“Me fui a vivir a la calle. Estuve viviendo 15 años en la calle” (S02).

El testimonio de S02 la decisión de vivir en la calle durante 15 años, refleja no solo una situación de indigencia, sino también la pérdida de una red de apoyo familiar y comunitaria.

“Cuando andaba drogándome en la calle también” (S03).

“Muchas veces mi esposa tenía que irme a sacar de los lugares donde yo estaba” (S10).

“Por ejemplo una casa abandonada ahí fumando con otras personas, yo he estado, más que todo en eso, lugares abandonados, lugares donde hay gente mala” (S12).

Los testimonios muestran un patrón de consumo en lugares marginales, como la calle, casas abandonadas y otros entornos de exclusión social. El testimonio de S10 menciona cómo su esposa tenía que intervenir para sacarlo de los lugares donde se encontraba consumiendo, en el caso de S12, el consumo en lugares abandonados y con "gente mala" refleja la exposición constante a situaciones de riesgo.

- Delitos

“Este... en algún momento dado robando también” (S03).

“Mi mamá decía que dejé de robar y yo no hice caso” (S04).

“Me relacioné en bandas y cometí muchas cosas. Muchas cosas, robos, asaltos” (S15).

El testimonio de S03 refleja la idea de que el robo no se veía como algo inusual o inaceptable dentro de su contexto social, el testimonio de S04 muestra la resistencia a las indicaciones familiares, especialmente de la madre, para cambiar su comportamiento delictivo y S15 relata cómo se relacionó con bandas y se involucró en robos y asaltos.

“Comencé a traficar por mi casa y yo comencé a traficar por mi lado” (S08).

“Pero yo salgo como le digo, para que, y venda droga afuera y cosas así, porque así últimamente van saliendo” (S14).

En ambos testimonios, el tráfico de sustancias es presentado como una actividad casi natural o esperada dentro de su entorno. El testimonio de S08 indica que el tráfico de drogas comenzó de manera local, mientras que S14 refleja un comportamiento imitado de otros que también participan en el tráfico de sustancias.

“Yo pagué siete años por asesinar” (S14).

“Quitarle la vida a alguien” (S15).

Ambos testimonios reflejan la violencia extrema asociada con el homicidio. En S14, la frase "pagué siete años por asesinar" implica no solo una referencia a la acción violenta en sí, sino también al castigo legal que la acompañó, mientras que S15 es más directo y muestra el acto de quitarle la vida a alguien como una declaración de lo que ocurrió.

“También me metieron preso también” (S04).

“Como a los dos meses estando, yendo por allá caí preso, estuve detenido” (S06).

“Más que experimenté, más peligroso de mi vida fue el llegar a un centro carcelario y saber que me tenían condenado o sentenciado para un tiempo tan largo” (S13).

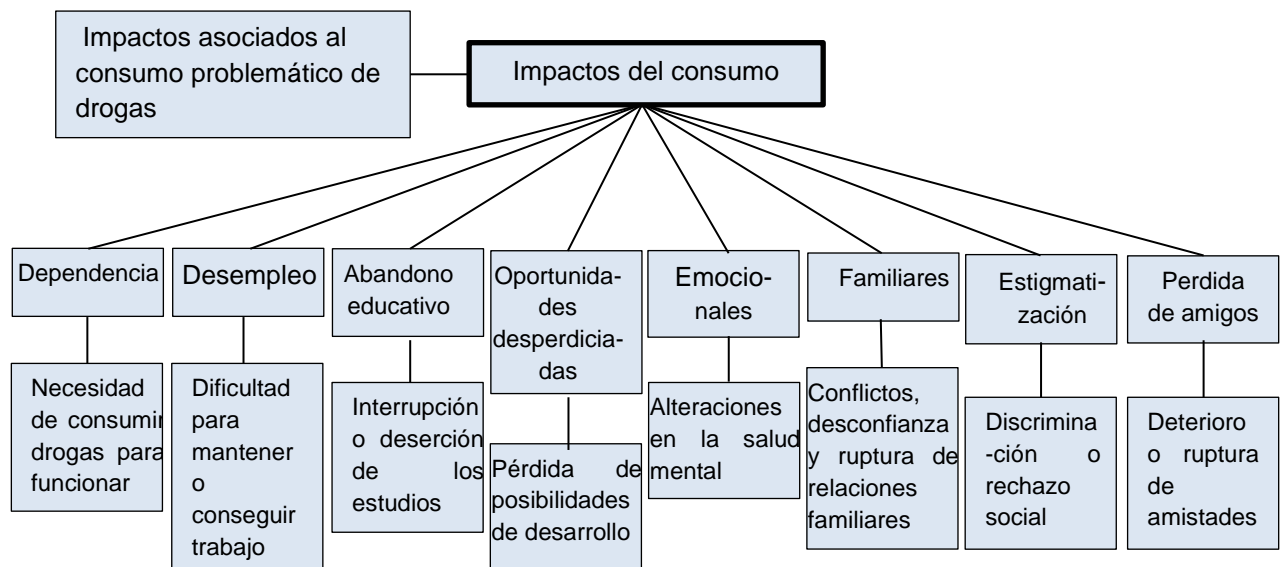
“Sí, en la cárcel, por la droga” (S14).

“Me hicieron como un consejo disciplinario porque me encontraron droga en el cuartel y caí preso al penal” (S15).

Los testimonios reflejan situaciones de privación de la libertad vinculadas al consumo de drogas o al tráfico de sustancias. Las experiencias de S04 y S06 revelan que la detención fue una consecuencia casi esperada, mientras que S13 transmite una mayor reflexión y temor ante la sentencia de largo plazo en prisión. S14 menciona que la causa directa de su encarcelamiento fue el consumo de droga, mientras que S15 habla de ser arrestado dentro de un cuartel por posesión de drogas, afectando también espacios más institucionalizados, como las fuerzas armadas.

5.5 Categoría impactos del consumo

Figura 4. Red semántica impactos del consumo



Fuente: Entrevistas realizadas a población

Elaborado por: Las autoras

- Dependencia

“Mi vida giraba alrededor de la del alcohol y de la droga, nada más” (S01).

“Esos eran unos momentos de desesperante por tratar de conseguirla” (S03).

“Porque ya no pensaba, ya no era yo mismo, sino ya estaba a base de los efectos del alcohol” (S05).

“Cuando yo consumía yo no podía vivir si no consumía droga, ya tenía que hasta para comer consumir droga” (S07).

“Porque antes yo no podía hacer nada sin consumir, para consumir tenía que comer, para bañarme, para hacer tantas cosas tenía que consumir. cuando yo no. ya no tenía mi sustancia lo peor del mundo” (S08).

“Te duele el cuerpo los huesos, todo eso, tenía que inhalar, consumir el H para poder hacer las cosas” (S12).

En los fragmentos, los entrevistados describen cómo la dependencia a las sustancias psicoactivas y el alcohol dominaba sus vidas, convirtiéndose en el eje central de sus acciones y pensamientos. Relatan una pérdida de control personal, donde actividades básicas como comer o bañarse solo eran posibles tras consumir (S07, S08), además de experimentar desesperación por obtener las sustancias (S03) y una desconexión de su identidad debido a los efectos del consumo (S05). También mencionan síntomas físicos severos durante la abstinencia, como dolores corporales intensos, que los llevaban a continuar consumiendo para poder funcionar (S12).

“Ya solamente pasas de alcohólico, ya no te ves bien cómo te estás vistiendo ahorita, sino que apestoso mugroso sin bañarse eh... como una persona normal entonces vas denigrando” (S05).

“Cinco días continuo sin comer, sin dormir y consumir nomás” (S10).

Los entrevistados describen el impacto del consumo en su apariencia y cuidado personal, así como el deterioro físico y emocional asociado. Uno de ellos señala cómo el alcoholismo lleva a la desatención de la higiene y a una degradación personal evidente (S05), mientras que otro menciona el desgaste extremo al pasar días sin comer ni dormir, dedicado exclusivamente a consumir sustancias (S10), reflejando el profundo daño que el consumo ocasiona.

- Desempleo

“Así mismo estaba trabajando en un lugar y por irresponsable así mismo salí de ese trabajo” (S01).

“Ya dejé de trabajar también” (S04).

“Renuncié porque me llamó más la atención al vicio, la joderedera, el destrabe, el show todo eso” (S05).

Los participantes relatan cómo el consumo de sustancias impactó negativamente su vida laboral. Relatan haber perdido empleos debido a la irresponsabilidad (S01), al abandono del trabajo (S04) o a priorizar el consumo y la diversión sobre sus responsabilidades laborales (S05), evidenciando cómo la adicción interfiere en la estabilidad y el compromiso en el ámbito profesional.

“Solamente por irme a consumir faltaba el trabajo o iba a trabajar mareado o drogado y siempre me encontraban dormido en los trabajos y me botaban” (S02).

“Yo siempre trabajaba en compañías internacionales y no iba a los trabajos y los perdí” (S10).

Los entrevistados destacan cómo la adicción afectó su desempeño laboral, llevando a faltas recurrentes, asistir bajo los efectos de las sustancias (S02) o simplemente no presentarse a trabajar (S10). Estas conductas provocaron despidos y la pérdida de oportunidades en compañías importantes, reflejando el impacto devastador del consumo en su estabilidad laboral y profesional.

- Abandono educativo

“Ya no estudiaba” (S05)

“Comencé a no darle tanta importancia a mis estudios, faltándome dos meses para graduarme, decidí no estudiar más” (S06).

“Sí, sí, sí porque desperdiicé mi juventud prácticamente, dejé de estudiar y no seguí el colegio, no tengo ninguna, ninguna profesión, ningún título” (S09).

“Ya no le hacía caso a mis padres. Mis padres me rogaban, estaba estudiando, dejé los estudios totalmente, dejé los estudios” (S15).

Los entrevistados mencionan cómo la adicción interfirió en su educación, llevándolos a abandonar sus estudios. Algunos mencionan haber dejado de estudiar completamente, incluso estando cerca de graduarse (S05, S06, S15), mientras que otros reflexionan sobre las oportunidades perdidas y el impacto en su futuro profesional (S09). Además, se evidencia un alejamiento de las figuras de apoyo, como los padres, quienes intentaron intervenir sin éxito (S15), resaltando las consecuencias a largo plazo de la dependencia en el ámbito educativo.

- Perdida de amigos

“Cuando uno está metido en el mundo del alcohol y la droga, uno desperdicia de todo, buenos trabajos, buenas amistades” (S02).

“La vida personal está destrozada, pierdes amistades” (S05).

Los participantes reflejan cómo la adicción impacta negativamente sus relaciones personales y oportunidades de vida. Mencionan la pérdida de amistades valiosas (S02, S05) y el deterioro general de su vida personal, destacando cómo el consumo los lleva a desperdiciar vínculos significativos y oportunidades laborales, dejando tras de sí un camino de aislamiento y destrucción.

- Oportunidades desperdiciadas

“Sí, desperdicié algunas oportunidades porque yo estaba dando pruebas para hacer el curso para militar, dos veces” (S03).

“Por eso que le digo que yo desperdicié bastantes oportunidades profesionales porque me concentré en el alcohol” (S05).

“He perdido muchas en el ámbito laboral, en el estudio, pero todo fue por la droga (S11).

“Perdí muchas ocasiones de trabajos” (S15).

Los entrevistados expresan arrepentimiento por las oportunidades perdidas debido a su consumo de sustancias. Algunos mencionan haber dejado pasar posibilidades profesionales importantes, como una carrera militar (S03) o diversas oportunidades laborales y educativas (S05, S11, S15). Este patrón refleja cómo la adicción afecta profundamente el desarrollo personal y profesional, llevándolos a priorizar el consumo sobre su futuro.

“Mi papá también me dijo para apoyarme a estudiar, pero por tirarme al consumo no, no estudié ahí” (S03).

“Mi abuela me quería llevar a Estados Unidos a estudiar, pero yo no aproveché por el alcohol” (S04).

Los entrevistados mencionan cómo el consumo de sustancias los llevó a rechazar oportunidades significativas de apoyo familiar para su desarrollo educativo. A pesar de contar con ofertas de ayuda, como continuar estudios ofrecidos por sus padres (S03) o incluso estudiar en el extranjero (S04), la adicción los llevó a desperdiciar estas posibilidades, evidenciando cómo el consumo afecta su capacidad para aprovechar recursos y construir un mejor futuro.

“Yo era un chico que le gustaba, le gusta demasiado lindo perdí 3 ocasiones para jugar en profesionales” (S06).

“Becas también, tantas cosas de frente, desperdicie bastante” (S08).

“Y cuando me llevaba, bueno, me quisieron llevar a Argentina a jugar este, me hicieron la prueba de sangre y me salió droga y desde ahí ya se me fue al carajo el sueño de ser futbolista” (S14).

“Me hubiese gustado y con orgullo a mis padres de ser un profesional en el fútbol y por eso me botaron de la de la escuela de fútbol, me encontraron drogándome y fumándome marihuana y me dijeron que no” (S15).

Los participantes expresan cómo la adicción afectó su potencial en el ámbito deportivo. Mencionan oportunidades perdidas para jugar en equipos profesionales (S06), obtener becas (S08), y seguir una carrera en el fútbol, como ser reclutados para equipos internacionales (S14) o ser parte de una escuela de fútbol (S15). Sin embargo, el consumo de drogas, como la marihuana, les impidió aprovechar estos sueños y les causó el rechazo de oportunidades clave, reflejando cómo la adicción interfiere directamente en sus aspiraciones profesionales.

“Cuando tenía 13 años mis hermanas, una hermana de por parte de mi papá. papá, me quisieron llevar a Estados Unidos y yo como en ese momento ya estaba entrando al consumo por ejemplo” (S07).

“Muchas oportunidades de superarme, de viajar” (S08).

“Yo ya tuve la oportunidad de irme a los Estados Unidos y yo negué a mi familia(S14).

“Perdí viajes, que mi tía me quería llevar a Estados Unidos” (S15).

Los entrevistados destacan cómo el consumo de sustancias les hizo rechazar oportunidades importantes, como viajes al extranjero. Mencionan haber tenido la posibilidad de viajar a Estados Unidos con el apoyo de sus familiares, pero la adicción los llevó a desestimar estas oportunidades (S07, S08, S14, S15).

- Emocionales

“Me tocaba ver la realidad, era peor, me sentía mal, estaba mal, tenía ... problemas, más problemas” (S01).

En este fragmento, el entrevistado expresa un sentimiento de culpa y malestar al enfrentar la realidad de su adicción. Reconoce que su situación empeoraba, sintiendo que el consumo de sustancias solo le traía más problemas y malestar.

“No supe a quién acudir, a quien llamar, ni mi familia, ni a mis amigos, nada” (S05)

“Porque fue una sustancia que a mí me hizo tanto daño, me causó tanto dolor, me alejó de mis seres más queridos, perdí mi padre, perdí mi madre, perdí mis hermanos, perdí todo” (S15).

Los entrevistados expresan cómo la adicción los llevó a experimentar una profunda soledad, al alejarse de sus seres queridos. En el caso de S05, la sensación de aislamiento es evidente al no saber a quién acudir, ni contar con el apoyo de su familia o amigos. S15 describe cómo el consumo de sustancias causó la pérdida de relaciones familiares importantes, como la de sus padres y hermanos, reflejando cómo la adicción no solo destruye la vida social, sino que también genera una desconexión emocional.

- Familiares

“Con mi mujer “Pues no le daba lugar a mí, ni a mis hijos ni a mi mujer” (S01).

“Y después con la pareja que uno tiene, porque uno ocasiona problemas familiares” (S10).

Los participantes destacan cómo la adicción afectó negativamente sus relaciones de pareja. En S01, el entrevistado reconoce que su consumo de sustancias lo llevó a desatender a su esposa e hijos, priorizando la adicción sobre su familia. En S10, se menciona cómo los problemas derivados del consumo de sustancias también impactaron la relación de pareja, generando conflictos familiares.

“Pasaba trabajando ya”” Porque yo dejaba de... de ir con mi familia” (S01).

“Porque ya no sabían qué hacer conmigo... por mis actitudes” (S02).

“Alejándome de mis padres e incluso me hice una persona indolente, mi madre con cáncer en una cama y yo consumiendo, mi padre con una infección y yo consumiendo” (S15).

Los entrevistados reflejan cómo la adicción provocó un distanciamiento emocional y físico de sus seres queridos. En S01, el entrevistado menciona que su consumo lo llevó a priorizar el trabajo y alejarse de su familia. S02 expresa que su comportamiento, producto de la adicción, causó que su familia no supiera cómo tratarlo, y S15 describe cómo la adicción lo hizo desconectarse completamente de sus padres, incluso cuando estos enfrentaban serias enfermedades. Estos relatos evidencian cómo la dependencia genera un alejamiento progresivo.

“Pues no le daba lugar a mí, ni a mis hijos, ni a mi mujer” (S01).

“A mí no me importaba mi hijo, no me importaba mi hija, no me importa mi familia, no me importaba nada, no me importaba nada más” (S14).

Los entrevistados expresan cómo la adicción los llevó a no priorizar a sus seres más cercanos. En S01, el entrevistado reconoce que no le daba importancia a su esposa ni a sus hijos, mientras que S14 muestra una desconexión total al señalar que no le importaba ni su familia ni nada más, enfocándose únicamente en su consumo. Estos testimonios reflejan cómo la adicción puede nublar la percepción de los vínculos familiares, haciendo que el individuo pierda el interés y la empatía por aquellos que lo rodean.

“Yo y la desesperación de mi mamá y mi papá, pues saber dónde estaba” (S03).

“Y también... en el habla de mis padres también” (S05).

“Yo siempre con mi papá tenía problemas, yo le partía el tabique a mi papá” (S14).

En estos fragmentos, los entrevistados expresan el sufrimiento de sus padres debido a su adicción y comportamiento destructivo. En S03, se menciona la desesperación de los padres al no saber dónde estaba el entrevistado, reflejando la angustia de no poder controlar o ayudar a su hijo. S05 alude a cómo la relación con los padres también se veía afectada por el consumo. En S14, se revela un conflicto físico y emocional intenso con el padre, llegando a situaciones violentas, como el daño físico al padre.

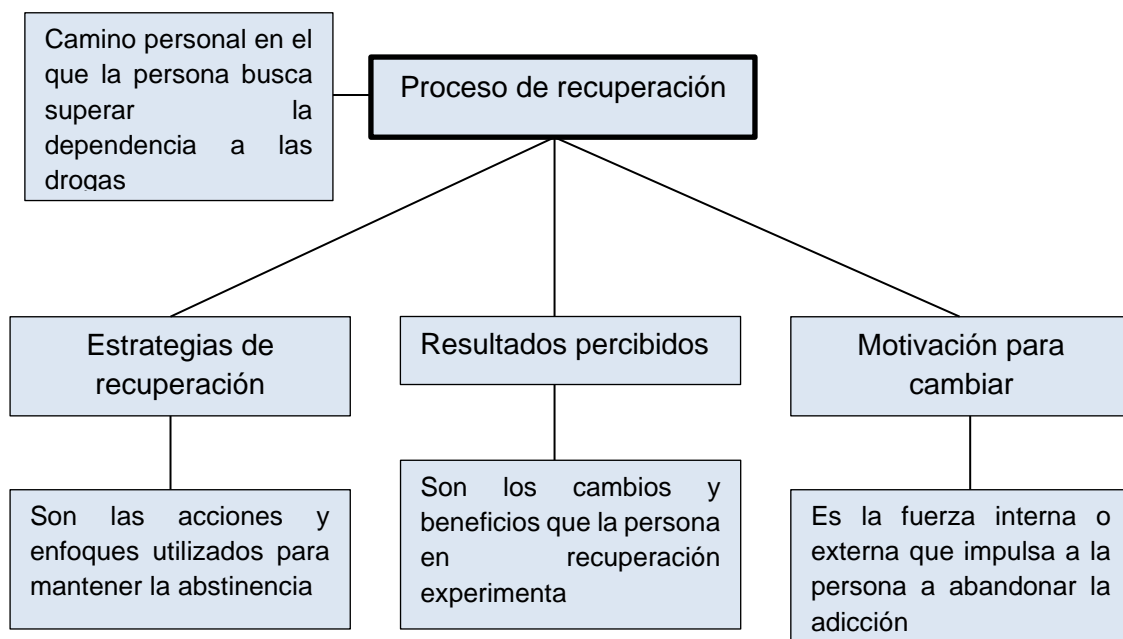
- Estigmatización

“Era malcriado, era resabiado, era prepotente, agresivo a tanto la sociedad te juzga, te condena, te juzga, te condenan y tú ya” (S15).

El entrevistado describe cómo su adicción lo llevó a desarrollar actitudes negativas, como mal crianza, prepotencia y agresividad. Estas conductas no solo afectaron su entorno personal, sino que también lo hicieron ser juzgado y condenado por la sociedad.

5.6 Categoría proceso de recuperación

Figura 5. Red semántica proceso de recuperación



Fuente: Entrevistas realizadas a población

Elaborado por: Las autoras

- Estrategias de recuperación

“Con alguna clínica” (S02).

“Es mi primera vez que yo vengo a una clínica” (S03).

“Aquí, en la clínica” (S04).

“Es donde ahí conocí estos lindos caminos donde me ayudaron, me ayudaron a pensar un “Poquito más de las cosas” (S06).

“Llegando a estar aquí en este lugar, verdaderamente que me ha ayudado” (S11).

“Hasta los tres meses aquí adentro, yo quise, yo no quería cambiar, yo no quería dejar de fumar, no quería dejar de fumar. Pero se me fue cambiando la mentalidad” (S14).

Los entrevistados mencionan su experiencia en clínicas o centros de tratamiento para la adicción. Algunos, como S02, S03 y S04, mencionan el internamiento como una experiencia nueva, mientras que otros, como S06 y S11, expresan que el tiempo en la clínica les permitió reflexionar sobre su situación y encontrar caminos de ayuda. S14 describe un proceso gradual de cambio en su mentalidad, destacando cómo, a pesar de resistirse inicialmente, la experiencia en la clínica eventualmente lo llevó a reconsiderar su comportamiento.

“Yo no entendía hasta que encontré una ayuda que Dios me brindó mucho porque yo no quería entender” (S05).

“A mí me funcionó de que yo creo en el todopoderoso que se ama, Jesucristo. Yo tengo fe en él porque él me sacó de las drogas” (S10).

“Es algo maravilloso que creo que Dios ha obrado sobre mi familia, por eso yo estoy aquí” (S11).

“El vivir en recuperación es lo más bonito que Dios da primeramente al ser humano que vive condenado a lo que la calle ofrece, es un regalo tan maravilloso y otra que nosotros venimos a ser unos ganadores porque comenzamos a ganar” (S13).

Los participantes resaltan el papel fundamental de la ayuda espiritual en su proceso de recuperación. En S05, el entrevistado señala que no comprendía su situación hasta que recibió el apoyo divino, lo que lo llevó a una reflexión. S10 y S11 mencionan su fe en Dios, señalando que fue su creencia y la intervención divina lo que les ayudó a superar las drogas. S13 expresa el sentimiento de gratitud hacia Dios por la oportunidad de recuperación, describiendo la vida en recuperación como un regalo y una victoria.

“Con los terapeutas, los psicólogos, me he liberado de todo eso que me aturdían y ahora estoy tranquilo y reconociendo que nunca gané con la droga” (S011).

En este relato, el entrevistado destaca cómo la terapia psicológica, a través del apoyo de los terapeutas y psicólogos, le permitió liberarse de las preocupaciones y problemas que le

causaba su adicción. A través de este proceso, ha logrado encontrar tranquilidad y llegar a la comprensión de que las drogas nunca le ofrecieron soluciones, sino que solo lo alejaron de su bienestar.

- Resultados percibidos

“Mi jefe me fue a buscar y ya estoy trabajando ahí” (S01).

“Sí, estoy trabajando, yo ahorita estoy trabajando” (S04).

“Ya tengo mi propio taller y gracias a Dios que me dio otra oportunidad de vida” (S10).

“Para mí se me han abierto hartas puertas porque hice un curso de barbería” (S14).

En estos fragmentos, S01, el entrevistado menciona que su jefe lo buscó y lo reincorporó a su puesto de trabajo, lo que refleja una oportunidad para retomar su vida laboral. S04 confirma que ahora está trabajando, mostrando que la rehabilitación le permitió reintegrarse al ámbito laboral. S10, por su parte, destaca que tiene su propio taller, agradeciendo la oportunidad de vida que le dio su proceso de recuperación. Finalmente, S14 menciona cómo la obtención de un curso de barbería le abrió nuevas puertas, indicando que la capacitación y la rehabilitación pueden ofrecer nuevas oportunidades profesionales.

“Estoy retomando mi estudio” (S08).

El entrevistado menciona que está retomando sus estudios, lo que indica un esfuerzo por recuperar su desarrollo educativo después de haber sido interrumpido por la adicción.

“Hoy en día estoy lúcido. Estoy bien ahí hasta mi forma de pensar ha cambiado. Hay nuevas actitudes” (S02).

“Mi vida ahorita es super bonita o sea no todo es color de rosa, tengo mis problemas, tengo mis dificultades, tengo mis altas y mis bajas hay días, y días, pero en comparación a cuando consumía mi vida está mejor” S07).

“Hago las cosas sin consumir ninguna sustancia, puedo dormir tranquilo” (S12).

Los entrevistados destacan cómo han experimentado una mayor estabilidad emocional como resultado de su proceso de recuperación. S02 describe sentirse más lúcido y con una forma de pensar y actitudes más positivas, lo que refleja un cambio significativo en su bienestar mental. S07 menciona que, aunque aún enfrenta dificultades, su vida ahora es mejor en

comparación con los tiempos de consumo, mostrando un avance en su estabilidad emocional. Finalmente, S12 expresa cómo ha podido llevar una vida más tranquila, haciendo las cosas sin recurrir a sustancias y logrando descansar de manera pacífica.

“Hoy en día ya me libero, sobre todo” (S03).

“Me siento una persona que ha retomado sus metas, sus sueños, llenándome de sabiduría, conocimiento, madurando más” (S11).

Los entrevistados relatan cómo han logrado una reconciliación consigo mismos a través de su proceso de recuperación. S03 menciona sentirse liberado, lo que refleja un alivio emocional y psicológico al dejar atrás las cargas del pasado. S11, por su parte, destaca cómo ha retomado sus metas y sueños, y ahora se siente más sabio, maduro y en paz consigo mismo.

“Porque yo ahorita estoy bien con mi familia, con mi mamá, con mi hermana, todo” (S04).

“Todos los días me cuenta que si haya miles de problemas nada va a ser tan maravilloso que poder ser responsable con... con mis hijas y darles lo mejor” (S06).

“Cosas que antes no hacía, puedo disfrutar con mi familia cosa que no hacía, ajá” (S07).

“Las cosas con mi mamá juego vaya no hay rencores yo ya, ya perdoné eso aprendido a perdonar esas cosas y... y la verdad que ahorita llevo una buena relación” (S08).

“Una mejor relación con... con... con mi familia no porque si tengo mis, mis hermanos” (S09).

Los participantes reflejan cómo la recuperación ha mejorado sus relaciones familiares. S04 menciona que ahora está bien con su familia, especialmente con su madre y hermana. S06 subraya su responsabilidad hacia sus hijas, destacando la importancia de brindarles lo mejor, a pesar de los problemas. S07 indica que ahora puede disfrutar de momentos con su familia, algo que antes no podía hacer. S08 expresa cómo ha aprendido a perdonar y ha mejorado su relación con su madre, sin rencores. Finalmente, S09 menciona una mejor relación con sus hermanos.

- Motivación para cambiar

“Tengo una hija, tengo dos nietos y quiero verlos crecer. Ah, por eso” (S15).

El entrevistado menciona a su hija y a sus dos nietos como la principal motivación para cambiar. La preocupación por verlos crecer y ser una figura positiva en sus vidas lo impulsa a dejar atrás la adicción y trabajar en su recuperación.

“Obtuve 2 nenitas y es una responsabilidad demasiado, demasiado grande que adquirí, pero no me arrepiento” (S06).

“Yo vine a refugiarme porque iban a ser una hija mía también. No quería que me pase nada malo” (S14).

En las entrevistas mencionan el nacimiento de sus hijos como una fuente importante de motivación para cambiar. S06 reconoce la gran responsabilidad que implica ser padre de dos hijas, pero destaca que no se arrepiente, lo que refleja cómo la paternidad lo ha impulsado a mejorar su vida. S14, por su parte, menciona que el hecho de esperar a su hija lo llevó a refugiarse en la recuperación, ya que no quería que le sucediera nada malo y quería ser un buen padre.

“A mí me pasó que yo sí quería cambiar porque yo ya no quería vivir en ese mundo” (S08).

“Lo que tengo que hacer es un autoanálisis en mi vida, en mi vida, y recapacitar que, si estás consumiendo algo que te destruye, que te distorsiona tu mente, tu alma” (S15).

Los entrevistados relatan su deseo de superación como motor para cambiar. S08 expresa que su decisión de cambiar vino del profundo deseo de abandonar el mundo de las adicciones, lo que demuestra una conciencia de la necesidad de un cambio en su vida. S15, por su parte, enfatiza la importancia del autoanálisis y la reflexión sobre cómo el consumo de sustancias afecta profundamente su mente y su alma.

Capítulo VI

6. Análisis y discusión de resultados

Todos los pacientes a los que se realizó la entrevista coinciden con sus respuestas, es decir, de donde se dio inicio al consumo, varios de ellos dieron inicio desde la niñez por influencia de presión social, dentro de este círculo se encuentran amigos y familiares. Algunas de las encuestas mencionaron que desde su niñez se encontraron envueltas dentro del mundo del alcohol y las drogas, lo cual los llevó a un temprano desarrollo de madurez a temprana edad, lo que provocó en el futuro diversos trastornos. De igual manera, en un estudio realizado en Zamora por Rojas T et al. (2020), determina en su estudio que la edad más frecuente en la que se inicia el consumo es de 14 a 15 años y que la mayoría de las razones para empezar el consumo de sustancias son la influencia de los amigos, seguida por problemas familiares y curiosidad (86).

De hecho, los aportes del presente estudio tienen una concordancia prominente frente a los aportes de Broekhof et al. (2023), (87) porque los múltiples factores asociados a la niñez o los diferentes contextos implícitos de la infancia, como la negligencia emocional, abuso sexual, abuso físico, divorcio de padres se correlacionan con el consumo de sustancias; por tanto, esta contribución, particulariza que el consumo de sustancias está expuesto por un patrón específico suscitado por contextos adversos de la niñez (88). Desde esa misma perspectiva, Meulewaeter et al. (2022) (88) sostiene que el consumo de sustancias también puede verse influenciado por la soledad y el abandono en la infancia, el estigma y el yo, el papel influenciado por el contexto social, entre ello amigos y familiares; de modo que, estos son alicientes que predisponen el consumo del alcohol y drogas. Al igual que el resto de las contribuciones investigativas anteriores, He et al. (2022) (89), señala que las experiencias adversas de la infancia como es el abuso, la negligencia y la disfunción familiar fueron predictores significativos de la adicción a las drogas en la adultez, y además se correlaciona positivamente con la depresión (89).

Resultados similares fueron encontrados por Oviedo et al. (2018), realizados en un Centro de Integración Juvenil de Sinaloa, México, dentro de este estudio se encontró hallazgo similar que refuerzan la validez del estudio. La similitud de cómo fueron los inicios de consumo, el entorno que los rodeaba, la curiosidad, lo que provocó y donde los conllevó, búsqueda de pertenencia, problemas emocionales, duelo de pérdida familiares con consumo problemáticos, problemas familiares, negligencia, separación de los padres, maltrato familiar y abandono paterno. A pesar de que este estudio fue realizado en otro país, los resultados

se asemejan siendo relevantes y de gran importancia, tomando mayor fuerza dentro de esta investigación (90).

También se encuentra que los participantes del estudio presentan vulnerabilidades tanto socioeconómicas como educativas que, a su vez, favorecen su predisposición al consumo de sustancias psicoactivas. Algo que reafirma la ONU (2023), al establecer una clara relación entre la pobreza, falta de oportunidades, violencia e inequidad con el consumo de drogas y alcohol (91). Estos resultados, demuestran una correspondencia destacada con las contribuciones de Guerra et al. (2020), quienes señalan que las familias que viven en una situación socioeconómica desfavorable suelen enfrentarse a viviendas deficientes, vecindarios inseguros, escuelas inadecuadas y un mayor nivel de estrés en su vida diaria en comparación con familias más acomodadas (92). Estas condiciones generan una serie de consecuencias psicológicas y de desarrollo que afectan el crecimiento de los adolescentes y niños, y una significativa influencia en el consumo de sustancias. En ese mismo aspecto, el estudio de Mugarí & Bushu (2024), también se enlazan destacadamente o se afianzan con los resultados del presente estudio, denotando que la presión de grupo, los hogares rotos, el cuidado parental deficiente y la pobreza como las principales causas del abuso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes (93).

Las sustancias consumidas más frecuentes que encontramos fueron el alcohol, marihuana, cocaína y base de cocaína, siendo las dos primeras las más usadas, y muchas veces al mismo tiempo que otras. Similar, un estudio realizado por Remache et al. (2023), en el Cantón Santo Domingo, las sustancias más utilizadas fueron además del alcohol, fueron marihuana, anfetaminas y cocaína, las cuales se suelen usar frecuentemente junto con el alcohol (94). En ese mismo, hay cierta consonancia de estos resultados con los aportes de Gangu et al. (2022) estos señalan que, en Estados Unidos, los pacientes nativos americanos mostraron una tendencia creciente en el uso de cocaína (95). Bajo esa misma correspondencia, en otro estudio realizado por Lin et al. (2022), en Estados Unidos, han demostrado que los pacientes consumen de manera prolongada metanfetamina, cocaína y también consumo de cannabis (96).

El patrón de poli consumo, identificado en este estudio, subraya la gravedad del problema, ya que la combinación de diferentes sustancias, en lugar de limitarse a una sola, amplifica considerablemente los efectos adversos, tanto a nivel físico como psicológico; siendo las dos sustancias más frecuentes en el poli consumo la marihuana y el alcohol. De igual manera, en un estudio realizado por Gil S (2020), las sustancias más usadas en el poli consumo son el alcohol, el cannabis y el tabaco (97). Con respecto al uso de alcohol como sustancia de inicio,

un estudio realizado por Madrigal. (2019), en Tijuana menciona que el uso de este actúa como puerta de entrada que abre paso al uso de drogas más peligrosas, así como su consumo en solitario ha afectado ampliamente a la vida de quienes lo consumen y se utiliza a la par de otras sustancias (98).

Desde esa misma perspectiva, las consideraciones de Sokolovsky et al. (2023) (99) sostienen que el uso de cigarrillos electrónicos incrementa las probabilidades de consumo diario de alcohol. El uso de cualquiera de los productos de tabaco, pero no el alcohol, aumenta las probabilidades de consumo diario de cannabis; mientras que el consumo de alcohol y cannabis a nivel de personal aumenta las probabilidades de uso diario de cualquiera de los productos (99). Estos aportes argumentados, poseen similitud en nuestra investigación, donde el alcohol ha funcionado como la primera sustancia de inicio en la mayoría de los participantes para el uso posterior de otras drogas más fuertes como cocaína, y en los casos que el alcohol era la única sustancia a la que habían desarrollado adicción, esta igual tuvo efecto importante en sus vidas.

La marginalidad es un tema recurrente en los relatos de los participantes, quienes describen situaciones extremas, tales como la vida en la calle, la exposición constante a violencia, y las experiencias de sobredosis, estos relatos evidencian las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social en las que viven estos individuos, y cómo el consumo de sustancias se convierte en un problema. De acuerdo con un estudio realizado por Brito C et al. en Brasil la violencia, sobredosis, muerte de compañeros consumidores de drogas, rompimiento de relaciones familiares, de pareja y de amistad que los llevaron a una reclusión social donde sentían que no había relaciones genuinas solo compañeros de consumo, son habituales entre aquellas personas que han desarrollado adicción a alguna sustancia (100). De la misma manera, los criterios establecidos por Ogunkan et al. (2024), denotaron que las sustancias predominantes consumidas por los niños y adolescentes de la calle fueron el alcohol (60%), la nicotina (40%) y el cannabis (35%); reflejando que estos se encuentran en condiciones deplorables, desvinculándolos de la sociedad, preferencialmente hacia el sistema educativo (101).

La violencia, en particular, es un tema recurrente entre los participantes, quienes relatan haber estado involucrados en situaciones de peligro extremo, tales como intentos de asesinato y enfrentamientos con bandas rivales. Estos eventos no solo ponen en riesgo sus vidas, sino que también refuerzan su desconexión con la sociedad. Así mismo en un estudio realizado por Rocha H. (2020) destaca la relación entre consumo, violencia y muerte, donde la muerte se vuelve algo cotidiano y al haber sido testigos de muerte, víctimas de atentados,

el intenso tráfico de drogas en sus barrios, las personas relacionadas con el consumo de sustancias tienen a tener una forma de vivir diferente a los demás (102). De hecho, las contribuciones investigativas de Keman et al. (2023), se anudan a esta problemática, dado que las implicancias relacionadas a bandas delictivas y toda clase de conductas antisociales, demuestran en estas personas que los temores a la violencia y otras formas de daño se anudan hacia preocupaciones prominentes para de este sector poblacional sin hogar al acceder a los refugios (103).

El proceso de rehabilitación descrito por los participantes refleja tanto avances como desafíos, donde la mayoría de los entrevistados indicó haber experimentado una mejora en su bienestar emocional, así como una mayor conciencia sobre los daños asociados al consumo de sustancias. No obstante, también enfrentan barreras significativas, tales como la falta de apoyo externo adecuado y la estigmatización social. Los hallazgos coinciden con un estudio realizado por Torres et al. (2024), en CETAD Portoviejo, donde destacaban que el entorno de apoyo, falta de recursos adecuados, ausencia de apoyo familiar, insuficiencia de apoyo psicológico y la escasez de comprensión en el proceso de recuperación, eran desafíos comunes en el proceso de rehabilitación (104). De la misma manera, los argumentos del presente estudio se atañen con la postura de Nabi et al. (2023) denotando que los participantes de su estudio sabían que los derivados de los opioides (como la heroína y la cocaína) causan adicción; esto ha mostrado que los adultos jóvenes tenían un buen nivel de conciencia sobre el abuso de sustancias, lo que ayudado a analizar la conciencia de los jóvenes sobre el abuso de sustancias y el daño asociado a su uso (105). Cabe añadir que en función de los hallazgos de Noyes et al. (2022) sí existe un apoyo significativo a personas con drogadicción, como que han enfrentado servicios que incluyen profilaxis previa a la exposición y pruebas de infección de transmisión sexual (106).

Capítulo VII

7.1 Conclusiones

- Los participantes del estudio presentan características sociodemográficas que reflejan vulnerabilidades socioeconómicas y educativas, como son bajos niveles de instrucción, desempleo y entornos familiares disfuncionales, especialmente en la infancia, estas condiciones están estrechamente relacionadas con el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría de los internos provienen de contextos marcados por la pobreza, violencia familiar y exclusión social, lo que refuerza su predisposición al consumo.
- Las sustancias psicoactivas más consumidas por los internos del centro “Paz y Vida” son el alcohol y la marihuana, seguidas de la cocaína y la base de cocaína. Además, se identificó un patrón de poli consumo, donde el alcohol y la marihuana suelen combinarse con otras sustancias, lo que amplifica los efectos adversos tanto físicos como psicológicos, aunque el alcohol resalta más al ser en algunos casos la única sustancia consumida y en muchos casos, la puerta de entrada a drogas más fuertes.
- Las experiencias de los participantes reflejan que el inicio del consumo ocurre principalmente durante la adolescencia, influenciado por factores como la presión social, la curiosidad, los problemas familiares y la búsqueda de pertenencia, muchos de los internos relataron haber estado expuestos a entornos violentos y marginales, lo que aumento su dependencia a las sustancias. Además, el consumo ha tenido consecuencias devastadoras en sus vidas, incluyendo situaciones de peligro, deterioro de las relaciones interpersonales, como amigos y familia, y exclusión social.
- Las experiencias de los participantes reflejan que reconocen avances en su proceso de rehabilitación, como una mayor conciencia sobre los daños del consumo y una mejora en su bienestar emocional, además de reintegrarse, aunque sea parcialmente a la sociedad, sin embargo, la falta de apoyo externo adecuado y la estigmatización social representan barreras significativas para su plena reintegración. La rehabilitación no solo debe centrarse en la desintoxicación, sino también en la creación de oportunidades que permitan a los individuos reconstruir una vida digna fuera del consumo de drogas.

7.2 Recomendaciones

- Es fundamental implementar programas en edades tempranas que fortalezcan habilidades sociales, emocionales y educativas, y que aborden los riesgos asociados al consumo de sustancias.

- Es necesario garantizar que los programas de rehabilitación incluyan apoyo psicológico especializado y estrategias personalizadas para cada individuo.
- Las campañas de sensibilización deben centrarse en reducir el estigma asociado al consumo de sustancias y promover la aceptación social de las personas en proceso de rehabilitación.
- Crear espacios seguros y redes de apoyo que faciliten la reintegración social y laboral de los individuos rehabilitados.
- La recopilación de datos y el estudio de casos locales son esenciales para adaptar las estrategias de prevención y rehabilitación a las necesidades específicas de cada comunidad.
- La reintegración efectiva requiere programas que conecten a los individuos rehabilitados con oportunidades de empleo dignas y sostenibles.

Referencias

1. Villegas M, Méndez M, Valle M, García L. Nursing course on drug addiction and its effects on beliefs and intentions: A quasi-experimental study. *Aquichan*. 2020;20(2):e2027-e2027.
2. Susanti H, Wardani I, Fitriani N, Kurniawan K. Exploration of the needs of nursing care of drugs addiction service institutions in Indonesia. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022;10(G):45–51.
3. Ribeiro Í, Fernandes M, Rocha D de M, Silva J, Ribeiro H, Soares N. Consumption of psychoactive substances by nursing workers: An integrative review. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180488.
4. UNODC. Informe Mundial sobre Drogas 2021: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras los jóvenes subestiman los peligros del cannabis [Internet]. 2021 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
5. Seabra P, Nunes I, Sequeira R, Sequeira A, Simões A, Filipe F, et al. Designing a nurse-led program for self-management of substance addiction consequences: A modified e-Delphi study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2137.
6. Barbosa A, Segura C, Garzón D, Parra C. Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Av En Psicol Latinoam Colomb*. 2014;32(1):53–69.
7. St. Arnaud KO. Toward a positive psychology of psychoactive drug use. *Drugs Educ Prev Policy*. 2023;30(1):81–94.
8. Pérez M, Calixto M, Díaz A. Experiencias de riesgo en consumidores de drogas. *Eureka*. 2021;18:183–203.
9. Rojas T, Masa B, Tapia A, Sanchez J. El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *J Bus Entrep Stud* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene 9];4(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/html/>
10. Arnaud K. Toward a positive psychology of psychoactive drug use. *Drugs Educ Prev Policy*. 2023;30(1):81–94.
11. Matheson SL, Laurie M, Laurens KR. Substance use and psychotic-like experiences in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023;53(2):305–19.
12. Guamán M, Tercero M. Accionar de enfermería en la prevención de la drogadicción en adolescentes [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2022.

13. Lucas C, González H, Gallego R. Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: Una revisión sistemática. *Enferm Clínica*. 2024;34(4):271–92.
14. Marcalla P, Morales M, Sánchez B. Intervención de enfermería en pacientes adictos al consumo de marihuana con estado depresivo. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida*. 2022;6(2):301–9.
15. Neila D. Consumo de drogas en adolescentes y labor enfermera: Revisión bibliográfica [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2021 [citado el 9 de enero del 2025]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/35a97d19-d4be-4f61-b061-2435daaa9360/content>
16. Rodríguez S, Batista Y, Sarco A. Percepción sobre el consumo de drogas en adolescentes. *Rev Semilla Científica*. 2024;5:100–13.
17. Carla M, Ulloa Arbesu. Manifestaciones bucales por el consumo de drogas. *SMADIC*. 2023.
18. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2021: Drug Use and Health Effects [Internet]. Seattle: IHME; 2022 [citado el 27 de octubre del 2024]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
19. Vázquez M, Oviedo A, Olalde M. Experiencia vivida de los adolescentes consumidores de drogas: un abordaje fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;52:e03349.
20. Arteaga L, Plaza N. Consumo de sustancias estupefacientes en adolescentes. Estudio de caso parroquia Sucre del cantón 24 de Mayo, Ecuador. *Rev Cient Multidiscip Arb Yachasun*. 2021;5(9 Ed. esp.):219–35.
21. Gálligo F. Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn*. 2007.
22. Fernández V. Drogas, mujeres y perspectiva de género en el consumo de sustancias psicoactivas. 2024.
23. Rojas T, Reyes B, Tapia A. El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *J Bus Entrep Stud*. 2020;4(1):1–13.
24. Begun A. Introduction to psychoactive substances. En: *The Routledge Handbook of Social Work and Addictive Behaviors* [Internet]. 1st ed. Routledge; 2020 [citado 2025 ene 9]. p. 18–38. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429203121-3/introduction-psychoactive-substances-audrey-begun>
25. Pantano F, Graziano S, Pacifici R, Busardò FP, Pichini S. New psychoactive substances: A matter of time. *Curr Neuropharmacol*. 2019;17(9):818–22.

26. Shafi A, Berry A, Sumnall H, Wood DM, Tracy DK. New psychoactive substances: A review and updates. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene 14];10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/204512532096719>
27. *Commodity Frontiers*. 2021;(2):5–9.
28. Gootenberg P. *The Oxford handbook of global drug history*. Oxford University Press; 2022.
29. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2023* [Internet]. 2023 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://www.unodc.org>
30. ReliefWeb. *UNODC World Drug Report 2023: Expanding drug markets pose global challenges* [Internet]. 2023 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://reliefweb.int>
31. Alarcó R. Efectos adversos asociados al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo en la población adolescente. 2022:1-160..
32. World Health Organization (WHO). *International classification of diseases and health problems* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://www.who.int>
33. Zapata F, Matey JM, Montalvo G, García-Ruiz C. Chemical classification of new psychoactive substances (NPS). *Microchem J*. 2021;163:105877.
34. Gonçalves J, Alves V, Aguiar J, Teixeira H, Câmara J. Synthetic cathinones: An evolving class of new psychoactive substances. *Crit Rev Toxicol*. 2019;49(7):549–66.
35. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Áreas de investigación: sustancias de abuso habitual* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/sustancias-de-abuso-habitual>
36. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Abuso de sustancias* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
37. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Abuso y adicción a la metanfetamina: efectos inmediatos y a largo plazo* [Internet]. 2020 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina/cuales-son-los-efectos-inmediatos-corto-plazo-del-abuso-de>
38. Nawi A, Ismail R, Ibrahim F, Hassan M, Manaf M, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2088.
39. Kalin N. Substance use disorders and addiction: Mechanisms, trends, and treatment implications. *Am J Psychiatry*. 2020;177(11):1015–8.
40. Livne O, Shmulewitz D, Stohl M, Mannes Z, Aharonovich E, Hasin D. Agreement between DSM-5 and DSM-IV measures of substance use disorders in a sample of adult substance users. *Drug Alcohol Depend*. 2021;227:108958.

41. Kervran C, Shmulewitz D, Serre F, Denis C, Roux P, Jauffret-Roustide M, et al. Do DSM-5 substance use disorder criteria differ by user care settings? An item response theory analysis approach. *Addict Behav.* 2021;116:106797.
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
43. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):760–73. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
44. Volkow ND, Morales M. The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell.* 2015;162(4):712–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>
45. Nawi A, Ismail R, Ibrahim F, Hassan M, Abdul M, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: A systematic review. *BMC Public Health.* 2021;21:2088. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>
46. Hadland S, Park T, Bagley S. Addressing the opioid crisis in the United States: Epidemiology and treatment. *JAMA Psychiatry.* 2022. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2793124>
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Abuso de sustancias: Repercusiones sociales y económicas* [Internet]. 2021 [citado 2025 ene 9]. Disponible en: <https://www.paho.org>
48. UNODC. *World Drug Report 2022: Socio-economic and cultural dimensions of substance abuse*. United Nations; 2022. Disponible en: <https://www.unodc.org>
49. Flores P, Reidl L. *La narrativa del cuerpo en el consumo de drogas: Una perspectiva subjetiva*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2021.
50. Varela A, Gadelha A, Souza A, Mota N. *Impactos psicológicos y sociales del consumo de drogas en adolescentes brasileños*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2021.
51. Arias L. *Factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social Masculino Guayas* [Internet] Universidad de las Américas; 2024 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16823>
52. Mantoan V, Soares R. *Intervention for Patients with Psychoactive Substance Use Disorders, Starting from Psychiatric Emergency Care: Follow-Up Study after 30 and 90 Days*. *J Addict Behav Ther Rehabil* [Internet]. 2015 [citado 15 de enero de 2025];4(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4172/2324-9005.1000142>
53. Tarqui L. *Tratamientos Residenciales para Adicciones en Ecuador: el Limbo entre la Bioética y los Derechos Humanos*. *Rev Cuba Educ Super.* 2023;42(2):1–12.

54. Tarqui L. Tratamientos residenciales para adicciones, el irrespeto a los derechos humanos y normativas: la realidad ecuatoriana. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 2022;25(4):1275-1287. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>
55. Gutiérrez J. Políticas de salud pública y derechos humanos en el tratamiento de las adicciones en Sudamérica. *Rev Salud Pública*. 2021;23(3):45–55.
56. Piché F, Girard S, Plourde C, Romain AJ. Physical activity during a treatment for substance use disorder: A qualitative study. *Ment Health Phys Act*. 2024;26:100590.
57. Tarqui L. Impacto del programa terapéutico alternativo en centros de rehabilitación para toxicómanos en Cuenca, Ecuador. *Cienc Deporte*. 2021;6(2):1–17.
58. Velázquez B. El dispositivo de sanación pentecostal y la experiencia de las mujeres internas en Nueva Vida. En: Odgers O, Olivas O, coords. *¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencias de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos*. 2018; El Colegio de la Frontera Norte, México. pp. 165-185.
59. Montejano J, de Almeida P, Gómez S, Silva A, Alamino M, de Dios-Aguado M. Enfermería de ciencia ficción: Hildegard Peplau en el cuento “Lastborn” de Isaac Asimov. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE)*. 2021;12(1).
60. Tandazo M, Mite L, Fajardo K, Blacio A, Beltran R. Atención de Enfermería en un Embarazo Ectópico Basado en el Modelo de Hildegard Peplau: A Propósito de un Caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024;8(4):7967–80.
61. Dal’Bosco E, Floriano L, Rangel A, Ribas M, Cavalheiro A, Silva C, et al. Coping in mental health during social isolation: analysis in light of Hildegard Peplau. *Rev Bras Enferm*. 2021;75:e20201207.
62. da Silva A, dos Santos Melo A, da Silva A, Ferreira J. Contribuições da teoria de Hildegard Peplau para o desenvolvimento do pensamento crítico na prática de enfermagem.
63. Sandoval M. Nivel de satisfacción del adulto mayor desde la perspectiva de Hildegard Peplau. *Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo–2019*.
64. Diez M, Pawlowicz M, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla J, Muñiz A, et al. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2509. doi:10.18294/sc.2020.2509.
65. Guerrero M, Sánchez C. Humanización del cuidado: una mirada desde las teorías de enfermería. *Salud, Arte y Cuidado. Rev Venez Enferm Cienc Salud*. 2024;17(2):115–18.
66. Ordoñez L, Cortés C. Medicalización psiquiátrica en tres prisiones femeninas brasileñas: un abordaje etnográfico sobre los itinerarios de criminalización,

- patologización y farmacologización. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2507. doi:10.18294/sc.2020.2507.
67. Diez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, et al. Consumos de sustancias psicoactivas: del castigo al cuidado. *Salud Colectiva*. 2020;16:e3100. doi:10.18294/sc.2020.3100.
68. Ordoñez L, Cortés C. Mujeres argentinas y usos de drogas: análisis sociohistórico del uso femenino de sustancias psicoactivas en Argentina (1860-1930). *Salud Colectiva*. 2020;16:e2446. doi:10.18294/sc.2020.2446.
69. Gaete J, Rojas G, Fritsch R, Araya R. Precocidad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas y su asociación con comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes escolarizados de Valparaíso, Chile. *Rev Med Chil*. 2022;150(5):584–93. doi:10.4067/S0034-98872022000500584.
70. Gaete J, Rojas G, Fritsch R, Araya R. Conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolarizados de Valparaíso, Chile. *Rev Med Chil*. 2022;150(8):1036–45. doi:10.4067/S0034-98872022000801036.
71. Gómez A, Pérez M. Efectividad de un programa para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de una institución educativa en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2023;25(3):1–10. doi:10.15446/rsap.v25n3.100000.
72. Alvarez S, Boza C. Impulsividad y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos: una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis (2010-2020). *Rev Científica*. 2020;37(2):123–35.
73. Martínez M, García A. Apoyo social percibido, resiliencia y consumo de sustancias psicoactivas en internas de centros penitenciarios. *Rev Esp Drogodependencias*. 2020;45(2):5–18.
74. Gómez A, Pérez M. Consumo de sustancias psicoactivas en Latinoamérica desde el abordaje de las neurociencias: una revisión. *Rev Salud Pública*. 2022;24(2):83–92. doi:10.15446/rsap.v24n2.100000.
75. Martínez M, García A. El consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia temprana y su relación con el estilo de crianza y la autoeficacia académica. *Rev Esp Drogodependencias*. 2019;44(3):4–15.
76. Organización de los Estados Americanos (OEA). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Disponible en: <https://www.oas.org/cicaddocs/Document.aspx?Id=5188>
77. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Drogas sintéticas y nuevas sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe: Evaluación de la

- amenaza. 2021. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/scientific/21-02921_LAC_drug_assessment_S_ebook.pdf
78. Labate B, Cavnar C, Rodrigues T, editores. *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas*. Springer International Publishing; 2016.
79. Constitución de la República del Ecuador 2008 [Internet]. 2021 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
80. Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas. Registro Oficial Suplemento 615 de 26-oct [Internet]. 2020 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/01/Ley-Organica-de-Prevencion-Integral-del-Fenomeno-Socio-Economico-de-las-drogas-y-de-regulacion-y-control-del-uso-de-sustancias-catalogadas-sujetas-a-fiscalizacion_Ley-0.pdf
81. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención Integral del uso y consumo de drogas en los espacios laborales – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/programa-de-prevencion-integral-del-uso-y-consumo-de-drogas-en-los-espacios-laborales/>
82. Para G, Deschenau A, Charles J. Experience of psychoactive substance use in patients with psychiatric disorders. *Ann Psychiatry Treat*. 2024;4(1):1–12.
83. Havnes IA, Jørstad ML, Bjørnebekk A. Double trouble? A mixed methods study exploring experiences with combined use of anabolic-androgenic steroids and psychoactive substances among women. *Perform Enhanc Health*. 2021;9(3):100198.
84. Ellilä V, Levola J, Denissoff A, Partanen M, Niemelä S. Psychotic-Like Experiences and Concurrent Substance Use Among People Who Use New Psychoactive Substances. *Subst Use Misuse*. 2023;58(12):1606–14.
85. Medina M, Sosa M, Martínez P, Méndez M, De Valle M, Yáñez B. Experiencias vividas por enfermeras sobre el cuidado en usuarios de drogas lícitas e ilícitas. *Nure Inv*. 2018;15(96):1–9.
86. Fonseca E, Ortuño J, Paino M, Muñoz J. Experiencias psicóticas atenuadas y consumo de sustancias en universitarios. *Adicciones*. 2016;28(3):1–11.
87. Broekhof R, Nordahl HM, Tanum L, Selvik SG. Adverse childhood experiences and their association with substance use disorders in adulthood: A general population study (Young-HUNT). *Addict Behav Rep*. 2023; 17 :100488.
88. Meulewaeter F, De Schauwer E, De Pauw SSW, Vanderplasschen W. “I Grew Up Amidst Alcohol and Drugs:” a Qualitative Study on the Lived Experiences of Parental

- Substance Use Among Adults Who Developed Substance Use Disorders Themselves. *Front Psychiatry*. 2022; 13 :768802.
89. He J, Yan X, Wang R, Zhao J, Liu J, Zhou C, et al. Does Childhood Adversity Lead to Drug Addiction in Adulthood? A Study of Serial Mediators Based on Resilience and Depression. *Front Psychiatry*. 2022; 13:871459.
90. Vázquez M de JP, Oviedo AD, Olalde MGC. Experiencia vivida de los adolescentes consumidores de drogas: un abordaje fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*. 13 de septiembre de 2018;52: e03349.
91. ONU. El consumo de drogas y alcohol se relaciona directamente con la falta de perspectiva, la pobreza, la inequidad y la violencia | Noticias ONU[Internet]. 2023 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://news.un.org/es/interview/2023/10/1525122>
92. Gerra G, Benedetti E, Resce G, Potente R, Cutilli A, Molinaro S. Socioeconomic Status, Parental Education, School Connectedness and Individual Socio-Cultural Resources in Vulnerability for Drug Use among Students. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2020;17(4):1306.
93. Mugari I, Bushu R. Causes and Effects of Psychoactive Substance Abuse Among the Youth in Zimbabwe: The Case of Makokoba High Density Suburb, Bulawayo. *Societies*. 2024;14(12):262.
94. Remache JDB, Delgado GTR, Giler SAM, López LNC. Evaluation of teens's conduct that they take in alcohol and narcotics at the Holy Canton Sunday, Ecuador. *Salud Cienc Tecnol - Ser Conf*. 26 de noviembre de 2023;2:1063–1063.
95. Gangu K, Bobba A, Basida SD, Avula S, Chela H, Singh S. Trends of Cocaine Use and Manifestations in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2022;14(2): e22090.
96. Lin AL, Nah G, Tang JJ, Vittinghoff E, Dewland TA, Marcus GM. Cannabis, cocaine, methamphetamine, and opiates increase the risk of incident atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2022;43(47):4933-42.
97. Gil Moreno S. Policonsumo de drogas en adolescentes y jóvenes. Polysubstance use of drugs in adolescents and youth [Internet]. 6 de mayo de 2020 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/20017>
98. Madrigal JA del M. Devenir habitante de calle en una ciudad fronteriza del norte de México: Deportación, consumo de drogas y violencias. *Civ - Rev Ciênc Sociais*. 8 de abril de 2019;19:159–77.

99. Sokolovsky AW, Rubenstein D, Gunn RL, White HR, Jackson KM. Associations of daily alcohol, cannabis, combustible tobacco, and e-cigarette use with same-day co-use and poly-use of the other substances. *Drug Alcohol Depend.* 2023; 251:110922.
100. Brito C, Antunes V. O valor simbólico do uso de droga para população em situação de rua: droga que mata e alimenta. *Cad Saúde Pública.* 2024 [citado 10 de enero de 2025];40(10). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5vWmkPg7tSxDQXMxjnK3DHg/>
101. Ogunkan D, Adeboyejo A, Adejumobi D, Giwa T. Unveiling the shadows: investigating the substance use among street children. *Int J Hum Cap Urban Manag.* 2024;9(4):583-696.
102. Rocha H. Consumo de drogas, violencia y muerte: entre la institución de espacialidades y la configuración de masculinidades de adolescentes varones pobres implicados en el narcotráfico en el Gran Buenos Aires, Argentina [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/117268>
103. Kerman N, Kidd SA, Voronov J, Marshall CA, O'Shaughnessy B, Abramovich A, et al. Victimization, safety, and overdose in homeless shelters: A systematic review and narrative synthesis. *Health Place.* 1 de septiembre de 2023; 83:103092.
104. Torres I, Moreira T. Vista de Afecciones directas en la estructura familiar causadas por el consumo de drogas de los pacientes que asisten al CETAD. *Socialium*, [Internet]. 2023 [citado 6 de enero de 2025];8(1):36–48. Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/1983/2161>
105. Nabi S, Majeed M, Zahoor N, Khan S. Awareness towards Drug Abuse and its Associated Factors in Young Adults of Kashmir, North India: A Cross Sectional Study. *Heal J.* 2023;14(2):157-61.
106. Noyes E, Dunleavy S, Mail V, Plakas I, Keyes S, Gaeta JM, et al. Awareness, Utilization, and Preferences of Harm Reduction Interventions among Street-Involved Young Adults in Boston. *Subst Use Misuse.* 2022;57(5):827-32.

Anexos

Anexo A. Guía para la recolección de datos

Entrevista semi- estructuradas

Instructivo: Por favor, conteste las preguntas que le vamos a realizar con relación a nuestro tema de investigación. Esta entrevista será grabada con la finalidad de que nosotros podamos obtener información con respecto a las “Experiencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes internos del centro “Paz y Vida”, Milagro 2024-2025”; la información que Ud. proporcione es confidencial y sólo será utilizada en esta investigación.

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Hora de Inicio: _____ **Hora de Fin:** _____

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

- Datos Sociodemográficos:

1. Edad: _____

2. Estado Civil: _____

3. Ocupación: _____

4. Residencia: Urbana ____ Rural ____

5. Etnia: _____

6. Nivel de Instrucción: _____

1. ¿Cómo empezaste a consumir sustancias como el alcohol/ droga o alguna otra sustancia y que te llevó a ello?
2. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez?
3. ¿Alguna vez recibiste algún tipo de abuso físico, sexual, emocional, psicológico, sexual?
4. ¿Qué tipo de sustancias usted consumía? Especifique
 - Alcohol.
 - Ayahuasca.
 - Cannabis (marihuana/pot/weed)
 - Depresores del sistema nervioso central (benzos)
 - Cocaína (coke/crack)
 - Fentanilo.
 - GHB.
 - Alucinógeno

5. ¿Cuáles fueron los momentos más difíciles o peligrosos que experimentaste mientras consumías estas sustancias?
6. ¿Cree que alguna vez ha desperdiciado oportunidades importantes profesionales, sociales o familiares por estar consumiendo drogas?
7. ¿Qué consejo darías a alguien que está luchando contra una adicción similar?
8. ¿Cómo describirías tu vida ahora en comparación con cuando estabas consumiendo activamente?

Anexo B. Formulario del consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Experiencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes internos del centro "Paz y Vida", Milagro 2024-2025.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Angie Lissette Herrera Sánchez	094254 2986	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Emely Jaidy Alcivar Santana	172012 9756	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
<p>Usted ha sido invitado (a) a formar parte de un estudio que se llevará a cabo en el Centro de Rehabilitación, Paz y Vida. Este documento, denominado "consentimiento informado", tiene como objetivo explicarle detalladamente las razones para realizar este estudio, así como qué implicaría su participación y qué derechos tiene en caso de aceptar la invitación. Después de revisar cuidadosamente la información proporcionada en este documento y aclarar cualquier duda que pueda tener, estará en posición de tomar una decisión informada sobre si desea participar en esta investigación o no. No hay prisa para tomar esta decisión, ya que su bienestar y comprensión son prioridades.</p>
Introducción
<p>Esta investigación pretende indagar sobre las experiencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en pacientes internos del Centro "Paz y Vida". Las mismas que permitirán conocer sus motivaciones y vivencias asociadas al consumo de estas sustancias, las cuales pueden ser de origen químico o natural, las cuales pueden ser administradas de diversas formas, como ingestión, inhalación, vía intramuscular o endovenosa. El objetivo principal es comprender sus vivencias del consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales, que puede determinar criterios de abuso y dependencia. Esta investigación se llevará a cabo en el centro de rehabilitación, con el fin de obtener</p>

<p>una comprensión más profunda de este fenómeno en la población interna del centro.</p>
<p>Objetivo del estudio.</p>
<p>El objetivo del estudio es describir las experiencias asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes internos del centro “Paz y Vida”, Milagro 2024.</p>
<p>Descripción de los procedimientos.</p>
<p>Después de llevar a cabo las entrevistas, se realizará con la transcripción del audio utilizando un procesador de texto, tomando en cuenta que el texto sea fiel al diálogo, por ética se observará el principio de confidencialidad al sustituir los nombres por código, con el fin de salvaguardar la privacidad y el respeto hacia el involucrado, por lo cual sus nombres no aparecerán en ningún documento publicado. Posteriormente, los documentos transcritos serán subidos a un software informático llamado Atlas. Ti para realizar el proceso de categorización o codificación para la interpretación y análisis de datos. Este programa nos facilitará organizar la información, lo cual mejorará el análisis del estudio cualitativo. El uso de este va a ayudar a la generación de una serie de categorías de datos, para generar más conocimientos en esta área, se comparará las opiniones de las personas que participaron en las encuestas semiestructuradas para mejorar la validez de los datos. Los datos con su respectivo análisis e interpretación serán transformados en informes para la difusión en las comunidades de estudio, en artículos científicos y en tesis para los estudiantes de pregrado de la universidad de cuenca que serán publicados en plataformas físicas o digitales.</p>
<p>Riesgos y beneficios</p>
<p>Este estudio no conlleva ningún riesgo físico ni mental para su salud, por lo cual se garantizará la seguridad y la confidencialidad de los datos hasta finalizar el mismo. Los datos se utilizarán para los fines del estudio, lo cual se garantizará por el director y los investigadores. Una vez concluido el estudio y aprobada por la Dirección de Investigación de la Universidad de Cuenca, se procederá a eliminar los archivos y destruir todas las copias correspondientes. El proyecto establece que ni los investigadores ni ninguna otra persona con acceso a esta información podrán utilizarla con fines lucrativos o de obtención de beneficios económicos. Como parte de los beneficios es necesario que usted tenga conocimientos de los resultados no enfrentará ningún peligro y la información recopilada será utilizada de manera ética y responsable para contribuir al conocimiento en el área de estudio.</p>
<p>Otras opciones si no participa en el estudio.</p>
<p>Si en algún momento durante el desarrollo del proyecto decide retirarse, tiene plena libertad de hacerlo. Es importante destacar que esta opción está disponible para respetar la autonomía y la voluntad de los participantes en todo momento.</p>
<p>Derechos de los participantes.</p>

<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas. 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio. 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted. 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir los cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 8) Que se respete su intimidad (privacidad); 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 11) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidos por las instituciones correspondientes; 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. 		
<p>Manejo del material biológico recolectado.</p>		
<p>No aplica.</p>		
<p>Información de contacto.</p>		
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor llame a los siguientes teléfonos +593982574697 que pertenece a Angie Lissette Herrera Sánchez y +593980449812 que pertenece Emely Jaidy Alcivar Santana o envíe un correo electrónico a lissette.herrera00@ucuenca.edu.ec o emely.acivar@ucuenca.edu.ec</p>		
<p>Consentimiento informado.</p>		
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>		

<p>_____ Nombres completos del/a participante.</p>	<p>_____ Firma del participante.</p>	<p>_____ Fecha</p>
<p>_____ Nombres completos del/a investigador/a</p>	<p>_____ Firma del/a investigador/a</p>	<p>_____ Fecha</p>

Nombres completos
del/a investigador/a

Firma del/a
investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario, puede contactar al, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec