



ESCUELA DE PSICOLOGÍA



FACTORES FAMILIARES QUE FAVORECEN AL PROCESO DE
REHABILITACIÓN DE PACIENTES VARONES POLICONSUMIDORES
DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES EN
QUITO



AUTOR

Mabel Estefanía Torres Tapia

AÑO

2018



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

FACTORES FAMILIARES QUE FAVORECEN AL PROCESO DE
REHABILITACIÓN DE PACIENTES VARONES POLICONSUMIDORES
DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES EN QUITO

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el título de Psicóloga con Mención Clínica

Profesor Guía

Byron Giovani Toscano Amores

Autora

Mabel Estefanía Torres Tapia

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido el trabajo, Factores familiares que favorecen al proceso de rehabilitación de pacientes varones policonsumidores dependientes de sustancias psicoactivas ilegales en Quito, a través de reuniones periódicas con la estudiante Mabel Estefanía Torres Tapia, en el décimo semestre período 2018-1, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Byron Giovani Toscano Amores

Médico especialista en Psiquiatría

CI: 1706556766

DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, Factores familiares que favorecen al proceso de rehabilitación de pacientes varones policonsumidores dependientes de sustancias psicoactivas ilegales en Quito, de la estudiante Mabel Estefanía Torres Tapia, en el décimo semestre período 2018-1 dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

René Jacobo Recalde Recalde

Psicólogo Clínico especialista en
Psicoterapia individual y grupal

CI: 1715918155

Javier Ricardo Toro Merizalde

Magister en Educación

CI: 1712635596

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Mabel Estefanía Torres Tapia

CI: 1723061063

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis profesores por contagiarme del amor y pasión que sienten por esta profesión, por transmitirme su conocimiento y experiencia, y brindarme oportunidades en las que no solo crecí académica sino también personalmente.

Un agradecimiento especial a mis amigas con quienes coincidí y crecí en este hermoso y extenuante camino construyendo experiencias maravillosas, sin ellas de mi mano su curso hubiera distinto, son únicas y con cada diferencia crecimos y aprendimos a diario.

DEDICATORIA

A mi madre, por su infinito amor y paciencia. A mi tío Gus por ser el mejor ejemplo de padre y profesional. Y al resto de mi familia, por ser el pilar fundamental de todo lo que ahora soy, en toda mi educación tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, por permitirme soñar y no dejar que me rinda en ningún momento. Esto es tan solo una demostración de mi eterna gratitud y agradecimiento por todo lo que a diario hacen por mí.

RESUMEN

De acuerdo a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 247 millones de personas consumieron drogas durante el año 2015, 29 millones de personas están diagnosticadas con un trastorno relacionado con el consumo de drogas, sin embargo, tan solo una de cada seis de estas personas reciben tratamiento. Estos datos evidencian que el consumo de drogas es alto, el pedido de tratamiento sumamente bajo, y las consecuencias de ello son innumerables, hechos con los cuales esta situación se ha convertido en un problema de salud pública en el Ecuador, para lo cual paulatinamente se han instaurado políticas públicas que garanticen una atención multidisciplinar sin criminalización para quienes se encuentren inmersos en esta situación.

Un gran porcentaje de quienes ingresan a centros de rehabilitación no terminan el proceso, no tienen éxito, o sus recaídas son inmediatas y recurrentes. Algunos autores manifiestan que la implicación de los familiares cercanos de estas personas podría darle otro giro (positivo o negativo) al proceso de recuperación. Además, la información encontrada no hace referencia a las drogas ilegales ya que por esta misma condición no han sido estudiadas con gran interés. Es así como el objetivo del presente estudio se convierte en describir los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes varones adultos de la ciudad de Quito dependientes de sustancias psicoactivas ilegales.

Es decir este estudio será de enfoque cualitativo, se guiará con epistemología sistémica, por lo tanto su alcance es descriptivo y para su diseño se contará con la teoría fundamentada. Contando con una muestra representativa por conveniencia de diez participantes con sus respectivas familias. A partir de ello se espera conocer el rol que tiene la familia de estos pacientes frente a la dependencia, cuáles son los factores de protección familiar percibidos por estos pacientes, y las implicaciones percibidas de los factores de protección familiar dentro del proceso de recuperación de estos pacientes.

ABSTRACT

According to the United Nations Office on Drugs and Crime, 247 million people used drugs during the year 2015, 29 million people are diagnosed with a disorder related to drug use, however, only one of every six of these people receive treatment. These data show that the consumption of drugs is high, the request for treatment is extremely low, and the consequences of this are innumerable, facts with which this situation has become a public health problem in Ecuador, for its regulation public policies has been established with the aim to guarantee a multidisciplinary care without criminalization for those who are immersed in this situation.

A large percentage of those who enter rehabilitation centers don't complete the process, don't succeed, or their relapses are immediate and recurrent. Some authors state that the involvement of close relatives of these people could give another perspective (positive or negative) to the recovery process. In addition, the information found doesn't refer to illegal drugs because they haven't been studied with great interest due to this same condition. This is how the purpose of this study is to describe the family factors that favor the recovery process of adult male patients in the city of Quito dependent to illegal psychoactive substances.

This study will have a qualitative approach, it will be guided with systemic epistemology, therefore its scope is descriptive and for its design: the grounded theory. Having a representative sample for convenience of ten participants with their respective families. Based on this, it is expected to know is the role of the family of these patients in relation to dependence, what are the family protection factors perceived by these patients, and the perceived implications of family protection factors in the recovery process of these patients.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. Formulación del problema y justificación	3
3. Pregunta de investigación.....	7
4. Objetivos.....	8
4.1. Objetivo General.....	8
4.2. Objetivos Específicos	8
5. Marco teórico referencial y discusión temática	8
5.1. Epistemología.....	8
5.2. Conceptos	9
5.3. Estudios previos	13
6. Hipótesis.....	14
7. Preguntas directrices.....	15
8. Metodología del estudio	16
8.1. Tipo de alcance, diseño, y enfoque.....	16
8.2. Muestreo/participantes	17
8.3. Recolección de datos/Herramientas a utilizar	18
8.4. Justificación del Instrumento	19
8.5. Procedimiento	22
8.6. Tipo de análisis	22
9. Viabilidad.....	23

10.Aspectos éticos	24
10.1. Consentimientos o asentimientos informados.....	24
10.2. Tratamiento de la información	25
10.3. Autoreflexividad.....	26
10.4. Consecuencia de la investigación	26
10.5. Devolución de resultados	27
11.Análisis de la Estrategia de Intervención	28
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	18
Tabla 2	33

1. Introducción

En el Ecuador, a partir del establecimiento del artículo 364 de la Constitución de nuestro país en el 2008, se señala que “Las adicciones son un problema de salud pública” y que “en ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales”. Esto ha conllevado a que el Estado se responsabilice en poner en marcha programas en los cuales se informe, prevenga, y controle el consumo de SPA legales e ilegales, así como también que se fomente el ofrecimiento de tratamientos y rehabilitación para quienes consumen de forma habitual, ocasional, e incluso de forma problemática (Anónimo, 2016). Las acciones mencionadas han permitido que el estigma hacia las personas con dependencia reduzca de cierto modo ya que se empieza a garantizar su atención en el sistema de salud público.

Además, en el 2014 el Ministerio de Salud Pública (MSP) implementa el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental, uno de cuyos componentes principales es el tratamiento a personas con adicción. La propuesta vigente del MSP para el abordaje de los problemas de consumo de sustancias se realiza en tres niveles de atención: ambulatoria, ambulatoria permanente y residencial, siendo los dos primeros ejecutados en Centros de atención de nivel C, y el último a través de los Centros Especializados en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD). Las tres modalidades tienen como objetivo principal brindar atención a quienes consumen de manera integral con profesionales de diversas índoles (Anónimo, 2016).

Gracias a esta modificación constitucional y al cambio de paradigma en el que actualmente las personas con dependencia a SPA han dejado de ser consideradas como delincuentes, se propicia su atención tanto médica como psicológica, dando como resultado que en el 2016 el MSP atendió a más de 50.000 personas que han desarrollado dependencia a SPA ilegales (Anónimo, 2016).

Uno de los mayores beneficios que ha traído esta modificación es que el MSP pretende un abordaje interdisciplinario con profesionales capacitados para lograrlo. Es así que se ha incrementado el número de psicólogos, anteriormente para este

ámbito se contaba únicamente con 68 profesionales, este número ha aumentado considerablemente y ahora existen 760 profesionales. A esto se suman los 471 centros que brindan atención en modalidad ambulatoria (Anónimo, 2016).

El secretario de la Comisión de Salud Mental del MSP, Roberto Enríquez, señala que “Se busca que se tenga una psiquiatría itinerante, se cuente con el médico y se hace la interconsulta con nutrición, de tal manera que exista un abordaje interdisciplinario” (Enríquez, citado en Anónimo, 2016).

La propuesta de atención discurre en que el abordaje integral debe involucrar a la familia como un componente fundamental de la intervención. Considerando a este grupo como un sistema influyente en los seres humanos, en la investigación descrita a continuación se utilizará un enfoque sistémico en el que se visualiza a la familia de las personas dependientes de SPA ilegales como un recurso que podría potenciar positivamente el curso de un proceso de recuperación del consumo de SPA.

Para ello se definirán varios conceptos que se usarán a lo largo de este estudio como: familia, dependencia, SPA ilegales, y factores de protección, que ayudarán a la comprensión del tema de investigación.

Es así que el propósito de la presente investigación radica en describir los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes varones adultos de la ciudad de Quito dependientes de SPA ilegales. Para lo cual habrá que primero distinguir el rol que tiene la familia de estos pacientes frente a la dependencia. Después, identificar cuáles son los factores de protección familiar percibidos por estos pacientes. Y finalmente, analizar las implicaciones percibidas de los factores de protección familiar dentro del proceso de recuperación de estos pacientes.

De igual forma, se pretende realizar un aporte en la información que se tiene hasta el momento sobre las sustancias psicoactivas ilegales ya que no es tan amplio como el de las legales. Además, de incluir a la familia, sus características y al tipo de relación de ésta con la persona que ha desarrollado dependencia como

factores que en proceso de recuperación puedan ser favorables y coadyuvar al mismo, en lugar de considerar a estos como la génesis de la dependencia, como lo han hecho varios estudios. Esto también con la finalidad de que a partir de los resultados obtenidos se propicie la responsabilidad de la familia y entidades tanto privadas como públicas y su participación social mucho más activa en búsqueda de la remisión satisfactoria de su condición.

Este estudio también presenta un enfoque distinto en el grupo etario ya que algunos de los estudios en el país relacionados al consumo y dependencia de SPA ilegales lo han investigado en población adolescente, lo cual si bien tiene un gran motivo para serlo que es que el consumo inicia en esa edad, se ha dejado un poco de lado la investigación en población adulta y es en esta etapa evolutiva donde se evidencian los mayores conflictos tanto personales, como familiares y laborales.

2. Formulación del problema y justificación

Dentro de este estudio se plantea analizar los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes dependientes de sustancias psicoactivas ilegales (SPA). Antes de continuar es necesario hacer un detenimiento para contextualizar los diferentes hallazgos que se ven involucrados en este tema.

De acuerdo a un estudio elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), entre otros organismos, para el año 2009 el Ecuador registró el porcentaje más alto de dependencia (51%) a SPA ilegales como la marihuana y cocaína en comparación a otros países latinoamericanos como Chile (20%), Uruguay (20%), y Perú (36%) (Anónimo, 2009).

Hasta el momento en el país, se han realizado varios estudios de gran amplitud muestral, ejemplo de ellos son las encuestas nacionales (cuatro a la fecha) realizadas por el CONSEP en conjunto con la Dirección Nacional del Observatorio de Drogas. Estas dos instituciones en el 2014 hacen público el *Informe de investigación del IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*, documento que a pesar de que muestra información cuantitativa, por

contener la edad de nuestra población (adulta) de interés, evidenciar otros datos estadísticos, y por poseer información actualizada y más cercana a la fecha actual, será tomado como fuente y referencia bibliográfica aunque el presente trabajo contenga un enfoque cualitativo.

En esta encuesta realizada a nivel nacional se obtuvieron resultados como los siguientes: en una percepción general, ocho de cada diez entrevistados respondieron que de tener conocimiento que sus hijos usan drogas, buscarían ayuda profesional o a su vez asistirían a un centro de recuperación de drogas (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas y CONSEP, 2014, p. 5). En relación a la atención en salud recibida el 2% de la población estudiada, en algún momento de su vida inició un tratamiento de tipo ambulatorio para reducir o abandonar el consumo (de alcohol u otra droga), y del porcentaje anterior tan solo el 0.19% inició el tratamiento en el último año (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas y CONSEP, 2014, p. 6).

Adicional a esto, el 62.2% de la población aseveró que indudablemente es necesario contar ayuda profesional para abandonar el consumo de drogas. En la región costa, especialmente, se muestra una mayor respuesta positiva (63.6%) a este enunciado. Y respecto a la edad, el grupo etario que más comparte esta afirmación, es el conformado por personas de 46 a 65 años de edad con un porcentaje de 65.7% (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas y CONSEP, 2014, p. 24).

Haciendo referencia a la atención que deben recibir estas personas, el 64.3% de la población que fue encuestada opinó que el tratamiento “que se brinde a las personas con consumos problemáticos” no debería tener costo alguno. Por otra parte, “casi el total (97.5%) de la población indica que la familia debería integrarse como apoyo en el programa de tratamiento de los consumidores de drogas. También consideran la participación de la pareja (37.3%) y los amigos (24.2%)” (Dirección Nacional del Observatorio de Drogas y CONSEP, 2014, p. 24).

Por otro lado, de acuerdo al secretario de la comisión de salud mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Roberto Enríquez, durante el 2016 el MSP atendió a más de 50.000 personas con problemas de adicción al alcohol,

tabaco y sustancias estupefacientes. Valor que desglosado se ve de la siguiente manera: “40.362 en el ámbito ambulatorio, 10.612 en el ambulatorio permanente y 500 personas en el ámbito residencial” (Anónimo, 2017).

Todo lo hasta el momento mencionado nos da pautas para inferir que el consumo de drogas en el país y en la ciudad de Quito es alto y constituye un problema de salud pública. En efecto, así lo establece la Constitución del Ecuador en el artículo 364 que especifica lo siguiente:

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales (Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador, 2008, p. 167).

La disposición anterior con la finalidad de que estas personas se acerquen a hacer uso de servicios que brindan atención integral de salud en busca de su integración social, familiar, laboral, y/o educativa. Así como también, que estos servicios disponibles sean capaces de responder a “las necesidades de los/las usuarios/as en la que prevenir el estigma y reducir los daños en salud son ejes primordiales” (Ministerio de Salud Pública, 2014, p. 16).

Ante esto se han implementado políticas públicas y programas de prevención. Ejemplo de ello es la reciente realización y presentación del *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas 2017-2021*, resultado de una revisión y análisis de otros Planes Nacionales de los países Iberoamericanos (Secretaría Técnica de Drogas, 2017, p. 28). Además es un instrumento diseñado bajo el enfoque de Salud Pública y Derechos Humanos, dirigido a todos los niveles del Estado que constituye una herramienta que “permite abordar de forma conjunta las complejidades y retos que representa el fenómeno de las drogas, a través de estrategias articuladas y efectivas” (Secretaría Técnica de Drogas, 2017, p.18, 47).

Este instrumento tiene como finalidad evitar, retrasar y reducir las consecuencias del fenómeno socioeconómico de las drogas. Para lograrlo se plantea la consecución de otros objetivos como: Prevenir el uso o consumo de drogas, brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático de drogas, disminuir la oferta de drogas destinadas al consumo interno, y prevenir la producción ilícita de drogas. Y lo más destacable de este plan es lo que manifiesta el subsecretario técnico de Análisis, Prospectiva, y evaluación: “Por primera vez, el país cuenta con un Plan que coordina acciones integrales para atender el fenómeno socioeconómico de las drogas, desde varios sectores”, lo cual fomenta la corresponsabilidad social (Jaramillo, citado en Secretaría Técnica de Drogas, 2017).

Adicionalmente, los estudios nacionales existentes se han enfocado en gran medida en población adolescente y en el consumo de alcohol y cigarrillo, sustancias legales, buscando la obtención de datos como edad de inicio del consumo, percepción de los riesgos y consecuencias asociadas al consumo y dependencia, formas de obtener las SPA, y los factores de riesgo para el consumo. Dicho de otra manera, estos estudios están enfocados en obtener datos cuantitativos que aporten a nivel de salud pública para implementar políticas públicas y evaluarlas anualmente para saber la disminución o incremento de estos datos, más no en temas que reflejen la responsabilidad y participación social en el desarrollo, mantenimiento, y remisión de la adicción.

Paralelamente, de acuerdo al informe de “Proyecto Hombre” ejecutado por el Observatorio Nacional de España en el año 2016, la edad media de las personas que inician tratamientos para superar su adicción al alcohol o las drogas es de 37.61 años. Cifra que ha aumentado en relación a estudios anteriores, en la que se evidenciaba que la edad media en que las personas asistían a rehabilitación era de 35 años. Esto será un dato de referencia que puede ser usado para el entendimiento del problema en discusión (Observatorio Proyecto Hombre, 2015, p. 15).

Conociendo este dato, el presente trabajo se realizará en población adulta debido a que en estos centros de recuperación quienes ingresan son mayores de edad y

entre ellos se puede encontrar que están atravesando distintas etapas evolutivas. Por lo que se considera que delimitar un grupo etario en específico implica también limitar el acceso a la información, discursos, e interacciones que surgen en las diferentes edades de los participantes.

Es así que la importancia de este estudio, el aporte a la Psicología, y también a la información del país, radica en el tipo de drogas que se toman en cuenta, las ilegales, que por este mismo hecho no han sido estudiadas a profundidad. A pesar de que existen estudios sobre el consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional, el aporte en este estudio es la inclusión del rol que puede tener la familia para favorecer la recuperación de estos pacientes, más no como un factor etiológico como lo han hecho varios estudios. Es otras palabras, obtendremos aportes que de una u otra manera inciten a las entidades públicas y privadas a que los familiares de estas personas a responsabilizarse y a tener una participación social más activa en la remisión de la enfermedad; sin dejar de lado la debida concientización sobre la implicación que tienen en el desarrollo y mantenimiento de las conductas dependientes.

Conviene señalar que los estudios previos encontrados evidencian un vacío teórico referente a lo antes expuesto, el cual se pretende cubrir en este estudio analizando estas dos variables: **a)** la familia **b)** involucrada dentro del proceso de recuperación de estos pacientes. El presente estudio, con los resultados obtenidos, contribuye a la resolución de la problemática social expuesta y futuras investigaciones pueden tomarlos para analizarlos desde un punto de vista psicoterapéutico para analizar de qué manera se puede fomentar en el espacio terapéutico estos factores favorecedores dentro de la familia y a la vez implementar este sistema social (familia) como ente activo en los programas de recuperación por los que atraviesan estas personas.

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes varones adultos dependientes de sustancias psicoactivas ilegales de una institución privada del norte de la ciudad de Quito?

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Describir los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes varones adultos de la ciudad de Quito dependientes de sustancias psicoactivas ilegales.

4.2. Objetivos Específicos

- a) Examinar el rol que tiene la familia de estos pacientes frente a la dependencia.
- b) Indagar cuáles son los factores de protección familiar percibidos por estos pacientes.
- c) Analizar las implicaciones percibidas de los factores de protección familiar dentro del proceso de recuperación de estos pacientes.

5. Marco teórico referencial y discusión temática

5.1. Epistemología

Para comenzar, se debe aclarar que la perspectiva teórica que guiará esta temática será el enfoque sistémico. Ludwig von Bertalanffy formuló en 1968 la Teoría General de Sistemas, a partir de este planteamiento se considera que "sistema es un modelo de naturaleza general que es un análogo conceptual de ciertos rasgos bastante universales de entidades observadas" (Bertalanffy, 1972, p. 416).

Esta teoría menciona que cada sistema cuenta con propiedades y se rige bajo principios. Uno de ellos es el de totalidad, se refiere a que las características o el comportamiento de cada elemento tienen efecto sobre las propiedades o comportamiento de los demás miembros (Botella y Vilaregut, sf, p. 1).

El siguiente principio es el de circularidad en el que se considera que las pautas de causalidad no son lineales, es decir, una "causa" A no provoca un "efecto" B, sino que B fortalece retroactivamente la expresión de A. El tercer principio es el de

equifinalidad, este establece que un mismo efecto puede provenir de distintas causas (Botella y Vilaregut, sf, p. 1).

Al aplicar este enfoque al ámbito familiar, la familia pasa a considerarse como un sistema en constante transformación capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y del entorno (Lila et al. citado en Espinal et al., 2003, p. 6).

Entonces, el curso de una adicción puede verse influido por otros miembros del sistema, la relación entre miembros del sistema puede modificar (empeorar o mejorar) el curso de la adicción, y el ambiente familiar puede alterar el curso de la dependencia. Así se puede empezar entendiendo que la dependencia a SPA ilegales representa el síntoma familiar y que en ella podrían existir otro tipo de conflictos que propiciaron y mantienen estas conductas y señalando el papel homeostático del síntoma ya que está desviando la atención sobre otra situación familiar que podría generar más conflicto familiar en ese momento (Ramírez, 2001, p. 3). Dando cuenta que el miembro que ha desarrollado la dependencia no es el único responsable de su situación, mejoría, o empeoramiento de la misma.

Profundizando en la modificación del curso de la adicción de forma positiva, es posible identificar a algún miembro de la familia que motiva e incluso presiona para el inicio del tratamiento, por lo cual se debe enfatizar en que estas conductas de apoyo y motivación se mantengan en el sistema familiar durante algún tiempo (Casas y Gossop, 1993, citado en López, et al, 2003, p. 207). Es así que se concibe que en las intervenciones en que la familia es incluida para un abordaje de diferentes aspectos y participa activamente, la persona en proceso de recuperación muestra una proporción mucho más baja de deserción que aquellos que no cuentan con la participación de su familia (Szapocznik, et al.,1988; Weidman, 1987, citado en López, et al, 2003, p. 209).

5.2. Conceptos

El primero de ellos es el término *familia*. Según Salvador Minuchín, la familia es un conjunto de personas organizadas e interdependientes que conforman un sistema

social abierto, que se encuentra en constante interacción, se regulan por ciertas reglas y por funciones dinámicas, las cuales se dan entre sus miembros y el medio donde se desenvuelven (Minuchín citado en Espinal et al., 2003, p. 3).

Una definición más amplia es la que proponen Botella y Vilaregut en su artículo *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*, en el que se contempla a la familia como:

Un sistema abierto organizacionalmente, separado del exterior por sus fronteras y estructuralmente compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema familiar organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos, que definen relaciones de simetría y/o complementariedad. Dicha organización se caracteriza por las propiedades de totalidad, por patrones de circularidad, y por el principio de equifinalidad. El sistema familiar mantiene su organización mediante procesos homeostáticos y la altera mediante procesos morfogenéticos. (Botella y Vilaregut, sf, p. 4).

Esta es la definición que se ha decidido escoger para este trabajo no solo por su amplitud sino también por la variedad de conceptos sistémicos que se integran en ella y que va acorde a la epistemología previamente escogida.

Como siguiente concepto se encuentran los *factores de protección*. Estos se denominan como características individuales, familiares, grupales, o comunitarias que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud. Además, pueden ayudar a contrarrestar los posibles efectos de las conductas de riesgo y reducir la vulnerabilidad ante ellos (Páramo, 2011, p. 87).

En cuanto a esto, autores como Hawkins y cols (1992, citado en Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 27) plantean tres factores de protección que parecen controlar el progreso de comportamientos antisociales: el primero, los **lazos sociales** como por ejemplo “la adhesión y compromiso con la familia, la escuela y los

compañeros”; el segundo, las **coacciones externas** como la presencia de normas claras y consistentes contra el consumo de drogas mantenidas por personas relacionadas al individuo; y el tercero, las **habilidades sociales**, es decir, la posesión de estrategias de solución de problemas para con ellas poder afrontar de manera asertiva las situaciones y así oponerse a las presiones relacionadas a la transgresión de normas.

Siguiendo esta línea, la calidad de las relaciones que se construyen entre padres e hijos y la cohesión familiar certifican la salud psicológica de las personas “al mediatizar los efectos nocivos de los estresores crónicos” (Pérez Gómez, Mejía Motta, 1998, citado en Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 28). Características presentes en las relaciones familiares como seguridad, responsabilidad, y coherencia, promueven el desarrollo de sujetos saludables dentro del grupo, “brindándoles estabilidad, previsibilidad en las reacciones y consecuencias de diferentes comportamientos y situaciones, sensación de entendimiento y control del medio en que se vive y claridad en las responsabilidades que cada uno de los miembros desempeña en la familia” (Pérez Gómez, Mejía Motta, 1998, citado en Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 28).

Se ha develado que los padres que poseen menor probabilidad de que sus hijos consuman drogas son aquellos que han logrado: instaurar una adecuada relación afectiva y de apego con ellos, inexistencia de consumo de drogas legales e ilegales, y tener actitudes convencionales en relación a las normas sociales establecidas como la intolerancia frente a las drogas ilegales y la ambigüedad hacia las legales (Recio Adrados, 1999, citado en Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 28). Para Bry (1996), la presencia de una relación adecuada, cercana, sin conflictos, y duradera entre los miembros de la familia, sumada a métodos disciplinarios adecuados para cada edad operan como factor de prevención del consumo citado en (Bry, 1996, citado en Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 28).

De forma general, parece que un funcionamiento familiar adecuado en términos de “buena comunicación, implicación y dedicación, afecto, cercanía de los padres,

etc., correlacionan positivamente con una menor implicación en conductas problema por parte de sus hijos, confirmándose la capacidad de la familia como agente preventivo frente a las conductas desviadas” (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004, p. 28).

Como tercer concepto está el de *sustancias psicoactivas*, término que por consenso e iniciativa de autores a nivel mundial ha sido en reemplazo de *droga*. Se conceptualiza como aquellas sustancias ya sean depresores, estimulantes, o alucinógenos, “con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Del Moral y Fernández citado en Ladero, Lorenzo, Leza, y Lizasoain, 1999). De esta manera, se enfatiza que psicoactivo se refiere a la capacidad de alterar el funcionamiento psíquico, teniendo como resultado cambios en la percepción, estado de ánimo, conciencia, y comportamiento. Mientras que la acción reforzadora positiva es la capacidad característica que las drogas poseen para estimular a los sujetos a repetir su autoadministración por el placer que generan. La disminución o interrupción de la dosis habitual generarán malestar ya sea psíquico o somático (Giraldo, 2012).

Seguido a esto, se encuentra el término *consumo problemático o compulsivo*, que se refiere a que la persona se encuentra habitualmente bajo los efectos de la sustancia y organiza su vida en relación al consumo. Además, el consumo con frecuencia está ligado a dificultades personales y/o familiares y con circunstancias sociales y económicas adversas. Circunstancias que empeoran el consumo porque son resultado del consumo per se (Infodrogas, 2017, p. 4). En este mismo término se incluye el *policonsumo*, el cual alude al uso de dos o más sustancias lícitas y/o ilícitas de forma alternada o simultánea. Esta combinación puede tener dos fines principalmente: el primero, para acrecentar su efecto, logrando un estado alterado de conciencia distinto al que se obtendría si se las consume por separado; y el segundo, para contrarrestar los efectos de otra sustancia (González, 2008, p. 1). La mayoría de personas que consumen son policonsumidoras, aunque tengan una droga de predilección. O incluso, hasta

encontrar la droga de su preferencia tuvieron que en algún momento atravesar el policonsumo.

Como último concepto se encuentra el de *dependencia*, en 1982 la Organización Mundial de la Salud la definió como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. En otras palabras, la persona ha convertido a la sustancia en parte de su estilo de vida y se ve como incapaz de realizar sus actividades cotidianas sin estar bajo los efectos de dicha sustancia (Del Moral y Fernández citado en Ladero et al., 1999).

La dependencia ya sea física o psicológica está asociada a una pérdida total de libertad sobre el consumo ya que éste se convierte en la máxima prioridad, dejando totalmente otros aspectos de su vida. Otras variables a tomar en cuenta dentro de este concepto son *la tolerancia y abstinencia*, entendidos respectivamente, como la necesidad de consumo en mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, y la ingesta de la sustancia con el objetivo de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (Del Moral y Fernández citado en Ladero et al., 1999).

5.3. Estudios previos

Como primer estudio encontrado en relación al tema, se hará referencia al realizado en el 2011 por Mosqueda-Díaz y Carvalho en la comunidad de Valparaíso, Chile denominado “*Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos*”. Fue una investigación de tipo cuantitativo, descriptiva-transversal y exploratoria. Contó con una muestra de 61 estudiantes seleccionados por muestreo aleatorio simple. Se utilizó un cuestionario elaborado y validado como instrumento de recolección de datos y los resultados que se obtuvieron fueron que el 86.9% de los adolescentes percibieron las relaciones familiares como factor protector, enfatizando la alta comunicación con los padres. La mayoría de ellos percibió la acumulación de tensiones, problemas de salud, y comportamiento,

como factores protectores; mientras que un número pequeño lo consideró como factor neutro (Mosqueda-Díaz & Carvalho, 2011, p. 740).

Adicionalmente, el estudio de Cid-Monckton y Pedrao de corte transversal y de tipo cualitativo “*Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes*”, también realizado en Chile en el 2011, utilizó una muestra de 80 alumnas de una institución fiscal escogidas por conveniencia. El instrumento utilizado fue un cuestionario (¿Cómo es tu familia?) que pretende evaluar ocho dimensiones, entre ellas: tipo de relaciones, estilo de afrontamiento de los problemas, fuentes de apoyo del adolescente, valores. Con lo que se concluyó que los factores protectores giran en torno a la presencia de participación familiar en la solución de problemas, cohesión familiar, valores morales, y esfuerzo personal para la realización (Cid-Monckton & Pedrao, 2011, pp. 741-743).

Para terminar, el estudio de Muñoz-Rivas y Graña denominado “*Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes*” realizado en España en el 2001, utilizó una muestra de 1.570 adolescentes de ambos sexos de la Comunidad Autónoma de Madrid, extraídos de seis institutos de Madrid. Se utilizaron cuestionarios como el Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto, la Escala de conducta antisocial, la Escala de evaluación de la depresión. Dentro de los resultados se obtuvieron como factores familiares que pueden influir en el consumo de sustancias psicoactivas: la estructura y composición familiar, naturaleza de la relación familiar, vinculación familiar, comunicación familiar, y la actitud de su familia frente al consumo (Muñoz-Rivas y Graña, 2001, pp. 88-92).

6. Hipótesis

Esta formulación está relacionada con el alcance del estudio más que con el enfoque y aunque en este apartado se pretende brindar una explicación tentativa sobre el fenómeno que se está investigando, para este estudio se reservará el planteamiento de la hipótesis ya que en los estudios cualitativos descriptivos no se suele formularla antes de realizar la recolección de datos, más bien lo que se

busca es que a partir de esta recolección y análisis de la información la hipótesis se vaya construyendo (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 122).

7. Preguntas directrices

Objetivos Específicos

- a) Examinar el rol que tiene la familia para estos pacientes frente a la dependencia.
 - ¿Cómo han sido las relaciones familiares previas al inicio del consumo en uno de sus miembros?
 - ¿Cómo se vieron afectadas las relaciones familiares una vez iniciado el consumo?
 - ¿Cómo se ha involucrado la familia ante al consumo de SPA ilegales de un miembro familiar?
 - ¿Qué ha intentado hacer la familia ante el consumo de SPA ilegales?
- b) Indagar cuáles son los factores de protección familiar percibidos por estos pacientes.
 - ¿Qué factores familiares promueven un ambiente de recuperación?
 - ¿Qué características favorables para la buena relación familiar identifican las familias?
 - ¿Qué condiciones propician la aparición de factores de protección en las familias?
- c) Analizar las implicaciones percibidas de los factores de protección familiar dentro del proceso de recuperación de estos pacientes.
 - ¿Qué implicaciones tienen los factores de protección familiar en el proceso de recuperación de estos pacientes?
 - ¿Cómo se incluye o implica la familia de los pacientes en estos procesos de recuperación?

- ¿Cómo la familia debería participar en el proceso de recuperación para tener mejores resultados?
- ¿Cómo influye la presencia o ausencia de la familia en el proceso de recuperación?

8. Metodología del estudio

8.1. Tipo de alcance, diseño, y enfoque

Este estudio tendrá un alcance descriptivo ya que lo que se busca es detallar los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes dependientes de SPA ilegales, para lo cual se recolectará información de forma conjunta acerca de las variables antes determinadas. Hernández, Fernández, y Baptista (2006, pp. 102-103) plantean que estos estudios se caracterizan por puntualizar cómo son ciertas situaciones, fenómenos, o contextos y cómo estos se manifiestan, dando pormenores de las propiedades grupales, individuales, o comunitarias dependiendo de cuál sea el objeto de estudio.

De enfoque cualitativo. Dentro de las características de este enfoque podemos encontrar que no busca la réplica, se realiza dentro de ambientes naturales, a partir de los datos recolectados se pueden obtener y extraer los distintos significados sobre el objeto de estudio, y principalmente que no se fundamenta en la estadística. En cuanto al proceso se plantea que es “inductivo, recurrente, y analiza la realidad subjetiva”. Entre los beneficios que se pueden obtener con el uso de este enfoque resaltan la “profundidad de ideas, amplitud, riqueza interpretativa, y la contextualización del fenómeno”. Y esto es precisamente lo que se desea obtener en este estudio, ir de lo particular a lo general recolectando datos no estandarizados (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 2).

Sobre el diseño, se usará la teoría fundamentada que de acuerdo a Strauss y Corbin (1998, citado en Anónimo, 2015, p. 119) es una “forma de pensar una realidad social y estudiarla”. En este tipo de diseño se exige determinar categorías teóricas derivadas de los datos a través del uso de un método comparativo constante (Glasser y Strauss, 1967; Hammersley, 1989, citado en Anónimo, 2015,

p. 120), sabiendo que con frecuencia se recurre a la sensibilidad teórica y creatividad de quien investiga. Por lo tanto el método, recolección de datos, su análisis, y la teoría que resulte de ello, estarán estrechamente relacionados entre sí y contribuirán a la construcción de una teoría más que a la comprobación de ella (Strauss y Corbin, 2002, pp. 21, 23).

8.2. Muestreo/participantes

Se tomará en cuenta a todos los pacientes hombres dependientes de SPA ilegales de una institución privada en el norte de Quito. Esta población se caracteriza por estar conformada por pacientes adultos varones dependientes de SPA ilegales que además se encuentren recibiendo un tratamiento para su dependencia como internos en la institución.

De la población de pacientes se tomará una muestra representativa por conveniencia conformada por diez pacientes de la institución y sus respectivas familias, buscando la saturación de la información. Se escogerán aleatoriamente a estos participantes para que la muestra sea representativa y evidencie la realidad de la población total. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2006, p. 236) este tipo de muestreo semi probabilístico es eficaz para cuando se desea obtener una muestra con características deseadas específicas, las que se muestran en los criterios de exclusión e inclusión.

Tabla 1

Tabla de criterios de exclusión e inclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
-Varones adultos residentes en Quito	-Haber sido diagnosticado con una
-Dependientes de sustancias psicoactivas ilegales	patología dual (relacionada con su estado de ánimo o enfermedad neurológica)
-Se encuentren internados en un centro recibiendo atención para recuperarse de la dependencia	-Aparición de circunstancias previsibles o fortuitas que imposibiliten al participante o su familia a participar en el estudio (Ej: calendario de visitas)
-Pueden encontrarse recibiendo o no a otro tipo de terapia o tratamiento (ej. Familiar, psicofármacos)	-Quienes no otorguen el consentimiento para participar
-Contar con la disponibilidad de al menos uno y máximo tres de los miembros (mayores de edad) de la familia para participar en el estudio	

8.3. Recolección de datos/Herramientas a utilizar

La herramienta recolección de información para los tres objetivos específicos será la entrevista semi estructurada, la cual estaría dirigida a cada uno de los participantes y a sus familiares y se las realizará por separado. Es decir, en la entrevista con el participante no se contará con la presencia de sus familiares y viceversa.

Se ha decidido usar esta herramienta debido a que las entrevistas semi estructuradas son entrevistas poco rígidas, donde se establece un guión creado por el investigador que puede ser flexible conforme vaya apareciendo información que este considere relevante. De esta manera es posible adentrarse y conocer la

riqueza y profundidad del discurso de los participantes para más adelante analizar toda la información recabada (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 156).

8.4. Justificación del Instrumento

La presente investigación tiene como finalidad analizar los factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes varones adultos de la ciudad de Quito dependientes de sustancias psicoactivas ilegales, para lo cual se ha decidido usar entrevistas semiestructuradas individuales como método de recolección de datos dirigidas a los pacientes y a sus familiares, ya que mediante el uso de esta herramienta que conlleva una conversación formal con intencionalidad se podrá, a partir de la información obtenida, responder a los objetivos descritos con anterioridad. Es decir, responderá a los objetivos implícitos de la entrevista que estratégica y coherentemente son también los objetivos buscados de la presente investigación (Peláez et al, sf, p. 3).

Para desarrollar este instrumento se han tomado en cuenta diversos factores con la finalidad de evitar reducir la validez y confiabilidad del mismo. Uno de estos factores es que se ha tomado la seriedad y tiempo necesario para su proceso de construcción, lo cual incluyó el requerimiento de un amplio conocimiento en la materia, estar actualizados al respecto, y hacer una cuidadosa revisión de la literatura correspondiente y necesaria, de esta manera se evadió la improvisación durante su desarrollo (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 285).

El segundo factor es que se ha tratado de adecuar en la medida de lo posible el instrumento para que sea de fácil entendimiento para quienes participen en la investigación, su lenguaje es sencillo, entendible para cualquier persona mayor de edad, y sus preguntas están elaboradas de forma que no se preste para interpretaciones culpabilizantes o demasiado desmotivadoras para los participantes como para tratar de evadir la respuesta o incluso no contestarlas (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 286).

El tercer factor se trata de las condiciones que pueden influir en la aplicación del instrumento como el lugar, las características del mismo como ruido o iluminación.

Debido a que es una entrevista esta requerirá que las condiciones anteriores sean las más óptimas ya que además se grabará en audio, por lo tanto esta herramienta se presta para ser realizada en un lugar cómodo, cálido, silencioso, sin interferencias que faciliten llevarla a cabo y no afecten la recolección de la información (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 286).

Haciendo referencia a la objetividad, entendiéndola como “el grado en que el instrumento es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador que lo administra, califica e interpreta”, se ha procurado que las preguntas no contengan temas relacionados con ideología, religión, política, orientación sexual con el objetivo de evitar sesgar la información. Y aunque cualquiera de estos temas podría surgir, no será el foco de indagación o al menos el investigador se abstendrá de emitir opiniones personales relacionadas con estos temas (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 287).

Por otro lado, se considera específicamente a la entrevista semi estructurada como idónea para esta investigación ya que según Creswell (citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 124) es más íntima, y flexible; lo cual resulta pertinente en este estudio debido a lo delicado que pueda resultar para los participantes el abordaje de este tema. Estas entrevistas son abiertas, sin categorías preestablecidas, de tal forma que los participantes puedan expresar oralmente al investigador sus experiencias y así poder compilar información detallada sobre aquello referente a un tema específico o suceso en su vida, de acuerdo a lo que mencionan Fontana y Frey (2005, p. 125).

Su característica de flexibilidad permite que, a pesar de tener un guión pre establecido, el entrevistador pueda desviarse de él si considera necesario explorar otros aspectos que han emergido en el momento (Vargas, 2012, p. 123). Esto a la vez da lugar a que las preguntas de la entrevista sean aplicables y ajustables tanto para los pacientes como para sus familiares.

Añadiendo a esto, las preguntas contenidas han sido realizadas de forma que se apeguen al modelo sistémico y que responda a la unidad de análisis en cuestión que son las relaciones dentro de un grupo social (familia) (Hernández, Fernández,

y Baptista, 2006, p. 584). El entrevistador parte con casi nada de conocimientos sobre quien/es entrevista por lo que al principio se procura crear un ambiente de comodidad y seguridad explicando los fines de la misma y cómo ésta se llevará a cabo y se empieza a recoger datos generales. Posterior a ello, se intenta conocer la visión individualizada del problema para luego explorar la estructura familiar y las relaciones entre los miembros. Se puede ver que se incluyen preguntas de tipo circular y exploratorias enfatizadas en lo relacional (Amaro, 2008, pp. 6-7).

Con todo lo mencionado anteriormente, se descarta el uso de otras herramientas como los grupos focales porque en estos “la unidad de análisis es precisamente el grupo (lo que expresa y construye) y tiene su origen en las dinámicas grupales”, generalmente se hacen grupos pequeños de tres a cinco personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 606). Para este estudio el número máximo de personas a entrevistar serían tres por lo que el uso de esta herramienta no sería la más adecuada.

Y tampoco se utiliza las biografías por medio de entrevistas debido a que la narración se realiza de manera cronológica a manera de reflexión retrospectiva haciendo énfasis en las vivencias, su lenguaje y significados ligados a ellas, y es aplicable únicamente cuando el/la protagonista lo hace (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, pp. 619-620). En este estudio se desea explorar no solo la perspectiva del protagonista sino también la de sus familiares y no se centra en los hechos ocurridos como tal, más bien la parte relacional es la que interesa.

Para la validación de este instrumento se siguió un proceso que incluyó la investigación del tema, construcción conjunta de las preguntas con el tutor encargado, selección y contacto con los docentes para la revisión del mismo, reuniones con dichos profesores para la revisión del contenido de la entrevista, correcciones necesarias a partir de los comentarios realizados por los docentes, y finalmente solicitar la aprobación por escrito de estos dos profesores (ver Anexo 3).

Estos dos docentes de la Escuela de Psicología de la Universidad de Las Américas fueron seleccionados como idóneos para esta revisión debido a su amplio conocimiento en el tema. El primero de ellos fue Javier Toro: Magister en educación, Psicólogo Clínico especialista en adicciones, posee varios años de experiencia en el trabajo con drogodependencias, y ha sido Director Técnico de varios centros de tratamiento. El segundo docente fue Eduardo Granja, Magíster en Intervención, Asesoría, y Terapia Familiar Sistémica.

8.5. Procedimiento

El primer contacto con la institución se realizará a través de una solicitud a la institución para aprobar el ingreso y aplicación de las entrevistas, posteriormente se emitirán solicitudes de consentimiento a los familiares de los participantes para proceder con las entrevistas, en las solicitudes se especificará que las entrevistas serán grabadas únicamente en audio.

Las entrevistas individuales, en la medida que sea posible y mientras no interfiera con los horarios de los participantes y de la institución, se realizarán dentro de las instalaciones de la misma, se procurará que sea un espacio tranquilo, cerrado, y que brinde confianza para que todos los participantes se sientan cómodos al realizar este procedimiento. En caso de no ser posible utilizar las instalaciones de la institución, se procederá a acordar un horario y lugar conveniente con los familiares de los participantes para recolectar la información.

Se acudirá a la institución las veces que sean necesarias, siempre con previo aviso y permiso, y también cuando el horario de los participantes lo permita. Una vez obtenida la información se procede al análisis de la misma (para más especificación ver el siguiente apartado). Finalmente, se presentarán parcialmente los resultados y datos obtenidos a los familiares de los internos con la finalidad de solicitar una última autorización para la utilización de los mismos.

8.6. Tipo de análisis

Con la información obtenida se procederá a realizar una codificación abierta a través de diferentes pasos: en primer lugar, organizar la información obtenida,

para lo cual se van a transcribir todas las entrevistas. Posterior a esto, se encuentra el ordenamiento conceptual (precursor de la teorización) donde se establecen las primeras categorías y se las estructura de tal manera que se puedan agrupar en categorías y sub categorías de análisis, asignar códigos, y relacionarlos entre sí (Strauss y Corbin, 2002, p. 36). Por último, la teorización. En este punto se construirán y definirán conceptos para la teoría fundamentada, donde se explicará sistemáticamente las particularidades de la influencia familiar y sus posibles efectos sobre la condición de pacientes dependientes de SPA ilegales (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p. 122).

9. Viabilidad

Para abordar la viabilidad del presente estudio se han tomado en cuenta algunos aspectos que se consideran importantes en su análisis, como:

Tiempo: Gran parte del tiempo que requiera el estudio dependerá de cómo se vayan llevando a cabo las entrevistas. Aun así, esta investigación tomará un tiempo considerable que no será prolongado (aproximadamente cinco meses).

Acceso al grupo de estudio: El acceso al grupo de estudio es posible ya que se realizó el pedido al Director de la institución en la que se realizará la investigación. Además, el hecho de que se haya escogido una institución facilita el acercamiento a la población ya que ésta estará concentrada en un lugar específico durante el tiempo que dure el estudio.

Disponibilidad de tutor académico para guiar el estudio: Se cuenta con un docente tutor que ha guiado este trabajo, invirtiendo el tiempo necesario en revisiones y realización de sugerencias, a partir de su amplio conocimiento del tema ya que por varios años se ha desempeñado laboralmente en el campo de adicciones. Uno de los motivos con los cuales inicialmente fue designado como tutor idóneo para guiar esta investigación.

Disponibilidad de recursos: El presupuesto necesario para este estudio es realmente muy bajo ya que los gastos que se necesitan son para transporte, materiales como hojas, copias, esferos, y en caso de ser necesario se comprarán

refrigerios (como retribución). Todos estos gastos correrán por cuenta de la estudiante. Y en cuanto a los recursos humanos, estos ya están siendo usados (investigadora, tutor) y posteriormente se requerirá la participación del Director de la Institución, y los participantes y sus respectivas familias.

Por consiguiente se considera que este estudio si es viable y que tras haber analizado los ítems antes descritos, se espera que cualquier inconveniente u obstáculo que se pudiera presentar, sea mínimo.

Sugerencias y/o recomendaciones: Se sugiere tomar en cuenta el riesgo y consecuencias de usar un lenguaje estigmatizante en la muestra estudiada, así como también que se investigue sobre los aspectos positivos que se puedan ver involucrados o que sirvan de ayuda, ya que la situación problemática está planteada y es mucho más necesario buscar maneras de reducirla y no perpetuar una visión culpabilizante.

Además, sería de gran aporte realizar este estudio en población femenina, ya que si bien es cierto que el porcentaje de consumidores varones es mal alto, podría sacar a la luz percepciones, necesidades, y circunstancias distintas circunscritas a este grupo poblacional. Poniendo en práctica los enfoques de género e intergeneracional.

Como recomendaciones se propone que para próximas investigaciones se use la información obtenida en este estudio para trabajarlo de forma terapéutica y también que se realice un seguimiento para conocer cuáles han sido los cambios de los participantes y sus familias a partir del cierre de esta investigación y así en el futuro poder fomentar la participación activa y paralela de la familia en los procesos de recuperación en modo de internamiento.

10. Aspectos éticos

10.1. Consentimientos o asentimientos informados

Se ha considerado el uso de consentimientos informados y no de asentimientos ya que todos los participantes serán mayores de edad. Adicional a esto, se entregará

al inicio de la investigación un consentimiento al participante y otro a cada uno de los miembros mayores de edad de su familia que deseen participar.

Es importante el uso de este documento ya que en él se especifica el propósito, duración, derechos, remuneración, y sobre todo la participación voluntaria de cada uno de ellos dentro de la investigación. Así mismo, es un documento de respaldo de las condiciones tanto para el investigador como para quienes participen en el proyecto, todo lo especificado debe ser cumplido y en caso de no hacerlo los sujetos están en su derecho de tomar las medidas legales pertinentes.

Su utilización es una garantía de la buena práctica y ética del profesional que avala el cumplimiento de los derechos de todos los involucrados y del bienestar de los mismos.

Se adjunta el modelo de consentimiento informado adaptado de uno propuesto por la Organización Mundial de la Salud (ver anexo 1).

10.2. Tratamiento de la información

Toda la información obtenida se mantendrá de manera confidencial y únicamente quienes formen parte del equipo de investigación tendrán acceso a ella. Los datos personales de los participantes, especialmente los nombres serán reemplazados por pseudónimos. En principio no se ha planeado que la institución acceda a la información, sin embargo esto se discutirá en la primera reunión establecida con el Director de la misma, y en caso de que deseen tener acceso a la información, exclusivamente se compartirá la información operativa. Si esta opción se concreta se modificarán los términos establecidos en el consentimiento informado.

Los resultados obtenidos de la investigación serán filtrados, en conjunto con el psicólogo de apoyo con el que se trabajará, y posteriormente compartidos con todos los participantes al finalizar dicha investigación. Para esto se realizará una convocatoria a una reunión destinada específicamente para el cumplimiento de este objetivo, y una vez socializado con ellos los resultados, público en general interesado también podrá acceder a esta información.

Si bien el participante puede dejar de ser parte de la investigación cuando así lo decida, el investigador podrá romper el secreto profesional si con la información recabada considera que el participante o alguna persona cercana a él se encuentran en peligro. Hecho que se encuentra descrito en el consentimiento informado (ver anexo 1).

10.3. Autoreflexividad

Personalmente siento mucho interés y afinidad por el enfoque sistémico y a mi parecer el giro de la segunda cibernética fue acertado. Además, el tema de adicciones ha despertado en mí un interés muy grande y con estos motivos decidí articular estas variables. Por otro lado, tengo un familiar que está atravesando por esta enfermedad y pude notar como su ambiente familiar no favorecía al cambio o a la recuperación por lo que nació en mi la duda de si esto sería algo determinante en el proceso de recuperación.

He notado también que los tratamientos actuales son individuales y no articulan a la familia como un ente activo dentro de este proceso y me llamó mucho la atención, ya que concuerdo con los autores con enfoque sistémico que plantean que la adicción puede ser un síntoma de disfuncionalidad familiar. Y dado que la adicción es un hecho, al menos pensé que con esta investigación se podría aportar con información para la planificación de tratamientos que reduzcan la tasa de recaída de estos pacientes, que las estadísticas revelan que son altas.

10.4. Consecuencia de la investigación

Abordar esta problemática a nivel personal y familiar puede implicar una movilización de emociones como culpa, responsabilidad, vergüenza, etc que normalmente están asociadas a esta enfermedad. Para reducir este tipo de respuesta o minimizarla en caso de que suceda, durante todo el proceso de acercamiento a los participantes y recolección de información se contará con la presencia de otro psicólogo que tenga conocimiento y experiencia en el trabajo en el campo de adicciones.

Este profesional podrá brindar su opinión de experto cuando sea necesario y actuará también como un agente externo que sea capaz de realizar contención emocional cuando los participantes lo requieran. Además, participará filtrando la información para la entrega de resultados para que sea constructiva para los participantes.

Lo que se espera conseguir de forma positiva es información que aporte al cumplimiento de los objetivos establecidos con anterioridad, y de forma negativa que la información recabada evidencie que los factores de protección familiar son mínimos en este tipo de casos y que no tienen alta incidencia en el favorecimiento del proceso de recuperación de los pacientes. Lo cual en última instancia, daría cabida a la realización de programas o investigaciones que se enfoquen en la promoción de estos factores.

10.5. Devolución de resultados

Este último paso del proceso de investigación se lo realiza para cumplir con la rigurosidad ética y tiene lugar cuando se ha concluido el análisis de datos y se han obtenido los resultados. Teniendo en cuenta los efectos que esta información pueda tener, el investigador previamente selecciona y organiza la información relevante. Para el momento de la devolución de resultados el investigador convocará a una reunión dentro de la institución con todos los participantes y sus respectivas familias, se realizará una síntesis de todo el proceso recorrido, y se comentarán los resultados de forma verbal usando “formas retóricas adecuadas para facilitar la interrogación conjunta y no posicionarse en el lugar del “deber ser”, para dar lugar a que los actores puedan relativizar o convalidar las afirmaciones de los investigadores” (Schejter, et al, 2003, pp. 2,4).

Dependiendo de la complejidad de la información, mientras se la organiza, se decidirá si es necesario utilizar herramientas complementarias como una presentación visual que facilite la comprensión de la información. Además, se entregará un informe claro, objetivo, y conciso de forma escrita a la institución que incluya el proceso atravesado y la información operativa obtenida. Con este paso culmina y se cierra la investigación (Buendía, García, y Rebollo, sf, p. 324).

11. Análisis de la Estrategia de Intervención

A nivel mundial, el fenómeno de las drogas tanto legales como ilegales (abarcado desde su producción hasta el expendio y consumo) configura una problemática “compleja, dinámica y multicausal, que genera daños en la salud, en la convivencia social y seguridad ciudadana, pues desintegra a la sociedad y sobre todo, su núcleo central que es la familia” (Comité Interinstitucional de Drogas, 2017, p. 17). Ante se ha visto necesario que se realice un abordaje integral profesional multidisciplinar con el involucramiento activo de la sociedad a través de sus distintos actores (Secretaría Técnica de Drogas, 2017, p. 17).

Así, el psicólogo/a cada vez juega un papel más importante dentro de la intervención en drogodependencias. Y deberá tomar en cuenta que éste es un fenómeno dinámico, es decir, que está sujeto a cambios y modificaciones, por lo que debe estar atento/a a la evolución del mismo. Además, debe considerar que ésta es también una situación que tiene implicaciones sociales, con lo que establecer relaciones con la comunidad y sensibilizarla será un aspecto importante y pertinente (Instituto Superior de Estudios Psicológicos, 2003).

Por otro lado, cabe destacar que el papel que desempeñe el profesional está condicionado mayormente por el marco institucional bajo el que se encuentre. Por este motivo es necesario siempre contextualizarse y tener claro el área en la que se trabaja: sea esta pública o privada; dentro de planificación, prevención, atención, o investigación; el marco ideológico; los objetivos del programa o institución; el equipo con que se cuenta; la dinámica grupal; recursos humanos y financieros, experiencia personal y del resto del equipo, entre otros. Lo cual también implica tener que adaptarse y resolver los problemas que surgen de manera fortuita en relación a los presupuestos y cambios institucionales que afectan directa o indirectamente a los programas de intervención que se estén desarrollando (Instituto Superior de Estudios Psicológicos, 2003).

Centrándonos un poco más en el ámbito de la prevención, el psicólogo/a puede involucrarse en cualquiera de sus niveles. Estos son: **a) Prevención universal:** aquella que se dirige a toda la población, sin distinción alguna; **b) Prevención selectiva:** la cual se destina “a un subgrupo de la población que tiene un riesgo

mayor de ser consumidores que el promedio. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo”. Los objetivos principales que se esperan alcanzar con este tipo de prevención son detectar tempranamente conductas relacionadas con las SPA que constituyen un riesgo para la salud, mermar la incidencia del consumo de estas sustancias, evaluar el nivel de conocimiento existente alrededor del consumo de SPA y adicciones, y por último, fortalecer factores de protección familiar y disminuir los factores de riesgo afines al consumo de SPA (Gutiérrez et al., 2015, p. 42).

Dichos objetivos pueden llevarse a cabo mediante el uso de talleres de educación en salud en los distintos centros de educación, direccionado al personal docente y a los alumnos que lo conforman. Y **c) Prevención indicada:** esta se encuentra enfocado a un subgrupo concreto de la comunidad, consumidores o que tienen problemas de conducta relacionados con el consumo. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo. Aquí lo que se pretende conseguir es la reducción del consumo y a su vez la disminución del daño producido por el mismo consumo (Gutiérrez et al., 2015, p. 42).

Este apartado de la presente investigación está focalizado en el aspecto de prevención selectiva porque es en el que en nuestro país y en algunos otros como Colombia y España, se ha puesto mayor atención y sobretodo se ha dirigido a población adolescente debido a que constituye una población de riesgo y es en esta etapa evolutiva donde las edades del inicio del consumo se concentran.

Una de las estrategias más utilizadas como parte de la metodología en este nivel de prevención es la psicoeducación. Se entiende por psicoeducación al “proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo” (Bulacio, Vieyra, Álvarez, Benatuil, 2004, p. 3)

El/la profesional que se encuentre a cargo de trabajar y utilizar esta estrategia, tendrá como propósito direccionar y guiar a quienes reciben la información para que identifiquen con mayor facilidad y claridad la situación problemática. Lo cual, con un trabajo conjunto, permitirá visibilizar un enfoque adecuado para el

tratamiento o resolución de esta situación y a la vez va a favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de quienes estén involucrados. Otro de los motivos con los que se utiliza esta estrategia es por su flexibilidad, ya que se la puede usar en el abordaje de distintas temáticas y no solo se limita a lo individual, sino que es posible aplicarla de manera grupal, familiar, vincular, etc (Bulacio et al, 2004, p. 3).

Así mismo, se considera pertinente mencionar algunos de los principios de la intervención con adolescentes que han sido descritos en el *Programa de Intervención con adolescentes, y familias* (desarrollado en Córdoba-España), para utilizarlos al momento de desarrollar cualquier actividad planificada dentro del marco preventivo. Este programa surge como resultado de la condensación de otros dos realizados con anterioridad (Programa de Atención a las Familias y Programa Joven) que por separado no lograron los resultados esperados, ya que le primero de ellos se implementa como “válvula de escape al desgaste de los familiares con algún miembro consumidor” y el segundo fue un programa educativo en el que la atención al menor parte de los riesgos y motivaciones personales de los mismos adolescentes. A continuación se describirán los más importantes (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 3).

El primer principio trata de la reducción de los factores de riesgo y promoción de los factores de protección. En lo que se basa este principio es en el aprovechamiento de las potencialidades individuales de los recursos familiares y sociales existentes, de los que dispone el adolescente. El segundo principio hace referencia a la necesidad de brindar una atención individualizada en cuanto a las características personales y sociales de cada adolescente y de su entorno familiar (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 5).

Como tercer principio se encuentra el de realizar una intervención dinámica y flexible, dejando de lado las intervenciones rígidas y con contenido moral, obligando a los/as profesionales a adaptarse a los procedimientos que sean necesarios. Esto va de la mano con el cuarto principio, el cual habla del valor de diferenciar la etapa evolutiva en que se encuentren los beneficiados, realizando

esta diferenciación se podrá adaptar tanto los objetivos como la metodología para lograr un mejor entendimiento e interiorización de la información (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 5).

Como últimos principios se encuentran el de evitar etiquetas y de la globalidad. Lo que se busca con el uso de estos es evitar la calificación de “drogodependientes o adictos”, ya que quienes han recibido esta etiqueta podrían llegar a actuar en concordancia de ese estigma, dando lugar a la profecía autocumplida. Cuando la familia conoce las fases que van desde el consumo a la adicción, se reduce la posibilidad de usar estos términos y de la misma forma se impulsa el cambio del adolescente. Sobre la globalidad, se refiere a que el consumo puede estar relacionado con características de su entorno y estilo de vida, por lo que “Los programas mejores son los que orientan la intervención de forma que permitan optimizar el estilo de vida global del adolescente” (Díaz Aguado, citado en Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 5).

Con estas premisas, este programa se dirige a padres, madres, u otros familiares significativos del adolescente (en el que se ha detectado un uso inapropiado de SPA) y prioriza dentro de la intervención el robustecimiento de los factores de protección. Teniendo en cuenta siempre la participación del adolescente y de su familia durante todo el proceso, y como tarea secundaria pretende atender el crecimiento personal de adolescente para lo cual se toma en cuenta la disposición de recursos personales y sociales del mismo (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 4).

Es así que los tres objetivos generales de este programa fueron: “Servir de apoyo a adolescentes en su proceso de maduración personal y social; capacitar a adolescentes para prevenir consumos y comportamientos riesgosos; apoyar, asesorar y capacitar a padres, madres y adultos significativos del adolescente a prevenir esos consumos y/o comportamientos” (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 8).

En la intervención con las familias la finalidad era ofrecer un espacio de encuentro que de lugar a la reflexión, proporcionar apoyo a estos padres, brindar

información, formación y asesoramiento relacionado a las SPA, y ofrecer pautas para gestionar adecuadamente las conductas asociadas al consumo. En la parte que corresponde a la exploración y evaluación se toman en cuenta diferentes aspectos como: “la historia familiar, relaciones familiares, estructura y dinámica familiar, normas, adaptación de la comunicación familiar a la situación y edad del adolescente, significado del consumo dentro de la familia, y estrategias de afrontamiento” (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, pp. 14, 16).

Para lograr los objetivos establecidos en el programa, se planteó que la participación de quienes asisten sea activa y experiencial, basada en la reflexión y observación de los progenitores hacia las pautas educativas que han establecido y hacia las pautas educativas de los demás padres dentro del taller ante situaciones similares. Con esta información se da paso a la confrontación, reelaboración, discusión, y trabajo en grupo sobre sus actitudes. Se planificó que las sesiones sean semanales, con una hora y media de duración cada una (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 21).

Tomando en cuenta lo manifestado en párrafos anteriores y siguiendo la línea epistemológica, lo que se propone en este trabajo de investigación es establecer un vínculo con la Secretaría Técnica de Drogas para realizar en el ámbito Educativo y Comunitario, campañas informativas y de prevención sobre el consumo y las consecuencias del mismo, con el objetivo de prevenir en las edades de inicio de consumo, es decir prevención selectiva. Esta actividad debe ser periódica, por lo que sería ideal realizarla cada tres o seis meses.

Reiterando que la familia tiene un papel fundamental en el desarrollo del adolescente y de cualquier otro miembro de la familia, siempre que sea posible, se la debe implicar y contar con su apoyo ya sea como “objeto de intervención y/o como agente terapéutico” (Unidad de Drogas y Adicciones del IPBS de Córdoba, sf, p. 6). Hecho con el cual se propone un programa de familias saludables con la finalidad de fomentar el desarrollo de recursos, habilidades, y estrategias familiares. Esto podría realizarse con las familias a la par que alguno de sus

miembros de la familia se encuentre en un proceso de recuperación de la dependencia a SPA ilegales y resultaría beneficioso si cada cierto número de reuniones se destina tiempo para presentar un testimonio, ya sea solo la persona recuperada o junto a su familia. Es decir la duración sería de tres meses, con una frecuencia de cada 15 días y con una duración aproximada de 90 minutos.

Tomando en cuenta que ha quedado demostrado la importancia del apoyo familiar en la modificación de conductas de riesgo como es el consumo y dependencia a SPA, “para el afianzamiento de hábitos saludables y para el apoyo a la integración social, familiar y laboral” y debido a que en muchas ocasiones la recaída está relacionada con la presencia de un clima familiar desfavorable, se propone el desarrollo de los talleres dirigidos a los familiares del paciente además de talleres de sensibilización en dinámicas relacionales codependientes u otras que sostengan la dependencia a SPA, lo cual también incluiría en la parte final la planificación para propiciar el retorno de este miembro a la familia y así su inclusión al sistema familiar y social nuevamente.

Esta tercera actividad tendría una temporalidad de tres meses y al igual que la actividad anterior podrían llevarse a cabo cada 15 días con una duración aproximada de 90 minutos. Cabe destacar que la interacción con otras personas que se encuentran atravesando la misma situación constituye un factor esperanzador para estas familias, por lo que la observación, y reflexión serán útiles durante este proceso.

Tabla 2

Cronograma

Semana/mes	Actividades	Descripción
Semana 1	Reunión con el tutor para la revisión del tema y planteamientos iniciales	Revisión de los objetivos, criterios de inclusión y exclusión, definición de cronograma para las reuniones posteriores.

Semana 2	Reunión con el tutor para la presentación y revisión del avance	Tutoría para la revisión de las correcciones de los apartados anteriores, resolver dudas, y planificar el tema de la siguiente reunión.
Semana 3	Reunión con el tutor para la presentación y revisión del avance	Tutoría para la revisión de la información añadida en el apartado de justificación del problema.
Semana 4	Reunión con el tutor para la presentación y revisión del avance	Tutoría para resolver dudas sobre la justificación y revisar el contenido del marco teórico.
Semana 5	Reunión con los docentes para la revisión del instrumento	Análisis de validez de la implementación del instrumento de evaluación para la investigación. Planteamiento de dudas y recibir retroalimentación por parte del grupo encargado.
Semana 6	Reunión con los docentes para la revisión del instrumento	Análisis de validez de la implementación del instrumento de evaluación para la investigación. Planteamiento de dudas y recibir retroalimentación por parte del grupo encargado.
Semana 7	Reunión con el tutor para la presentación y revisión	Presentación del avance con las correcciones realizadas en el

	del avance	instrumento y en la justificación del mismo.
Semana 8	Reunión con el tutor para la presentación y revisión del avance	Revisión del avance de los apartados de: viabilidad y entrega de resultados.
Semana 9	Presentación del primer borrador	Entrega del primer borrador de forma virtual con todos los apartados necesarios.
Semana 10	Asignación de los docentes correctores	Coordinación se encarga de designar los docentes correctores pertinentes para la revisión del trabajo de titulación.
Semana 11	Reunión con los docentes correctores	Reunión con los docentes correctores asignados para la puntualización de comentarios, observaciones, y realización de cambios.
Semana 12	Carga del trabajo en el aula virtual	Carga del trabajo final en el aula virtual.
Semana 13	Presentación de informes preliminares	Docentes correctores suben el informe preliminar al aula virtual y también lo presentan en Secretaría Académica.
Semana 14	Entrega del informe final corregido	Entrega del informe final en el aula virtual y en Secretaría Académica con las correcciones realizadas
Semana 15	Autorización	de Secretaría Académica autoriza el empastado

	Secretaría Académica	del trabajo.
Semana 16	Entrega del proyecto final	Entrega final del plan de titulación con las condiciones necesarias (empastado, cd, etc).

REFERENCIAS

- Amaro, F. (2008). *Entrevista familiar. Teoría y práctica. Desarrollo de la familia y de los roles parentales*. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/desarrollo_de_la_familia_y_de_los_rollos_parentales.pdf
- Anónimo. (06 Diciembre del 2009). Adicción a drogas en país es alta. *El Universo*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/2009/12/06/1/1447/adiccion-drogas-pais-alta.html>
- Anónimo. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento y gestión*, (39), 119-146. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>
- Anónimo. (10 de Enero del 2017). Salud atendió a más de 50.000 personas con problemas de adicción a las drogas con un método interdisciplinario. *Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica*. Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/noticias/salud-atendio-mas-50000-personas-problemas-adiccion-drogas-metodo-interdisciplinario.html>
- Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito, Ecuador.
- Bertalanffy, L. (1972). The History and Status of General Systems Theory. *The Academy of Management Journal*, 15(4). 407-426. Recuperado de http://systemotechnica.ucoz.com/_fr/1/Bertalanffy_L.V.pdf
- Buendía, L., García, R., Rebollo, M. (sf). *El informe de investigación*. Recuperado de <http://www.sc.ehu.es/plwllumuj/kualitatiboa/documentos%20Karlos/Informe%20de%20investigacion.pdf>
- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D., Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación.

Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>

Botella, L. Vilaregut, A. (sf). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Recuperado de <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>

Carrillo, J. (2016). *Programa Terapéutico Psicológico, para familias de pacientes con adicción*. Proyecto realizado con diez familias desde el enfoque sistémico, en la Comunidad Terapéutica "Despertares", de la ciudad de Ambato, de Febrero a Mayo del 2016. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12304><http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12304/DISERTACION%20JUANA%20ALEJANDRA%20CARRILLO%20VASCO.pdf?sequence=1>

Cid-Monckton, P., & Pedrao, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 738-745. Recuperado de http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3149/art_PEDRAO_Factores_familiares_protectores_y_de_riesgo_relacionados_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Dirección Nacional del Observatorio de Drogas y Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años-Informe de Investigación*. Recuperado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>

Espinal, I. Gimeno, A. González, F. (sf). *El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia*. Recuperado de http://saludesa.org.ec/biblioteca/PEDAGOGIA/ENFOQUE_SISTEMICO.pdf

- Fontana, A., Frey, J. (2005). The Interview, from neutral stance to political involvement. En N. K. Denzin & y S., Lincoln (Comp). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (695-727). London, UK: Sage.
- González, B. (2008). *Policonsumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-policonsumo.pdf>
- Gutiérrez, S., Vicente, A., García, N., Salgado, N., Chicharro, J., Coca, V.,... Sáez, M. (2015). *Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervencionEnfermeriaCAD2015.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* [Versión digital PDF]. (4ta edición). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Infodrogas. (2017). *Qué son las drogas*. Recuperado de <http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=&start=4>
- Instituto Superior de Estudios Psicológicos. (Noviembre 2003). El papel del psicólogo ante casos de drogodependencias. *Las drogas.info*. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/opiniones/127/el papel-del-psicologo-ante-casos-dedrogodependencias.html>
- Ladero, L. Lorenzo, J. Leza, J. Lizasoain, I. (1999). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En M. M. Moral, & P. L. Fernández (Ed), *Drogodependencias*. Madrid: Medica Panamericana.
- Laespada, T., Iraurgi, I., Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- López, F., León, R., Godoy, J., Muela, J., Araque, F. (2003). Factores Familiares que inciden en las drogodependencias. *Revista Internacional de Ciencias*

Sociales y Humanidades, 13 (1), 203-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65413107>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017*. Quito, Ecuador.

Mosqueda-Díaz, A., & Carvalho, M. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19, 789-795. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/17.pdf>

Muñoz-Rivas, M., & Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94. Recuperado de <https://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/7851/7715>

Observatorio Proyecto Hombre. (2015). *Sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. España: Afanias.

Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

Peláez, A., Rodríguez, J., Ramírez, S., Pérez, L., Vásquez, A., González, L. (sf). *La Entrevista*. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf

Ramírez, M. (2001). Terapia Familiar y Adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos. *Revista Internacional de Psicología*, 1(2), 1-10. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/viewFile/9/7>

Secretaría Técnica de Drogas. (2017). *Acciones para la prevención y control del fenómeno socioeconómico de las drogas se expusieron en Encuentro de Seguridad*. Recuperado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/?p=13536>

Secretaría Técnica de Drogas. (2017). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017-2021*. Recuperado de <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2018/01/Plan.Nacional.de.Dorgas.pdf>

Schejter, V., Selvatici, L., Cegatti, J., Samarelli, M., Barceló, M., De Raco, P., Piacentini, S. (2003). *La devolución: una metodología instituyente en investigación*. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/144_psico_institu1/menuExtra/producciones/articulos/l_a_devolucion_una_metodologia_instituyente_en_investigacion.pdf

Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Unidad de drogas y adicciones del IPBS de Córdoba. (sf). *Programa de Intervención con adolescentes y familias*. Recuperado de http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/Programa_de_Intervencion_con_menores,_adolescentes,_jovenes_y_familias.pdf

Vargas. (2012). La entrevista en investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, (3)1. 119-139. Recuperado de http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_entrevista.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Modelo de Consentimiento Informado

Mi nombre es _____, soy estudiante de décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de Las Américas. Me encuentro investigando sobre los factores familiares que pueden favorecer el proceso de recuperación de un paciente dependiente de sustancias psico activas ilegales, que es muy común en este país y el propósito de esta investigación es precisamente conocer cuáles son esos factores.

Esta investigación incluirá entrevistas semi estructuradas que serán grabadas en audio. Y si es posible serán realizadas en las instalaciones de la institución, en horarios de su disponibilidad.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, sin que esto tenga repercusión alguna sobre su persona y derechos.

La investigación durará ____ (número de) días/ o ____ (número de) meses en total. Durante ese tiempo, será necesario que venga a la institución _____(número de) días , por ____ (número de) horas cada día. Nos gustaría tener un encuentro con usted tres meses después de su última visita a la clínica para un reconocimiento final. Al finalizar los _____ meses, la investigación culminará.

No se le dará ningún monto monetario o regalos por tomar parte en esta investigación, únicamente en caso de que las entrevistas se realicen en horarios de comida o estas se extiendan a estas horas se le entregará un lunch.

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de

investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie más tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un pseudónimo en vez de su nombre. Y la única condición para la ruptura del secreto profesional es que se considere que la vida del participante o alguna persona cercana a él se encuentren en peligro.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse libremente con _____, Correo electrónico: _____, Número telefónico: _____

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Anexo 2

Entrevista Semi estructurada

ID: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Entrevistador: _____

PARTICIPANTE:

NOMBRES	EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

1. Tratamiento/s previo/s:

FAMILIAR(ES):

NOMBRES	EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL

FAMILIOGRAMA: (DIBUJAR AL REVERSO DE LA HOJA)

CUESTIONARIO PARA PARTICIPANTE

ID:_____

1. ¿Cómo inició el consumo?
2. ¿Cómo ha incidido el consumo en las relaciones familiares?
3. ¿Cómo se ha implicado la familia ante el consumo?
4. ¿Cómo afronta su familia los problemas o dificultades?
5. ¿Cuáles cree que son los recursos de la familia que, de no haberlos, habrían empeorado la situación del consumo?
6. ¿Cómo cree que la presencia o apoyo familiar inciden el proceso de recuperación?
7. ¿Cómo la familia debería participar en el proceso de recuperación para tener mejores resultados?
8. ¿Qué cree que deba mejorar/cambiar en las relaciones familiares actuales para que se promueva un ambiente de recuperación?

Preguntas de refuerzo

1. ¿Cómo considera usted que es la comunicación dentro de su familia?
2. ¿Cómo se establecen las reglas en casa?
3. Cuando su familiar que participa en este estudio se encuentra en dificultades, ¿a quién(es) acude para encontrar apoyo?
4. ¿Qué aspectos positivos encuentra en lo sucedido en las relaciones familiares a partir del consumo?
5. ¿Qué cree usted que necesita mayormente de parte de su familia?
6. ¿Qué estaría dispuesto/a a hacer/modificar para mejorar el ambiente familiar?

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES

ID: _____

1. ¿Cómo inició el consumo?
2. ¿Cómo ha incidido el consumo en las relaciones familiares?
3. ¿Cómo se ha implicado la familia ante el consumo?
4. ¿Cómo afronta su familia los problemas o dificultades?
5. ¿Cuáles cree que son los recursos de la familia que, de no haberlos, habrían empeorado la situación del consumo?
6. ¿Cómo cree que la presencia o apoyo familiar inciden el proceso de recuperación?
7. ¿Cómo la familia debería participar en el proceso de recuperación para tener mejores resultados?
8. ¿Qué cree que deba mejorar/cambiar en las relaciones familiares actuales para que se promueva un ambiente de recuperación?

Preguntas de refuerzo

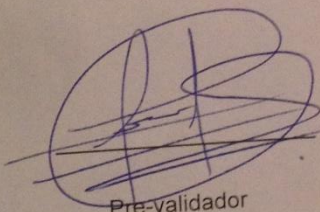
1. ¿Cómo considera usted que es la comunicación dentro de su familia?
2. ¿Cómo se establecen las reglas en casa?
3. Cuando su familiar que participa en este estudio se encuentra en dificultades, ¿a quién(es) acude para encontrar apoyo?
4. ¿Qué aspectos positivos encuentra en lo sucedido en las relaciones familiares a partir del consumo?
5. ¿Qué cree usted que el participante necesita mayormente de parte de su familia?
6. ¿Qué estaría dispuesto/a a hacer/modificar para mejorar el ambiente familiar?

Anexo 3

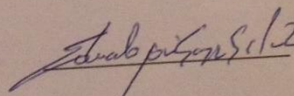
Certificado de pre-validación

La presente tiene por objeto certificar la pre-validación del instrumento entrevista semi estructurada, mismo que ha sido propuesto en el estudio denominado **Factores familiares que favorecen el proceso de recuperación de pacientes varones dependiente de sustancias psicoactivas ilegales en Quito**, el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicóloga por la estudiante Mabel Estefanía Torres Tapia

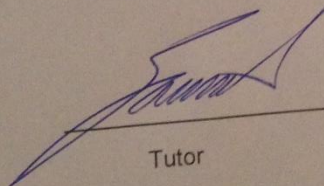
A continuación firman los presentes:



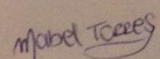
Pre-validador
Javier Toro



Pre-validador
Eduardo Granja



Tutor
Giovani Toscano



Estudiante
Mabel Torres

