



INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES, IAEN

LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO

**MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA
LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS**

**TÍTULO: “LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA RENUNCIA AL
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, VISTA DESDE LAS ETAPAS
MOTIVACIONALES DEL CAMBIO.”**

Autor: Guillermo Alejandro Valencia Amores

Tutor: Dra. Silvia Corella

Quito, diciembre de 2021.



No.487 - 2021.

ACTA DE GRADO

En el Distrito Metropolitano de Quito, hoy 17 de diciembre de 2021, **GUILLERMO ALEJANDRO VALENCIA AMORES**, portador del número de cédula: 1721470506, **EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS (2017-2019)**, se presentó a la exposición y defensa oral de su Tesis, con el tema, "**LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA RENUNCIA AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, VISTA DESDE LAS ETAPAS MOTIVACIONALES DEL CAMBIO**", dando así cumplimiento al requisito, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN INTEGRAL DE DROGAS**.

Habiendo obtenido las siguientes notas:

Promedio Académico:	8.88
Tesis Escrita:	8.81
Defensa Oral Tesis:	9.57
Nota Final Promedio:	9.03

En consecuencia, **GUILLERMO ALEJANDRO VALENCIA AMORES**, se ha hecho acreedor al título mencionado.

Para constancia firman:


Mgs. Silvia Corella
PRESIDENTA


Dr. Alex Valle
MIEMBRO


Mgs. Gualdemar Jiménez
MIEMBRO


Abg. Juan Maldonado
DIRECTOR DE SECRETARÍA GENERAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Yo, **GUILLERMO ALEJANDRO VALENCIA AMORES**, psicólogo clínico, con C.C.: 1721470506, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad del autor del trabajo de titulación. Asimismo, me acojo a los reglamentos internos de la universidad correspondientes a los temas de honestidad académica.

FIRMA

Guillermo Alejandro Valencia Amores

C.C.: 1721470506

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN), la publicación de la presente investigación sobre: La relación terapéutica en la renuncia al consumo problemático de drogas, vista desde las etapas motivacionales del cambio, de su bibliografía y anexos, como artículo en publicaciones para lectura seleccionada o fuente de investigación, siempre dando a conocer el nombre del autor y respetando la propiedad intelectual del mismo.

FIRMA DEL EGRESADO

GUILLERMO ALEJANDRO VALENCIA AMORES

C.C.: 1721470506

DEDICATORIA

A todas las personas usuarias de drogas, y a quienes abordan terapéuticamente el consumo problemático, para enriquecer y aperturar miradas del fenómeno socio-económico de las drogas.

A los que amamos la Psicología, para que sigamos ampliando y derribando paradigmas, a seguir cuestionando las verdades actuales y que vayamos a otras mejores.

A quienes tengan tesis que les pueda servir de antítesis para promover nuevas síntesis en el desarrollo del conocimiento.

A los que han hecho posible este trabajo, acompañándome en el trayecto.

Resumen:

La presente investigación desde una metodología cualitativa, representa un análisis de la relación terapéutica vista desde las etapas motivacionales del cambio en el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, mismas que constan en el protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas del Ministerio de Salud Pública – MSP, enmarcados en el tratamiento a población con consumo problemático de alcohol u otras drogas, tomando en cuenta la posición de psicoterapeutas y usuarios del Centro Especializado para personas con consumo problemático de alcohol u otras drogas CETAD - Quito. Esto sobre la lectura que presentan de este modelo terapéutico, las etapas motivacionales del cambio, si favorecen o no la relación terapéutica, el cómo vivencian los usuarios el día a día en la comunidad terapéutica, para de esta forma aportar al mejoramiento en el abordaje psicoterapéutico de los servicios.

Palabras clave:

Etapas motivacionales del cambio, relación terapéutica, consumo problemático de drogas.

INDICE:

INTRODUCCIÓN. -.....	9
CAPÍTULO 1.- POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO SOBRE EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN EL ECUADOR . 12	
CAPÍTULO 2.- POSICIÓN EPISTEMOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN – CONSTRUCTIVISMO MODERADO.....	18
CAPÍTULO 3.- EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS	22
3.1 ENFOQUE EN LA PERSONA:	22
3.2 ENFOQUE EN LA SUSTANCIA:.....	25
3.3 ENFOQUE EN EL CONTEXTO	26
3.4 CONCEPCIÓN DEL SUJETO.....	28
3.5 EL ENFOQUE DE CONSUMO PROBLEMÁTICO EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	29
3.6 ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑOS	31
CAPÍTULO 4.- ETAPAS MOTIVACIONALES DEL CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO.....	37
4.1 PREMISAS DEL MODELO	37
4.2 ETAPAS MOTIVACIONALES DEL CAMBIO.....	39
4.3 FASES DE LA TERAPIA:	44
CAPÍTULO 5.- LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	48
5.1 LA RELACIÓN INTERPERSONAL VISTA DESDE LA FILOSOFÍA SPINOZANA.	51
CAPÍTULO 6.- MARCO METODOLÓGICO	55
6.1 NIVEL DE PROFUNDIDAD DE LA INVESTIGACIÓN:	56
6.6 RELACIÓN INVESTIGADOR - INVESTIGADO Y ASPECTOS ÉTICOS:.....	62
CAPÍTULO 7.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:.....	64
CONCLUSIONES:.....	76
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS:	78
ANEXOS:	83

INDICE DE FIGURAS, CUADROS Y TABLAS:

Figura 1.- Espiral de las etapas motivacionales del cambio	42
Cuadro 1.- Categorías y variables terapeutas.....	59
Cuadro 2.- Categorías y variables usuarios.....	60
Tabla 1.- Primer grupo de estudio psicoterapeutas.....	64
Tabla 2.- Caracterización sociodemográfica, formación y experiencia de los profesionales.....	55
Tabla 3.- Experiencia de trabajo con las etapas motivacionales, de los Profesionales psicoterapeutas del CETAD.....	66
Tabla 4.- Relación terapéutica	67
Tabla 5.- Relación entre las Etapas Motivacionales del Cambio y la Relación Terapéutica	68
Tabla 6.- Segundo Grupo De Estudio: Usuarios del CETAD	69
Tabla 7.- Caracterización sociodemográfica	69
Tabla 8.- Relación con las drogas	70
Tabla 9.- Situación en el CETAD	72
Tabla 10.- Relación con su terapeuta	73
Tabla 11.- Motivación al cambio	74

INTRODUCCIÓN. -

La presente investigación trata de comprender el valor que se da a la relación terapéutica desde las etapas de cambio del modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, en las conductas de consumo problemático de alcohol u otras drogas, ya que este modelo consta en el protocolo de atención integral de consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas (2016), dado por el Ministerio de Salud Pública, como una guía para el trabajo que realiza el personal operativo (psicólogos, médicos, enfermeras, trabajo social, terapeutas ocupacionales, etc.), con las personas que presentan consumo problemático de estas sustancias.

Las etapas motivacionales del cambio favorecen una lectura del mismo y que, al parecer cuando intenta situar a la persona en cierto lugar o momento, aparentemente van en desmedro de observar al ser humano en su integralidad, como sujeto construido social e históricamente, único e irrepetible, lo cual podría afectar la relación terapéutica que es fundamental en el proceso psicoterapéutico.

Por tanto, la investigación versa entorno a su objeto de estudio que es la relación terapéutica vista desde las etapas motivacionales del cambio, si estas la favorecen o no, para de esta manera aportar en el mejoramiento de las intervenciones terapéuticas a esta población con consumo problemático de alcohol u otras drogas.

Entonces el análisis toma muy en cuenta la posición profesional de los psicoterapeutas, y el sentir de los usuarios del servicio en tanto favorece o no la relación terapéutica.

De esta forma la investigación tiene su relevancia ya que, aporta al análisis de una teoría científica propuesta por los autores Prochaska Y DiClemente, establecida en el protocolo de Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas del Ministerio de Salud Pública, para sumar al mejoramiento de los programas de prevención y tratamiento alrededor del consumo problemático de drogas.

Es así que se desarrolla en varios capítulos, en el primero se brinda una visión de las políticas públicas y programas de tratamiento sobre el consumo problemático de drogas en nuestro país, siendo importante esta información para entender como a desarrollado Ecuador en este ámbito, observando su progresión en momentos, en otros retrocesos, el segundo capítulo expresa la mirada epistemológica de la presente investigación, la cual está dada desde el constructivismo moderado, para continuar con el tercer capítulo que aborda el enfoque del consumo problemático de drogas, con una lectura desde la persona, la sustancia, el contexto, para llegar a la concepción propia de esta investigación. Avanzamos al cuarto capítulo en donde se desarrolla a las etapas motivacionales del cambio insertas en el modelo Transteórico del cambio de los autores Prochaska y DiClemente, y finalmente el último capítulo inherente al marco teórico da su espacio a la relación terapéutica, enriqueciendo desde el análisis de la relación interpersonal con una óptica Spinozana. Continuamos con el encuadre del marco metodológico cuya orientación es cualitativa, que brinda el camino al análisis de resultados, permitiendo obtener las conclusiones en el presente trabajo investigativo.

Se recalca que se toma en muy cuenta la posición y sentir de los participantes de la investigación, plasmando en el registro de las entrevistas semiestructuradas, constantes en el apartado de anexos. Reconociendo que son variadas posturas y sentires en constante cambio, de los usuarios del centro, además de los psicoterapeutas de diferentes corrientes psicológicas, observando que el ser humano no es lineal, no es simple, el orden se encubredetrás de él desorden, lo fortuito, aleatorio está en constante actividad, el imprevisto tiene que ser comprendido. (Balandier, 1997, p. 9). Además de evitar el encasillar la subjetividad humana en teorías deterministas, (es decir en la lógica mono causalista), en teorías reduccionistas, (que observan solo determinadas situaciones de la realidad que luego se generaliza perdiendo evidenciar otros contenidos) o teorías positivistas (que nos indica todo lo relacionado a lo objetivo, medible, cuantificable, palpable, dejando de lado lo subjetivo, inmedible, cualificable, intangible).

Estos fenómenos humanos solo pueden ser conocidos intersubjetivamente, es decir por medio de una participación vívida del sujeto investigador, que se comprende en los fenómenos que busca comprender. (Minayo & De, 2010, p. 252), por tanto mi metodología investigativa es cualitativa.

La investigación cobra relevancia ya que actualmente se brinda contingente a un servicio de tratamiento ambulatorio intensivo, para personas con consumo problemático

de alcohol y otras drogas y además existe acceso a un Centro Especializado para el tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol u otras drogas -CETAD, en cuyo sitio se abordó esta problemática en su momento, ampliando la visión del fenómeno de las drogas, forjando capacidades psicoterapéuticas, con la apertura hacia la comprensión de este fenómeno, lo cual siempre me ha llamado la atención y en particular el proceso de cambio vinculado a la relación terapéutica.

CAPÍTULO 1.- Políticas públicas y programas de tratamiento sobre el consumo problemático de drogas en el Ecuador

Las políticas sobre el abordaje del consumo problemático de drogas han tenido su evolución, enfatizando en el control de la oferta y la demanda, siendo esta última de carácter penalizante hacia el consumidor. Imbuidas además por la visión biomédica del tratamiento siendo el predominante. Posteriormente se decanta en la importancia del abordaje psicosocial, en los últimos años y en la actualidad. Incorporándose un modelo de tratamiento desde perspectivas teórico – prácticas, que guían los abordajes de los profesionales en salud mental en su quehacer. Veremos a continuación el desarrollo histórico de los programas de tratamiento en relación políticas públicas inherentes al consumo problemático de drogas.

Las políticas públicas sobre el tratamiento del consumo problemático de drogas se remontan desde 1916, y su énfasis en la famosa guerra contra las drogas, iniciada en Estados Unidos de Norteamérica, con el gobierno de Richard Nixon en 1971, siendo particularmente en nuestro medio, en la publicación de la Ley de Opio y demás Drogas, que incorpora nuestro país como la primera normativa en este campo (Ley de Control del Opio, 1916), posteriormente la mirada se amplía hacia las otras drogas, lo que tiene como resultado la Ley sobre Importación, Venta y Uso del Opio y sus Derivados y de los Preparados de la Morfina y de la Cocaína, de 1924.

En nuestro país en el año de 1981, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental, adscrita al Ministerio de Salud Pública y en la que a partir de esto, se establece un programa de atención a las personas, en aquel entonces llamadas consumidoras de drogas (Andrade, 2000, p. 54), dando lugar al primer Plan Nacional de Prevención al Consumo Indebido de Drogas 1981- 1985, y el segundo Plan Nacional contra el Tráfico Ilícito y Prevención del Uso Indebido de Drogas, 1985 – 1988, el cual propuso programas de prevención, control, fiscalización, tratamiento y rehabilitación, reconociendo la interacción entre: droga, persona y contexto. Esto representa el inicio del abordaje al consumo problemático de drogas, el cual se veía imbuido por la política internacional de la llamada guerra contra las drogas, proveniente de Estados Unidos de Norteamérica y sin que se trabaje sobre la realidad socio, política, cultural del país,

manteniendo incluso los lemas de su abordaje como por ejemplo el “dile no a las drogas que provenía casi literalmente del "Just Say No". (Andrade, 2000, p. 52, 54)

Lo anterior origina las unidades de tratamiento de farmacodependencia, con la modalidad de atención hospitalaria, las cuales dan cuenta de la continua predominancia del enfoque biomédico. Con el transcurrir del tiempo, las unidades se fueron debilitando hasta extinguirse en su momento, por la falta de recursos económicos, que inicialmente los brindaba el Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas UNFDAC, y posterior pasó al Ministerio de Salud Pública (Andrade, 2000, p. 54).

En este periodo de 1989 - 1992, nos encontramos con el tercer Plan Nacional de Prevención Integral a la Producción, Tráfico y Consumo de Drogas; en el cual se propuso abordar al fenómeno socio económico de las drogas de manera integral, en relación a las consideraciones tomadas en cuenta por Ecuador, como integrante del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos, ASEP. (CONSEP, 1997)

Con la influencia de Estados Unidos se aprueba la Ley sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas en 1990, Ley 108, que trata con más severidad al tráfico y consumo de drogas, cuyo objetivo era:

Combatir y erradicar la producción, oferta, uso indebido y tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, para proteger a la comunidad de los peligros que demandan de estas actividades. (Ley 108, 1990)

La ley 108 se caracterizó por ser rígida, de carácter punitivo, cargada de estigmas, logrando generar estereotipos negativos del consumo de drogas, situación que se mantiene hasta la actualidad. Esta ley fue un instrumento de control por parte de los Estados Unidos debido a los fondos ofrecidos a Ecuador para implementar programas de control de drogas, y la dotación de equipamiento necesario para que se ejecuten los programas a implementarse. Esta Ley enfatizaba en el enfoque de abstinencia total, considerando su trasgresión un delito. De esta forma se colige la estigmatización y criminalización sobre las personas con consumo problemático de drogas, sin que se diferencie entre un consumidor social, un consumidor problemático o un expendedor (micro o macro). Castigándose así cualquier tipo de posesión o tenencia de drogas, y claro en algunos casos, la ley establecía como <<escasa cantidad>>, pero sin definirla con exactitud, lo que dejaba a la subjetividad del Juez, quien podía contar con un equipo de médicos legistas del Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas

– CONSEP, para comprobar si existía dependencia psíquica o física, en caso afirmativo el Juez podía someter a la persona a medidas terapéuticas.

La comprobación de lo anterior solía desvirtuarse y empantanarse comúnmente por la burocracia que era indiferente ante esta situación, es así que las personas con presunto consumo problemático de drogas, pasaban buen tiempo en prisión, especialmente las de escasos recursos económicos, y cuando se conseguía el tratamiento eran derivadas al hospital psiquiátrico o casas asistenciales, (Laufer, 2019, p 13.), donde nuevamente se focaliza el tratamiento biomédico.

El cuarto Plan Nacional de Lucha Contra las Drogas 1992 – 1996, matizado por la Ley 108 sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópica, incorpora recomendaciones dadas por la Convención de 1988 de Naciones Unidas, en cuanto a la evolución del problema de las drogas, en lo inherente al lavado de dinero, la intimidación, el testaferrismo, desvío de químicos, asistencia judicial recíproca entre otras. (CONSEP, 1997)

En 1997 se reforma la Ley 108, ubicando la figura de consumidor y al parecer despenalizando la tenencia de sustancias consideradas de uso personal, es así que la persona con esta condición de salud, pasa de ser transgresor de la ley a «enfermo». Sin embargo, esta reforma era ambigua en cuanto a la derivación de las personas que necesitan un tratamiento, además no daba solución a los costos del tratamiento, lo que provocó que los jueces sigan basándose en las prácticas de la anterior Ley 108 y por tanto manteniendo la criminalización del usuario.

En ese mismo año, se crea la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación al interior de la Secretaría Ejecutiva del CONSEP y en 1998 entra en vigencia el Reglamento de Control a los Centros de Tratamiento Públicos y Privados, en el cual se establecen disposiciones importantes en cuanto a precautelar el adecuado manejo terapéutico, tomando en cuenta, los derechos del paciente y la profesionalización del equipo de trabajo; así mismo se clasifica las diferentes modalidades de tratamiento, enfatizando la llamada Comunidad Terapéutica, que en nuestro país ha iniciado desde el año 1996. (Viteri, 2003).

Paralelamente en esta época estuvo vigente el Plan Nacional de Prevención y Control de drogas 1997-2002, y que en su enfoque de tratamiento, trabaja con

programas dirigidos a los internos de los centros de rehabilitación, para menores y jóvenes en circunstancias difíciles, y un programa nacional de orientación y tratamiento del uso y abuso de drogas estableciendo: 1.- Servicios de crisis, 2. Tratamiento ambulatorio, 3. Tratamientos institucionales - comunidad terapéutica, 4. Tratamiento del alcoholismo (CONSEP, 1997), sin evidenciarse un modelo de tratamiento específico en cuando al abordaje psicológico.

En el período 2004-2008 el país formula el nuevo Plan Nacional de Prevención y Control de drogas, el cual se hace referencia al programa de tratamiento (CONSEP, 2004), siendo muy general y sin denotar el camino a seguir en el abordaje psicosocial.

El Plan nacional de prevención integral de drogas 2009-2012 (CONSEP, 2009) y el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013 (CONSEP, 2012), plantean el asegurar el tratamiento de las personas con consumo problemático, proponiendo ampliar la cobertura de los servicios de esta población, estableciendo estrategias como la capacitación permanente a los profesionales en técnicas y enfoques terapéuticos (CONSEP, 2009), sin especificar cuáles son estos y sin que consten en ningún protocolo de trabajo.

De lo anterior se colige que las funciones del CONSEP, han avanzado en torno a la normatización de las comunidades terapéuticas, capacitando, elaborando planes nacionales sobre el fenómeno social económico de las drogas, que visibilizan la situación del país en su momento determinado en cuanto al control de la oferta y demanda, pero sin evidenciarse un modelo de tratamiento desde el ámbito Psicológico que se establezca como una guía o protocolo para el abordaje psicoterapéutico.

El CONSEP no exigía un abordaje psicológico específico, sin contar con ningún tipo de lineamientos en este ámbito, siendo que varios de los centros de tratamiento hacían prácticas sin base científica y vulnerando derechos humanos de los usuarios.

Afirma Viteri 2003, sobre la falta de planes y programas terapéuticos, la precaria formación de los terapeutas, la inexistencia de profesionales, y casi exclusivamente manejado por “ex adictos” indica, además del uso de procedimientos aversivos. (Viteri, 2003, p. 484-488).

En el año 2008, y con la actual Constitución de la República del Ecuador que en su parte pertinente señala:

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 (Constitución República del Ecuador [CRE], 2008, art. 364).

Lo anterior favorece nuevas perspectivas en el abordaje profesionalizado del consumo problemático de alcohol, tabaco u otras drogas, construyéndose un acuerdo ministerial, modelos, lineamientos, protocolos y un nuevo plan nacional de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas 2017 - 2021, documentos que guían el abordaje del consumo problemático de drogas, entre estos figuran:

- Acuerdo ministerial 080, (2016), Normativa sanitaria para el control y vigilancia de los establecimientos de salud que prestan servicios de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas ESTAD.
- Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización (Ley de prevención integral de drogas, 2015), cuyo objeto indica:

la prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas; el control y regulación de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización y medicamentos que las contengan; así como el establecimiento de un marco jurídico e institucional suficiente y eficaz. (Ley de prevención integral de drogas, 2015, art. 1).
- Reglamento a la Ley de Prevención Integral de Drogas, dado en el 2016.
- Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural
- Plan Nacional de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de Drogas. (2017-2021)
- Modelo de Atención Integral Residencial para los Centros Especializados de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas – Adultos (CETAD), del Ministerio de Salud Pública (2015).
- Modelo de atención integral residencial adolescentes- Casas de Acogida y Tratamiento MIES – MSP (2015).

- Lineamientos Operativos del Centro Especializado para el tratamiento de personas con consumo problemático de drogas – CETAD. (2015)
- Lineamientos operativos para la atención integral a personas con consumo problemático de alcohol, otras drogas y trastornos mentales. (2015)
- Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia. (2015)
- Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas (2016).

Siendo precisamente en el Protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas 2016, tabaco y otras drogas, donde se toma en cuenta las recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría dentro de la evaluación clínica, planteando el buscar en las personas la disposición actual para el cambio, de esta manera establecen, las etapas motivacionales del cambio del modelo Transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2016, p. 15).

CAPÍTULO 2.- Posición epistemológica de la investigación – Constructivismo moderado.

Se plantea esta posición epistemológica en razón de que la relación terapéutica que será estudiada es vista desde la psicoterapia integrativa cuya base epistemológica es el constructivismo moderado.

Partiendo desde el punto de vista psicológico la premisa básica del constructivismo consiste en que cada persona lleva un mapa del mundo dentro de sí misma, de lo que constituye este y que conduce a construir mentalmente lo que se percibe como realidad. (Sluzki, 1985 citado por Feixas, 2000, p. 24).

Es importante analizar la posición de radicalidad de los constructivistas en relación a si la realidad es tal cual real o no en sí misma, pero la cuestión no es epistemológica en sí, sino más bien ontológica. Es decir, los autores constructivistas coinciden en la concepción del conocimiento, es decir la epistemología, pero discrepan en las afirmaciones que se hacen acerca de la realidad, las cuales pertenecen al campo de la ontología. (Feixas, 2000, p. 24).

De lo anterior se colige la presencia de constructivistas radicales o moderados, los cuales niegan la existencia de la realidad los primeros y los segundos aceptan la existencia de la misma, pero otorgan igual importancia a la construcción mental de la misma, es decir la realidad es tanto construida por procesos mentales, como también está presente por sí misma. La realidad es tanto construida como descubierta. (Balarezo, 2010, p. 68).

Autores como Kelly explican su posición dentro de un constructivismo moderado, al indicar que, suponiendo que el universo realmente existe, asumiendo esa posición de que hay un mundo real del que, si se puede hablar, mas no un mundo compuesto únicamente de sombras cambiantes que representan los pensamientos, pero también deja en claro su posición sobre las creencias o pensamientos, que por supuesto también existen. Aclarando que, lo que la gente piensa que existe y lo que realmente existe cambia constantemente. (Kelly, 1955 citado por Feixas, 2000, p. 24).

Vemos entonces esta posición epistemológica – ontológica que también se ha denominado realismo - hipotético, según la cual, aunque esté presente un mundo real e independiente del pensamiento o de la conciencia de los seres humanos, siendo un mundo estructurado, interconectado y casi continuo, es únicamente cognoscible y explicable, mediante la percepción, el pensamiento y la ciencia que estudia la intersubjetividad. (Feixas, 2000, p. 24, 25).

De esta forma el autor Kelly a nivel ontológico sería un realista por aceptar la realidad externa, pero también idealista al reconocer la existencia de los pensamientos. Así mismo el autor Maturana sería idealista al mantener una postura radicalmente constructivista. Estas diferencias ontológicas han permitido que otros autores vayan configurando nuevas posturas de lo constructivista así Von Glasersfeld (1984), presenta la diferenciación entre constructivismo trivial o (también llama constructivismo crítico según Mahoney, 1988) y el constructivismo radical. Distinguiéndolos al indicar que el constructivismo trivial se caracteriza por compartir la noción de que inventamos o construimos nuestra realidad a través de la subjetividad de cada persona, pero al mismo tiempo da crédito a una realidad ontológica objetiva. Siendo lo contrario el constructivismo radical que rechaza la existencia de la realidad. (Feixas, 2000, p. 24, 25).

De lo anterior se deduce la presencia del <<constructivismo moderado>>, también conocido como trivial y constructivismo crítico, que ofrece una mirada integradora de las antítesis realismo - idealismo a nivel ontológico, es decir que reconoce a la realidad existente por sí misma y a la construida por procesos subjetivos.

Y concibiendo una distinción a nivel ontológico, diferenciamos el constructivismo radical del moderado, así en el primero vemos que en diálogo con los autores no existe una realidad independiente del observador es decir nada existe más allá del pensamiento y del lenguaje” como lo afirma Maturana y la realidad no es más que hipotética o una proposición explicativa (Feixas, 2000, p. 24). En cambio, para autores constructivistas moderados si existe una realidad más allá del pensar o del lenguaje de la persona. (Opazo, 2001, p.55)

“Cada unidad del conocimiento, lejos de ser una copia del mundo real, siempre debería ser considerada un producto de la interacción entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido, ambos igualmente reales” (Opazo, 2001, p. 53,54. cita a Lorenz)

Al ser una investigación de tipo cualitativo se acoge esta mirada epistemológica del constructivismo moderado y conforme lo indica el autor Ramos, los paradigmas que dan sustento a la investigación cualitativa son la teoría crítica y el constructivismo (Ramos, 2015, p. 15).

Por su parte Hernández agrega respecto del marco general de referencia básico del enfoque cualitativo, a la fenomenología, constructivismo, naturalismo, interpretativismo. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010, p. 11)

Guba y Lincoln, evidencian el objetivo investigativo del constructivismo que es la comprensión y reconstrucción de la realidad.(Guba & Lincoln, 1994, p. 105-117).

La comprensión y reconstrucción de las construcciones que se sostuvieron inicialmente por la opinión popular (incluyendo al investigador), alentadas por un consenso, pero siempre abiertas a nuevas interpretaciones, dependiendo de los adelantos de la información y de su nivel de sofisticación. (Guba & Lincoln, 1994, p. 105-117).

Así mismo Hernández et al, refieren del enfoque cualitativo incluyendo como referente básico entre otros al constructivismo, cuya meta de la investigación es:

Describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes. (Hernandez Sampieri et al., 2010, p. 12,13).

En el proceso de investigación, el investigador reconoce su propia subjetividad, valores y creencias, que incluso son partícipes del estudio, cuyo interaccionar psicológico que se da entre el investigador y lo investigado es con involucramiento, siendo empático, cercano y próximo. Con la finalidad en el análisis de los datos de comprender a las personas y sus contextos. (Hernandez Sampieri et al., 2010, p. 12,13).

En síntesis, en lo referente a ontología, epistemología y metodología del constructivismo presenta:

A nivel ontológico está presente el relativismo constructivista, que implica la existencia de varias realidades sociales, aprehensibles y a veces conflictivas. Siendo construcciones o creaciones de la mente humana, en constante cambio, en tanto que sus creadores adquieran más información, sofisticándose. (Guba & Lincoln, 1994)

A nivel Epistemológico el constructivismo que es similar; los presupuestos subjetivos ven el conocimiento como una construcción derivada de la interacción entre el investigador y sus informantes”. (Guba & Lincoln, 1994)

A nivel Metodológico, la metodología hermenéutica y dialéctica del constructivismo, enfocada a la reconstrucción de las construcciones primarias previas”.(Guba& Lincoln, 1994)

Desde esta mirada se posiciona al consumo problemático en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3.- El consumo problemático de alcohol u otras drogas

Existen varias concepciones del consumo problemático de drogas y depende desde donde se esté visualizando la problemática, así podemos ubicar el foco del problema en la persona, la sustancia, o el contexto, como lo han realizado enfoques de corte ético – jurídico que se enmarcan en la sustancia, o enfoques médico – sanitarios y también los psicosociales, que ven a la persona y también enfoques socio culturales que atribuyen una importancia destacada al contexto.(SEDRONAR, 2019, p. 12)

Todos los anteriores han permitido ir ampliando la mirada del consumo problemático de drogas en diferentes ámbitos y de los cuales se derivan una serie de teorías explicativas del consumo problemático de drogas, entre algunas de estas tenemos:

3.1 Enfoque en la persona:

Cuando focalizamos a la persona tenemos los enfoques de corte biomédico en donde se establece una relación médico - paciente, el primero siendo quien debe brindar la cura, actuando de una forma vertical e imponiendo su saber, su conocimiento que es el respaldado científicamente desde una mirada positivista de la ciencia. Es así que el problema es la persona que presenta una enfermedad cerebral, observando de esta manera a la adicción de sustancias psicoactivas con una explicación centrada en los procesos bioquímicos, que se muestran en el síndrome de abstinencia, en la intoxicación, o en la tolerancia de sustancias. (SEDRONAR, 2019, p. 29)

Sin embargo, en lo anterior se anula otro tipo de componentes en el análisis del consumo problemático de sustancias psicoactivas, in-visibilizando los procesos psicosociales inmersos. Y que según las investigaciones no se puede observar tan linealmente a las adicciones desde una mirada única de enfermedad cerebral. (Becoña, 2016, p. 118)

Esta enfermedad cerebral con la que se ve al consumo problemático, desde el enfoque en la persona y bajo una mirada del modelo orgánico con el aporte de la teoría dopaminérgica, que por ejemplo si vemos desde el consumo de la cocaína, se logra demostrar que la misma inhibe la re-captación pre-sináptica de la dopamina, de esta forma prolonga su accionar en el espacio inter-sináptico, además de provocar un

aumento en la concentración de este neurotransmisor en la áreas de gratificación y recompensas del cerebro, de esta manera explican la sensación de placer y energía que atraviesa la persona. (Laufer, 2019, p. 41)

Manteniendo el enfoque en la persona también surgen modelos psicológicos que impulsados por la medicina que vuelven a intentar encontrar el problema de forma particular y colocando su mirada solo en este ámbito personal, así se indica como es la persona la que presenta ideas irracionales, distorsiones cognitivas, experiencias dolorosas no elaboradas o irresueltas, problemas emocionales, entre otras, que se los relaciona con el consumo problemático de drogas y nuevamente decantando en una mirada parcial y psicologizada del complejo problema. (SEDRONAR, 2019, p. 29)

Por ejemplo: autores con enfoque constructivista como Humberto Guajardo y Diana Kushner, refieren sobre los trastornos adictivos a las sustancias psicoactivas como “Una forma de dar coherencia a la construcción de la realidad” (Guajardo & Kushner, 2005, p. 6). Es decir que según este enfoque las personas con consumo problemático de alcohol u otras drogas buscan construir un sentido con la realidad que viven y ese sentido les da coherencia, pero la única forma de brindar aquello es con el uso de drogas, ya que se les dificulta realizarlo, sin lo que les brinda la sustancia, sin ese estado particular de conciencia al que se adhieren cuando consumen, por tanto las drogas se establecen en la vida de la persona como una especie de bastón en el cual se apoyan y soportan o toleran la realidad desde esa posición, ya que no han aprendido otras formas de hacerlo o de significar la realidad en momentos específicos.

Otro ejemplo de perspectiva psicológica individual desde un enfoque psicoanalista se puede indicar que el consumo problemático de drogas se configura en un goce narcisista que envuelve completamente al cuerpo y que llega a relegar al semejante, se efectúa una re-fusión, ese volver al contacto con el otro materno que lleva a un goce no fálico, es decir, de naturaleza sin límite. Así la persona retorna por un corto momento a volver a ser el bebé de brazos, alucinando la vuelta a la completud en el vientre de su progenitora.(Bobadilla, 2015, p.2)

Vemos desde este enfoque intrapsíquico, como al estar en contacto con la sustancia que provoca placer, la persona se ve envuelta en el extremo goce, desconectándose de cualquier problema, sintiéndose llena o completa ya que según el psicoanálisis somos seres en falta, pero la persona con consumo problemático rechaza

aquello y busca la completud como una vuelta el vientre de su madre donde no había de que preocuparse.

Así mismo la droga se establece como el rechazo de la finitud, a la castración y a la muerte, negando de esta forma todo límite posible, que elige la promesa de la completud a la desdicha de la falta que caracteriza a los seres humanos. (Bobadilla, 2015, p. 3)

En palabras de lacanianos, “frente a la castración que humaniza, el imperativo superyoico promueve el cumplimiento inhumano de ideal del goce por el goce mismo, fuera de toda temporalidad y finitud”. (Bobadilla, 2015, p. 3,4).

Según el autor Jaques Laufer, las drogas son deseadas y consumidas en razón que la persona encuentra algo en su consumo, brinda el ejemplo de que si alguien consume sosegón esto le otorga la sensación de un orgasmo químico y encuentra que esta sensación le permite reemplazar una práctica sexual imposible para él mismo, en razón de los obstáculos creados por el mismo y esto es lo que debe leerse con minuciosidad, precisamente esta razón que le lleva al consumo, quizás problemático. (Laufer, 2019, p. 46).

Así mismo los manuales diagnósticos y estadísticos de las enfermedades mentales toman aportes de los enfoques biomédicos y psicológicos para individualizar el problema de consumo de drogas entonces la Organización Mundial de la salud – O.M.S, en su clasificación internacional de enfermedades mentales CIE 10, se establecen los códigos f10 al f19, en los cuales constan los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropas, estableciéndose el consumo perjudicial como un tipo de consumo que aqueja a la salud física o mental, mismo consumo que es criticado por terceras personas por sus efectos sociales contraproducentes de diferentes tipos. (OMS, 1992, p. 102).

Agregan además que el consumo problemático se puede entender de forma global en cuanto a su conflictividad y dependiendo de la cultura, entorno social y contexto, se lo podrá referir como tal, y por su puesto examinando el tipo de afectación en cuanto a la salud física o mental del individuo, pero también dentro de su contexto social, familiar, laboral, académico. En el mismo CIE-10, se establece los problemas relacionados con el estilo de vida y en particular los códigos Z72.1 y Z72.2 que hacen

referencia al uso de alcohol y uso de drogas (OMS, 1992, p. 377). De lo cual se colige que existen dos formas en cuanto al consumo que implica el consumo problemático y el uso que puede estar asociado con problemas en el estilo de vida, pero no siempre. Sin embargo, continúan viendo invariablemente desde el individuo, relegando los aportes de otros enfoques contextuales o psicosociales.

En los materiales de apoyo del texto el Abrojo se identifica el consumo problemático si existe afectación en una o más áreas de la persona, así:

1. En el propio organismo (físico – mental)
2. Relaciones primarias (familia, pareja, amigos);
3. Relaciones secundarias (trabajo, estudio, vida social);
4. Relaciones con la ley. (Delitos, sanciones, Etc.) (El Abrojo, 2007, p. 180)

Este otro ejemplo muestra el enfoque igualmente desde el individuo - persona a quien según esta perspectiva se le exige el cambio porque es quien los provocó.

3.2 Enfoque en la sustancia:

Desde esta posición del problema, creemos que el mismo es la sustancia, entonces no se la ve como emergente de otros problemas, reduciendo la dimensión del problema. Así al ser la sustancia el problema, se debe hacer todo lo posible para que las personas no accedan a las mismas, dando lugar a los enfoques prohibicionistas. (SEDRONAR, 2019, p. 28)

Uno de estos enfoques es el ético jurídico, el cual establece penas, sanciones basadas en la ley que manda, prohíbe o permite. Con esta posición hace énfasis en el control de la oferta orientada a combatir el narcotráfico a destruir las drogas y quemarlas, siendo que en la reducción de la demanda se penaliza al consumidor en su posesión de sustancias. (SEDRONAR, 2019, p. 28)

El consumo problemático desde este enfoque sería visto desde los efectos nocivos que provoca la sustancia en el organismo que generan la dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia a las mismas, siendo los llamados a aportar sobre el mismo los especialistas en sustancias con una mirada además sanitarista e higienista. (SEDRONAR, 2019, p. 28)

Otro enfoque en la sustancia, se da desde el modelo orgánico, donde la sustancia es la que le afecta al cuerpo – cerebro, que convierte a la persona en adicto. Focalizándose únicamente sobre las drogas, creyendo que las mismas dan lugar de forma determinista a la adicción como la espiroqueta da lugar a la sífilis, El alcohol provoca el alcoholismo, así como el tóxico la toxicomanía, y dentro de esta óptica el producto – sustancia es observado como peligroso por su capacidad de afectar la bioquímica de los neurotransmisores.(Laufer, 2019, p. 40).

Así mismo este enfoque en la sustancia desde el modelo orgánico da a entender, que las perturbaciones psíquicas no son otra cosa que el resultado de los procesos tóxicos que se llevan a cabo en el organismo, iniciado por las sustancias que ingresan a este. (Laufer, 2019, p. 40).

La causalidad de este enfoque Laufer (2019) la señala :“Producto □Cambios en el cerebro □Adicción □Sicopatología”(p. 41).

En el abordaje terapéutico el tratamiento obviamente será medicamentoso, oponiendo a esta sustancia otra sustancia como: antagonistas, ansiolíticos, metadona, vitaminas, etc., buscando una cura como la desintoxicación y en ocasiones con una intervención directa en el cuerpo: exsanguinotransfusión, abordajes de desintoxicación realizados bajo anestesia general, aplicación de electroshock, cirugía cerebral, etc. Este modelo considera que si limpiamos a la persona de las sustancias psicoactivas que recorren su torrente sanguíneo, la misma volverá a ser <<normal>>.(Laufer, 2019, p. 41)

Entonces nuevamente el enfoque en los componentes psicosociales, culturales, queda invisibilizado, por tanto, sin elaborar y con la prevalencia del modelo biologizante, biomédico, que solo tiene una mirada del proceso salud – enfermedad, siendo reducida al abordar las condiciones de salud mental, y más reducida aún, del complejo fenómeno del consumo problemático de drogas.

3.3 Enfoque en el contexto

Propone estudiar el consumo problemático de drogas contextualizando, analizando el momento histórico y las condiciones sociales existentes en torno a este.

Así entre varios aspectos se considera la situación socio, cultural, económica, ambiental. Emergiendo el consumo problemático como un síntoma no de forma

individual o psicopatológica sino social, evidenciando el sistema y sus conflictividades. (SEDRONAR, 2019, p. 30).

Un modelo de abordaje es el socio-cultural que brinda un análisis de las relaciones que se dan del sujeto con la sustancia en un contexto histórico, social y cultural, observando el lugar y la función que cumplen las sustancias en los colectivos, variando el consumo de sustancias según las culturas y subculturas. (SEDRONAR, 2019, p. 30).

La dimensión subjetiva del consumo problemático de drogas es leída como un reflejo de los problemas sociales, es decir los conflictos psíquicos son emergentes de las condiciones socioeconómicas y ambientales como: la pobreza, las condiciones precarias de vivienda y empleo, la vulnerabilidad social. (SEDRONAR, 2019, p. 30).

Cabe mencionar los aportes del modelo sociológico, en el cual el consumo problemático de drogas, relaciona sus causas a las realidades externas a la persona, a contextos micro o macro que la misma no ha generado sino le ha tocado vivir y de los cuales generalmente es víctima. (Laufer, 2019, p. 59).

Es decir, modelo sociológico tiene como premisa que el malestar de la persona con consumo problemático, se basa en un malestar cultural o social, en relación a la pobreza, falta de educación adecuada, influencia del mundo consumista, estructuras institucionales corroídas por la corrupción, indiferencia social, la degradación del trabajo, su fragmentación, automatización, especialización y deshumanización, impulsadora de la insatisfacción, sacrificando al talento humano y anulando su creatividad y fantasía. (Laufer, 2019, p. 59).

Ahora bien, bajo esta óptica se le quita el papel de actor a la persona, viéndola como simple víctima de varias cosas externas a la misma y que difícilmente se las puede modificar (Laufer, 2019, p. 59). Lo cual se ve peligroso porque no se le permite responsabilizarse por sus acciones y queda como una marioneta manejada por el gran titiritero o el leviatán hobbesiano, que sería la sociedad en sus diversos contextos.

Además, considerando que la sociedad desde hace siglos no es pues la perfección, ni mucho menos intentar serlo como bien afirma Savater (2015):

El testimonio escrito más antiguo de nuestra cultura, de nuestra tradición, es el que se encontró en una tumba egipcia de hace aproximadamente 2.500 años a. C. y que se llama «La canción del desesperado»; en realidad es una especie de testamento

enterrado en una tumba junto, probablemente, a la persona que lo había compuesto, que lo había pensado; una vez que se descifró, el texto decía: «Este mundo es un lugar terrible, los militares son violentos, los jueces son prevaricadores, los comerciantes engañan con el peso, las mujeres traicionan a sus maridos, los hombres han perdido el sentido del deber, las cosas no pueden seguir así; este mundo se acaba».(p. 16)

De lo anterior entendemos que la sociedad ha sido y es compleja en cuanto a sus formas de vida y organización, económica, política, familiar, etc., que están en constante movimiento y que por su puesto existe la influencia en los individuos, que en determinados casos podría ser determinante, pero sin generalizar y sin quitar la potencia de los mismos en su construcción personal, viéndolos como personas construidas biológica, psicológica social y culturalmente, es así como analizaremos esta problemática en lo posterior e iniciando por una concepción del sujeto a continuación:

3.4 Concepción del sujeto

Se considera importante ubicar la concepción de sujeto que se da en la presente investigación en vista que el desarrollo de la misma está imbuido por cómo se concibe al ser humano en sus dimensiones biopsicosociales y culturales. Como un ser complejo que debe ser situado y sitiado, siendo incompleto, pero parte del sistema llamado humanidad, a la vez histórico, por establecer su subjetividad en un momento histórico y social específico, brindándole una infinitud de fortalezas y debilidades. (Adamson, 2000, El Ecro de Pichón Riviere, párr. 7)

Entonces la persona es de naturaleza social y construida de las y en las interacciones sociales, históricas y culturales en las cuales dinámicamente, se sitúa. (Bichara, 2019, p. 25).

En dialogo con los autores Vera Paiva y Gladys Adamson vemos que el sujeto es producido y relacionado sin existir nada en él que no sea producto de la interacción entre lo individual, social (Adamson, 2000, Concepción del sujeto, párr. 1) y programático. (Paiva et al., 2018, p. 12)

Lo individual visto como intersubjetividad es decir como identidad personal constantemente elaborada por las interacciones Yo – otro. (Paiva et al., 2018, p 26)

Lo social conceptualizado como los contextos de interacción, es decir los espacios de la experiencia concreta de la intersubjetividad, que están imbuidos por las

normas y poderes sociales que se asientan en una organización política, económica, religiosa, cultural, de género, raciales, generacionales, etcétera. (Paiva et al., 2018, p. 26).

Lo programático que son las formas institucionalizadas de interacción, es decir el conjunto de políticas, acciones organizadas y servicios que están a disposición de la ciudadanía conforme los procesos políticos de los variados contextos sociales y según las formas de ciudadanía realmente operantes. (Paiva et al., 2018, p. 12)

Considerando en el ser humano por su puesto su biología en relación a su dimensión psicosociocultural, siendo este complejo afirma Morin, (2003):

El ser humano se nos revela en su complejidad: ser, al mismo tiempo, totalmente biológico y totalmente cultural. El cerebro, a través del que pensamos, la boca, a través de la cual hablamos, la mano, con la que escribimos, son órganos totalmente biológicos y, al mismo tiempo, totalmente cultural. Lo más biológico - sexo, nacimiento, muerte - es, también, lo que más está impregnado de cultura. Nuestras actividades sustancias biológicas elementales (comer, beber, defecar) están estrechamente vinculados a normas, prohibiciones, valores, símbolos, mitos, ritos, es decir, la que hay más específicamente cultural; nuestras actividades más culturales - hablar, cantar, bailar, amar, meditar - ponen en movimiento nuestros cuerpos, nuestros órganos; por lo tanto, el cerebro. (p. 40)

Dialogando con los autores Berger y Luckmann se concibe al ser humano, como sujeto formado en su interacción en su propio ambiente cultural y social, siendo que el ordenamiento social no es ajeno a la persona, sino mantienen una relación dialéctica puesto que este orden se considera un producto humano (Yáñez Henríquez, 2010, p. 295).

3.5 El enfoque de consumo problemático en la presente investigación

La mirada del consumo problemático de la presente investigación, recorre las anteriores rescatando sus aportes e integrándolos desde una perspectiva relacional, en la cual se contempla la complejidad de la interrelación persona, sustancia y contexto, sin que se los considere aisladamente, todo lo contrario, analizándolos desde su interacción. (SEDRONAR, 2019, p. 35)

El consumo problemático de drogas se lo conceptualiza como un inter-juego de elementos tales como: las sustancias, los personales – individuales (biopsicosociales,

intra e intersubjetivos), y los contextuales donde operan las dimensiones políticas, culturales, económicas, sociales.(SEDRONAR, 2019, p. 35)

Aquí cabe mostrar la posición de la cual se mira el consumo problemático en su dimensionalidad tomando en cuenta lo individual, social y programático, (Paiva et al., 2018, p. 26) así:

Lo individual visto como intersubjetividad es decir como identidad personal constantemente elaborada por las interacciones Yo – otro. (Paiva et al., 2018, p. 26).

Lo social conceptualizado como los contextos de interacción, es decir los espacios de la experiencia concreta de la intersubjetividad, que están imbuidos por las normas y poderes sociales que se asientan en una organización política, económica, religiosa, cultural, de género, raciales, generacionales, etcétera. (Paiva et al., 2018, p. 26)

Lo programático que son las formas institucionalizadas de interacción, es decir el conjunto de políticas, acciones organizadas y servicios que están a disposición de la ciudadanía conforme los procesos políticos de los variados contextos sociales y según las formas de ciudadanía realmente operantes. (Paiva et al., 2018, p. 27)

Así, el consumo problemático de drogas se define como la interacción de la persona con la sustancia, mediados por un contexto social, histórico, cultural, económico, político, que en ciertos momentos y observadas en el movimiento de inter juego de estas, podría conllevar a provocar un daño físico, psíquico, social y ambiental.

Se reconoce además que existen otras formas de tratamiento, considerando las características de la interacción persona, sustancias y contextos, siendo no únicamente las basadas en la abstinencia de la sustancia, sino de programas terapéuticos que contemplan la reducción de daños, que según Tatarsky (2002) considera, el consumo de sustancias psicoactivas es variable en el tiempo de un conjunto de consecuencias nocivas para la persona y su comunidad, las cuales pueden ir cambiando al disminuirlas, considerado la potencialidad del sujeto y su capacidad para cambiar, encontrando junto a ellos las estrategias útiles que mermen el impacto de las sustancias, reconociendo que la reducción de daños se ha aplicado con éxito a la salud pública (p. 11).

3.6 Enfoque de reducción de daños

Marlatt (1998), define a la reducción de daños como un conjunto de intervenciones que pretenden precisamente mermar o reducir las consecuencias negativas, nocivas del consumo de sustancias psicoactivas u otras conductas de riesgo sin necesariamente buscar la abstinencia (p. 12).

Para ampliar la definición a este concepto, se toma en cuenta a los autores Niel y Da Silveira (2008), quienes refieren: “La Reducción de daños es un conjunto de medidas dirigidas a personas que no consiguen o no quieren dejar de usar drogas, estas estrategias propenden a disminuir los daños ocasionados por el consumo”. (p. 15).

La política de reducción de daños, nace como programa de intervención ante los problemas derivados del abuso de drogas no comienza a usarse hasta finales de los años 80 como respuesta a la importancia que adquieren los problemas asociados al consumo especialmente la epidemia del Sida entre los usuarios de drogas inyectadas (Insúa y Grijalvo, 2000, p 10).

Esta estrategia, fue una respuesta urgente ante la cantidad de casos reportados con VIH en personas que eran usuarios frecuentes de heroína y quienes no estaban dispuestos a dejar de consumir.

Tomando en cuenta que hasta entonces existían dos propuestas de acción global respecto de las consideradas sustancias adictivas: las prohibicionistas y las de reducción de daños. Las dominantes, desde fines del siglo XIX hasta la actualidad, han sido las prohibicionistas, que son las que realmente fueron aplicadas a través de las políticas específicas de cada Estado-nación. La denominada reducción de daños se desarrolló desde mediados de la década de 1980 a través de actividades puntuales en Alemania, Australia, España, Holanda, Reino unido, Suiza, y solo se aplica más integralmente en Portugal, donde se ha legalizado el consumo de estas sustancias (Menendez, 2012, p.10.)

Podría decirse que, la reducción de daños, surge como un síntoma notorio de la ineficacia de las políticas prohibicionistas, que se han mantenido vigentes desde la

década de 1970, fecha en la que Estados Unidos, comienza la denominada “guerra contra las drogas”, que buscaba erradicar de forma tajante su consumo, e imponer estas medidas a todo el mundo, incluyendo sanciones políticas y económicas fuertes para los países que no estaban dispuestos a acatarlas.

Estas políticas generan criminalización, persecución, estigmatización de las drogas consideradas adictivas, y de los diferentes actores implicados en la producción, comercialización y consumo de dichas sustancias, de tal manera que se incrementan los delitos relacionados con las drogas y el encarcelamiento de los delincuentes. (Menendez, 2012, p.12.).

El autor menciona que las políticas prohibicionistas afectan sobre todo a los sectores sociales más pobres tanto en términos de usuarios como de operadores del narcomenudeo. Son los sectores más criminalizados, más encarcelados y más perseguidos. Son los sectores –principalmente varones adolescentes y adultos jóvenes– donde observamos el mayor número de asesinados, pero también de homicidas relacionados con el narcotráfico. Todo esto debido a que, si es prohibido y lo haces, el castigo deberá ser terrible.

A la par, fue gestándose una óptica de considerar al usuario de drogas como “adicto” “dependiente”, de una sustancia prohibida, lo cual involucra que su conducta no depende de sí mismo, ha perdido la capacidad de autocontrol y por ende hay que controlarlo externamente. Es decir, la persona que consumía drogas, dependiendo el punto histórico, podría ser visto como enfermo o delincuente.

Extrañamente este nuevo significado social del consumo delata la pérdida encubierta de derechos. El principal el derecho a decidir. A nivel público esta situación se cristaliza en solo la abstinencia como una práctica igual a salud.

Ahora bien, ¿porque una persona sigue consumiendo, a pesar de todo el aparataje de políticas y prácticas prohibicionistas? Pese a que incluso la persecución y estigma social hagan mella sobre ellos, el consumo de sustancias ha probado ser una situación que sobrepasa a todo intento de eliminarlo.

La respuesta aborda múltiples aristas, entre ellos los sentidos personales y afectivos del consumo para los usuarios, la satisfacción a través de la droga de necesidades sociales, económicas y políticas no cubiertas por el estado, los intereses económicos asociados a la venta de droga, el derecho mismo de los usuarios a consumir sin que implique una adicción, etc.

La reducción de daños, si bien parte de la alternativa al prohibicionismo fracasado, amplía el debate acerca de la injerencia del estado para cuidar de los usuarios sin querer controlarlos ni mermar su libertad, tomando en cuenta sus propios conocimientos sobre sí mismos, validando sus formas de cuidado.

Al respecto el autor menciona:

Se puede afirmar que uno de los efectos del “dispositivo drogas” ha sido reubicar a un conjunto de sustancias y sus usos en un campo en el cual no hay lugar para reconocer prácticas en términos de autocuidado. “El uso de ese espectro de drogas sustenta la perspectiva binaria del consumo de drogas, que si bien discursivamente puede distinguir entre “usos” y “abusos” (problemáticos)”, se ha mostrado incapaz de abordar los casos de consumo reconociendo sus matices. (Sánchez Antelo y Diz, 2015, p. 359)

El cuidado usualmente ha sido conceptualizado como propio del cuidado médico o institucional y, en menor medida, se han reconocido las prácticas de autocuidado, a pesar de su preeminencia en la vida cotidiana. En la bibliografía iberoamericana el “cuidado” en el contexto de “uso de drogas” (en un sentido amplio de los términos uso y drogas) ha sido tratado más en relación a las prácticas de automedicación (Menéndez, 1981, p, 12)

Las estrategias de reducción de daños, plantean un equilibrio entre el cuidado externo-social al que debe tener acceso el usuario de drogas y los derechos de cuidar de sí mismos.

En general, las prácticas de reducción de daños, se dirigen preferentemente a los usuarios de drogas con mayor grado de vulnerabilidad social y que tienen escaso contacto con los dispositivos sanitarios y sociales. Tienen un alto grado de flexibilidad en sus propuestas, debido a que se adecuan a las características de los usuarios y de la comunidad donde se implementan. Las dificultades en el acceso de los consumidores de drogas a los servicios asistenciales permitieron considerar la importancia del proceso de atención como factor decisivo en el desarrollo de los procesos de salud-enfermedad. (Galante, et al,2009. p.2.)

En general la propuesta de prácticas de reducción de daños, propone:

a) Propiciar y proponer cambios en la legislación y en las políticas sobre drogas que incluyan legalizar y despenalizar todas o por lo menos una parte de las drogas. (Menendez, 2012, p.15.).

b) Evitar, reducir y en lo posible eliminar la criminalización de estas drogas y sobre todo de sus consumidores. (Menendez, 2012, p.15.).

c) Difundir los éxitos obtenidos a través de la despenalización de estas sustancias y/o de la aplicación general o específica de actividades de reducción de daños, como son los casos más o menos paradigmáticos de la despenalización llevada a cabo por Portugal, o de las consecuencias positivas obtenidas a través de los intercambios de jeringas o de la legalización para uso personal de pequeñas cantidades de sustancias consideradas adictivas (Menendez, 2012, p.15.).

d) Cuestionar que los tratamientos médicos y/o las acciones de reducción de daños tengan como único objetivo manifiesto la abstinencia. (Menendez, 2012, p.15.).

e) Favorecer que el consumo sea considerado un derecho de los usuarios, un comportamiento “normal” y no patológico, aunque reconociendo que puede tener consecuencias negativas. Por lo cual se propone eliminar la imagen jurídico-policia y favorecer la imagen de consumidor normal, como ocurre en el caso del consumidor de

alcohol; o por lo menos favorecer una imagen donde el padecimiento sea entendido como tal y, por lo tanto, eliminar la imagen penal. (Menendez, 2012, p.15.).

f) A través de diferentes medios educativos, promocionales, preventivos, experienciales, etc., favorecer que el usuario conozca los aspectos positivos y las consecuencias negativas de las diferentes sustancias consideradas adictivas –y sobre todo de las que utiliza– en términos individuales y grupales, impulsar no solo el conocimiento, sino el manejo por el usuario de los efectos negativos, para reducir sus consecuencias. (Menendez, 2012, p.15.).

g) Impulsar la construcción y/o reconstitución de redes sociales de protección, de sostén, de ayuda mutua entre los usuarios de las sustancias consideradas adictivas (Menendez, 2012, p.15.).

Reconocer que una parte de los consumidores, aun con graves consecuencias físicas o mentales, no busca ni quiere tratamientos médicos; incluso los rechaza y por lo tanto no va a los servicios de atención de ningún tipo. (Menendez, 2012, p.15.).

Resulta interesante hacer un análisis vinculado al presente objeto de estudio, sobre como las políticas de reducción de daños, encajan o no en las etapas motivacionales del cambio y si desde la evidencia, estas pueden ser replanteadas.

Desde lo detallado anteriormente, en el modelo de etapas motivacionales del cambio, en la etapa de pre contemplación, contemplación y hasta preparación, el usuario podría optar por prácticas de reducción de daños, sin embargo, en las etapas de acción y de mantenimiento, no, ya que exigen abstinencia, y es donde cabe la duda de si al imponer esta mirada de salud en base a la abstinencia, ¿acaso no se afectaría la relación terapéutica?

Podemos decir, que se hallan implícitas las prácticas prohibicionistas del consumo de drogas, en el tratamiento psicológico. Hasta qué punto entonces es funcional el hecho de medir el éxito del tratamiento en una abstinencia total, y además si solo la abstinencia está planteada como objetivo terapéutico, podría dejarse de lado la

demanda del mismo usuario que puede ser lograr salir de la adicción, pero manteniendo un consumo controlado, y que entre otras cosas podría aliviar la culpa por la recaída, mejorando la ansiedad y logrando objetivos más realistas.

Tomando en cuenta además que, según la evidencia, la droga y su conceptualización como “mala”, ha sido parte de un tejido histórico con intereses políticos y sociales asociados.

La resolución de la semántica de la cultura de la droga, como la de todas las semánticas, se ejecuta en la pragmática. La droga es mala porque es mala, es decir porque así ha sido definida. Su maldad no es ontológica, ni moral (al menos en el sentido en que moralidad implica cierto grado de acuerdo, de diálogo, de alteridad reconocida) sino performativa. Al ser símbolo del mal, este no le es ni ajeno ni exterior, ni causado ni concedido, ni infectado ni participado; le es de suyo «natural», le es inmanente. No requiere pues demostración, porque la droga es el fundamento de toda demostración del mal. (Garrido, 1999, p. 2).

Es decir, si el enfoque terapéutico, deja de lado a la droga como “mala”, como prohibida y más bien se enfoca a elementos psicológicos más profundos y potentes como: La mejora del autocontrol, el autoconocimiento psíquico, inteligencia y gestión emocional, mejoría de habilidades sociales, terapia familiar y apoyo social y comunitarios, es mucho más probable el éxito del tratamiento.

CAPÍTULO 4.- Etapas motivacionales del cambio del Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico del cambio, se denomina así porque atraviesa veintinueve teorías psicológicas que las analiza comparativamente, siendo las teorías relevantes hacia finales de los años setenta para explicar cambios en el comportamiento en las personas con consumo problemático de drogas, permiten comprender cómo las personas cursan estos procesos de cambio, por voluntad propia y con intervenciones terapéuticas.(Prochaska et al., 1994)

A inicios de los noventa, en Estados Unidos de Norte América y en varios países Europeos, el Modelo Transteórico tuvo una incorporación paulatina en las investigaciones que versaban en torno a una gran cantidad de comportamientos identificados como riesgosos para la salud. De esta manera diferentes publicaciones evidenciaban que el modelo tenía su potencial para brindar una explicación a las distintas etapas de cambio en los comportamientos. Posteriormente el modelo fue usado para desarrollar nuevas intervenciones en otros campos de la salud como el consumo de dietas adecuadas y la adopción de prácticas deportivas regulares. (Cabrera, 2000, p. 3). Actualmentese lo utiliza en gran variedad de áreas que necesitan conocer sobre el proceso de cambio comportamental así, por ejemplo, las etapas de motivación en la diabetes. (Arcilla et al., 2017)

En un principio las etapas del cambio fueron planteadas desde una mirada lineal y secuencial del fenómeno de cambio, pero con su desarrollo progresivo, se dieron cuenta que es imposible aquella óptica, siendo la visión más apropiada y cercana a la realidad, enfocar la tendencia al cambio en una espiral dialéctica. Además observaron que las recaídas son una regla más que una excepción, entonces se percatan que la espiral podía explicar de mejor forma esa situación de regresión de etapas.(Zamarripa, 2010, p.75).

4.1 Premisas del modelo

El modelo se fundamenta sobre la premisa respecto que el cambio comportamental debe ser visto como un proceso y que los seres humanos presentan diferentes escalas de motivación, y de intención de cambiar de forma particular. Viendo

lo anterior se puede planear programas que den respuesta a la individualidad, es decir a las necesidades de cada persona dentro de su contexto social-cultural.

El modelo se sustenta sobre presupuestos del origen y naturaleza del cambio de comportamiento y de las características de las intervenciones que pueden facilitar dicho cambio. (Cabrera, 2000, p. 4). Las premisas del modelo nos dicen lo siguiente:

1.- No existe alguna teoría o modelo que tenga capacidad de respuesta total sobre el cambio comportamental por su complejidad per se. (Cabrera, 2000, p. 5)

2.- El cambio se va dando dentro de un proceso que es secuencial en etapas, en una espiral ascendente del cambio. (Cabrera, 2000)

3.- Estas etapas secuenciales son estables pero dispuestas y aperturadas al cambio, tal cual ocurre con los factores de riesgo comportamental. (Cabrera, 2000, p. 5)

4.- La mayor parte de las poblaciones de riesgo no se encuentran preparadas para tomar acciones de cambio en sus vidas y, en tal razón, no se pueden beneficiar de los comunes y tradicionales programas de información, educativos o preventivos dirigidos a las conductas de riesgo. (Cabrera, 2000, p. 5)

5.- Sino se planifica las intervenciones, acorde las etapas de cambio, las personas (grupos e individuos), no podrán avanzar en la mismas siendo muy probable que permanecerán estancados. (Cabrera, 2000, p. 5)

6.- Se puede mejorar notablemente la prevención en salud, la educación y la promoción de la salud si se aborda desde el paradigma de las etapas motivacionales del cambio, en contraposición al clásico paradigma de acción. (Cabrera, 2000, p. 5)

7.- Es fundamental aplicar los procesos del cambio en concordancia con las etapas motivacionales del cambio y por supuesto las intervenciones deben diseñarse según las etapas de cambio propias de cada grupo o individuo. (Cabrera, 2000, p. 5)

8.- Los comportamientos están sometidos de cierta manera por factores biológicos, sociales y de autocontrol-individuales. (Cabrera, 2000, p. 5)

9.- Se mejoran y complejizan las intervenciones si se cambia la acogida de las personas de una posición reactiva por una proactiva de parte de los prestadores de salud, es decir en vez de esperar a que las personas cambien, y generen conciencia de su

situación por sí mismas, se puede apoyar en esa movilización al cambio con estrategias terapéuticas (Cabrera, 2000, p. 5).

10.- Se convierte en un reto el dirigirse con intervenciones inherentes a la salud comportamental, que estén orientadas hacia la población, con apoyo de estrategias y que den soporte ambiental a los cambios pronosticados. (Cabrera, 2000, p. 5)

Ahora bien, además de las etapas motivacionales del cambio se identifican 10 procesos del cambio los cuales permiten una explicación de cómo se producen los cambios que se indican más adelante, los cuales se ubican entre los acercamientos mayormente efectivos para aportar al cambio, realizando el estudio mediante la comparación de personas que acudían a tratamientos profesionales con quienes cambiaron por sí mismos. (Prochaska, 1999, p. 2)

Los autores Prochaska Y DiClemente que plantean este modelo, refieren sobre la tridimensionalidad del mismo, que se contempla en sus: estadios-fases o etapas, procesos y niveles, que brindan una concepción general, y a la vez diferenciada del cambio en cuanto a las conductas adictivas. Este modelo ha recibido un sustento empírico significativo, en cuanto a su capacidad para describir y predecir el proceso de cambio. El autor Prochaska expresa que descubrieron que el cambio es un proceso que se va dando con el paso del tiempo. Lo que implica una progresión mediante seis estadios o fases: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantención y finalización.(Prochaska, 1999, p. 2). En palabras del autor: “Las personas nos enseñaron que el cambio implica una progresión a través de una serie de fases” (Prochaska, 1999, p. 2)

Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos...(Cabrera, 2000 p.3)

4.2 Etapas motivacionales del cambio

Implican el momento de los cambios específicos en las intenciones y comportamientos, pero entendiendo desde este modelo que las personas no avanzan linealmente a través de las etapas de cambio.(Mayor S., 1995, p. 131). Estos son:

Pre-contemplación. - Siendo el estadio en el cual las personas no desean cambiar, no hay ninguna intención de cambio y pueden estar en esta fase porque no

poseen la información suficiente o están mal informados sobre las consecuencias de su conducta presente, pudieron haber intentado un cambio, pero fallaron, lo que desmotivó seguirlo haciendo. En este estadio la gente evita hablar de sus conductas de riesgo elevado y subestiman los aspectos positivos del cambio o sobre estiman cuanto les puede costar cambiar. (Prochaska, 1999, p. 2).

Además, los problemas relacionados a su conducta en este caso de consumo de drogas, son minimizados o simplemente no los ven, aunque alrededor de ellos exista muchas personas que ven los mismos, así sus familiares, amigos, compañeros, vecinos, personas significativas, (Prochaska et al., 1994, p. 4), es decir existe una ego sintonía en su relación con el consumo que impide puedan observarse.

Cuando una persona en esta etapa se presenta a terapia psicológica es frecuente que lo hagan por presión de otras personas, siendo que comúnmente se sienten presionados para cambiar por ejemplo una pareja que le amenaza con separarse, unos padres que amenazan con su repudio, o por las entidades que administran justicia que amenazan con castigos. Es probable que mientras dure la presión muestren intenciones de cambio, sin embargo, ni bien desaparece la presión vuelven rápidamente a sus mismos hábitos de consumo. (Prochaska et al., 1994, p. 4).

Como señala Prochaska et al., (1994), “La resistencia a reconocer o a modificar un problema es la señal de la precontemplación”(p. 5).

Contemplación.- Se caracteriza por ser la fase en la cual las personas son conscientes que tienen un problema e inician a pensar en la manera de superarlo, pero sin compromiso de ir hacia a la acción (Prochaska et al., 1994). Demuestran que son conscientes de las ventajas del cambio, pero también las de mantenerse sin cambiar. Si las personas inician la contemplación de forma consciente, el darse cuenta cual es el valor del cambio puede aumentar. Pero al equiparar los beneficios de cambiar y los costos de no hacerlo puede incitar una ambivalencia difícil. La misma que podría verse como una relación odio - amor, y podría estancar a las personas en este estadio durante un largo tiempo, este fenómeno se lo denomina <contemplación crónica>. Las personas en esta fase aún no están preparadas para los programas orientados a la acción que es lo necesario en un tratamiento. (Prochaska, 1999, p 3).

Otra cuestión importante en esta etapa es el ubicar en la balanza a los pros y contras del problema y la solución, las personas en contemplación parecen combatir con sus creencias positivas de la conducta adictiva, perdiendo una gran cantidad de energía y de esfuerzo para superar el problema.(Prochaska et al., 1994, p. 5)

Es común que los contempladores tengan buena información respecto a la búsqueda de alternativas para dejar de consumir, pero no hacen nada al respecto, siendo conscientes de la necesidad del cambio y de los efectos negativos del consumo en sus vidas y es probable que tengan que pasar meses, a veces años es esta etapa, considerada además como una etapa paradójica de las personas, claro en relación a esa gran ambivalencia que atraviesan, e incluso investigaciones indican que en esta etapa existen cuadros depresivos, siendo ahí fundamental la labor del terapeuta en cuanto ayudarle a que incline la balanza decisoria hacia el cambio ya que las personas están dispuestas a escuchar e informarse en esta etapa. (Miller & Rollnick, 2002, p. 208)

Afirma Prochaska et al., (1994), “El elemento central de la etapa de contemplación es la firme consideración en la resolución del problema” (p. 5).

Preparación.- En este estadio los individuos tratan de accionar dentro de su futuro inmediato, y han realizado ciertas mejoras en sus dificultades de conducta, pero sin alcanzar un criterio para una acción efectiva, como el dejar de consumir la sustancia (Prochaska et al., 1994, p. 5), por lo regular se proponen iniciar el mes siguiente o han realizado algo significativo para cambiar en el año anterior. Las personas en esta fase generan cierto plan de acción, como por ejemplo acudir a un grupo de ayuda, buscar consejería o asesoramiento ya sea hablando con un profesional o buscando alguna fuente de información. Estas personas son consideradas como los mejores perfiles para iniciar el tratamiento en programas breves que dirijan a la acción. (Prochaska, 1999, p. 3-4).

En palabras de Prochaska et al., (1994), “es la etapa que combina intención y criterio de comportamiento” (p. 5).

Acción.- Es la etapa en la que cada persona cambia su conducta, experiencias o su entorno con la finalidad de resolver sus problemas, denotando un considerable compromiso que demanda su tiempo y energía por mejorar, lo que favorece en momentos el reconocimiento social, (Prochaska et al., 1994, p. 5).

En esta fase las personas han realizado ciertos cambios visibles en su estilo de vida aproximadamente en su último medio año. Pero no todos los cambios son visibles ni todas las modificaciones del comportamiento son acción y no se debe basar en la simple mejoría estadística sino más bien debe existir una mejoría clínica real, donde lo ideal es la recuperación. (Prochaska, 1999, p. 4)

A veces las personas incluso los profesionales, suelen igualar de forma equivocada a la acción con el cambio, lo que conlleva a que a que pasen por alto todo el trabajo previo y que prepara al cambio para su acción, además de los fundamentales esfuerzos para mantener los cambios que continúan a la etapa de acción. (Prochaska et al., 1994, p. 5).

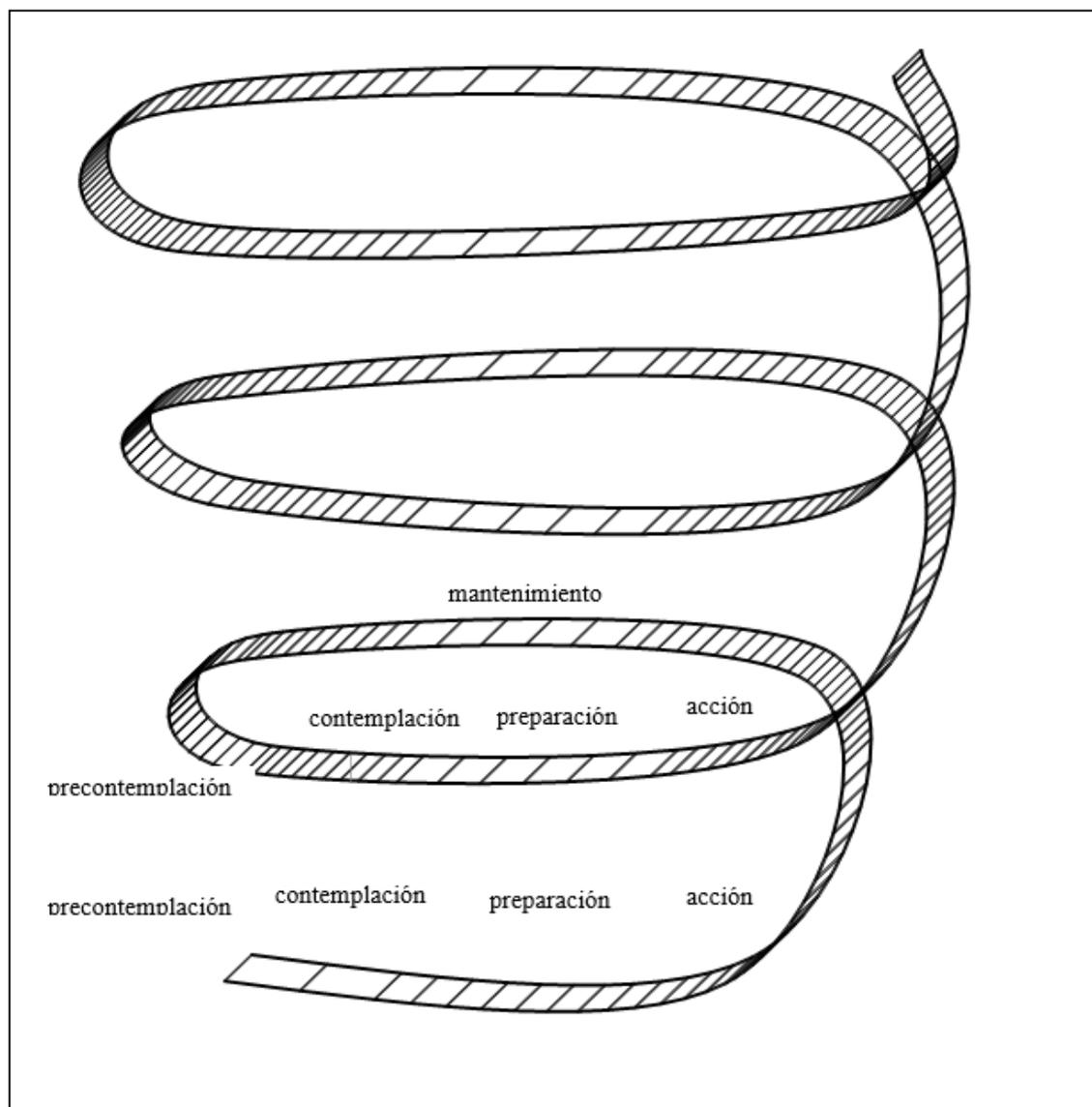
Se establece que para estar en esta etapa de acción, las personas han cambiado con éxito su conducta adictiva durante un periodo entre un día a seis meses, lo que significa que han conseguido la abstinencia en ese periodo de tiempo, así por ejemplo si han bajado su consumo de cigarrillo a un 50% y han cambiado a cigarrillos bajos en nicotina, estos son considerados cambios de comportamiento que podrían preparar mejor a las personas para que avancen a la acción, sin que sea que se encuentren en la etapa de acción con éxito. (Prochaska et al., 1994, p. 5).

Mantención. - Es el estadio o fase en el cual las personas se encuentran haciendo todo lo posible para imposibilitar la recaída, es decir se encuentran en abstinencia del consumo, intentando consolidar los resultados que obtuvieron en la etapa de acción, pero sin aplicar los procesos de cambio, que veremos más adelante, como en el estadio de acción. Se encuentran con menor provocación hacia la recaída y con mayor confianza en continuar su cambio. En base a varios datos de las personas en cuanto a su autoeficacia y tentación que experimentan, se ha considerado que esta fase puede durar de 6 meses a 5 años. (Prochaska, 1999, p. 4)

Tradicionalmente esta etapa de mantenimiento se la veía de manera estática, sin embargo, se la considera como una continuación del cambio, y no una ausencia del mismo. (Prochaska et al., 1994, p. 6)

Refiere Prochaska, et al., (1994), “Estabilizar el cambio del comportamiento y evitar la recaída son los signos de la etapa de mantenimiento.” (p. 6).

Figura 1.- Modelo espiral de las etapas del cambio



Tomado y adaptado de: Prochaska et al., 1994, p. 6

Este patrón espiral del cambio, se genera a raíz del evidenciar que el patrón lineal del cambio es relativamente extraño en las conductas adictivas, y que la mejor forma de explicarlo es un modelo espiral que ilustra cómo las personas generan ese movimiento del cambio, mediante las etapas del mismo, de precontemplación a contemplación, a preparación, a acción y a mantenimiento, reconociendo que muchas personas vuelven a consumir o tienen una recaída, durante la cual regresan a etapas anteriores. Algunas personas podrían sentirse recaídas, avergonzadas, fracasadas y

podrían volver a la etapa de precontemplación quedándose en esa un buen tiempo, otros y la gran mayoría vuelven a contemplación, preparación (Prochaska et al., 1994, p. 6)

4.3 Fases de la terapia:

Los autores indican que los estadios propuestos arriba, permiten a las personas llegar a sus fases en la terapia, el tratamiento, entre otras intervenciones planificadas, señalando cinco fases que son: reclutamiento, retención, progreso, proceso y resultados. (Prochaska, 1999, p. 6)

Reclutamiento.- Indica sobre cuantas personas se adhieren al inicio del tratamiento, cuantas personas se puede reclutar y en cuanto al consumo problemático de drogas se ve que falla en este primer paradigma que indica la orientación a la acción y sin tomar en cuenta la etapa motivacional del cambio, es decir los programas de tratamiento suelen orientarse a la acción, pero las personas se encuentran en su mayoría en pre-contemplación o contemplación, por tanto se debe iniciar en esta fase de la terapia con un enfoque basado en el estadio de la persona. Por otro lado, el paradigma pasivo – reactivo que indica que los profesionales de salud esperan que lleguen las personas a la consulta y ahí brindar atención inmediata, esto en vista de que este paradigma pasivo – reactivo está diseñado para condiciones agudas ahí resulta. Entonces se debe cambiar por un paradigma de práctica proactiva. (Prochaska, 1999, p. 6-7)

Retención.- Que tiene que ver con que los terapeutas no retienen a suficiente a las personas, por tanto existe un elevado número de personas que desertan del tratamiento y el por qué se debe, a que los tratamientos no toman en cuenta la etapa motivacional del cambio, así por ejemplo se aplica abordajes orientados a la acción como por ejemplo programas de prevención de recaídas, que en el caso de la mayoría de personas que inician tratamiento se encuentran en pre contemplación por tanto se retiran, ya que ese abordaje no toma encuentra su momento del cambio que implicaría trabajar de otra manera. Por tanto, se debería suministrar tratamientos que encajen o hagan juego con la etapa motivacional del cambio de las personas. (Prochaska, 1999, p. 10)

Progreso. - también llamada fase del efecto, que indica, el qué lleva a las personas a desarrollar o progresar en la terapia a obtener ese efecto deseado, es así que

la investigación lleva a determinar que dependiendo de la etapa motivacional del cambio se pueden establecer metas para el progreso diferentes a cada etapa, así si la meta es la abstinencia del consumo existe más probabilidad de obtenerla en personas en etapa de acción que en pre-contemplación, contemplación. Entonces se debe disponer de metas realistas para las personas en cada etapa del cambio y la disposición de las mismas puede permitir que ingresen más personas en terapia, se mantengan en ella, avancen y continúen progresando una vez que ha culminado el tratamiento. (Prochaska, 1999, p. 11-12)

Los Procesos. - Hacen referencia a la segunda dimensión del modelo que brinda respuestas sobre cómo suceden estos cambios. Estos procesos son básicamente actividades que abarcan varias técnicas, diversos métodos de intervención con diferentes orientaciones teóricas, siendo precisamente por eso que se llama modelo Transteórico. (Mayor S., 1995, p 134).

Los procesos de cambio son:

Aumento de conciencia: La persona obtiene más información sobre ella misma y respecto de su problema, tanto de profesionales como textos que le permiten ir elaborando interpretaciones, observaciones, confrontando su propia información. (Mayor S., 1995, p. 135)

Autoevaluación: Logra evaluar sus creencias y sentimientos asociados al problema, esclareciendo sus valores, consigue realizar cierta corrección de experiencias emocionales. (Mayor S., 1995, p. 135)

Auto liberación: La persona decide y ejecuta un comprometimiento en actuar, creyendo en su propia capacidad de cambio, va consiguiendo una creencia favorable hacia el cambio. (Mayor S., 1995, p. 135)

Contra condicionamiento: El individuo obtiene nuevas alternativas sustitutorias hacia los problemas conductuales, es así que se entrena en: relajación, auto estados positivos, desensibilización, aseveración. (Mayor S., 1995, p. 135).

Control de estímulos: El sujeto evita los estímulos que detonan las dificultades conductuales así, por ejemplo: evita poseer alcohol en casa, lugares y situaciones de riesgo. (Mayor S., 1995, p. 135).

Autogobierno: Consiste en la vigilancia de sí mismo, realizándolo con y sin apoyo de otras personas, en cuando a sus logros obtenidos dentro del proceso de cambio, por ejemplo: llevar auto registros de emociones, pensamientos en determinados momentos, controles de contingencia. (Mayor S., 1995, p. 136).

Relaciones de ayuda: El mantener su grupo terapéutico o su terapia individual con la adecuada alianza terapéutica (Mayor S., 1995, p. 136).

Relieve dramático: Favorece que la persona diga lo que siente ante las dificultades, además de brindar soluciones, así se entrena con técnicas como el juego de roles. (Mayor S., 1995, p. 136).

Reevaluación ambiental- Implica promover la evaluación cognitiva y emocional sobre la repercusión de los comportamientos propios, sobre el ambiente social, entonces el entrenamiento en empatía, el dilucidar valores, favorece la reflexión. (Prochaska, 1999, p. 15)

Liberación social: Se relaciona con la capacidad de la persona, para incrementar alternativas conductuales no problemáticas factibles en la sociedad. (Mayor S., 1995, p. 136)

Las etapas del cambio proporcionan información proscriptiva y prescriptiva en las alternativas del tratamiento de las personas (Prochaska et al., 1994, p.8)

Ahora veamos la tercera dimensión del modelo Transteórico del cambio que habla sobre los cambios necesarios para renunciar a una conducta adictiva, y se organizan en 5 niveles jerárquicamente: 1.- Síntoma - situacional, 2.- Cogniciones desadaptadas, 3.- Conflictos interpersonales actuales, 4.- Conflictos sistémicos-familiares y 5.- Conflictos intrapersonales. (Mayor S., 1995, p. 137, 138)

El modelo Transteórico se prefiere intervenir inicialmente en el primero siendo el síntoma – situacional, en vista que es allí donde suele darse el cambio con mayor rapidez, además que esto por lo regular representa la demanda del usuario, o la razón inicial que acuda a terapia. Siendo que mientras más avancemos en la jerarquía la persona presente menor conciencia de sus conflictos. (Norcross & Goldfried, 2005)

Los niveles establecidos obedecen a las diferentes posiciones teóricas en psicoterapia así: el nivel síntoma-situacional es comúnmente abordado en cuando a sus

determinantes por los terapeutas de conducta, las cogniciones des-adaptativas por los cognitivistas, los conflictos sistémicos-familiares por precisamente terapeutas familiares, y los conflictos intrapersonales por los terapeutas analistas. (Norcross & Goldfried, 2005)

Desde el modelo Transteórico del cambio se predice que mientras más profundo esté el nivel a cambiarse, es probable que la terapia sea más larga y compleja, además que sea mayor la resistencia de los usuarios (Prochaska Y Diclemente, 1984).

Es importante enfatizar que cuando se produce el cambio en estos niveles no son cambios independientes, siendo probable que se den cambios en otros niveles, así por ejemplo al trabajar a nivel sintomático los mismo comúnmente implican conflictos intrapersonales, y las cogniciones des-adaptativas a frecuentemente denotan creencias o normas familiares / sistémicas. En el modelo Transteórico los terapeutas están preparados para abordar los 5 niveles, pero la preferencia es el primero de ellos. (Norcross & Goldfried, 2005)

En este modelo se analiza la necesidad de evaluar la etapa en la que se encuentra la persona en su relación a querer cambiar para ajustar las intervenciones terapéuticas como un traje a la medida.(Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994, p. 13), además que la mayoría de personas no progresan linealmente y esta teoría ofrece un modelo de puerta giratoria, mediante las diferentes etapas del cambio, los individuos versan varias veces entorno al círculo de las fases o estadios del cambio, antes de conseguir sus objetivos a largo plazo. (Balarezo & Lima, 2009, p. 102).

CAPÍTULO 5.- La Relación Terapéutica

La relación terapéutica se ha estudiado desde la psicología clínica en cuanto a su desarrollo teórico e investigativo desde el siglo XIX, siendo Sigmund Freud quien implantó la noción de relación terapéutica en sus textos hacia fines del siglo XIX. Esta noción fue evocada y retomada después por varios representantes de las teorías modernas en torno a la psicoterapia. (Arango & Moreno, 2009, p. 136) Es importante tomar en cuenta desde el aporte psicoanalítico como en la relación terapéutica surgen además los conceptos de transferencia positiva y otra negativa, siendo la primera una transferencia de sentimientos cariñosos y otra de sentimientos hostiles. (Freud, 1912, p. 98)

El autor L. Balarezo afirma que todas las corrientes psicológicas indican sobre la relación terapéutica, es fundamental en la labor clínica, independientemente de las técnicas empleadas. Así esta relación terapeuta – paciente, terapeuta – persona que busca o necesita ayuda, es una variante de la relación interpersonal que se caracteriza por la condición de que en la misma uno de los integrantes, es la persona que busca ayuda o la necesita y la otra parte es el terapeuta el cual establece un marco apropiado para que se desarrolle el cambio terapéutico. Se debe tomar en cuenta que la relación terapéutica está cargada de significaciones del pasado, como de contenidos conscientes e inconscientes, así como de factores inespecíficos que contienen aspectos como la empatía, tolerancia, autenticidad y de ambas partes (persona en busca de ayuda y terapeuta), es decir cada uno lleva su histórico a la relación, lo que caracteriza a cada uno y hace la relación terapéutica única. (Balarezo, 2014, p.168, 172)

Es una forma particular y diferenciada de relación interpersonal caracterizada por la condición de que, en ella, uno de los integrantes (paciente/cliente), busca ayuda en el otro (terapeuta/asesor), quien proporciona el marco adecuado para que se produzca el cambio terapéutico o desarrollo personal bajo condiciones específicas. (Balarezo, 2014, p.171)

Es importante considerar que la relación terapéutica es un elemento fundamental, quizás el factor más importante para la efectividad de la psicoterapia con este tipo de usuarios de salud mental (Safran & Muran, 2000).

Algunos autores como Lambert, Shapiro & Bergin, 1986, Ahn & Wampold, 2001; Lambert y Barley 2001, han concluido que la relación terapéutica explica un 30

% de la mejoría de los pacientes, operando de forma común en varias corrientes psicoterapéuticas. (Baxter et al., 2008, p. 561–563)

Pero veamos que implica una relación terapéutica, así vista también como alianza terapéutica, denota características que tienen que ver con ambas partes (persona en busca de ayuda y terapeuta), indicamos: la naturaleza colaborativa de la relación, el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta, y la capacidad del terapeuta para estar de acuerdo en los objetivos del tratamiento y sus tareas. Pero uno de los componentes que llama la atención y que se incorpora en la relación terapéutica, es la empatía, siendo la capacidad de comprender los pensamientos y sentimientos de los demás, comprendiendo que los mismos son diferentes de los propios (López, Filippeti & Richaud, 2014) citado en: (Baxter et al., 2008, p. 561–563)

Además de la anterior se indican otras habilidades que el psicoterapeuta son necesarias para establecer la relación terapéutica así: la adaptación a las necesidades del paciente, la expresión abierta de interés, la actitud cálida y el diálogo fluido. (Baxter et al., 2008).

Esta cooperación que se establece entre terapeuta y persona que busca o necesita ayuda, es entendida como trabajar junto con el otro en una relación de ayuda recíproca entre consultante y terapeuta. (Arango & Moreno, 2009, p. 141). White (2002) nos refiere que es indispensable y fundamental la confianza que debe haber de parte del consultante hacia el terapeuta, para que acepte nuevas y distintas posibilidades, sintiéndose comprendido por éste (White, 2002), citado en: (Arango & Moreno, 2009, p. 142)

Señalaremos que en la relación terapéutica según investigaciones se ha hecho evidente la presencia de cuatro factores dentro de los enfoques modernos considerados así: (conductual, cognitivo, humanista centrada en el cliente), siendo comunes a todas las terapias modernas. El primero que es la empatía, la cual implica la capacidad del terapeuta de ponerse en los zapatos del otro es decir en la situación del consultante para así que este se sienta comprendido, de manera tal que se evidencie en los gestos, actos con comunicación (verbal y no verbal) del terapeuta que irradia tranquilidad hacia el consultante así se provocará que se siente comprendido. El segundo elemento o factor es la flexibilidad, entendida como la capacidad que tiene el terapeuta para ir adaptando sus propias actitudes, su forma de ser, además de las técnicas empleadas en sintonía con

necesidades propias de cada persona consultante (Fiorini, 1992). El tercer elemento es la iniciativa del terapeuta siendo vista como la capacidad del terapeuta para realizar la conducción del proceso psicoterapéutico, por ejemplo, realizando preguntas y provocando motivación hacia el consultante (Fiorini, 1992). El cuarto y último factor es la actitud docente del terapeuta, que da cuenta en la posición de experto que usa dentro del proceso psicoterapéutico (Fiorini, 1992; Cormier & Cormier, 1994). Citado en: (Arango & Moreno, 2009, p. 143)

En los enfoques postmodernos que son herencia de la terapia familiar, misma que se ubica entre la modernidad y postmodernidad, los enfoques más destacados son: la terapia sistémica en la segunda etapa de la Escuela de Milán, la terapia breve centrada en soluciones, la terapia narrativa y la terapia desde una postura construccionista. Entendiéndose como tales a aquellos que se basan en dos aspectos prácticos y uno filosófico. Así los aspectos prácticos son: 1) que no se fijan en las estructuras patológicas que son parte del síntoma y 2) que se focalizan en la interacción familiar entre sus miembros y la actitud de estos frente al problema” Geyerhofer y Komori (2000) (p. 175). Citado en (Arango & Moreno, 2009, p. 143,144). En cuanto al aspecto filosófico es una postura posestructuralista, en donde el lenguaje es fundamental y la crítica a la modernidad está presente (Hoffman 1996; citada en McNamee y Gergen, 1996). Citado en (Arango & Moreno, 2009, p. 143,144). En estos enfoques postmodernos en cuanto a la relación terapéutica, se puede analizar que las técnicas son menos rígidas, dando mayor importancia a la flexibilidad del terapeuta. Partiendo de ahí, es procedente reflexionar cómo el concepto de relación terapéutica, más allá de ser un componente inherente a la terapia, se va dando como una construcción permanente que tiene que ver con la acción del terapeuta, que consiste en acertar con los otros para de esta forma co-construir los cambios que aportan al bienestar de la persona que lo necesita. (Arango & Moreno, 2009, p. 143, 144).

A manera de conclusión de este enfoque posmoderno, se ve que se dirige a ampliar y ver de forma compleja esta lectura sobre de la relación entre terapeuta y consultante. Aquí se da mucha importancia a la postura ética del terapeuta, vista desde el respeto y curiosidad, la responsabilidad en conjunto sobre el cambio, y lo valioso del lenguaje en el ambiente terapéutico. Así mismo las terapias posmodernas, menos la terapia breve, enfatizan más en el proceso psicoterapéutico que los resultados(Arango & Moreno, 2009, p. 143, 144).

“Se concluye que la relación terapéutica es una construcción social que se transforma constantemente en el quehacer del terapeuta, que está ubicada en un contexto histórico y social y que responde a las necesidades y condiciones del momento”. (Arango & Moreno, 2009, p. 143,144).

5.1 La relación interpersonal vista desde la filosofía Spinozana.

Es útil a los hombres, ante todo, asociarse entre ellos, y vincularse con los lazos que contribuyen a que estén unidos, y, en general a hacer aquello que sirva para consolidar la amistad. (Spinoza, 2009, p. 206).

Conforme el pensamiento de Baruch Spinoza (2009, p. 99), el cuerpo de los seres humanos tiene la capacidad de afectar y ser afectado de varias formas, y es por esto que su potencia de vida aumenta o disminuye o que se queda igual. Pero cuando esta se aumenta, el mismo amplía su existencia convirtiéndose en la causa adecuada de su vida.

Desde esta posición Spinozana, el afecto cobra mucha importancia y el autor habla de las afecciones del cuerpo mediante las cuales se aumenta o disminuye la potencia de obrar de ese mismo cuerpo, siendo el proyecto ético de cada persona el descubrir cuales afecciones somos capaces de producir, para ampliar nuestra potencia de actuar, obrar, existir y de despertar en los otros, ese potencial de ir en búsqueda de alegría siendo una afección positiva. Además, que esa capacidad de afectación del cuerpo en relación a otros cuerpos que implica, afectar y ser afectado por otros cuerpos y así se fortalece, se regenera y se transforma partiendo de la capacidad de afección del ser (Spinoza, 2009).

Marilena Chaui en su interpretación parte de la visión Spinozana, nos indica que el individuo es un ser dinámico, ya que su equilibrio interno se va dando por movimientos internos continuos en relación con las relaciones externas constantes. Es de esta manera que se forma un sistema de acciones y reacciones. Por lo tanto, el cuerpo es relacional en dos sentidos, el primero porque está conformado por relaciones internas entre sus órganos y el segundo por relaciones externas con las personas y por afecciones entre nosotros y son precisamente esas relaciones entre cuerpos que son necesarias para conservarse, regenerarse y transformarse entre todos. (Chaui, 2000, p. 116), y si se amplía esa relación con otros cuerpos, siendo mayores las afecciones entonces incrementan las posibilidades que posee ese cuerpo. (López, 2015, p. 5)

La autora López nos indica que un cuerpo no es únicamente una singularidad interconectada en equilibrio, sino además presenta la capacidad de afectar a otros cuerpos y de ser por ellos afectado sin destruirse. Existiendo regeneración mutua continua e infinita entre los mismos. Es así que un cuerpo es por lo tanto una unión de cuerpos. (López, 2015, p. 5)

Otros autores resaltan la importancia de la calidad afectiva así mencionan:

“El componente del vínculo de la alianza consiste en la calidad afectiva de la relación entre paciente y terapeuta (por ejemplo, el grado en el que el paciente se siente comprendido, respetado, valorado, etc.)” (Safran & Muran, 2005, p. 39)

El mismo Freud en cierta medida pudo reconocer el rol de la amistad y el afecto como el vehículo del éxito del psicoanálisis (Safran & Muran, 2005, p. 32).

Pero desde esta visión Spinozana cabe señalar el papel que desempeña el deseo en contra posición a la visión psicoanalítica que ven al deseo como falta o como necesidad así desde la posición Spinozana que disiente con este concepto y más bien el deseo es una potencia productiva o de actuar, es decir que nos lleva hacia algo, hacia la existencia. (Cherniavsky, 2007, p. 4)

Así cobra relevancia el termino conatus que implica el deseo, y que se refiere a la esencia de cada cosa y la vez de todas las cosas en su conjunto, por perseverar en su ser o también llamado potencia de actuar (Cherniavsky, 2007, p. 48, 49).

Autores como Marielena Chaui, 2009, nos invita a pensar en que “la posibilidad de la acción reflexiva del alma se encuentra, por lo tanto, en la estructura de la propia afectividad: es el deseo de alegría lo nos mueve rumbo al conocimiento y a la acción. Tenemos pensamientos y actuaciones no contra los afectos, sino gracias a ellos.” (p. 40).

Es decir que se le da su lugar a la afectividad en vinculación con el deseo de la alegría que mueve a las personas hacia la acción, estando a la par pensamientos, afecto y conductas en una interacción constante. Por su parte Negri, 2012, indica que el afecto es decir como valor que se produce siendo subjetividad, es indestructible (p. 118). Entonces este autor nos presenta la producción del valor afecto que se refiere a que podemos los seres humanos ser productores de afecto y este en sí mismo es un valor. Lo

que lleva a la reflexión de que no solo se produce lo material, o en este sistema capitalista, solo el tener monetario, también podemos ser productores de afecto, que incrementa nuestra fuerza de vida en el intercambio con las personas somos más potentes en la existencia.

Además, indica Negri sobre la vida afectiva la cual se ha convertido en una de las manifestaciones de la herramienta de trabajo dentro del cuerpo humano. Es decir que el trabajo, en la manera como se muestra hoy por hoy, no simplemente es productor de riquezas sino también, y lo más importante, de lenguajes que generan esas riquezas, además que las interpreta y gozan de ella. Estos lenguajes son racionales como afectivos. Vemos como esto repercute en la definición de los sujetos ya que antes era la clase obrera la única representante del trabajo productivo y ahora eso está en todas las personas o sujetos que tienen esta herramienta de trabajo, que se expresa en formas del lenguaje y afecto que producen potencias de vida. (Negri, 2001, p. 118).

Dentro de lo anterior se puede apreciar que para Spinoza es importante el proyecto ético que busca la activación de la afección de alegría que se traslade entre todos y active la potencia de actuar, lo que nos permitirá desarrollarnos como personas, favoreciendo el desarrollo del resto. Esto trasladado al ambiente psicoterapéutico donde se encuentran terapeuta y usuario, se lo considera muy importante porque se convierte en un espacio donde ambos se transforman al transmitirse su afección y que el terapeuta como la persona que brinda un servicio a alguien que lo necesita debe generar ese ambiente apropiado, terapéutico, donde fluya la afección positiva de alegría que transforma y sana, pero podría ser que la afección que genera sea de tristeza sin que identifique esta afección y que le provocaría probablemente al usuario el llamado efecto Iatrogénico. También que al querer mantenerse en el modelo estudiado o que mantenga una contaminación cognitivo - emocional a su modelo de abordaje el llamado allegiance effect (Opazo, 2001, p.73).

Así el terapeuta podría estar orientado a ver al usuario desde una etapa y lo ajuste a la misma para darse una explicación, pero en ese intento, acaso no podría también sesgarse y alejarse de la realidad de la persona que busca ayuda terapéutica y que el profesional no ve más allá del modelo, siendo la idea el poder identificar si el modelo estudiado permite o impide construir una relación efectiva, compartida entre sujetos, entre terapeuta y usuario.

Chauí, 2011 nos indica que “... en la acción y en la libertad, los humanos se descubren como concordantes y, sobre todo, descubren que su fuerza para existir y actuar aumenta cuando existen y actúan en común.” (p. 100).

En el ámbito terapéutico podría ocurrir que no actúan en común terapeuta y usuario, y que tampoco se permiten existir al no ser auténticos, entonces fallaría ese relacionamiento. ¿Pero el terapeuta es el llamado a favorecer técnicamente ese espacio terapéutico y al tener un modelo que le indica cómo debe mirar ese momento acaso no corre el riesgo de que, por querer ver al usuario desde esa óptica, pierde verlo como es, real y auténtico, tal vez eso repercutiría en la relación terapéutica? Y dentro de la posición Spinozana como se puede ver a la persona en su situación real, y establecer una relación con afección de alegría sino es permitiéndole ser ella misma, reconociendo sus diferencias y singularidad, dejando que fluya su espontaneidad para así construir juntos (terapeuta – usuario), las alternativas que mejor orienten su camino hacia los movimientos que le den sentido y le muevan de su sufrimiento, como es en el caso de las personas que abusan del consumo de alcohol u otras drogas.

Escuchar no es un acto pasivo, porque para escuchar primero debo dar la bienvenida al otro reconocerlo afirmar su alteridad darle entidad de otro, luego podré atender lo que dice. Escucharlo como prestación, como dación como un don hacia el otro eso es escuchar. (Han, 2017, p. 114)

Capítulo 6.- Marco Metodológico

El comportamiento humano, a diferencia de aquel de los objetos físicos, no puede ser entendido sin hacer referencia a sus propósitos y significados. Los datos cualitativos pueden brindar una profunda comprensión del comportamiento humano (Guba & Lincoln, 1994, párr. 10).

Para acercarnos a la comprensión de la vida de las personas, sabemos que nos encontramos frente al mundo subjetivo de las mismas y lo complejo de la situación, lo que nos dirige justamente hacia ir mucho más allá de la epistemología positivista de la ciencia que es estructurada, supuestamente neutral, objetivista, racional, determinista, etc., y cambiar a una óptica cualitativa.

Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelarizado, nunca pude aislar un objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional. Nunca he podido eliminar la contradicción interior. Siempre he sentido que las verdades profundas, antagonistas las unas de las otras, eran para mí complementarias, sin dejar de ser antagonistas. Nunca he querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad (Morin, 1997, p. 22).

Lo anterior provoca la reflexión sobre la importancia de la apertura del pensamiento en la investigación, reconociendo que siempre habrá contradicciones, incertidumbre, ambigüedad y claro que quien investiga va siempre con su subjetividad y debe reconocer que ese proceso de conocimiento de la realidad implica el ver las características citadas por Morín, además como indica Minayo (2010), los fenómenos de naturaleza humana solo pueden ser conocidos intersubjetivamente, o sea por medio de una participación vívida del sujeto investigador que se comprende en los fenómenos que busca comprender (p. 257).

Además, quien investiga está limitado por aquello que comprende, ya que es una persona humana, de la misma manera que su interlocutor, siendo que nunca podrá disponer de elementos capaces de llevarlo hacia la verdad pura. La investigación tendrá entonces un relativo éxito que dependerá de la información sobre la historia y contexto que el investigador tenga a su recaudo, además de tener su capacidad de empatía, es decir colocarse en el <<lugar del otro>> e interactuar con él, en el descubrimiento de su realidad particular (Minayo & De, 2010, p. 257).

La investigación con la metodología cualitativa es tan válida como la cuantitativa y su diferenciación está dada, en la variada utilidad y capacidad heurística que poseen, lo que las hace recomendables en casos y situaciones distintas. (Ruiz, 2003).

Es así que el acercamiento realizado a la realidad de las personas con consumo problemático de drogas, insertas en programas de tratamiento del Ministerio de Salud Pública, para comprender como viven y qué sentido les genera el abordaje psicoterapéutico imbuido con las etapas motivacionales del cambio, en vinculación con la relación terapéutica, además de conocer el criterio de los psicoterapeutas, sobre su ejercicio profesional, llegando a una comprensión e interpretación siendo estos los verbos de la investigación cualitativa (Minayo & De, 2010, p. 256, 258).

Hipótesis:

En los enfoques de investigación cualitativa se van desarrollando las hipótesis en el transcurso del estudio o al final del mismo (Hernández Sampieri et al., 2010, p. 12)

La misma indica que:

Las etapas motivacionales del cambio podrían convertirse en un modelo que encasilla y por tanto limita al ser humano, impidiendo verlo en su integralidad, esto si los terapeutas en su aplicación no tienen claridad en la concepción de las mismas y sin una visión clara respecto de la persona a la que brindan atención, esto va en detrimento de la relación terapéutica.

6.1 Nivel de profundidad de la investigación:

Descriptiva. - La presente investigación es descriptiva ya que intenta narrar las características principales y relevantes del objeto de estudio en este caso el nexo entre las etapas motivacionales del cambio y la relación terapéutica, mediante la búsqueda de respuestas inherentes al objeto de estudio. De la misma forma busca analizar los elementos principales relevantes del mismo. (Guerrero Useda, 1989).

“La investigación cualitativa produce datos descriptivos trabaja con las propias palabras de las personas, y con las observaciones de su conducta”.(Martínez Rodríguez, 2011, p. 13)

“La investigación cualitativa esencialmente desarrolla procesos en términos descriptivos e interpreta acciones, lenguajes, hechos funcionalmente relevantes y los sitúa en una correlación con el más amplio contexto social”.(Martínez Rodríguez, 2011, p. 11)

6.2 Diseño de la metodología

Metodología cualitativa – entrevistas en profundidad semiestructuradas.

6.3 Técnicas de recolección de información

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, que consiste en el empleo de preguntas abiertas, siendo flexible en la forma de su ejecución. En esta entrevista se procuró una relación entrevistador - entrevistado que propicie las respuestas con las propias palabras de último y por supuesto dentro de un margen de referencia inherente al tema de investigación y objeto de estudio. (Cerda, 2011, p. 260).

La entrevista en profundidad según Canales (2006), se define como una técnica que establece una relación de comunicación directa entre un investigador o entrevistador y una persona entrevistada con el cual se establece una vinculación característica, por ser dialógica, concentrada, de intensidad variable y espontánea (p. 219-220).

Además, la entrevista es una técnica de gran utilidad precisamente en la investigación cualitativa para recabar datos; conceptualizándose como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar, siendo un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial.(Díaz-bravo et al., 2013, p. 163)

En las entrevistas a profundidad el investigador favorece una interacción característica, que incorpora un lenguaje con preguntas abiertas, favoreciéndole la obtención de información puesta en el lenguaje verbal y no verbal del entrevistado, lo que la hace una técnica que obtiene información de doble tipo.(Canales, 2006, p. 219)

Este tipo de entrevistas en profundidad tienen un enfoque cualitativo en vista que permiten acceder a las maneras de pensar y sentir de los entrevistados que incluyen los aspectos de profundidad como son sus valoraciones, deseos, motivaciones y esquemas mentales de interpretación. (Canales, 2006, p. 219)

La entrevista a profundidad tiene varios tipos, particularmente el que se utilizó es el que se orienta a la comprensión de situaciones y actividades que no se pueden observar directamente, siendo que los entrevistados son los informantes, actuando como observadores del <<investigador>>, de esta forma sus dichos, no solo develan su modo de ver la realidad, sobre sí mismos, sino que describen lo que ocurre en su contexto y como perciben la posición de los otros. (Vinet & Zhedanov, 2010)

La entrevista en la investigación cualitativa, independientemente del modelo que se decida emplear, se caracteriza por los siguientes elementos: tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado).(Díaz-bravo et al., 2013, p.163)

Así que las entrevistas semiestructuradas utilizadas, dentro del enfoque cualitativo de investigación, denotan mayor flexibilidad que las estructuradas, esto porque inician de preguntas planeadas, que pueden adaptarse a los entrevistados, siendo esta precisamente la ventaja, su acoplamiento a las personas con muchas posibilidades para incentivar y motivar al entrevistado para esclarecer términos, identificar contradicciones y disminuir los formalismos. (Díaz-bravo et al., 2013, p. 163)

Se entrevistó a once personas: tres psicoterapeutas y ocho usuarios del Centro Especializado para el consumo problemático de Alcohol y otras Drogas – CETAD QUITO, las entrevistas se llevaron a cabo de forma virtual por video llamada y presencial, las cuales, son registradas y transcritas toda vez que son grabadas con la autorización de los entrevistados.

Estas modalidades virtuales han sido aplicadas según Martínez Cerdá (2013), cuyos resultados afirman que se puede aplicar las técnicas de investigación cualitativa en el ámbito online, con la consideración que se entienda que el contexto virtual, brinda derechos a sus usuarios habituales, considerando que son efímeros, como los investigadores que trabajan en foros online.

Así mismo se consideró la realización de entrevistas en profundidad por medios virtuales, existiendo un esfuerzo para sostener la atención de las personas entrevistadas

corroborando lo que indica el autor (Martínez Cerdá, 2013), por lo que se utilizó además la modalidad presencial en momentos necesarios, tomando todas las medidas de bioseguridad y gracias a la apertura que brindan en el lugar de la investigación sobre este abordaje.

6.4 Procesamiento de datos

Conforme se indicó después de la transcripción de los audios, se realizó una lectura crítica de cada una de las entrevistas, con la finalidad de identificar puntos claves para ser analizado, verificando si responden o no al objetivo o si plantean nuevas cuestiones a la luz, indagando si no fueron pensadas anteriormente.

Cito al autor Ruiz que expresa sobre los métodos cualitativos que analizan los datos mediante narraciones, viñetas y relatos siendo su ideal la Descripción densa, es decir, la interpretación de las interpretaciones de los sujetos que toman parte en una acción social. (Ruiz, 2003)

Para el proceso de sistematización de la información recopilada se utilizó una matriz con la definición de categorías de análisis y las correspondientes variables para cada una de éstas, lo que permitió interpretar los datos en orden y secuencia, como se observa en los siguientes cuadros.

Cuadro 1. Categorías y Variables terapéuticas

CATEGORÍAS (TERAPEUTAS)	VARIABLES							
Tabla Nro. 1.- Caracterización sociodemográfica, formación y experiencia de los profesionales	Edad	Sexo	Años de trabajo como terapeuta	Desde cuando trabajas en el CETAD	¿Corriente psicológica que sigues o la formación psicoterapéutica que tienes, y Cual aplicas en el CETAD?	Tienes claridad en la concepción del problema o condición de salud mental que presentan los usuarios / pacientes?	Haz identificado las facilidades o dificultades en la ayuda o tratamiento con tus usuarios / pacientes?	¿Tienes claridad en las posibilidades del tratamiento o ayuda?
Tabla Nro. 2.- Experiencia de trabajo con las etapas motivacionales, de los Profesionales	Conocimiento y aplicación previo ingreso CETAD sobre EMC		Recibe lineamientos sobre la implementación EMC		EMC que ubica a los usuarios, al ingreso CETAD	Resultados de la aplicación de las EMC	Obstáculos que identifican en las EMC	¿Qué le agregarías o suprimirías a las etapas motivacionales

psicoterapeutas del CETAD.						del cambio?
Tabla 2.1 Experiencia de trabajo con las etapas motivacionales, de los Profesionales psicoterapeutas del CETAD. Parte 2	¿Crees que la aplicación de las etapas motivacionales del cambio te limitan en tu desempeño terapéutico? Por qué?	¿En qué tipo de usuarios de drogas, crees que resulta mejor la aplicación de las etapas motivacionales del cambio?	En cuál de las etapas de este modelo, percibes o identificas, se logra mayores respuestas al tratamiento?	Consideras que las estrategias definidas por las autoridades del MSP en cuando a Salud Mental y en la especificación de por ejemplo las etapas motivacionales del cambio son útiles, oportunas, y favorecen un trabajo adecuado que beneficie tanto al terapeuta como al usuario / paciente.?		
Tabla 3.- Relación entre las EMC y la RT.	Mayor aporte de las EMC a la RT					
Tabla 4.- Relación terapéutica.	¿Crees que tus usuarios /pacientes se sienten comprendidos en su problema o condición de salud mental?	Consideras que logras con tu intervención producir desinhibición emocional o catarsis con tus usuarios /pacientes?	Percibes los problemas o condiciones de salud mental de tus usuarios /pacientes, desde su propio punto de vista?	Consigues que tus usuarios/pacientes hablen libremente respecto de sus problemas o condición de salud mental, por las cuales llegaron al CETAD?		

Cuadro 2.- Categorías y variables usuarios

CATEGORÍAS (USUARIOS)	VARIABLES					
Tabla Nro. 1.- Caracterización sociodemográfica.	Edad	Instrucción	Estado civil	sexo	ocupación	Lugar de residencia
Tabla Nro. 2.- Relación con las drogas.	Sustancia principal de consumo:	Tipos de drogas consumidas:	Edad de inicio de consumo:	Edad que siente se le fue de la mano el consumo:	Por qué consideras que consumir droga es un problema:	Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo:
	Por qué te iniciaste en el consumo de drogas:	Frecuencia del consumo:	Lugares donde consigue las sustancias:	Áreas afectadas en tu vida por el consumo:	Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas:	Internamientos anteriores: (lugares)
Tabla 3.- Situación en el CETAD	Tiempo que lleva en el centro:	¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí, (1)	¿Cómo te sientes aquí?(2)	¿crees que puedes ser tu mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? En el CETAD?(6)	Por qué consideras que consumir droga es un problema:	¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD? (9)
	¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda? (10)	¿Si no estuvieras aquí donde estarías? (11)	¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería? (12)	¿En general como te has sentido en el centro? (19)		
Tabla 4.- Relación con su terapeuta.	¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?	¿Sientes que tu terapeuta es empático y comprende lo que te ocurre realmente?	¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?	¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?	¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?	¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?
Tabla 5.- Motivación al cambio	¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?	¿qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?	¿sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?	¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?	¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?	

6.5 Población

La población se dividió en dos clases de informantes, profesionales y usuarios del servicio. Se seleccionaron a los informantes calificados o claves, considerando su voluntariedad, disposición a la presente investigación y se les aplicó entrevistas semiestructuradas siendo un máximo de once personas, ocho usuarios y tres terapeutas del Centro Especializado para el tratamiento de personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas – CETAD, en la ciudad de Quito.

6.6 Relación investigador - investigado y aspectos éticos:

Proponiendo una relación entre el investigador y lo investigado de forma que se reconozca la ausencia de neutralidad, con la mira en el objeto de estudio, con conciencia de la propia subjetividad del investigador que está en juego, teniendo en cuenta la situación ética así es de suma importancia el comentario de Geertz cuando habla del compromiso profesional para afrontar los asuntos humanos de manera comprensiva, pero jamás oponiéndose al compromiso personal de hacerlos frente bajo una óptica moral y crítica, habla sobre el distanciamiento analítico que deviene, no del quemeimportismo del investigador, más bien de un tipo de interés lo adecuadamente flexible como para tolerar la gran tensión entre la reacción moral y la observación científica, una tensión que únicamente se incrementa cuando la percepción moral se profundiza y la comprensión científica avanza. Es ahí que puede darse la evasión hacia el cientificismo o, por otro lado, hacia el subjetivismo lo querría decir que la tensión ya no puede ser soportada, que los nervios no resisten y que además se hace la opción de suprimir la propia humanidad o la propia racionalidad. Siendo estas las enfermedades de la ciencia. (Minayo & De, 2010, p. 260).

Teniendo en cuenta además la importancia que los participantes de la investigación conozcan sobre los fines de la investigación, la relevancia, la confidencialidad de sus datos personales, generando un rapport inicial. En el texto de pautas éticas de investigación en sujetos humanos del autor Exequiel Emanuel se da a conocer siete posiciones dentro del marco investigativo así: primero el valor científico o social, que tiene que ver con evaluar si lo investigado aportará en la mejoría de la salud, el bienestar o el conocimiento, segundo la validez científica que implica el utilizar el método científico aceptado en este caso la metodología cualitativa, tercero la selección equitativa de los participantes es decir que las personas que se elija en la investigación

sea haga con cuidado sin seleccionar a personas vulnerables o estigmatizadas dentro de la investigación, cuarto razón riesgo / beneficio favorable que tiene que ver con la reducción de los riesgos y daños potenciales, maximizando los beneficios con la finalidad de que los riesgos a los sujetos/participantes sean proporcionales a los beneficios al sujeto/ participante y también a la sociedad, quinto evaluación independiente que se relaciona con la independencia intelectual, económica y de cualquier otro tipo de los investigadores esto asociado al tema del conflicto de interés, sexto consentimiento informado que consiste en informar a las personas que son parte del estudio acerca del objetivo de la investigación, sus riesgos y beneficios potenciales y las alternativas, de tal manera que las personas comprendan esta información y puedan decidir voluntariamente si participan o no, y finalmente el séptimo que consiste en el respeto por los sujetos inscritos que tiene que ver con la confidencialidad, el brindarles adecuada información sobre la investigación, el vigilar su bienestar en el transcurso de la investigación, el respetar el deseo de abandonar la investigación, el informarles de ser posible sobre los resultados de la investigación.(Emanuel, 2002. p. 95)

CAPÍTULO 7.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Es importante recalcar que la presente investigación versa en torno a la relación terapéutica, vista desde las etapas motivaciones del cambio, por lo que se considera aclarar de estas últimas, la lectura del cambio precisamente por fases, que permiten, transitar desde la pre- contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, para ubicar donde se encuentran las personas que deciden renunciar o no al consumo problemático de alcohol u otras drogas. Cada una de estas fases expresan un nivel de conciencia y motivación con respecto al cambio.

Contamos con dos grupos poblacionales estudiados, el primer grupo conformado por los profesionales psicoterapeutas del Centro Especializado para tratamiento de personas con consumo problemático de alcohol u otras drogas CETAD, y el segundo grupo los usuarios, siendo las personas que presentan consumo problemático de alcohol u otras drogas internas en el CETAD.

7.1 PRIMER GRUPO DE ESTUDIO PROFESIONALES DEL CETAD

Grupo de estudio No. 1	Categorías de análisis
Profesionales del CETAD	1. Caracterización sociodemográfica y formación y experiencia de los profesionales:
	2. Experiencia de trabajo con las etapas motivacionales, de los Profesionales psicoterapeutas del CETAD:
	3. Relación terapéutica
	4. Relación entre las Etapas Motivacionales del Cambio y la Relación Terapéutica
Tabla 1	

7.1.1. Caracterización sociodemográfica, formación y experiencia de los profesionales:

Categorías	Variables
1.Caracterización sociodemográfica y formación y experiencia de los profesionales:	• Edad
	• Sexo
	• Años de trabajo como terapeuta
	• Tiempo de trabajo en el CETAD
	• Corriente psicológica de los psicoterapeutas y la que se aplica en el CETAD
	• Sobre la claridad en la concepción del

	problema o condición de salud mental que presentan los usuarios / pacientes
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las facilidades o dificultades en la ayuda o tratamiento con tus usuarios / pacientes • Claridad en las posibilidades del tratamiento o ayuda
Tabla 2	

Sobre el primer grupo de estudio tenemos a tres psicoterapeutas, una mujer y dos hombres, de diversas corrientes psicoterapéuticas así: psicoanálisis, psicodrama – humanista y ecléctico, todos con experiencia de 5 años en adelante como psicoterapeutas y el mismo tiempo de trabajo en el CETAD. Los tres, responden tener claridad en la concepción de la condición de salud mental de los usuarios de droga en el transcurso del tratamiento y de las facilidades o dificultades del tratamiento, considerando en el abordaje psicoterapéutico, a cada paciente de manera particular.

Sobre la claridad en las posibilidades de tratamiento, se destaca el caso a caso, es decir el ver cada paciente desde su individualidad, según refiere la primera psicoterapeuta, el segundo terapeuta reconoce que no es para toda la comunidad terapéutica, incluso la misma ayuda psicológica, y el tercer terapeuta señala que más que claridad como una certeza, expresa tener expectativas e indicadores que le dan una idea de cómo avanzar en el tratamiento con sus pacientes.

7.1.2.- Experiencia de trabajo con las etapas motivacionales, de los Profesionales psicoterapeutas del CETAD:

Categorías	Variables
2. Experiencia de trabajo con las etapas motivacionales, de los Profesionales psicoterapeutas del CETAD.	• Conocimiento y aplicación previo ingreso CETAD sobre Etapas Motivacionales del Cambio
	• Conocimiento sobre lineamientos e implementación Etapas Motivacionales del Cambio
	• Etapas Motivacionales del Cambio que ubica a los usuarios, al ingreso CETAD
	• Resultados de la aplicación de las Etapas Motivacionales del Cambio
	• Obstáculos que identifican en las Etapas Motivacionales del Cambio
	• Agrega o suprime algo de las etapas motivacionales del cambio
Tabla 3	

En esta categoría de estudio, está definida para su análisis con 6 variables, así: Los profesionales conocían y aplicaban previo ingreso al CETAD las etapas motivacionales del cambio, una psicoterapeuta que las conocía únicamente teóricamente. De igual forma reciben los lineamientos sobre la implementación de las etapas motivacionales del cambio con excepción de una profesional, ubicando a los usuarios del Centro en su mayoría en la etapa contemplativa – preparativa.

Los resultados que obtienen en la aplicación de las etapas motivacionales, comentan estar relacionados a la comprensión del momento de cambio que se encuentra cada paciente, en algunos casos para hacerle saber al mismo generando mayor nivel de conciencia y reflexión, según lo parafraseado por la primera psicoterapeuta, por su parte el segundo psicoterapeuta destaca el saber si está avanzando o no en su proceso de cambio cada paciente, y el tercer terapeuta habla sobre la importancia del tipo de intervenciones terapéuticas en cada paciente conforme su etapa motivacional.

Como obstáculos en la aplicación de las etapas motivacionales del cambio reconocen en la forma como se las ve, es decir que, al verlas rígidas, no movibles, específicamente como modelo, como proceso muy estructurado, identificando de manera estricta el encontrarse en determinada etapa y no en otra se cae en ser “cuadrados”, negando la realidad y movilidad psíquica de cada paciente que es diferente, dos terapeutas manifiestan esta apreciación y el tercero, agrega el desconocimiento de las mismas generaría un conflicto teórico. De la mano de esto agregan el cambiar la forma determinista puesta en la circularidad del mismo y verlo desde otra figura como una esfera o desde el psicoanálisis como una tipología, que da esa movilidad subjetiva, sin que sea esta la única lectura del cambio, como único modelo para valor la recuperación.

En la pregunta relacionada con Obstáculos que identifican en las Etapas Motivacionales del Cambio, los profesionales no identifican limitación alguna en el desempeño terapéutico con el empleo de las etapas motivacionales, las ven como un recurso a la mano, ampliando sus líneas teóricas, aportándoles sabiéndolas usar. Además, que, no muestran mayor aplicabilidad en algún usuario de drogas específico, reconociendo que es útil para entender el pasaje que hace un paciente, dos terapeutas lo refieren y el último considera su aplicabilidad en un paciente que haya consumido

heroína o la “H”, ya que las reacciones físicas son mucho más evidentes y cuando salen de ese estado logran leer mejor su momento de cambio.

La etapa motivacional del cambio en la que logran identificar mayores respuestas al tratamiento, refieren a la etapa de acción, siendo en la cual existe mayor conciencia y el tomar las riendas de su trabajo en el proceso terapéutico y una psicoterapeuta expresa que la etapa crucial es la de contemplación, manifiesta al trabajo que hacen en el primer nivel de atención en salud se debe aprovechar, ese momento de quiebre en la relación con la droga.

Los psicoterapeutas consideran a la implementación de estos lineamientos para el trabajo en Salud Mental, dados desde el Ministerio de Salud Pública, como útiles y que favorecen un trabajo adecuado, pero el problema es el desconocimiento de las diversas líneas teóricas que manejan los psicoterapeutas refiere la primera psicoterapeuta, otro punto es que al parecer son muy generales en los lineamientos dejando cuestiones teóricas sueltas, como lo expresa el segundo psicoterapeuta, y finalmente el evitar el encasillamiento del paciente en estos lineamientos para realmente hacer salud mental, tratando a la persona no a un objeto, indica el tercer terapeuta.

7.1.3.- Relación terapéutica

Categoría	Variables
3.Relación terapéutica.	• ¿Crees que tus usuarios /pacientes se sienten comprendidos en su problema o condición de salud mental?
	• Consideras que logras con tu intervención producir desinhibición emocional o catarsis con tus usuarios / pacientes?
	• Percibes los problemas o condiciones de salud mental de tus usuarios / pacientes, desde su propio punto de vista?
	• Consigues que tus usuarios/pacientes hablen libremente respecto de sus problemas o condición de salud mental, por las cuales llegaron al CETAD?
Tabla 4	

En esta categoría sobre las características de la relación terapéutica, e identifican varios variados criterios sobre si los usuarios de salud mental, se sienten comprendidos en su condición, como en el caso de la primera psicoterapeuta, en no saber si la palabra es “comprendidos” o por lo menos escuchados en otros pacientes no tanto, esto en relación a que los pacientes suelen llegar con una demanda explícita que encubre varias cosas, es decir su demanda implícita. Además, que algunos creen que se les debe dar

herramientas o técnicas para lo que les ocurre, pero en psicoanálisis no se trabaja de esa forma. Desde otra perspectiva se considera que sí se sienten comprendidos, observando las conductas de interés de los pacientes, así, por ejemplo: el acudir a tiempo a terapia, el buscar espacios para la misma terapia, cuando por alguna razón ajena a la voluntad del paciente y terapeuta no se puede brindar la misma. El último terapeuta expresa el lograr la comprensión en la mayoría de casos que asume, existiendo además pacientes que expresan el no deseo de trabajar con el terapeuta, dándoles alternativas de ver otro terapeuta del centro mismo.

En la variable que analiza si con la intervención producen desinhibición emocional o catarsis con los usuarios / pacientes, los profesionales consideran que en la mayoría de casos sí se la consigue, reconoce un terapeuta los dos tipos de catarsis de abreacción y de integración. Además que perciben la condición de salud mental de los pacientes lo más cerca de su propio punto vista, despojándose de las ideas preconcebidas sobre la patología o sintomatología, reconociendo que siempre habrá un segmento de cada terapeuta puesto ahí, es decir una contaminación cognitiva - afectiva de la persona del terapeuta, consiguiendo que los pacientes hablen libremente en algunos casos, considerando que cada usuario de salud mental es diferente, analizando que no todos confían y mantienen la cautela, utilizan algunas técnicas ejemplo psicodramatistas (escenas de ingreso y monigote vivo), para permitirles que ejemplifiquen el cómo llegaron al CETAD.

7.1.4.- Relación entre las Etapas Motivacionales del Cambio y la Relación Terapéutica

Categoría	Variables
4.Relación entre las Etapas Motivacionales del Cambio y la Relación Terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor aporte de las EMC a la RT

Tabla 5

Los terapeutas encuentran como el mayor aporte de las etapas motivacionales del cambio hacia la relación terapéutica, la comprensión del momento que está pasando el paciente y lo que se puede jugar en ese momento en ese paciente expresala primera terapeuta, también el poder brindar un acompañamiento al paciente, siguiendo su ritmo hasta donde él quiera llegar, sin la imposición del terapeuta en su saber de lo que él cree que le hace bien al paciente, sino ese acompañamiento para descubrir juntos lo que

desea el paciente indica el segundo terapeuta, y por último el poder encontrar las mejores herramientas de trabajo con el paciente sobre la base del reconocimiento de la motivación al cambio, siempre con otras formas de entender a la patología, expresa el último terapeuta.

7.2 SEGUNDO GRUPO DE ESTUDIO: USUARIOS DEL CETAD

Participaron en la investigación ocho usuarios internos en el CETAD, quienes libre y voluntariamente decidieron formar parte de la presente investigación. Se definieron 5 categorías de estudio, las mismas que se indican en el siguiente cuadro:

Grupo de estudio No. 2	Categorías
Usuarios del CETAD	1. Caracterización sociodemográfica
	2. Relación con las drogas
	3. Situación en el CETAD
	4. Relación con su terapeuta
	5. Motivación al cambio
Tabla 6	

1.- Caracterización sociodemográfica

Categoría	Variabes
1. Caracterización sociodemográfica	• Edad
	• Instrucción
	• Estado civil
	• sexo
	• Ocupación
	• Lugar de residencia
Tabla 7	

Todos los participantes usuarios del CETAD, mayores de edad, con instrucción superior tres de ellos, tres bachilleres, uno con ciclo básico y otro con primaria; estado civil tres separados, tres solteros, uno divorciado y uno en unión libre, cuya ocupación: dos ejercen su profesión en ámbito privado, uno labora en temas inherentes a sus estudios superiores incompletos, un trabajador independiente, un carpintero, un

plomero, un chofer profesional, un cobrador, cuyos lugares de residencia son la mayoría en Quito, DM, y uno en Sangolquí, específicamente uno en el Panecillo, uno en la Magdalena, uno en la Ofelia, otro en la Pío XII y tres en Quito sin especificar.

2.- Relación con las drogas

Categoría	Variables
2. Relación con las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancia principal de consumo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de drogas consumidas:
	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de consumo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Edad que siente se le fue de la manos el consumo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Por qué consideras que consumir droga es un problema:
	<ul style="list-style-type: none"> • Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Por qué te iniciaste en el consumo de drogas:
	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del consumo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Lugares donde consigue las sustancias:
	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas afectadas en tu vida por el consumo:
	<ul style="list-style-type: none"> • Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas:
	<ul style="list-style-type: none"> • Internamientos anteriores: (lugares)
	Tabla 8

Para esta categoría de estudio, se definieron 13 variables, como se aprecia en el cuadro que antecede a este párrafo, las mismas que se describen: Los usuarios en su mayoría presentan como sustancia principal de consumo la cocaína, uno de ellos el clorhidrato de cocaína, dos usuarios de base de cocaína, como sustancia principal y única, dos usuarios en conjunto con otras sustancias como marihuana y alcohol, dos usuarios exclusivos de alcohol y un usuario exclusivo de marihuana.

Con excepción de un usuario que solo ha consumido alcohol en toda su vida, los otros han consumido varias sustancias siendo la común la base de cocaína, entre otras sustancias cemento de contacto, pastillas como carbamazepina, éxtasis, marihuana.

Sobre la edad de inicio de consumo la mayoría refiere que empieza en la adolescencia (12, 13, 14, 16, 17 años), un usuario a los 8^a consumo de alcohol, y dos usuarios en la etapa adulta (23 y 35 años), siendo mayores de edad cuando establecen

relación problemática con el consumo, la mayoría de usuarios, (22, 24, 26, 27, 32, 33, 45 años), uno a los 12 años.

Consideran que consumir drogas es un problema por la afectación hacia sí mismo, en cuando a ideación suicida, afectación orgánica, afectación familiar, ruptura de pareja. A la vez creyendo que el consumo les ayudaba a relajarse, evitar los problemas, sentirse activos en el trabajo, a socializar, para obtener dinero y apoyar a la familia económicamente, para adaptarse a la calle y aprender a sobrevivir en la misma, a sentir adrenalina y cometer ilícitos.

Inician en el consumo de drogas la mayoría expresa por curiosidad, seguido del estar solo y en la calle, el acceso al dinero por hurto o robo, por conflictos de pareja, cuya frecuencia del consumo en la mayoría de usuarios era diaria y un usuario cada tres meses, pero consumos de hasta 7 días de alcohol.

Los sitios donde conseguían las sustancias son variados, así: San Roque, el Panecillo, La Ajaví, Solanda, Quitumbe, la Forestal, el Ejido, la Marín, el centro histórico de Quito, la Mariscal, la Ofelia, Pisulí, Colinas del Norte, La Planada.

Reconocen las áreas afectadas en su vida varias, a continuación: Familiar, laboral, económica, de pareja, social, académica.

Sobre el consumo en época de pandemia consideran que al inicio de la misma por las restricciones de movilidad disminuyó, sin embargo, en el transcurso aumentó en la mayoría de los usuarios intentando conseguir el doble de dosis para no salir, en momentos incrementos y en otros momentos disminución.

Comentan sobre otros tratamientos previos al ingreso al CETAD, en ambulatorios en Centros de Salud, o programas ambulatorios intensivos, o grupos de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos, dos de los usuarios expresan estuvieron en centros nazis en contra de su voluntad donde reciben castigos, tres usuarios internamiento previos en el mismo CETAD.

3.- Situación en el CETAD

Categoría	Variables
	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo que lleva en el Centro:
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí,
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo te sientes aquí?

3.Situación en el CETAD	<ul style="list-style-type: none"> • ¿crees que puedes ser tu mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? En el CETAD?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué consideras que consumir droga es un problema?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En general como te has sentido en el Centro?
Tabla 9	

En relación al tiempo de permanencia instancia en el CETAD, se observa a usuarios que llevan desde los 27 días hasta los 8 meses, pasando por 2,4,5,6,7 meses. Expresan lo que les lleva y con quien acuden al CETAD, son familiares en la mayoría de casos, influencia de amigos y terapeutas del centro de salud, reconociendo su necesidad de dejar las drogas, el saber que no pueden por sí mismos, con la necesidad de recuperar relación de pareja e hijos, por recaída en el consumo.

Cuando se le pregunta cómo se sienten en el CETAD, manifiestan sentirse bien, resaltando su gratitud, pasando por estar desesperados y muy agradecidos, conscientes de su bienestar por el apoyo de profesionales y el sentirse libres. Refieren además en qué medida se sienten espontáneos y auténticos en el Centro y con su terapeuta, siendo que la mayoría, quien lo expresa en estos términos. el sentirse tratados como personas, el desarrollar afecto. Hay quien indica su temor a las críticas, al rechazo, pero cada vez se permite liberarse de estos sentimientos. Frente a la pregunta de si consideran que estar en el CETAD les ayuda, todos expresan su acuerdo en el sentir que les ayuda al estar en el Centro, el sentirse libres con altos y bajos ya que convivir con 30 personas no es fácil, sabiendo que no siempre hay paz y tranquilidad por las conductas entre compañeros, sin embargo, reconocen que se mantienen activos en cuerpo y mente, trabajando sus aspectos personales y visibilizando que el CETAD se encuentra a otro nivel. A la vez si no estuvieran ahí, probablemente estarían consumiendo “tapado con un plástico consumiendo”, buscando que empeñar o cómo conseguir dinero para el consumo, el estar preso o muerto, en otros casos quizás trabajando o sin hacer nada.

Sobre su participación planificación del tratamiento, señalan en su mayoría que les explicaron las normas del Centro, las fases de la psicoterapia en comunidad desde el área de Trabajo Social y los terapeutas también.

La opinión que tienen los usuarios sobre el personal en general del CETAD, indican que reciben el apoyo de los operadores terapéuticos, “si uno no les da motivo no pasa nada”, son humanitarios todos. Indican entender que los operadores terapéuticos hacen su trabajo de la mejor manera, reconociendo que ellos también tienen sus límites porque no son psicólogos, lo que en momentos ha suscitado conflictos por errores de los operadores siendo esa una motivación para trabajar en su proceso.

Ante la interrogante de que si pudieran mejorar algo en el CETAD refieren, se reconoce las limitaciones por la pandemia y que implica el distanciamiento social en otras, lo que ha afectado salidas terapéuticas a varios lugares, las visitas directas de familiares, pero expresan que se podría mejorar en la implementación de talleres de carpintería, panadería entre otras actividades que les puedan dar alguna oportunidad laboral afuera en los posterior.

4.- Relación con su terapeuta

Categoría	Variables
4.Relación con su terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?
Tabla 10	

El poder expresarse libremente y mostrarse con su psicoterapeuta la mayoría lo reconoce, a sabiendas que sin confianza no hay tratamiento, existiendo cosas que ni a la familia han dicho y acá se permiten hablar, aunque en algunos casos al inicio de las terapias no tanto “cosas que son difíciles contar”, no obstante, se desarrollan las terapias

se apertura y agranda la confianza, sintiendo la empatía de sus terapeutas y permitiéndose derramar lágrimas, siendo algo nuevo y vergonzoso en algunos de ellos, sabiendo que no con todos los terapeutas pueden hacer eso pero si incluso el saber entenderles más que ellos mismos y brindarles alternativas apropiadas. Además, su confianza sobre el guardar la confidencialidad por parte del terapeuta, todos expresan su posición favorable al respecto, habiendo un usuario que reconoce que si se comenta lo suyo al equipo técnico es mejor aún para obtener más alternativas como apoyarlo.

Sobre si hubiese alguna actitud del terapeuta que haya obstruido el proceso de cambio indican, la mayoría expresan que no ha pasado aquello, un usuario indica que tal vez en cierto momento al posponer terapias familiares o individuales.

A la interrogante de agregar alguna característica, intervención o actividad en su terapeuta, indican el tiempo que se podría alargar en las sesiones individuales que son de 45 minutos, el considerar y aplicar en terapia música que lo que le agrada, y la mayoría retoma desde agregar algo al Centro en general como el tener criterios de usuarios dados de alta del Centro, que les cuenten como se mantienen fuera, el agrandar los espacios y dar cabida a mayor población que necesita ayuda.

Finalmente, al calificar el apoyo recibido por su psicoterapeuta resaltan la excelencia de sus psicoterapeutas y la gratitud hacia los mismos.

Señala un usuario: “Si confío mucho, me he dado cuenta que yo aquí, he aprendido a confiar en mí mismo, por el hecho de que en el afuera no confiaba ni en mi propia sombra, y primero confiar en mi fue fundamental para confiar en otra persona. Fue un gran paso para mi abrirme con ella.”

5.- Motivación al cambio

Categoría	Variables
5.Motivación al cambio	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo? (14)
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Tabla 11

En cuanto al deseo de cambiar, qué cambio buscan, por qué desean cambiar y si consideran que este lugar CETAD, van a conseguirlo, manifiestan desean cambiar sus hábitos de vida y no solamente dejar el consumo, un nuevo estilo de vida, ya no encerrarse en un mundo de tristezas, merecen querer y que los quieran, el saber que tienen otra oportunidad, el luchar por su familia y el querer alguien en la vida. A la vez reconocen la frase o intervención que les ha causado mayor reflexión, expresan el sentir que sirven para algo por ejemplo en las actividades de cocina, en la terapia grupal de medio día, las terapias individuales y las vivencias diarias, el encuentro de la mañana al expresar sus estados de ánimo y en las alternativas brindan y reciben al observar sus conductas. Un usuario indica la frase “no permitas que alguien te ame más de lo que tú debes amarte a ti mismo”, otro usuario agrega una cierta actividad de construcción gráfica de un árbol donde agrega los nombres de toda su familia que el motiva.

Sobre su sentir en cuando avanzar en el proceso terapéutico de cambio, todos expresan su avance de diferentes maneras así el reconocimiento de trabajar diariamente en sus emociones, el ya no minimizar sus emociones y expresarlas, el sentirse feliz sin ninguna sustancia disfrutando de las expresiones de alegría de su familia, el decidir quedarme cuando veo gente que se va y decidir por mí, sentir el estado físico mejorado en conjunto de las emociones. Cuando aparece esta motivación en los usuarios recalcan en su mayoría que surge desde que ingresan al CETAD, otros en el transcurso de su permanencia, un usuario indica el llegar sin saber qué pasará si funcionará o no con la incertidumbre, reconoce sus altibajos emocionales presentes, sin embargo, tiene cada vez la seguridad de avanzar, sintiéndose en un hogar.

Esperan encontrar al finalizar su internamiento en este Centro el mejorar sus relaciones familiares, el estar en paz consigo mismos, el reencontrarse a sí mismos y tener gratitud para todos, recuperar lo que han perdido.

CONCLUSIONES:

En lo que respecta a factibilidad de la aplicación del modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, mismo que consta en el protocolo de atención integral del consumo nocivo de alcohol tabaco y otras drogas del Ministerio de Salud Pública – MSP, enmarcados en el tratamiento para atender a personas con consumo problemático de drogas,, los profesionales entrevistados coinciden en las ventajas de las etapas motivacionales, en cuando a la lectura del cambio, como éstas aportan para la comprensión del mismo, generando reflexión en los usuarios, permitiendo conocer a los psicoterapeutas, si avanzan o no en su proceso terapéutico los usuarios, además de verificar las intervenciones psicoterapéuticas y que éstas sean específicas, acordes a la etapa de cambio, de esta forma mejoran los objetivos terapéuticos co-construidos entre terapeutas y usuarios.

Sobre si las etapas motivacionales del cambio, favorecen o no a la relación terapéutica, se analiza desde los criterios dados por terapeutas y usuarios, estos últimos en cuando a cómo viven el día a día en la comunidad terapéutica, siendo fundamental en este análisis, saber cómo las aplican los terapeutas, el conocimiento que tienen sobre las mismas, su flexibilidad como psicoterapeutas en el manejo metodológico que priorice su mirada de sujeto, de persona o ser humano al que tratan y desde ahí, con una formación clara en aspectos deontológicos, se incorpore un modelo que es adaptado a las personas y no a las personas adaptarlas a modelo, en ese caso favorece la relación terapéutica.

El encasillamiento del ser humano en una etapa, que no permita valorar su individualidad, viéndolo desde un modelo y no como un ser singular y particular, único e irrepetible, nos quita la posibilidad de ver a la persona y quizás solo veamos al enfermo, que está en determinada etapa, reduciendo su subjetividad, anulando su potencialidad y solo por el hecho de que debe calzar en esta etapa, porque así dice el modelo, y si no calza le hacemos calzar, esto sería un grave error que nos limitaría muchísimo en el abordaje de este tipo de condiciones de salud mental, no estaríamos tratando con personas sino con “enfermedades”, invisibilizando totalmente a la integralidad humana he intentado robotizarla, encasillarla, quizás sin darnos cuenta anularla.

La diversidad psicoterapéutica enriquece al CETAD, observando que su integración de ideas y abordajes, marcos teóricos, metodológicos y prácticos, potencian el tratamiento, generando una conjunción de tesis y antítesis, que chocan para dar lugar a nuevas síntesis, que van dando fondo y forma a la comunidad terapéutica, deslindándola de una sola línea de pensamiento, reconstruyéndola con el trabajo de todos quienes la integran.

Se aprecia que los usuarios del CETAD, reconocen la diferencia en el trato dado desde los profesionales y desde los operadores terapéuticos a quienes, desde sus lógicas personales refiriéndome a los usuarios, sus formas de ver la vida desde la calle en algunos casos, generan cierta resistencia y criticidad sobre determinadas conductas de los operadores terapéuticos, lo que podría debilitar la relación terapéutica como Centro. Por lo que sería recomendable que los operadores terapéuticos reciban abordajes profesionalizados de terapia psicológica para que elaboren sus propios conflictos y no repercuta en su actividad terapéutica en la comunidad.

En cuanto a la relación terapéutica se logra apreciar desde la perspectiva de los usuarios el sentir un hogar en la comunidad terapéutica, en sentir un espacio para ser ellos mismos, ser tratados como lo que son personas, trabajando sobre sus conflictos internos que se expresan en determinadas conductas. Denotan en su mayoría la gratitud a todo el equipo técnico del CETAD, y la vez resaltan el afecto que se produce en la relación con ellos.

En la mayoría de usuarios se interpreta sobre su motivación al cambio, en parte cierta idealización de lo mejor, de lo positivo, de lo bueno, del equilibrio, de recuperarse a sí mismos y a sus familias. Esta imagen del optimismo podría analizarse con cada uno de ellos, en sus proyectos de vida individuales, para no caer en ilusiones de permanencia, en un optimismo que perpetúe la mediocridad, sin que permitan encontrarse en la contradicción, que obtengan el aprendizaje de la negatividad de la vida, sin que huyan o la estigmaticen.

Se aprecia que en las etapas motivacionales del cambio existe un enfoque de abstinencia para medir el cambio, particularmente en la etapa de acción donde se sabe se considera, para catalogar a una persona en esta etapa debe por los menos estar seis meses sin ningún tipo de consumo, de lo contrario y si existe un esfuerzo para disminuir el consumo como mermarlo al 50%, se encontraría en la etapa de preparación, donde

cabe la interrogante respecto de la reducción de daños, que al parecer no se considera en el avance o progreso de la persona en su renuncia al consumo problemático de drogas, y que sería muy oportuno conocer que se podría trabajar en esta modalidad de reducción de daños hasta la etapa de preparación, sin embargo se considera se podría adaptar un trabajo en personas que no deseen dejar de consumir, validando sus cambios en varios hábitos de vida no necesariamente dejar de consumir, ahí se pudiera aplicar las etapas motivacionales del cambio enmarcados en la lógica de reducción de daños.

Reconociendo la importancia de que el Ministerio de Salud Pública haya implementado un Modelo, como parte de una Política Pública para la atención integral de consumo nocivo de alcohol tabaco y otras drogas, se recomienda a esta Institución ampliar éstos centros de atención para lograr una mayor cobertura, pero además la necesidad de que este modelo sea evaluado en todos los CETADS y en las otras instituciones donde se aplique, lo que permitiría tener un conocimiento ampliado de cómo funciona y el beneficio para los usuarios en la restauración de un nuevo proyecto de vida. En el caso de que, en alguna institución, con la aplicación de este modelo no se obtienen los resultados deseados, la necesidad de buscar formas para que su aplicación sea beneficiosa para los usuarios de drogas.

Fuentes bibliográficas:

- Adamson, G. (2000). *El ECRO de Enrique Pichon Rivière - Escuela de Psicología Social del Sur*. <https://www.psicologiasocial.com.ar/escuela/el-ecro-de-enrique-pichon-rivire/>
- Andrade, P. (2000). *Consumo prevención y tratamiento: El caso ecuatoriano*. 1988, 46–62. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=18869>
- Arango, A., & Moreno, M. (2009). MÁS ALLÁ DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA : UN RECORRIDO HISTÓRICO Y TEÓRICO. *Acta Colombiana de Psicología*, 12, 135–145. www.redalyc.org/pdf/798/79815640013.pdf
- Arcilla, D., Arizmendi, R., Velazquez, H., & Hernandez, S. (2017). *ETAPAS DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO EN DIABETES*. <http://innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/%0A>
- Aparecida, A., Casetto, S., y De Oliviera, A. (2013) (organizadores). *Clínica de lo común: Itinerarios de una formación en salud*, Sao Paulo, HUCITEC
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad*. UNIGRAF. Quito.

- Balarezo, L. & Lima S. (2009). *El Alcoholismo, una perspectiva Integrativa*. Centro de Publicaciones PUCE. Quito.
- Baxter, R., Hastings, N., Law, A., & Glass, E. J. . (2008). Relación entre paciente y terapeuta: investigación, práctica y docencia. *Animal Genetics*, 39(5), 561–563.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral = Addiction is not a brain disease. *Papeles Del Psicólogo*, 37(2), 118–125. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5573447%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-31958-004&site=ehost-live%0Ahttp://elisardo.becona@usc.es>
- Bichara, T. (2019). *Danza para Todos”: cartografías de promoción de salud del Taller de Danza y Expresión Corporal como lugar-puente en la ciudad de Sao Paulo, Brasil*.
- Bobadilla, J. O. (2015). *El goce del adicto psicoanálisis y toxicomanía 1* .
- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Publicado En La Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 18(2), 129–138. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1697>
- Canales, M. (2006). Metodologías de investigación social. In L. Ediciones (Ed.), *Saudi Med J* (1ra ed., Vol. 33). <https://doi.org/10.1073/pnas.0703993104>
- Cerda, H. (2011). Medios, Instrumentos, Técnicas y Métodos en la Recolección de Datos e Información. *Dirección de Investigaciones y Postgrado*, 106. <http://postgrado.una.edu.ve/metodologia2/paginas/cerda7.pdf>
- Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas [CONSEP] (1997). *Plan Nacional De Prevención Y Control De Drogas Ecuador 1997 - 2002*.
- Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas [CONSEP] (2004). *Plan Nacional De Prevención Y Control De Droga 2004 – 2008*.
- Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas [CONSEP] (2009). *Plan Nacional de Prevención Integral de drogas 2009 - 2012*.
- Consejo Nacional de Control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas [CONSEP] (2012). *Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013*.
- Constitución República del Ecuador [CRE] (2008). Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Nacional. Registro Oficial 449.
- Cherniavsky, A. (2007). Spinoza para principiantes / Axel Cherniavsky ; ilustrado por Enrique Alcatena. - 1a ed. - Buenos Aires : Era Naciente.
- Díaz-bravo, L., Torruco-garcía, U., Martínez-hernández, M., & Varela-, M. (2013). *La entrevista , recurso flexible y dinámico*.
- Emanuel, E. (n.d.). ¿QUÉ HACE QUE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA SEA ÉTICA? SIETE REQUISITOS ÉTICOS (pp. 83–96). www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/.../Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf
- Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*.

- Galante, A. Rossi, D. Goltzman, P. y Pawlowicz, M. (2009). *Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual*. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios*, (14), 113-121
- Garrido, F. (1999). *La droga como figura contemporánea del mal*. *Gaceta de Antropología*
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Paradigma en pugna en la investigación cualitativa. *Handbook of Qualitative Research*, 105–117. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Guerrero Useda, M. E. (1989). *Tipos de investigación según grado de profundidad y complejidad*. 1. http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/17_6912_tipos-de-investigacion-.pdf
- Han, B. C. (2017). La expulsión de lo distinto. *Realidad: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 149, 205–209. <https://doi.org/10.5377/realidad.v0i149.5676>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). Metodología de la investigación. In S. A. D. C. . McGraw - Hill / INTERAMERICANA EDITORES (Ed.), *Metodología de la investigación* (5ta edición). <https://doi.org/-> ISBN 978-92-75-32913-9
- Insúa, P., y Grijalvo, J. (2000). *Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias*. Pap Psicol. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=844>
- Laufer, J. (2019). *Drogas y brujos*.
- Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización*. (2015). Registro Oficial Suplemento 615.
- Ley 108 sobre sustancias estupefacientes y psicotrópicas*. (1990). Registro Oficial, 1990-09-17, núm. 523, p. 2-36
- Martínez Cerdá, J. F. (2013). La viabilidad de una investigación cualitativa online: estudio de caso basado en la alfabetización mediática existente en trabajadores españoles expatriados. *Actas Del I Congreso Internacional Comunicación y Sociedad*.
- Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos De Investigación Cualitativa. *Silogismo*, 8, 34. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.329>
- Mayor S., L. I. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, 13(2), 127–142. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4629534.pdf>
- Menendez, E. (2012). *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 8(1):9-24.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing preparing people for change. In the G. Press (Ed.), *Physical Review D - Particles, Fields, Gravitation and Cosmology* (segunda ed, Vol. 83, Issue 1).

<https://doi.org/10.1103/PhysRevD.83.014507>

- Minayo, S., & De, M. C. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa The structuring concepts of qualitative research. *Salud Colectiva*, 6(3), 251–261.
- Ministerio de Salud Pública, M. (2016). Atención integral del consumo nocivo de alcohol , tabaco y otras drogas. In *Msp* (p. 189). https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/9_Protocolo_alcohol_tabaco_y_otras_drogas.pdf
- Morin, E. (1997). Introducción al pensamiento complejo. *Valladolid*, 84. <https://doi.org/S1135-57272009000200010> [pii]
- Morin, E. (2003). *A Cabeça Bem-Feita repensar a reforma reformar o pensamento tradução Eloá Jacobina* (8va ed.).
- Niel, M y Da Silveira, D. (2008). *Drogas y Reducción de Daños*. São Paulo. Imprensa oficial.
- Norcross, J., & Goldfried, M. (2005). Handbook of Psychotherapy Integration. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Oxford University Press: Vol. 2da Edición* (2da ed.). Oxford University Press. https://books.google.com.ec/books?id=w-wpACyzL9gC&pg=PA148&lpg=PA148&dq=integrative+dimensions+for+psychotherapy+prochaska&source=bl&ots=QJHSxwhrg5&sig=ACfU3U2-rU_MpcTQw-ni2g9DAPLmDdhC8Q&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwisprjA-4LwAhWWQzABHd6QBHkQ6AEwBnoECCgQAw#v=onepage&q=integrative+dimensions+for+psychotherapy+prochaska&f=false
- Sánchez, V. y Diz, A. (2015). *Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas*. Argumentos. Revista de crítica social.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Plan de acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2020.
- Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. (2018). *Prevención, Promoción Y Cuidado, Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. (1a ed).
- Prochaska, J. O. (1999). ¿ Como Cambian Las Personas , Y Como Podemos Cambiar Nosotros Para Ayudar a Muchas Mas Personas ? 1. *Centro Para El Desarrollo De La Psicoterapia Estratégica Breve*, 1–27.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanias*, 1, 3–14. <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *UNiFE, October*. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/167/159>
- Ruiz, J. (2003). *José Ignacio Ruiz Olabuenaga Metodología de la investigación cualitativa* (U. de Deusto (ed.); 3ra ed., Vol. 15).
- Savater, F. (2015). *Los caminos para la libertad Ética y educación, cuadernos de la cátedra de Alfonso Reyes del Tecnológico de Monterrey* (F. de C. Económica (ed.);

Primera el).

- SEDRONAR. (2019). *Abordaje Integral de los consumos problemáticos* (Vol. 17).
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de Daños* (L. Jason Aronson, Inc. (ed.); Primera).
- Vinet, L., & Zhedanov, A. (2010). A “missing” family of classical orthogonal polynomials. *Introducción a Los Métodos Cualitativos de Investigación*, 301. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Viteri, F. (2003). *NORMAS DE CONTROL PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO en Memorias, IX Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas “Técnicas y Propuestas frente a Nuevos Desafíos”* (pp. 484–488).
- Yáñez Henríquez, R. (2010). La construcción social de la realidad: la posición de Peter L. Berger y Thomas Luckmann. *Ars Boni et Aequi*, 6(2), 289–304.
- Zamarripa, J. (2010). *Motivaciones y etapas de preparación para el cambio de comportamiento ante la actividad físico-deportiva en Monterrey* [UNIVERSIDAD DE MURCIA]. [eprints.uanl.mx/4507/1/Tesis Jose Alberto Perez.pdf](https://eprints.uanl.mx/4507/1/Tesis%20Jose%20Alberto%20Perez.pdf)

ANEXOS:

Guía de entrevista a Psicoterapeutas No 1.

Datos generales
Nombres: Mary (nombre ficticio)
Edad: 36^a
Sexo: mujer
Años de trabajo como terapeuta? 8 años
¿Desde cuando trabajas en el CETAD? 6 años

1. **¿Corriente psicológica que sigues o la formación psicoterapéutica que tienes, y cual aplicas en el CETAD?** Yo me formé en la Universidad Católica, en la cual hay una corriente marcada en ese tiempo que era el psicoanálisis, una psicoterapia orientada en el psicoanálisis, obviamente en psicoanálisis no es lo mismo que la psicoterapia, entonces no funjo de psicoanalista pero mi trabajo está marcado por la teoría psicoanalítica.

2. **¿Antes de ingresar al CETAD, conocías sobre las etapas motivacionales del cambio parte del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska Y Diclemente?, tenías experiencia en la aplicación de las mismas?.** Si por que trabajé en el tratamiento de drogas y había mucha información sobre el modelo Transteórico del cambio de Prochaska Y Diclemente, pero lo conocía muy teóricamente.

3. **¿Cuándo ingresan los usuarios / pacientes al CETAD, e inicias tu proceso de intervención en qué etapa del Modelo Transteórico del cambio les ubicas?** Yo no manejo rígidamente la cuestión de las etapas pero he podido como agarrarlas y hacer una comparación con lo que desde el psicoanálisis estudiamos que es un poco en tema de la demanda, digamos que conceptualmente hablando un paciente ingresa acá en lo que se conoce dentro de este modelo como la contemplación – acción, es decir como contemplando hacer algo con lo que le está ocurriendo, y decidiéndose hacer algo, esto en psicoanálisis lo conocemos como la demanda, es decir que está demandando el paciente. Me parece que llega en un punto de quiebre el paciente en un momento que algo ya no le está funcionando y que entonces desea hacer algo, pero no sabe muy bien que, entonces en una demanda bien ambivalente, como de si quiero no quiero, quiero pero no del todo, entonces en ese estado de que hago algo pero no se muy bien que.

4. **¿Cuándo llegaste al CETAD recibiste lineamientos sobre la implementación de las etapas motivacionales del cambio parte del modelo Transteórico?** No

5. **Consigues que tus usuarios/pacientes hablen libremente respecto de sus problemas o condición de salud mental, por las cuales llegaron al CETAD?**

Depende con cada paciente es distinto, lo que yo he podido darme cuenta así a modo general es que, no ha todos se les hace muy fácil hacer esto desde el principio como sujetarse un poco a esta regla que de algún modo uno pone en el espacio terapéutico como venga y hable de usted, o diga lo que le está pasando, hay algunos que se sujetan un poco más fácil a eso y pueden hablar más fácilmente de eso que les ocurre, hay otros que más bien topan eso como con mucha cautela, sobre todo pacientes que están muy en este orden paranoico, el no saber cómo va hacer tomada esa información o de creer que esa es una información no necesaria para el trabajo porque duele porque lastima, entonces depende un poco de cada caso, al principio me parece que es complejo, pero luego creo yo que el paciente va entendiendo de lo que se trata lo que se le propone y sigue hablando lo que le pasa.

6. Tienes claridad en la concepción del problema o condición de salud mental que presentan los usuarios / pacientes?

Hay algunos casos en los que no es tan sencillo como el ir determinando lo que se pone en juego en cada síntoma o en cada conducta, sobre todo en casos, donde puede haber una sospecha de patología dual por ejemplo. Creo que en las adicciones en general es muy difícil poder ubicar desde el principio cuales son las coordenadas de un caso, yo lo entiendo así, porque se tiende mucho a pensar que todo es por el consumo o que todo es efecto del trastorno por consumo de drogas y no siempre es así, entonces hay a veces cosas que puede complicar un poco a modo de leer, de entender un caso, pero creo yo que en la medida que vamos trabajando que voy analizando el caso, en la que el paciente va teniendo algunas sesiones, si logro como, no sé si tener claro, pero si entender un poco mas que es lo que le ocurre.

7. Haz identificado las facilidades o dificultades en la ayuda o tratamiento con tus usuarios / pacientes? Igual en el transcurso

8. Percibes los problemas o condiciones de salud mental de tus usuarios / pacientes, desde su propio punto de vista? Si, si si, uno de los principios básicos del psicoanálisis es despojarte, de las ideas preconcebidas que tienes incluso sobre la sintomatología o sobre una patología. Claro la teoría te ayuda un poco como para ir estableciendo la dirección de la cura digamos, pero la patología es propia de cada uno, entonces en la medida en la que voy trabajando con los pacientes uno se puede dar cuenta que un síntoma o algo patológico no funciona igual en todo, sino que hay que abrir la escucha para que surja la particularidad y para que surja la particularidad incluso en un síntoma o en lo patológico

9. Crees que tus usuarios /pacientes se sienten comprendidos en su problema o condición de salud mental? Eh, quizás si la mayoría no sé si comprendidos sea la palabra pero por lo menos escuchados, algunos otros no tanto, creo que la misma forma en la que yo trabajo, hace que algunos digamos no creen que el hablar les funcione, los pacientes suelen llegar acá una demanda muy específica y que encubre un montón de otros cosas, y es esto como dígame que hago y dígame rápido y el psicoanálisis plantea o por menos del modo en que yo trabajo, se plantea un no responder a la demanda inmediatamente, pero sostener esa demanda y ese no responder

a la demanda automáticamente o inmediatamente hace que a veces los pacientes digan con la doctora yo no trabajo nada, solo hablo, como si el hablar no fuese trabajar, pero no es con todos pero en algunos casos pueden pensar que no se le comprende o que no se les da herramientas o técnicas para lo que les está ocurriendo, pero yo no trabajo así.

10. Consideras que logras con tu intervención producir desinhibición emocional o catarsis con tus usuarios / pacientes? Si hay algunos que no con otros si, con la mayoría si.

11. ¿Tienes claridad en las posibilidades del tratamiento o ayuda? Si creo, siempre te voy a responder, así como en algunos casos si en otros no, porque no puedo generalizar, si hay algunos casos que no tengo la más remota idea de por dónde ir y tampoco sé muy bien cómo trabajar con algunos pacientes y por eso tengo mis espacios de poder hacer control sobre esos casos, pero en otros si tengo claridad, creo eso espero (risas).

12. ¿Te parece que seguir la metodología de Prochaska Y DiClemente en cuanto a las Etapas motivacionales del cambio te da resultados? ¿Cuáles resultados obtienes o identificas?

No sé muy bien qué resultados puede obtener en los pacientes pero sí creo que puede ayudarnos como terapeutas ha ubicar un poco más el momento en el que está el paciente y cuando uno se ubica como terapeuta en el momento que está un paciente, no así al 100% pero si como sospechar algo, si puede como hacerle saber o por lo menos como una hipótesis, entonces si un paciente está acá un tiempo y está en este momento de contemplación digamos que no pasa a la acción, pero está aquí digamos que pasar a la acción no solo es hacer un tratamiento sino que ese tratamiento pase por él. Que ese tratamiento haga en él. Entonces uno lleva un montón de tiempo con un paciente en la misma etapa digamos puede pasar y que el paciente no logra ir un poco más allá, teniendo claro el momento como está ese paciente ese momento se le puede hacer saber a ese paciente que está como estancado en esta etapa, es necesario mirar como que le estanca, a mi me parece que esa puede ser como una utilidad o como por lo menos es como a mi me ha servido.

13. ¿Qué obstáculos identificas en la aplicación de las etapas motivacionales del cambio parte del modelo Transteórico de Prochaska Y DiClemente? Haber yo creo cuando no, digamos cuando se lo ve muy rígido y no movible, cuando se lo toma específicamente como un modelo y esa rigidez, a veces los pacientes está como agarrándose de esta rigidez de estas cosas, por eso particularmente a mí se me complica mucho digamos como compartir la teoría con los pacientes o decirle a ver, usted está en esta etapa y luego tiene que ir a esta o esta otra, eso es algo con lo que yo no trabajo muy bien, porque no comparto, pero en los procesos psicoeducativos solemos hacer algo así, y lo que ocurre a veces, es que el paciente intenta encasillarse en una de las etapas y cuando encuentra algo que no le encasilla en la etapa, así como que teóricamente hablando, es como que se desestructura un poco ahí, como que no encasillo en esta, tampoco encasillo en esta, y me parece que ahí puede ser un obstáculo cuando se lo toma eso así como que muy rígido como una

cuestión netamente teórica y los pacientes pueden hacer de eso una dificultad, porque no se ubican en esa movilidad que de algún modo tiene la subjetividad, entonces uno no puede decir estoy aquí pero también estoy acá, uno puede estar aquí un momento y en otro momento acá y otra vez volver entonces es bien movable, pero cuando se lo toma así muy rígido creo que ahí puede hacer obstáculo.

14. ¿Qué le agregarías o suprimirías a las etapas motivacionales del cambio?

No se la idea que sea un círculo a mi me interroga porque es como que el círculo me da la impresión a mí de no poder salir y yo creo que mas allá de un círculo puede ser una esfera o incluso puede tomar otra figura, estoy pensando en algo que en psicoanálisis lo conocemos como la tipología que es esa movilidad en la subjetividad, no es que se parte de este punto y luego se va a llegar a este punto, sino que puedes atravesar, pero no necesariamente llegar al mismo punto, esta circularidad es lo que no, como que no se da paso a la contingencia y de repente puede sorprendernos del devenir de un paciente, de un caso. No necesariamente se pasa por la uno, dos, tres, cuatro, cinco, de repente uno pasa por uno o por la dos y de ahí se va a otro lado y se construye otra cosa, es algo que me ha interrogado, no sé si cambiaría, pero por lo menos lo trabajaría desde ahí.

15. ¿Crees que la aplicación de las etapas motivacionales del cambio te limita en tu desempeño terapéutico? ¿Por qué? No creo, yo las he tenido como un recurso a la mano, como te digo no trabajo desde ahí, pero hecho mano cuando es necesario.

16. ¿Cuál crees que es el mayor aporte en la relación terapéutica, de las etapas motivacionales del cambio?

No logro encontrar la relación, quizás en el modo en el que uno puede entender como terapeuta el momento en el cual está pasando un paciente y lo que se puede jugar en ese momento en ese paciente, como yo lo entiendo lo que se llama relación terapéutica en la psicología en el psicoanálisis lo conocemos como transferencia, y esta transferencia en los pacientes con adicción es complejo instalarlo, es decir uno no logra hacer desde un inicio así como tan rápidamente esto de poner al terapeuta en el lugar que me puede ayudar a pesar que eso se diga si, porque hay una particularidad en los pacientes con adicción, ellos vienen con la idea de que saben más y que el terapeuta no, porque tienen la experiencia del consumo entonces eso hace que a ratos esta cuestión de la relación terapéutica no se instale del todo, hay algunos pacientes que vienen con esa idea y esta como me puede ayudar si nunca se ha drogado, o no sabe lo que le hablo, y eso hace que se debe tener un esfuerzo un poco extra como para poder instalar algo ahí, entonces lo que se me ocurre ahorita es como beneficiar un poco esto es como que uno puede ir cachando en que momento está el paciente. Si el paciente está en este momento ambivalente hay algo de esa relación terapéutica que es ambivalente también, si el paciente está digamos en una etapa avanzada, algo de esa relación terapéutica avanza también y algo de esa relación ya no está solamente en lo pre contemplativo, sino que ya se contempla algo de la relación terapéutica. O ya se pasa a la acción en la relación terapéutica, ya puede hacer un paso a la confianza.

17. ¿En qué tipo de usuarios de drogas, crees que resulta mejor la aplicación de las etapas motivacionales del cambio?

Creo que, si puede como ayudar no se en que tipo, no me he puesto a pensar, pero creo que si es una herramienta útil para entender el pasaje que hace un paciente, para entender lo que le está pasando al querer hacer algo con lo que le está pasando y hacerlo eso no se en qué tipo de pacientes si o en los que no.

18. ¿En cuál de las etapas de este modelo, percibes o identificas, se logra mayores respuestas al tratamiento?

Creo que hay una etapa crucial yo le ubico en esa relación con la droga y es correlativa a la etapa de la pre-contemplación, es decir algo me está pasando y algo no me suena de esto, me parece que es una etapa en la que hay que intervenir, porque al ser tan ambivalente esta demanda de los pacientes perdemos rápidamente la oportunidad de introducir el parece que algo le está pasando con su consumo y no se será que hay q hacer algo con eso. Por ejemplo, las intervenciones que se deben hacer en los primeros niveles de atención.

Ningún paciente va a llegar acá en la primera a menos que haya otras condiciones, pero en el primer nivel de atención es donde debe aprovecharse este momento de quiebre en la relación con la droga, que todavía no está claro en lo que se debe hacer pero que hay la sospecha que algo pasa. Entonces me parece que ahí la intervención es como que muy importante.

19. Consideras que las estrategias definidas por las autoridades del MSP en cuando a Salud Mental y en la especificación de por ejemplo las etapas motivacionales del cambio son útiles, oportunas, y favorecen un trabajo adecuado que beneficie tanto al terapeuta como al usuario / paciente.?

Creo que si, lo que pasa es que cuando se da estos lineamientos se desconoce que no todos los terapeutas manejan la misma línea teórica, y si yo entiendo que este modelo pretende ser como transversal pero no todas las corrientes se pueden acoplar al modelo o pueden leerlo desde la misma manera, con el mismo lenguaje o los mismos significantes, las mismas palabras, te digo en mi caso yo he tenido que tratar de hacer una correlación de la teoría con la que yo trabajo. Yo he tenido que tratar de buscar un punto de convergencia entre los lineamientos manuales que olvidan que la psicología es diversa y no todos funcionamos así, como los médicos, incluso desde la medicina hay así como diversidad de intervenciones.

20. ¿Algo que te gustaría aportar a la presente entrevista?

Me parece como súper importante el trabajar esta cuestión transferencial que no se la toma en cuenta a ratos y esta relación con las etapas del cambio, me gustaría leer como lo vas tejiendo tu digamos, porque no es algo con lo que la mayoría de terapeutas tomen en cuenta que es la relación terapéutica que a mi modo de ver de es fundamental.

Guía de entrevista a Psicoterapeutas No 2

Datos generales
Nombres: Robin
Edad: 29^a
Sexo: hombre
Años de trabajo como terapeuta? 5 años
¿Desde cuando trabajas en el CETAD? 5 años

1. **¿Corriente psicológica que sigues o la formación psicoterapéutica que tienes, y cual aplicas en el CETAD?** Actualmente psicodrama.

2. **¿Antes de ingresar al CETAD, conocías sobre las etapas motivacionales del cambio parte del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska Y Diclemente?, tenías experiencia en la aplicación de las mismas? Si tenía conocimiento**

3. **¿Cuándo ingresan los usuarios / pacientes al CETAD, e inicias tu proceso de intervención en qué etapa del Modelo Transteórico del cambio les ubicas?** Por general hablaría de una etapa de contemplación – preparación, muchos de ellos no vienen con una demanda específica, algunos de hecho vienen escapando de los conflictos familiares como tal y también varios de ellos vienen por esta forma de trueque con la familia, como te doy tranquilidad internándome y en este periodo de pandemia ya vienen con una etapa de preparación y acción como tal, ellos ya vienen en ese proceso de cambio, ellos ya hecho un ambulatorio, lógicamente porque la pandemia lo que produjo fue un reducir relaciones sociales, un reestructurar este tema de cómo me vínculo con el otro y ya vieron q la adicción como tal pues no es algo que puede estar libre y buscaban un preámbulo de tratamiento. Años atrás hablaría de una contemplación en muchos de los pacientes.

4. **¿Cuándo llegaste al CETAD recibiste lineamientos sobre la implementación de las etapas motivacionales del cambio parte del modelo Transteórico? SI**

5. **Consigues que tus usuarios/pacientes hablen libremente respecto de sus problemas o condición de salud mental, por las cuales llegaron al CETAD?** Si, se da el espacio desde la línea psicodramática de que ellos ejemplifiquen las escenas de cómo llegaron acá, que es lo que sintieron, por lo regular utilizo dos técnicas específicas que son las escenas de ingreso y la segunda utilizo el monigote vivo, como se veían antes y después de internarse. Entonces ahí intento que ellos noten y hablen de lo que ellos vieron como lo vieron, lógicamente es una guía específica de la técnica como tal, pero intento que se genere ese espacio de libertad.

6. **Tienes claridad en la concepción del problema o condición de salud mental que presentan los usuarios / pacientes?**

Ya después de un periodo amplio de trabajo, a veces vienen con muchos diagnósticos, etiquetas los usuarios, también vienen con muchos diagnósticos, con muchas etiquetas y también con muchos dogmas en su cabeza de lo que son, entonces, toca romper un montón de esas situaciones e ir trabajando, irles haciendo conscientes, de que a veces son estados de ánimo normales o que son eh, ya ya la consideración o estructura cómo tal, que ellos tienen es algo que ha venido de un periodo atrás. Si ha habido pacientes que no son conscientes de lo que tienen, y corresponde conforme avance proceso terapéutico irlo haciendo conocer lo que realmente está en su interior, o cómo está funcionando. Entonces yo diría después de un periodo de tiempo bastante amplio tener un pequeño lineamiento una pequeña luz de lo que realmente es, y lógicamente si hay un trabajo posterior, pues ya ir como quien dice concretizando, bueno ya que es este seguimiento longitudinal y transversal, también del trabajo de ellos ver que ha sido esto y recién intentar dar una confirmación, pero una confirmación que sea beneficiosa para él terapéuticamente, no como un proceso de juzgamiento cómo tal. Entonces diría después de un periodo de tiempo.

7. Haz identificado las facilidades o dificultades en la ayuda o tratamiento con tus usuarios / pacientes?

Eh haber, yo diría que es un poco relativo en relación a cada caso si o a cada vida o cada paciente como tal. La complejidad depende mucho de cómo ellos están adhiriéndose al tratamiento, de qué es lo que están trabajando, de qué es lo que ellos están intentando manejar y como lo están intentando aceptar al tratamiento e incluirlo en su vida, y cómo están funcionando en esta nueva etapa o en este nuevo rol, como rol de recuperado, el rol de la persona ya rehabilitada, qué no necesita un algo químico para ser alguien, o un algo que les amortiguase.

Entonces les escucho, muchos de ellos suelen decir haber tengo dificultad en esto necesito aquello. Entonces claro está el criterio clínico y toca ir distinguiendo en sí es una clara demanda o es una queja o solo es un anhelo realmente es una necesidad imperiosa, algo que en ese momento yo suelo hacer cuando veo muchas de esas, o que no tengo luces como para dar eh, se puede decir una buena orientación a esto que solicitan, sería uno el trabajar con el terapeuta como tal o preguntar también al equipo técnico, una retroalimentación de lo que está sucediendo. No le puedo dar lo que quizás él está necesitando en ese momento, tampoco hay que ser emergentista en cualquier tipo de caso como tal, pero si dar una escucha a eso porque es bastante importante lo que en ese momento intenta soltarnos a nosotros.

Entonces yo te diría que, claridad claridad, lo iremos, así como descubriendo en el proceso. Si y que yo lo sepa, no podría saber lo que a ellos les beneficia, quizás orientándoles y ver qué es lo que les resulta.

8. Percibes los problemas o condiciones de salud mental de tus usuarios / pacientes, desde su propio punto de vista?

Intento que sea así en la mayoría de casos, pero siempre hay que considerar que va haber un pequeño segmento o una pequeña contaminación de nosotros. Entonces en

la mayoría de casos intento adecuar el discurso y qué no, no lo mezcle, con lo que yo siento, con lo que yo percibo ese momento. Siempre preguntando no afirmando no utilizando terminología determinista como tal, entonces les permito que se despapayen y conforme se van despapayando, pues voy justamente contemplando o estructurando lo que ellos me van soltando, para irlo hacer notar si es que es como lo, si es que es así lo que el ve en ese momento. Entonces intento que sea lo más pulcro posible, pero con la dificultad en sí, de la psicoterapia, que siempre va a haber un pequeño contaminante como tal

9. Crees que tus usuarios /pacientes se sienten comprendidos en su problema o condición de salud mental? Consideras que logras con tu intervención producir desinhibición emocional o catarsis con tus usuarios / pacientes?

Yo consideraría que sí, eh bueno aquí ya va a ser parte de mi criterio muy muy personal: el uno, como ellos vienen trabajan, como asisten a su terapia, cómo sienten esa necesidad imperiosa de cuando pierden alguna terapia de buscar otro espacio para darla. El tema de las preguntas que se dan fuera del espacio terapéutico como tal o también la búsqueda que se da en buscar diferentes alternativas en otros sujetos, sin pensar en que uno es el dador único o es la panacea de su tratamiento como tal. Entonces es darles ese espacio de libertad que consulten con quien deseen, sí tengo que admitir que es una pregunta bastante de la subjetividad como tal, asumo que creo un espacio como tal, adecuado para ellos, para darle acogida a lo que sienten, pero esto no funciona con todos no se sabe, lo que yo puedo despertar en otro, con algunas preguntas, con algunas técnicas y por eso es súper fundamental trabajar primero con esta relación o con este vínculo terapéutico o alianza terapéutica que se conoce, y que se puede establecer de momento, pero como el ser humano es un ser tan dinámico, que todo lo que llevo trabajando y también lo que llevo estudiando, si llego a considerar que también van a haber varias cosas, que no cuenten, que no se nos comentó que no se nos diga, por el simple hecho de querer seguir resguardando algo que para ellos va a ser muy personal, y en cierto momento que si se da el espacio adecuado pue lo puedan soltar. Entonces es eso, lo que te podría comentar

10. Consideras que logras con tu intervención producir desinhibición emocional o catarsis con tus usuarios / pacientes?

Sí, por lo general la teoría psico dramática, que habla justamente sobre la construcción de una realidad suplementaria, o la reconstrucción de una realidad suplementaria en varios aspectos personales o en varias escenas que ellos vivieron, te permite alejarte de la posición del yo estuve ahí, si no a la posición de yo como lo ví. Entonces al tercerizar se puede decir esas escenas como tal permite que vayan soltando las cosas y que vayan ellos diciendo las palabras que quieren hablar o lógicamente utilizan expresiones que ellos necesiten y en ese momento pues hacer un par de preguntas para que la catarsis se pueda dar. Entonces por lo general lo que yo he visto es que durante las terapias, se pueden dan dos tipos de catarsis, esta catarsis de abreacción y esta catarsis de integración, la de abreacción sería en el momento en el que él sale corriendo del consultorio o retira la escena como tal mostrándose molesto y quizás una catarsis de integración que yo noto es cuando trabaja una escena la pérdida de algún

familiar y ante esa pérdida del familiar, comienzan a ver, quizás esa pérdida fue por le defraudó, tiene algún conflicto acá con otro compañero, con otro compañero de recuperación entonces nota en la escena que quizás él no puede estar resentido, entonces va e intenta hacer las pases y habla y a la siguiente terapia dice mire esto hice, esto pasó, esto realicé. Entonces se permite generar esas catarsis de integración y que la terapia en algo le ayudó, en algo le integró o algo se asumió a su vida. Entonces yo esperarí que se llegue a esto no puedo estar cien por ciento seguro en la mayoría de casos, no puedo decir que todas las terapias pasa esto, pero en la gran mayoría sucede, entonces es por esto que el paciente justamente por esto llega a constituir un montón de estas enseñanzas personales para el y las llega a comentar, si me sirve esto, me sirvió aquello y lo emiten en función de alternativas u orientaciones a los compañeros, mira con mi terapeuta aprendí esto e hice esto entonces se produce justamente un aire de reproducir lo que ellos ya empezaron a integrar. Entonces esperarí que sea así.

11. Tienes claridad en las posibilidades del tratamiento o ayuda?

Si sisi, algo que hay que destacar es que, no para todos sirve la comunidad terapéutica, no para todos es el ambulatorio, no para todos es la ayuda psicológica como tal, realmente ahí hay una panacea, donde la relación de “cura” lo va a establecer la persona, entonces yo consideraría que, hay q tener muchísima claridad porque quizás lo que yo haga, no le permita al otro surgir, sería imponer mi palabra y no dejar que él constituya lo q para él sería su recuperación. Entonces en ese sentido pues, en psicodrama siempre se habla del tema de reestructurar el vínculo o reestructurar los roles y constituir una nueva matriz, a veces que se yo, el tratamiento no puede constituir la matriz, pero consiguiendo algún paciente o alguna paciente, una esposa, un esposo o una familia, se constituye una nueva matriz y eso le ayude realmente, a opacar el síntoma que era algo q estaba opacando por otra cosa, entonces es un sinfín de cosas, me parece que hay que tener muchísima claridad y muchísima apertura que no hay panaceas dentro de la recuperación.

12. Te parece que seguir la metodología de ProchasKa Y DiClemente en cuanto a las Etapas motivacionales del cambio te da resultados? ¿Cuáles resultados obtienes o identificas?

Si, me parece que ahí se hace Psicología, ahí nosotros nos estamos yendo a la parte de la necesidad humana y no de la necesidad teórica, lógicamente es un calificativo bastante grande, es decir ahorita está en contemplación o acción o si está habiendo un periodo de mantenimiento bastante grande, pero sirve para no imponer una teoría, no imponer un dogma, dejarle en lo más limpio posible a esa persona. Si entonces algo que me agrada mucho de este modelo transteórico es que ellos se alejaron por completo de las líneas y vieron solo factores comunes, que comparten en el proceso de crecimiento personal, y estos factores comunes me parece que si los vamos como percibiendo , tenemos un ojo de está o no avanzando, a ver si es que sigue en una etapa contemplativa como tal, donde realmente no ve un problema y sigue repitiendo las mismas conductas, cuestionando qué estamos haciendo nosotros, qué está haciendo el

tratamiento quizás replantearnos los objetivos entonces sí me parece a mí una línea que no podemos perder y no solo en el área de adicciones sino en cualquier otra área de otros tipos de tratamiento

13. ¿Qué obstáculos identificas en la aplicación de las etapas motivacionales del cambio parte del modelo transteórico de ProchasKa Y DiClemente?

Que bueno q si no se conoce, realmente les estaríamos hablando en otro idioma y existiría eeh, más o menos como una mezcla o un conflicto teórico entre esta línea, decir que teóricamente no es así o que teóricamente dijo tal autor esto, entonces ocasionaría un despelote dentro de lo que es la constitución de un tratamiento, eeh sí básicamente lo que haría considerar es que no podría ser como sacado a relucir lo importante de ver, si es que el ser humano va trascendiendo dentro de lo que es, de ahí la línea teórica que le pueda ayudar va ayudarlo pero esto de la trascendencia humana es algo que no podemos nosotros percibir, creo que habría ahí algunas confusiones si es que no se lo maneja bien o si no se lo conoce también.

14. ¿Qué le agregarías o suprimirías a las etapas motivacionales del cambio?

Quitarle, le quitaría la fase de recaída como tal, eeh ya que fue la fase de recaída justamente y esencialmente constituida para las personas con adicciones yo retiraría la fase de recaída ya que eso hace que sea un círculo cerrado vicioso y me parece que los autores provocaron esta teoría o constituyeron esta forma no sé si llamarla teoría como tal, o modelo como una forma de espiral y una espiral que se expande como tal, en donde realmente ellos ya consideraban que en la etapa de mantenimiento van a ver de nuevo un proceso de estabilidad total, donde todo ello, ellos vuelven a normalizar y creen que no hay ningún problema y de nuevo se produce la pre contemplación Entonces yo retiraría esto que fue justamente 1 de los términos que me parece que se adquieren en cuanto intentan hacer cesación tabáquica o trabajo sobre tabaquismo como tal me parece a mí que podríamos retirarlo pese a que varias investigaciones digan que es una fase súper necesaria tenerla ahí en claro pero realmente me parece que es algo muy juzgativo es algo muy determinista y que no pertenece a una cuestión de espiral sino una cuestión bastante cíclica centrada en un punto de vista en donde se pierde la trascendencia humana y su desarrollo.

15. ¿Crees que la aplicación de las etapas motivacionales del cambio te limitan en tu desempeño terapéutico? ¿Por qué?

No no me ha llegado a pasar, Más bien han ampliado un montón de líneas por ejemplo cuando comencé a estudiar un poco más a profundidad estas etapas habían pacientes o usuarios que llegaban sin demanda, llegaban en una etapa pre contemplativa como tal entonces ya tener esto un poquito más claro me permitía trabajar durante un mes en la generación de la demanda el intentar hacer que demande algo de este

tratamiento y de nosotros y de él mismo como tal entonces si me ha orientado en vez de hundirme

16. ¿Cuál crees que es el mayor aporte en la relación terapéutica, de las etapas motivacionales del cambio?

Se retira una línea teórica como tal ya no hay imposición de lo que yo sé o te puedo dar sino un proceso de vamos te acompaño en tu camino de cambio y hasta donde llegues. Existe de igual forma un vínculo como tal y un vínculo terapéutico un vínculo humano no el vínculo de que él es mi doctor si no es un vínculo de él es mi doctor pero él hace este rol como persona tengo que respetar, pero lo respeto como doctor entonces realmente sirve como una forma de especificar un montón de actos como tal sí entonces diría que sí dio mucha claridad da muchísimas pautas para yo poder esclarecer lo que ellos en ese momento están pasando o viendo si no se ajusta alguna técnica o algo y cómo dije previamente se haría psicología ahí, se trabajaría sobre la psiquis del sujeto y no sobre lo que una teoría considera a la psiquis desde mi punto de vista claro está.

17. ¿En qué tipo de usuarios de drogas, crees que resulta mejor la aplicación de las etapas motivacionales del cambio?

Yo diría en mi experiencia pacientes que hayan consumido heroína o la “h” porque ellos están acostumbrados a ciertos síntomas a ciertas reacciones corporales, que cuando se le saca de ese momento, pasan las etapas, saben en qué momento están conocen que ya les llega quizás el mono, o conocen una etapa de abstinencia, conocen que aún quieren seguirse drogando es como que lo van especificando y se lo ve con mucha mayor claridad, pero una vez que dejan el consumo y aparece la abstinencia, ellos tienen un recorrido histórico de todo lo que vivieron, lo que hicieron, de todo lo que realizaron y se permiten cuestionar muchísimo más me parece que con la base de coca, los pacientes que consumen base de cocaína no es tanto esto, porque como ellos se consideran o llegan a contemplarse como un desecho como algo que no sirve como tal, es como arrojar una basura, entonces en una basura no se encuentra si tiene norte, si tienes sur, si está constituida alguna forma o algo, pero en cambio en la heroína no tanto, la heroína es como yo ya sé que estoy destrozándome, yo conozco el tema de la muerte como tal, del dolor cómo se siente, estoy muy consciente de lo que estoy haciendo, soy una parte exclusiva de esto, pero cuando aparecen estas etapas, se les vuelve mucho mas claro el panorama de que es lo que tienes que seguir, que es lo que puede continuar y se vuelven hasta mucho mas, eeh atentos a los factores de riesgo que se puedan estar generando, lógicamente desde lo que yo he podido observar.

18. ¿En cuál de las etapas de este modelo, percibes o identificas, se logra mayores respuestas al tratamiento?

Yo diría en etapa de acción es una etapa donde hay mayor conciencia de lo que le está sucediendo una etapa en la que ya se han apersonado de lo que ellos están en ese momento constituyendo como personas y lo que les ha hecho en su vida quizás ese malestar y claro es el momento donde esos comienzan a solicitarte o comienzan a

aplicar ciertas estrategias y comienzan a ver que el síntoma comienza a opacarse y comienza a haber una modificación de lo que ellos son me parecería ahí que en la etapa de acción como tal.

19. Consideras que las estrategias definidas por las autoridades del MSP en cuando a Salud Mental y en la especificación de por ejemplo las etapas motivacionales del cambio son útiles, oportunas, y favorecen un trabajo adecuado que beneficie tanto al terapeuta como al usuario / paciente.?

Me parece que son lineamientos generales, y como todo lineamiento general da ciertas luces, pero realmente no es el origen de todo, me parece que está muy suelto, en muchas cuestiones teóricas, además de que varios de los conceptos que utilizan parecieran que son desde una visión desde yo creo, pero no desde lo que fue dado, de lo que se puede adaptar acá, no sé si realmente lo hayan hecho en base a algún tipo de investigación, no sé si esos lineamientos hayan sido acogidos de todo el trabajo de salud mental como tal, si no me parece bueno es un orden de que esta pieza cabe acá. pongámosle acá, pero no hubo como tal una investigación previa y no se ha dado seguimiento, a si esto se está o no poniendo. Entonces te podría decir que son lineamientos generales que tienen concepciones generales, que si uno los lee va a ser una lectura bastante ligera, no van a ver una concepción como tal de la propuesta que los dos autores hacen, y por obvias razones eso te va a impedir conocer toda la matriz y vas a tener que aplicar una línea única, o sea; no todo lo que puedes llegar a hacer con esto sino se va a dogmatizar ese conocimiento, entonces sí me parece que te da líneas, pero no realmente te ayudará en lo que corresponde.

20. ¿Algo que te gustaría aportar a la presente entrevista?

Que me parece muy muy oportuno que se siguen haciendo investigaciones en el campo de las adicciones, ya que el Ecuador carece por completo de investigaciones en el campo de adicciones, quizás por el simple hecho de cómo nos relacionamos como sociedad ecuatoriana con la droga, quizás además de eso, las políticas públicas y también la invisibilización que tenía esta enfermedad como tal hace unos años atrás, entonces no, solo agradecer que esto se pueda dar, que es un trabajo muy muy bonito investigar sobre esta enfermedad, y saber que estamos teniendo nuestros propios cuestionamientos culturales, en cómo nosotros hemos visto que se adhirió la sustancia a la droga a nuestra cultura entonces no no más bien agradecer sobre todo.

Guía de entrevista a Psicoterapeutas No 3

Datos generales
Nombres: JUAN
Edad: 34
Sexo: HOMBRE
Años de trabajo como terapeuta? 9 AÑOS
¿Desde cuando trabajas en el CETAD? 8 AÑOS

1. **¿Corriente psicológica que sigues o la formación psicoterapéutica que tienes, y cual aplicas en el CETAD?** No he seguido una formación específica, pero con la que más me oriento es la Integrativa y el modelo con el que trabajo en el CETAD.

2. **¿Antes de ingresar al CETAD, conocías sobre las etapas motivacionales del cambio parte del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska Y Diclemente?, tenías experiencia en la aplicación de las mismas?**

Claro, si si había leído el tema de los estadios de cambio, si he aplicado su lectura en pacientes.

3. **¿Cuándo ingresan los usuarios / pacientes al CETAD, e inicias tu proceso de intervención en qué etapa del Modelo Transteórico del cambio les ubicas?**

En realidad y poniendo un parámetro general, creo que la mayoría entra en un estado de contemplación, como una idea ya de al trabajar en un tema voluntario si, y el ingreso al CETAD es voluntario, creo que hay cierta claridad o cierta idea de esta necesidad de cambio, entonces si hay esta capacidad de enmarcarles en este estadio de contemplación sin embargo hay casos que entran, a través de motivaciones externas como a veces deudas, huir de dificultades, el tema del abandono familiar, que hacen que si, creo que en algunos casos entran en un estadio de precontemplación, sin tener una idea real o consciente de la necesidad de cambio y es un poco más complicado trabajar ahí. En ese tipo de pacientes q entran en ese estadio de precontemplación.

4. **¿Cuándo llegaste al CETAD recibiste lineamientos sobre la implementación de las etapas motivacionales del cambio parte del modelo Transteórico?**

¿Cómo formación o alguna instrucción sobre esto?, **si alguna instrucción o lineamientos, por ejemplo.** Que recuerde no o sea cuando iniciamos el CETAD, ya teníamos una idea, pero cuando se abrió el ACA (ÁREA DE CONTINGENCIA EN ADICCIONES), nos tocó a usted y a mi sacarnos la madre y leyendo para poder escribir todo. **Perfecto muchas gracias es muy correcto y cierto eso.**

5. **Consigues que tus usuarios/pacientes hablen libremente respecto de sus problemas o condición de salud mental, por las cuales llegaron al CETAD?**

Con la mayoría si, algo que me he dado cuenta con la experiencia es que muchos de los casos que llegan al CETAD, en esta realidad del trabajo es que les cuesta un poco romper, el tema de la desconfianza, algo que me he podido dar cuenta y que me agradaría mucho realizar alguna investigación y romper esta situación de abrirse libremente al terapeuta, algo q no pasa en la consulta privada pues llega un paciente con una libre demanda. De cierta manera lo que los pacientes están buscando no necesariamente es un trabajo terapéutico sino dejar de consumir, dejar los problemas que tienen. Entonces eso no siempre está atravesado por la consciencia de, el trabajo terapéutico psicológico, que deben hacer dentro del programa, entonces a veces si les cuesta, pero conforme va avanzando el tiempo y con el estilo personal del terapeuta que yo he logrado encajar o fortalecer el vínculo terapéutico (terapeuta – paciente), pues he logrado pues, si de cierta manera conseguir algunas cosas de facilitar esta confianza esta apertura en el tema terapéutico. Pero como pasa en todo tema psicológico, a veces el estilo personal en ciertas ocasiones, generan una limitación porque en el tema de la libre demanda uno es capaz de ir como estudiando al terapeuta si me agrada o no me agrada, investigar el tema de la corriente, ver si es que puedo abrirme facilitar si es hombre o mujer. En cambio, en el CETAD es como te asignan al terapeuta y si bueno el paciente puede decir no me siento tan bien o no se me facilita el trabajo, pero de alguna manera es como limitarte a los 5 terapeutas que estamos ahí. Entonces esa realidad también a veces limita un poco, pero ya creo que también es un poco, incluso esas dificultades también son un poco factibles de ir trabajando en la terapia.

6. Tienes claridad en la concepción del problema o condición de salud mental que presentan los usuarios / pacientes?

Tener una claridad yo creo que ningún terapeuta puede tener esa claridad de cómo está estructurada esa problemática dentro del paciente, porque no somos como adivinos de lo que está pasando, a veces no estamos ni podríamos estar seguros de lo que nos está diciendo es verdad o no verdad, pero en base a lo que el paciente va hablando y en base al tema del análisis que nos permite este, el tema de la orientación integrativa, el análisis de la personalidad etc., podemos orientarnos un poquito, con un poco de luz digamos, darnos un poco de luz a la problemática que tal vez está atravesando el paciente, pero creo que así de tener una idea clarísima no creo que sea así como posible, como terapeutas, sino estaríamos así como si alguien tuviera esa capacidad y tendríamos el arreglo a la mano y no dependería del paciente el éxito de la terapia.

7. Haz identificado las facilidades o dificultades en la ayuda o tratamiento con tus usuarios / pacientes?

¿Las facilidades o dificultades en el tratamiento?, **ajá,**

¿A qué te refieres con eso? **¿Digamos a por ejemplo factores que tu veas que te favorecen en el trabajo psicoterapéutico que desarrollas, que vas haciendo este plan psicoterapéutico o de pronto hay cosas que tú ves como que te impide avanzar en ese tratamiento en ese plan psicoterapéutico, diferentes dificultades que vas encontrando en tus usuarios pacientes no?**

¿A dificultades en los pacientes, en la relación o en el sistema tal vez?, **¿Sería como que, de forma general en el tratamiento, sería analizando desde la misma relación y también el sistema de manera general?**

A ver si hablamos de la relación terapéutica o el trabajo en si clínico, dificultades será el tema de las malas referencias, recibir pacientes que por ejemplo no deberían estar en un tratamiento residencial eh, las dificultades del sistema a nivel de los criterio clínicos, con respecto a la patología eh, netamente a referencia del consumo y también las patologías este duales, que a veces son referidos como temas psiquiátricos, como trastornos primarios y se dificulta en el trabajo, o nos refieren paciente con dificultades intelectuales que no permiten el trabajo terapéutico grupal en la comunidad, entonces eso si limita un poco en el trabajo clínico, a nivel administrativo también hay sus limitaciones, el tema que una vez que el paciente sale del tratamiento la dificultad de mantener ese contacto puesto que ya se necesita hacer la referencia al primer nivel nuevamente, actualmente este tema de la pandemia a limitado, el tema de las terapias presenciales con los seguimientos, entonces eso a nivel como administrativo digamos, pero a nivel de normativas, también a veces hay casos que por el tema de la normativa o las reglas que rigen el tratamiento impiden como a veces, el dar un poquito más, como un paciente que rompe ciertas normas, y uno quiere seguir como analizando un poco el caso y seguir trabajando con este paciente pero ha roto demasiadas normas, entonces el cumplimiento de que debe ser referido, nuevamente al SAI, o algo, te limita un poco como seguir el trabajo, recuerdo hace unos meses que tenía un paciente con una estructura de personalidad disocial y en el contexto del trabajo de comunidad terapéutica, era un riesgo tanto para el paciente como para otros pacientes, incluso se convirtió en un riesgo para el personal profesional del CETAD, porque el paciente se puso un poco con ideas agresivas, de hacer daño al personal y todo eso, pero el vínculo terapéutico era bastante fuerte o aparentemente eso funcionaba y a mi en particular me interesaba mucho el caso seguirlo manejando, seguir trabajando con el paciente pero la normativa nos obligó a que no era apto para seguir trabajando en la comunidad terapéutica, entonces a veces esas son la limitaciones en el trabajo clínico o como te recuerdo tu paciente el Gandhi, que también era como uno quería hacer un montón de cosas pero el tema de la estructura de cómo funciona una comunidad terapéutica no nos favorecía para seguir dando una mano en ese tipo de pacientes.

8. Percibes los problemas o condiciones de salud mental de tus usuarios / pacientes, desde su propio punto de vista?

Claro, creo que como personas nos permitimos, dentro del trabajo entre terapeutas analizar esto desde nuestras perspectivas dar nuestras opiniones, analizar los casos desde nuestras creencias personales, pero para el trabajo no pues, o sea, el trabajo es regido por el tema de la realidad del paciente.

9. Crees que tus usuarios /pacientes se sienten comprendidos en su problema o condición de salud mental?

A nivel de, en la institución, en el proceso, del programa o de la relación terapéutica como tal, **¿En la relación terapéutica contigo?** Si he logrado en la mayoría de casos que me asignan llegar a generar un fortalecer ese vínculo que debe haber que incluso se dice que es lo más importante dentro del éxito de la terapia, el afianzamiento del lazo terapéutico me he dado cuenta, si han existido casos como te comento hay esta posibilidad de pacientes que dicen bueno no seguir con el trabajo terapéutico, con x terapeuta entonces se les brinda la opción de un cambio y si me ha pasado, pacientes que han dicho no me siento conforme con el trabajo que estoy realizando con el doctor y se les ha dado la oportunidad de alternativas con otros terapeutas.

10. Consideras que logras con tu intervención producir desinhibición emocional o catarsis con tus usuarios / pacientes?

Si si se logra llegar a estos episodios de catarsis donde se rompen pues un poco las estructuras mentales que a veces están como dificultando el reconocimiento de alguna problemática o el evadir ciertas situaciones, si hemos, creo que en la mayoría de casos se llega a esos puntos.

11. ¿Tienes claridad en las posibilidades del tratamiento o ayuda?

¿A qué te refieres? **Es decir, el ver claramente tus usuarios pacientes tienen posibilidades de salir por ejemplo del consumo problemático de ir saliendo poco a poco, de hacer esta renuncia progresiva, tienes claridad en ver esas posibilidades con tus usuarios pacientes.**

¿Capaz identificar si él va o no a salir del problema algo así? **Ajá.**

No claridad, claridad no, eso es como una incertidumbre, incluso en las ceremonias de altas que se realizan, hay casos y casos que continuamente están rompiendo normas y que está como en dificultades en problemas en la comunidad y uno dice no sé si químicamente o emocionalmente porque también se genera un vínculo emocional con los pacientes q uno dice chuta este paciente no creo que va a durar mucho afuera y terminan varios años en abstinencia en cambio otros casos en donde nunca han roto una norma, en donde pasaron todo bien y recuerdo un caso que tuvimos de un adulto mayor con problemas de alcohol y nunca tuvo ningún problema en la comunidad, siempre estuvo bien cumpliendo normas no tenía consecuencias negativas, pero el primer día saliendo del , como el cacho que saliendo y festejó tomándose los tragos. Entonces no creo que tenga, así como una claridad, creo que, si hay como expectativas, indicadores que nos hacen tener como una idea, pero claridad, así como certeza no creo que se pueda llegar a tener.

12. ¿Te parece que seguir la metodología de Prochaska Y DiClemente en cuanto a las Etapas motivacionales del cambio te da resultados? ¿Cuáles resultados obtienes o identificas?

Más que seguir como una metodología yo creo que es como una guía para poder identificar o encontrar o tener una idea de cómo realizar la intervención terapéutica en cada paciente, entendiendo esa realidad teniendo como una luz, más o menos como el

análisis de cada caso, identificar que el paciente se encuentra en un estado de precontemplación, de contemplación, de acción si, entonces te da como una idea de que herramientas, de que estrategias que tiene nuestra profesión que podemos valernos para seguir acompañando al paciente, pero no creo que si sea como que podamos que sea como una estructura que nos diga ahí está el éxito de ver así al recuperación de un paciente o el trabajo terapéutico con un paciente, entonces no estaría así como en capacidad de decir esa es una herramienta que nos sirve para tener éxito, pero si uno la sabe manejar, la sabe identificar, y puede que esa que esté modelo de trabajo de entender el tema de la adicción a través de esta postura teórica, te brinda la oportunidad de poder intervenir de una manera adecuada si es tu forma de trabajo, entonces no creo que sea como, en ninguna forma de intervención en las adicciones podemos encontrar como la panacea en el éxito del trabajo, y tu sabes que la evidencia nos dice que el éxito está en el uso de varias corrientes estrategias y ahí está el éxito del trabajo y que como integrativos tenemos ese chance de poder utilizar las herramientas de acuerdo a la realidad de ese paciente.

13. ¿Qué obstáculos identificas en la aplicación de las etapas motivacionales del cambio parte del modelo Transteórico de Prochaska Y DiClemente?

Que cuando en el trabajo clínico nos cerramos a ver como un proceso, digamos muy estructurado, estricto de identificar está en una etapa y no en otra, podemos caer en el tema de tomar decisiones muy cuadradas y no ver que la realidad psíquica de cada paciente es diferente por ejemplo un paciente que rompa muchas normas, entenderíamos que tal vez es un paciente si es que se le explica, desde la entrada al tratamiento que el romper constantemente normas le pondría fuera del proceso y lo analizamos desde este modelo, bueno este man sabe que si sigue rompiendo normas, entonces significa que no quiere estar aquí en el proceso, si somos así de cuadrados, tal vez nos podemos llevar una idea de que este caso podría estar en una etapa de pre-contemplación y tal vez tomar la decisión de decir bueno retirémoslo nomás y enviemos nuevamente al SAI, que se aclare un poco la demanda, pero tal vez esta ruptura de normas ponen a otra situación psíquica del paciente como un retroceso en su edad mental o su concepción de vida, en este tema del yo niño, yo adulto, está muy arraigado y hay que trabajar en un proceso de duelo que nos pueda llevar a otra perspectiva del caso desde un análisis clínico entonces creo que encerrarnos o solamente guiarnos desde este modelo podría tener esta limitación como te digo.

14. ¿Qué le agregarías o suprimirías a las etapas motivacionales del cambio?

No creo que le agregaría ni suprimiría nada, creo que no debe ser trabajado solo como único modelo o una única forma de entender el tema de la recuperación, sino tener otra perspectiva también.

15. ¿Crees que las aplicaciones de las etapas motivacionales del cambio te limitan en tu desempeño terapéutico? ¿Por qué?

No, como he referido me aportan, sabiéndolas usar.

16. ¿Cuál crees que es el mayor aporte en la relación terapéutica, de las etapas motivacionales del cambio?

Que si es que tu logras como tener una idea de en qué estadio se encuentra el paciente, tu puedes ir acoplando el trabajo que tu realizas, con tu paciente, digo un paciente está en estadio de precontemplación y en el trabajo psicoeducativo tú ya le comienzas hablar de la recaída, yo creo que tal vez no es como un trabajo psicoeducativo acorde a la realidad y tal vez el paciente se siente no entendido, no escuchado o no validado en su realidad. Entonces yo creo que el aporte es entender la realidad del estadio en el que el paciente se encuentra, en nivel de la motivación del cambio y poder encontrar las mejores herramientas del trabajo, como digo siempre debe ser complementado con otras formas de entender la patología.

17. ¿En qué tipo de usuarios de drogas, crees que resulta mejor la aplicación de las etapas motivacionales del cambio?

¿Entendiendo que tenemos pacientes con marihuana con base de cocaína en cuales es mejor? **¿Ajá en qué tipo de usuarios de drogas?** No creo que haya una como diferenciación de que sea mejor en un consumidor de alcohol como en un consumidor de base de cocaína, no creo que pueda permitirme dar una referencia de ese tipo yo creo que el tema de cuál es la droga de elección o la droga predilecta no hace referencia o una diferencia mejor dicho al éxito o al entender la adicción o la motivación del cambio en el proceso de recuperación si es mejor o peor.

18. ¿En cuál de las etapas de este modelo, percibes o identificas, se logra mayores respuestas al tratamiento?

Creo que, en el tema de la acción, el paciente está tomando como las riendas de su actuar con respecto al trabajo que debe hacer tanto psíquico como en decisiones de cambio con respecto a su ideal de recuperarse.

19. ¿Consideras que las estrategias definidas por las autoridades del MSP en cuando a Salud Mental y en la especificación de por ejemplo las etapas motivacionales del cambio son útiles, oportunas, y favorecen un trabajo adecuado que beneficie tanto al terapeuta como al usuario / paciente.?

Yo creo que como tú conoces y tienes la realidad y como la experiencia de donde nace esta necesidad, como redactar un formato o una estructura de trabajo, en primer lugar profesional en segundo con evidencia científica que demuestre la efectividad del cambio, yo creo que es efectivo porque hasta en los años donde el ACA se abrió, en nuestro país el tratamiento de la adicciones estaba como gobernado por estas clínicas que no tenían un trabajo profesional, que eran muchas de ellas manejadas por ex. Consumidores por personas religiosas, entonces yo creo que al escribir un programa de estructura base de un trabajo profesional y psicológico era necesario, pero

a veces cuando se trata a un paciente como a una máquina y se trata de encasillar dentro de estos lineamientos a una persona como un objeto más dentro de esto, yo creo que estamos mal, si porque ahí estamos fuera de la realidad de lo que es la salud mental.

Ver a un paciente como un objeto de que si hace esto está en tal parámetro, entonces debe ser sacado o debe permanecer y así no funciona la salud mental con las personas, creo que es necesario, pero depende de que tanto el tema administrativo que son las autoridades, exigen presión o ejercen cierta forma digamos de presión sobre el personal operativo eh ahí es la dificultad, ahí es la falla. Creo que es necesario, pero a veces nos juega mal.

20. ¿Algo que te gustaría aportar a la presente entrevista?

Te agradezco mucho por tomarme en cuenta para la entrevista, que bueno ver que las personas con las que he crecido profesionalmente siguen haciendo trabajo para mejorar tanto el tema de la salud mental en general como este tema que ha sido algo que me apasiona que ha sido el tema de las adicciones y estas investigaciones siempre van a enriquecer el trabajo que creo que es algo que debe seguir evolucionando de cómo entender esta patología de cómo trabajarla, para poder ser eficaces y eficientes para los pacientes que a la final a quienes nos debemos.

Anexos Guías de entrevista a profundidad a usuarios

Usuario No. 1
Nombres: Franklin
Edad: 42
Instrucción: ciclo básico
Estado civil: separado
Sexo: hombre
Ocupación: plomero
Lugar de residencia: Quito – Panecillo
Sustancia principal de consumo: Clorhidrato de Cocaína
Tipos de drogas consumidas: base de cocaína
Edad de inicio: 23^a
Edad que siente se le fue de la manos el consumo: 33 años
Por qué consideras que consumir droga es un problema: separación familiar, abandona su pareja.
Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo: sentir adrenalina para asaltar - robar, ayuda a olvidar las penas

Por qué te iniciaste en el consumo de drogas:
Frecuencia del consumo: diaria
Lugares donde consigue las sustancias: Panecillo
Áreas afectadas en tu vida por el consumo: familiar sobre todo, Laboral también.
Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: al inicio de la pandemia disminuyó por no poder salir.
Tiempo que lleva en el centro: 8 meses
Internamientos anteriores: (lugares) 8ª atrás primer internamiento clínica NAZI.

1. **¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí),** por creer que es momento de dejar de jalar droga, acude con las hermanas
2. **¿Cómo te sientes aquí?** Con altos y bajos, haciendo el día.
3. **¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?** Hay cosas que se me hace muy difícil de contarle, por ejemplo, yo soy sobreviviente de un suicidio se me hizo muy difícil contarle.
4. **¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?** No, una parte le explicaron las reglas de la comunidad. Fue Jodido estar acá al inicio agrega, porque no es fácil cambiar.
5. **¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?** Yo cambié demasiado aquí, demasidísimo, yo antes era un desastre total, me orinaba donde me daba la gana, no lavaba mi ropa, ese armario era lleno de ropa sucia, ahora ya no, ahora y lavo mi ropa, me baño, madrugo, ya no me orino donde me da la gana, ahora si cometo un error me siento mal.
6. **¿Crees que puedes ser tu mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?** Si
7. **¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?**
Si, ella me ayuda.
8. **¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?** Si 100 porciento
9. **¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?** Son buenas personas, mientras uno no les dé motivo no pasa nada
10. **¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?** Si
11. **¿Si no estuvieras aquí donde estarías?** Francamente, cuando empezó la pandemia yo llegué a mi casa a escampar (termino que significa dejar de consumir un tiempo, pero con la expectativa de volver hacerlo), hasta que pase la pandemia, pero jamás en la vida pensé que iba a durar tanto, yo pensé que iba a durar dos mesecitos, pero yo me dí cuenta que mis hijos me necesitaban y que es hora de cambiar.
12. **¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?** Absolutamente nada todo está bien

13. ¿qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?

La cocina, cuando hicimos la fanesca, eso me animó bastante, que uno si sirve para algo.

14. ¿sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo? El 50 por ciento, porque hay varios puntos que debo seguir trabajando con mi psicóloga, hace 6 meses.

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después? La motivación apareció luego de dos meses interno en el centro.

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio? No, no, no, haría mal en hablar cosas que no son.

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos? Yo creo que sería algo como talleres, carpintería, cerrajería. Porque imagínese yo pasé como 9 años de vago y trabajar de la noche a la mañana es complicado.

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta? Ella ha estado pendiente de mi familia de mi padre de mis hijos tiene terapia con ellos, mis padres son mayorcitos de edad y ella me avisa todo. Su hijo va a venir tal día, su hermana llamó. Me ha motivado de esa manera.

19. ¿En general como te has sentido en el centro? Con altas y bajas y como que ya van pasando y uno está consciente que debe cambiar.

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro? Tranquilidad, estar con mi hija, ayudar a mis padres, ser una ayuda, quiero ser un buen hermano.

Entrevista usuario No 2
Nombres: Marco
Edad: 60
Instrucción: Superior – Abogado
Estado civil: divorciado
Sexo: hombre
Ocupación: Trabajaba en cobranzas
Lugar de residencia: Quito
Sustancia principal de consumo: alcohol
Tipos de drogas consumidas: alcohol
Edad de inicio: 35^a
Edad que siente se le fue de la manos el consumo: 45^a

Por qué consideras que consumir droga es un problema: Yo no me daba cuenta que es un problema, era algo social, común y corriente. Pero debido a los tiempos q una se alargaba en el consumo y me di cuenta q es una enfermedad

Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo: No, yo sentí que me destruía poco a poco y como le digo al inicio es algo sociable que era una etapa de la vida, como esto del alcohol venden en todo lugar, es permitido, es de fácil compra, entonces yo tomaba este tipo de alcoholismo como diversión después ya fue agravándose y ya no era de un día sino de 4 , 5 , 6 días que esto ya era lamentablemente una enfermedad, porque aun así la enfermedad del alcohol quiere decir q aunque tome una vez a la semana es una enfermedad, que la enfermedad está en mí o si tomo al año o a los años por alguna razón buena, pero ya esto se hizo cada 15 días y tomaba 5 días.

¿Por qué te iniciaste en el consumo de drogas?: Mire yo me fui a la provincia de Bolívar a trabajar en la corte, me dieron allá y como igual tengo familia me fui y yo me involucré con gente de clase alta, entonces el dinero que yo ganaba allá era poco para mantenerme con ese tipo de relaciones con distintas personas, entonces opté por ponerme el restaurante, claro que yo no conocía mucho de la materia, pero mi Sra. Madre si tenía ese tipo de negocios y cuando yo estoy allá me enteré que estaban vendiendo un local y como yo tenía los medios suficientes lo compré. Y me puse un local que no era de bebidas sino de comidas preparadas, excelente me fue muy bien iba creciendo creciendo, pero también yo comencé con los amigos el alcohol, al principio era poco a poco, después ya fue cada viernes un día, y después con el tiempo como en el provincia de Bolívar abunda el alcohol y es mas yo me casé la primera vez allá y era una chica muy celosa, y ella se escapó de la casa de una familia de la alta, y se escapó conmigo y nos vinimos a Quito, esperé los 20 días para que cumpla 18ª y nos casamos pero vi que yo pensé q era una muchacha que me iba apoyar y los celos hizo que ella cuando yo esté tomando y no salga, ahí conocí el alcohol el pájaro azul, ella me ponía por pomas para que no salga. Yo creo que yo mismo y ella igual permitió que yo me enferme de esto. Porque de venir de un bebedor social a una enfermedad alcohólica fatal, yo crecí mucho allá en Guaranda económicamente, socialmente, tenía un poder económico bueno, tuvo muchos compromisos, después en Guayaquil tenía otros negocios, pero yo sentí como así me dio dios la oportunidad de crecer, pero también fue que yo no iba a una vida buena y tranquila. Esto permitió que yo tenga muchas uniones de parejas y se bajaron los medios económicos porque todo negocio yo le dejaba con cada pareja que yo tenía compromiso, tenía 15 negocios, los más productivos en Guaranda, los que hicieron el Guaranda turístico. Y quedó así.

Frecuencia del consumo: bueno pues, yo cuando dejé la provincia de Bolívar vine acá por un accidente que tuve, pero sano, tuve una fractura múltiple de femur y eso me sucedió yéndome de Guaranda a Yansapamba a hacerme cargo de un complejo acuático que es muy nombrado allá. Entonces sucedió este accidente que me fui al precipicio con el carro solo y no me acuerdo, yo que me acuerdo me despierto en Riobamba, en una clínica y fue cuando en la operación que planificaron no estuvo mi último compromiso y decidí no regresar más a esa última provincia, los negocios se quedaron allá, se arreglaron de una mejor manera. Tengo dos negocios allá los únicos que me quedaron de tantos y están arrendados a la misma persona que trabajó conmigo me deposita

<p>mensualmente. Y después de esa operación ya dejé de tomar porque era la tentación, acá por respeto a mi madre lo dejé, pero después volví después de un tiempo volvía a consumir cada 3 meses, me iba 5 a 7 días.</p>
<p>Lugares donde consigue las sustancias: En el centro histórico, compraba en mi comisariato y santa maría yo consumía un licor más o menos</p>
<p>Áreas afectadas en tu vida por el consumo: económico, relaciones de pareja</p>
<p>Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: para decir la verdad yo ya tuve un proceso 6 años afuera y entré a los 6 años y bien yo le cuento esto la vida anterior antes de venir al CETAD, yo estoy nuevamente en el CETAD por un refuerzo porque en esta época de la pandemia al estar encerrado y atenderle a mi Sra. Madre, él único preocupado por ella porque a mis hermanos piensan que se puede tener contagio (como entran y salen y hay más gente) y yo me quedé completamente a cargo de mi madre. Entonces me sentí impotente, y me venía a la cabeza de tomarme un licor, pero sentí esto y le dije a mi Sra. Madre que tengo este problema y mi madre y mis hermanos nos pusimos de acuerdo y dije que necesitaba un refuerzo y lo hago y cumplo.</p>
<p>Tiempo que lleva en el centro: actual 2 meses</p>
<p>Internamientos anteriores: (lugares) internamiento previo en CETAD hace aproximadamente 6 años</p>
<p>Acudí a AA. Antes de ingresar al CETAD primera vez y me paré un año,</p>

1. ¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí),

Después de AA. Que me paré un año, decidí probarme y tomé y vi que no podía y vine al CETAD. Me siento una persona muy tranquila, trabajo en los errores que debo corregir.

2. ¿Cómo te sientes aquí?

Me siento una persona muy tranquila, trabajo en los errores que debo corregir, me siento bien porque tengo unos buenos psicólogos, todo el CETAD es bien estructurado como una casa de apoyo que aquí le brindan lo mejor de lo mejor, psicólogos operadores, aquí no existe maltrato de ninguna manera, aquí existe comprensión, lo que nos portamos mal somos nosotros, más que todo Yo no, pero la variedad de compañeros que oscilan en diferentes edades sí. Yo como tengo mi edad soy un poco reservado, pero también comparto con ellos, no voy a sentirme alejado ni voy alejarles a ellos.

3. ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?

Sí, yo si Sí sí puedo contarle a mi terapeuta con libertad lo que deseo todas mis emociones lo que está pasando y ahí me enseña las herramientas con las cuales puedo yo cogerlas y resolver problemas aquí las terapias son excelentes

4. ¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?

Sí fue planificado pero cuando me dijeron el tiempo que era un tiempo más o menos y yo dije en ese tiempo salgo pero no fue así pero no me puse nada que no podía realizar o que no podía hacer si me quedaba más tiempo yo vine a lo que vine yo lo que comienzo terminó y eso es en mi persona entonces no me importó perder afuera las empresas que estaba trabajando perdí algún dinero pero no me importó porque yo conseguía mi salud mi vida Qué importa lo económico sí mi vida está en peligro.

5. ¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?

Yo deseaba un cambio positivo un cambio completo disfrutar de una vida sana y correcta de una vida lejos de consumo un nuevo estilo de vida, porque en ese estilo de vida yo no caí en la indigencia ni nada, pero no era ya para una persona como yo ni aun así tuviera una edad mucho menos no valía, si el CETAD hubiese conocido antes hubiese sido muy diferente hubiese disfrutado mucho más

6. ¿Crees que puedes ser tu mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Sí soy espontáneo no solo con mi terapeuta, sino que aquí yo comparto como otros terapeutas y no es necesario que esté mi terapeuta para contarle lo que sucede tengo que llegar a toda la gente que uno tiene más confianza.

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Si son unas conversaciones muy interesantes en las cuales yo le hablo de mis problemas y me dice cosas buenas en las cuales debo seguir trabajando

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

Si le tengo mucha confianza de la confidencialidad

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Son muy humanitarios con todos hay Unión buen trato el respeto se rige bastante entre nosotros.

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

Mucho mucho me mantiene el cuerpo y la mente activos me trabajo en lo que se tiene que trabajar aquí en el CETAD para hacer el proceso de la mejor manera doy lo mejor aquí en el CETAD

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

Quién sabe Dios dónde para decirle la verdad las clínicas privadas nunca me gustaron no importa lo que cueste, pero si fuera como CETAD pero en esas clínicas son maltratos y en vez de tener un proceso bueno salen peor

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

Mejoraríamos yo creo que tenemos todas las cosas necesarias aquí, pero con esto de la pandemia todavía no podemos hacer nada en grupo como gimnasia deporte que es bien saludable y con esto de la pandemia hay que distanciarse, aunque no hay nada que mejorar aquí está bien todo: las habitaciones, la comida, todo es hermoso es bonito

13. ¿Qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?

A mi mayor impacto es en las terapias de mediodía de las cuales estado ajeno a esos conocimientos para llevar un estilo de vida adecuado porque son cosas unas vivencias que de acuerdo a las terapias uno se mete en eso hace como que uno está ahí y ve cómo es la verdadera enfermedad.

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Sí bien y mucho yo diariamente trabajo en mis emociones a diario se asoma algo por ahí en lo que se tiene que trabajar.

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

Desde el inicio yo tuve motivación yo vine con fe confianza y libertad por qué sentía al entrar acá una libertad

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

No para nada lo que yo mejor he visto que el trabajo de los terapeutas es bien dirigido y es bien centrado en cada paciente y saben cómo trabajar con cada uno y no importa el tiempo porque afuera no veía el tiempo aquí tampoco porque vengo a trabajar mi nuevo estilo de vida

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Tener más tiempo con el paciente porque una media hora o 45 minutos parece muy poco y a veces no se desahoga 1 completamente

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Un 98% es excelente

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

Entre altos y bajos porque no todos los días son de paz y tranquilidad siempre hay algo entre compañeros más no con los profesionales yo me llevo con todos, pero hay veces que no está 1 bien que no se levantó con el pie derecho que algo le preocupó y no está para soportar muchas cosas que pueden afectar el proceso

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Yo lo que espero es encontrar paz tranquilidad armonía y una estabilidad emocional recta y correcta

Palabras finales primero agradezco a Dios por guiarme a venir al CETAD, a mi madre que me sabe entender y a los psicólogos y miembros de este hospital que me abrieron las puertas para cambiar mi vida lloro de emoción.

Entrevista usuario No 3
Nombres: Jesús
Edad: 31
Instrucción: superior / Lcdo. medios masivos de comunicación
Estado civil: soltero
Sexo: Hombre
Ocupación: trabaja en supermaxi en comunicación
Lugar de residencia: Valle de los chillos
Sustancia principal de consumo: PBC y marihuana
Tipos de drogas consumidas: clorhidrato de cocaína y éxtasis en las fiestas
Edad de inicio: 13 a
Edad que siente se le fue de las manos el consumo: hace unos 5 años atrás. Cuando estuve con mi primera pareja de convivencia, Se me fue de las manos porque terminé de estudiar y tenía más tiempo yo consumía todo el día mariguana y en la noche bazuco.
Por qué consideras que consumir droga es un problema: porque en realidad el problema tanto es personal más que lo que me genera socialmente porque te acosa tanto que ves que tú Vives para la droga y te vas acabando y es un problema mucho más personal porque no te deja avanzar no te deja ser persona te somete a un estricto modo de consumo te aleja de las personas que más quieres y una en vez de darse cuenta se sodomiza más y más y ahí viene un problema porque uno no tiene amor propio
Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo: a ver yo creía que a mí la marihuana me ayudaba más que el bazuco a mí la marihuana me ayudaba a volar a relajarme, entre hacer mis vídeos el momento de trabajar con personas, el bazuco lo hacía como más social para integrarme porque la noche visitaba lugares bastante fuertes el no demostrar que tienes miedo a pesar que el bazuco te pone mal cómo estas paranoias que se van en contra de uno.
Por qué te iniciaste en el consumo de drogas: yo netamente fue por curioso porque yo no tengo una necesidad gracias a Dios mi familia supo darme todo yo decidí por cuenta propia botarme a la calle yo era una persona que me gustaba el rap el baile la patineta y me decían que uno al fumarse un cacho de marihuana, podía hacer mejor los trucos, ahí consumí mi primer porro de marihuana, así comencé el consumo sin que sea algo

obligatorio ni por necesidad
Frecuencia del consumo: Diaria y todo el día yo fumaba mucho mariguana y bazuco
Lugares donde consigue las sustancias: cerca de mi casa porque había una casa donde se vendía y podías consumir en la forestal en El Ejido en la Marín en la invasión en todos lados que usted se disponga a buscar droga hay
Áreas afectadas en tu vida por el consumo: Uy doc. se fue afectando todo primero mi área amorosa porque cuando me fui a vivir con esa chica esa no sabía que consumía solo marihuana pero no le importaba como fumando más y yo le decía después que esa era una exagerada cuando me reclamaba y yo no me he vuelto a permitir ya 8 años estar con una persona desde que me separé de ella, perdí lo laboral en algunas ocasiones que trabajaba primero en col Center porque me quedaba fumando hasta el amanecer y los doctores ya no me querían justificar dándome certificados y en el trabajo ya me separaba o yo simplemente ya no iba yo me botaba de los trabajos. Perdí a mi familia Perdí a mis hermanos lo único que no perdí fue a mi madre yo fui una persona muy separatista del hogar me iba dos meses de casa y regresaba sin bañarme totalmente en una posición de desechable mi madre si me abría la puerta yo no sabía cómo no podía aprovechar mi carrera o lo que yo me gradué que me gradué con beca saqué mi licenciatura en la Universidad San Francisco de Quito estudié cine y luego me subieron a producción audiovisual entonces no pagaba y luego gané un concurso y pude sacar una licencia el último año eso me ayudó bastante a creer que yo podía todo con la droga y abandoné como carrera a pesar de que termine hice las propagandas para él AKÍ , supermaxi y etcétera pero no era mi sueño en realidad mi sueño fue tener mi propia productora llevar a corto cortometrajes
Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: Sí incremento en un gran modo porque yo a las 10:00 de la mañana debía tener el doble de dosis para no poder salir, para mí sí fue terrible aumentó en un 100%
Tiempo que lleva en el centro: voy 4 meses y medio
Internamientos anteriores: (lugares) nunca sí me ayudaron una vez en un ambulatorio en Chimbacalle no lo logré en el San Lázaro tampoco lo logré y me seguían medicando fueron muy cortantes conmigo y eso me desmotivó un poco Dos lugares veíamos que me decían drógate vi cuando quieras venir vienes capaz pensaban que yo iba a reaccionar pero no es lo mismo que los privados los medios públicos es la misma tontera, uno busca ayuda pero como ya no puede lo más fácil es decir te vas ahora, sé que es mi responsabilidad pero eso fue como un disparador para mí para consumir

1. **¿Qué te trajo aquí? (¿con quien llegaste aquí?),** Esto me ayudó un psicólogo de Conocoto Jhasmani, que era cubano que era muy bueno y él siempre me abrió las puertas de Psicología lastimosamente él se fue a trabajar en otro país y me dejó con otra doctora la doctora Ubidia la cual hizo que haga el ambulatorio en el hospital Julio Endara y habló con los psiquiatras porque yo también sufría alucinaciones muy fuertes y me ponía a gritar me dijo que tratemos de esta manera con pastillas intentando

relajarme tenía mucha fe de que yo coja conciencia yo sufría ataques epilépticos y me mantuve con la medicación un doctor Gordillo yo ya sabía que existía el CETAD, pero él juraba que yo podía salir sin un internamiento pero yo no me sentía útil para nada perdí los trabajos y le dije a esta psicóloga y ella me ayudó y me dijo lo del CETAD, que vaya de 7 a 6 meses y cuando yo oí internarme para mí fue el diablo dije yo no voy a ir para mí un lugar público era lo peor y ella le pidió unas imágenes de cómo era el CETAD a la trabajadora social, estas son las instalaciones y vi que era muy bonito súper lindo espacios verdes comedor súper bien más que todo dije será por mi bien vamos a intentarlo le tomé la palabra y le dije vamos a intentar pasaron dos meses antes de que yo pueda ingresar acá porque yo tenía que salir con alta del hospital Que no tenía alucinaciones y efectivamente esos certificaron y vine con mi madre acá

2. ¿Cómo te sientes aquí? Me han pasado muchas cosas he sentido desde estar desesperado hasta hoy en día sentirme muy agradecido, aquí las personas son muy comprensibles en toda la palabra de comprensión ellos saben cómo uno se siente y también creo que son profesionales de años que saben esto yo vine bastante golpeado de afuera yo era una persona bastante manipuladora y no me estaba dando mi amor propio y esto como me dice el doctor Iván, tómate tu espacio regálate 6 meses para que comiences apreciar quién eres tú, a redescubrirte, a cambiar tu estilo de vida, entonces yo no entendía qué es eso del estilo de vida y ahora entiendo muchos conceptos de la vida como autosuficiencia Aquí encontrado una ayuda muy grande de todos los doctores y principalmente de mi doctor el doctor Iván que le agradezco bastante es delegado de uno, de hacerme valorar lo que tengo lo que soy y reconociendo que la droga siempre va a estar afuera que fuera no para yo nunca había entendido esto de volverme a reeducar para salvar mi vida reconocer mis sentires mis emociones mis impulsos y acá le permiten a uno, mediante una terapia el compartir con los mismos compañeros, te hacen sentir de una manera especial hay veces que uno se deprime y quiere el alta pero no es como en otros lugares que me dijeron quieres el alta te vas y aquí nos escuchan y nos hacen caer en cuenta de por qué queremos irnos sin que sea la primera que nos mande nosotros venimos enfermos nuestra responsabilidad aprendemos a asumir y sabemos acá que esta responsabilidad es netamente de nosotros yo le agradezco eso mucho CETAD, yo sé que pasamos un tiempo difícil no por ellos por la falta de comida estuvo muy mal aquí pero no era por ellos, ellos quisieran mantenernos siempre bien y ellos mismo ponían un fondo o ponían algo comida porque nosotros a pesar de que estemos acá no quiere decir que nuestros familiares tengan en mi caso mi mamá no es que tiene para pagar una clínica y uno se siente a gusto aquí

3. ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas? Claro de hecho lo he hecho todo esto cuando yo me intenté callar una cierta parte no pude avanzar y él se daba cuenta solo que quería que salga de mí porque sí Porque sin confianza no hay tratamiento ahora yo entiendo eso que me abren las puertas para que yo me des papaya y hoy le puedo dar una entrevista de que aquí me dan esa confianza que es confidencial y además que me importa en los que utilicen esto solo que esto sirva a demás personas en el CETAD, que buscan una solución para que uno cambie de pensamiento, yo soy muy abierto ahora yo era muy cerrado antes pertenecía a pandillas y a pesar de eso yo pude tener mi título y entiendo

ahora porque era colérico y porque me casaba a mí me ayudó mucho a decir yo soy un pandillero de este nivel Una persona que llegó a tomar cosas de los demás y acá logré abrirme y aquí soy Jesús nuevamente una persona normal tuve mis errores sí no puedo borrarlo pero hoy soy agradecido acá.

Al momento que yo me sentí muy mal estuve a punto de abandonar el tratamiento Supo darme las palabras precisas para ayudar.

Hay muchas cosas bonitas que vivimos aquí los vídeos foros películas que te hacen reflexionar bueno acá dentro también sufres porque todo el libertinaje que 1 tuvo allá afuera eso es lo que le afecta acá el volver a integrarse a una sociedad es muy duro.

4. ¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?

Claro esa es una de las primeras cosas que hace Trabajo Social, yo vine un mar de lágrimas y cuando entré por esa puerta dije me fregué este es un internamiento, pero sí me explicaron que esto era por fases, yo no entendía muy bien yo pensé que era 6 meses y luego ya me echaban y luego entiendo que hay fases la primera dura dos meses y si es que no pasas te dan 15 días para trabajar tus puntos débiles ahora estoy en la segunda fase me explicaron que la tercera fase dura un mes y aquí las reglas de la comunidad son muy claras nos explicaron que no hay un personal de limpieza para todo sino que nosotros podamos también cuidar nuestros espacios entonces para mí fue como decir bueno veamos pero yo pensaba mucho en el tiempo ahora ya no pienso en eso.

5. ¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?

Porque yo creo que ya llegó un punto en el que estando hasta dopado yo quiero tener una vida como yo la quiero hacer y yo no quiero volver a encerrarme en un mundo de tristezas de infinito yo quiero retomar mi vida él volverá a ser feliz como yo le comentaba a mi psicólogo que soy una persona como usted ve noble muy carismática lleno de sentimientos yo no me merezco tanto golpe volver a estar con mi familia no quiero perderlos yo también merezco querer y que me quiera tener una pareja alguien que se preocupe por mí yo sé que no voy a estar toda la vida con mi madre y quiero eso quiero volver a estar bien quiero volver a salir sin que me señale quiero ser un ejemplo qué tal vez aprecio mucho.

6. ¿Crees que puedes ser tú mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Sí lo soy así aquí los doctores me conocen como un payaso soy así de corazón de corazón he sido así es porque la droga mi espontáneo ni nada ahora aprendí que ese es mi carácter antes llamaba la atención en otros puntos que fueron malos ahora volverá a ser lo que soy sobrio bailo sí quiero cantar canto hay terapias que nos ponemos a bailar y te permiten ser como eres Me dejan hacer lo que yo quiera en el buen sentido también que nosotros propongamos

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Si es muy empático el doctor Iván conmigo es una persona de respeto me ha demostrado límites y confianza que sé que es el terapeuta, pero también me ha abierto las puertas para ser un amigo el respeto el saber lo que es el para mí que es una persona importante es una persona que te ayuda que te entienden, pero a la vez te da consejos muy grandes él me hace reflexionar de las cosas que yo hago.

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

O sea, yo creo que sí yo de hecho veo que él hace eso yo jamás nunca ni siquiera de chiste nada y la topado en algunas sesiones con los compañeros en ningún lado con otras personas cosas que yo he buscado que yo le he dicho ellos son ellos tú eres tú. Sé que guarda la confidencialidad yo por eso guardo la confianza en él.

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Muy humanas son personas que nos ayudan también a veces creemos que están encima de nosotros porque son las normas y reglas que ellos estipulan nosotros no podemos tener mucho tiempo libre y claro que a veces uno llega a hostigarse en los primeros meses y después uno comienza a tener esa empatía, esos también son muy importantes en nuestra terapia ya sabes cómo funciona cada operador pero nadie te falta el respeto y tampoco te juzgan siendo esa una de las cosas más importantes que debe haber en un grupo técnico tal vez si se meten un poquito más da porque estamos dos o 3 días con la misma ropa y preguntan qué pasa porque 1 puede estarse deprimiendo pero no lo hacen de mala manera tiene una forma muy asertiva decirte ve a la vez su ropita use esa ropa limpia para que usted esté bien Solo con esas cositas ya saben con qué estado de ánimo estás aparte tu terapeuta es del grupo técnico que verifican cuando estás con esas ganas de atacar al otro con tus problemas y están ellos de ahí para interceder todo el tiempo

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

Claro doc. ahora lo entiendo después de mucho tiempo lo entiendo a mí no me ayudaba en nada estaba muy cerrado no sabía qué era esto de la recuperación si lo puedo resumir en palabras que diría que sí me ayuda bastante

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

Estuviera consumiendo base de cocaína estuviera buscando que empeñar como conseguir plata o tal vez estuviese trabajando, pero esperando que se acabe la hora del trabajo para irme a fumar agotando la última paciencia de mi familia estuviese en otros lados pero sí consumiendo

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

La manera en que nos han limitado los recursos para los talleres me gustaría que hubiera más cosas que puedas hacer creativas juntas del musical algo que te pueda enseñar para el afuera algo que te pueda dar un sustento afuera también eso nos ayuda

no porque hay gente como yo que necesita aprender a trabajar pudiéramos trabajar en la carpintería en la panadería y talleres que nos enseñen ese tipo de cosas eso yo cambiaría. Cambiaría también la manera en que el CETAD se presente ante los demás que se propague no tenga que ir a buscar que no sea tan refundido y que la mayoría de personas del exterior sientan que hay un lugar muy acogedor que les puede apoyar

13. ¿Qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?

El encuentro de la mañana a mí me impactó porque yo no sabía que esto tratar de decirles todos los días a las personas extrañas cómo me siento o el poder dar una alternativa a otra persona el poder contribuir para que esa persona mejore eso me parece que el encuentro de la mañana es algo novedoso que yo encontré acá yo a veces no me quiero levantar estoy muy triste y en ese encuentro 1 puede decir las cosas y recibir alternativas dar alternativas la filosofía de la casa también Es algún tipo de frase que te permite sentirte más fuerte que esto también pasará

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Sí desde hace poco yo al principio tenía el problema de que escondía todo minimizaba todo me pasaba algo y decía ya de pasar y para subir de fase me hicieron reflexionar sobre lo que yo doy hasta un cierto punto y lo que no quiero dar y yo decidí confiar en mi terapeuta

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

Si tuve.

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

Siento que él me motiva y me ayuda en mi proceso de cambio la comunicación hacia mí lo siento muy bien

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Yo creo las vivenciales que venga alguien de afuera y nos explique cómo está yo creo que esto debe aplicarse desde el rato que inicias saber que hay gente que se para gente que sí puede y que todos podemos hacer eso eso nos va a motivar mucho más y a desear estar aquí y saber que de aquí salieron y hoy se mantienen felices de afuera tranquilos y nos comparten su experiencia vivencial.

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Súper bien y agradecido con el

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

Ya lo mencioné al inicio con cierta confusión con ganas de irme a veces, pero gracias a mi terapeuta que me contuvo

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

La felicidad el reencontrarme conmigo mismo como una persona sana mental una persona que puede estar sin probar sustancias que vea todas esas personas que pusieron el apoyo por mí saber que hicieron bien, lo que no quisiera es volverme a internar tal vez un refuerzo sí pero hacer todo lo posible para que no vuelva a pasar

Entrevista usuario No 4
Nombres: Diego
Edad: 32a
Instrucción: primer semestre comunicación social
Estado civil: soltero
Sexo: hombre
Ocupación: mercaderista trabaja en UNILEVER
Lugar de residencia: Quito
Sustancia principal de consumo: alcohol marihuana y pasta base de cocaína, la predilecta marihuana
Tipos de drogas consumidas: alcohol, marihuana y pasta base de cocaína
Edad de inicio: 8ª alcohol fiesta familiar. 12ª marihuana
Edad que siente se le fue de la manos el consumo: 12ª mi madre emigró en ese tiempo que fue el paquetazo cuando cambiaron la moneda de sucres a dólares hubo una separación familiar y a partir de que me quedo solo al cuidado de mi hermana bueno fue también por de pronto experimentare o por un gran vacío de acoger este tipo de sustancias
¿Por qué consideras que consumir droga es un problema?: bueno en realidad yo considero que consumir cualquier tipo de sustancias es un problema ya que a mí me ha llevado solamente a pérdidas claro en su momento la nube Rosa la luna de miel todo chévere se puede decir entre comillas pero cuando me di cuenta era demasiado tarde perdí la confianza de mis padres la relación que yo tenía con mi primer amor con la madre de mis hijos perdí a mi familia perdí a mis hijos prácticamente lo que más amado hasta mi trabajo Por el efecto de sustancias tuve accidentes Una vez Quitarme la vida me han apuñalado Pero lo que más me afectó fue cuando me veía al espejo totalmente degradado no era el Diego me estaba perdiendo prácticamente a mí mismo
¿Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo?: en realidad en nada no me ha ayudado en nada La vida de la calle de pronto me ayudó en algo En desarrollar ese

instinto de supervivencia
¿Por qué te iniciaste en el consumo de drogas?: A raíz del paquetazo cuando cambiaron la moneda de sucres a dólares hubo una separación familiar y a partir de que me quedo solo al cuidado de mi hermana bueno fue también por de pronto experimentar o por un gran vacío de acoger este tipo de sustancias.
Frecuencia del consumo: El inicio yo tenía bastante tiempo que pasaba solo sí fue frecuente al principio, pero no me gustaba tanto el estado de tomar hasta el de no poder pararme, pero después en el contacto con la marihuana me daba ganas de comer le empecé a coger un gusto mi consumo era cada 15 días, luego cada semana y después tan frecuente antes de despertarme para comer a mediodía, me acompañaba todo el tiempo
Lugares donde consigue las sustancias: centro de Quito
Áreas afectadas en tu vida por el consumo: Mi área familiar y lo que más me duele fue perder a mis hijos la separación de mi esposa.
Creas que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: Se podría decir que, en cierto punto, aunque ya no era tanto la pandemia, sino llegué a un punto que lo único que me interesaba es conseguir dinero para consumir y no dependía del tiempo ni la situación era como que vivía para consumir y consumía para vivir. No me importaba si era de día o de noche, si estaba feliz o triste, si tenía algún problema. No importaba que había pandemia, lo único que me importaba era conseguir dinero para conseguir sustancias.
Tiempo que lleva en el centro: dos meses
Internamientos anteriores: (lugares) 4 internamientos pero fueron contra mi voluntad la primera vez que yo estuve internado fue a mí a mis 17 años cuando mi madre volvió se encontró con un cuadro totalmente inesperado como mi hijo irreconocible esa como madre verle un hijo mal y acudió a la primera instancia de lo que ella averiguó en una clínica de rehabilitación y mi madre fue a averiguar en el Consejo cuál es la mejor clínica y en el primer lugar de las clínicas estaba dejando huellas y me capturaron un día de improviso yo vi a 3 tipos desconocidos me asustó intento defenderme y esos van me descubijan de una y mi esposa y asustado pensaba que era la policía e intento defenderme yo no conocía de este tipo de clínicas y esto fue para mí algo sorprendente yo le gritaba ñaña A mi papá viejo ayúdame y ellos decían ingresen señores no salgan no sale y otra persona me decía cada tipo de ***** ya vas a ver si no te callas y me subieron a un carro y mi direccionaron a esta clínica que yo le mencioné y veo ahí un poco de muchachos un poco de gente y personas y cuando llegó yo les dije que en 5 días yo me les iba a ir y me hicieron formar al filo de la piscina y me hicieron formar y me dijeron bienvenido al maravilloso mundo de la recuperación si te portas mal te va mal si te portas bien te va peor y el grupo de seguridad el grupo tanque nos tenía esposados baby y conocí esto de las clínicas muy diferente a lo que ahora conozco aquí en el Z se Tata en ese tiempo los vivenciales eran los que Manejaban todo yo sentía que esto era como un tipo de extorsión a través de mí de mi estado de mi condición y lo que ellos hacían era cobrarles una suma de dinero muy grande y mi familia contar con tal de verme bien no les importa y todo era malo ahí a pesar de que se paga esos trataban de desestructurar el autoestima para

después levantarnos eso supuestamente funcionaba a otras personas les había funcionado pero a mí no me funcionó cuando yo salí hace dos meses y volví a consumir me volvieron a ingresar en la clínica y en el segundo ingreso ya me relacionaba más con el dueño de la clínica del equipo de seguridad y no fue tan fuerte como al principio yo supuestamente le tenía confianza a mi psicólogo y el encargado de mi Tratamiento Delictivos en esta clínica y esos siguieron una denuncia a mi familia cuando yo salí pude estar limpio como 3 años gracias al apoyo de mi familia y pareja y luego volví a consumir no podría darle una razón así y luego nuevamente me capturaron e ingresé en contra de mi voluntad y la misma versión maltratos dramas absurdos que vendí vestíamos como mendigos Fue ahí que mi pareja se queda embarazada de mi primer hijito y ahí fue que les dije a mis padres que quería estar con mi familia con ella con mi hijo y fue que me sacaron yo nunca les conté lo que me hicieron en la clínica porque decía de Ghana hacerles sufrir y así pasé el embarazo con mi chica entonces estuve igual otro tiempo limpio y volví a consumir y me internaron en otro centro que se llamaba Cristo vive misma historia maltratos igual de esta clínica me pude fugar porque era un maltrato extremo full extremó nos pegaban nos rompían tablas nos tenían todo el tiempo dopados y lo que más me ataba esto era a mí la madre de mis hijos y lo que yo buscaba era que me ayudase a reconstruir mi relación como otro tipo de terapia pero mientras yo les mencionaba esto era demasiado frustrante escuchar las cosas degradantes que decían Sobre ella y a mí no me importaba los golpes pero las palabras que me decían de ella que ella ya está con otro que está haciendo cosas con tanto Messi cosa que yo me metí en esa película y esos eran como que bien específicos en los detalles de lo que decían así le han de tener a ella y yo me volvía loco y así fue un día que ellos estaban dormidos le saque los cordones de los zapatos les amarre a todos y me pude escapar y pude volver a tener la acogida de mis padres y estuve con mi chica que bueno era ya la mamá de mi hijo Y quería hacerle saber que ese tipo de pendejadas a mí no me iban a servir tenía problemas con la mamá de mis hijos otra vez volví a consumir y entonces un familiar mío decide ponerse una clínica en Atuntaqui para que también lugar y todo pero también tenía muchas falencias porque estaban empezando en esto de las adicciones era full diferente a las otras clínicas bueno porque en primera instancia no había maltrato Ellos me ayudaban con palabras sugerencias para contener los pensamientos sobre mi esposa a esta clínica sí fui voluntario y también fui porque era mi prima la que estaba dirigiendo mi prima y su esposo yo dije porque son mi familia no me han de hacer nada y a los 6 meses que yo estaba ahí mi pareja decide terminar la relación y ahí me hicieron una contención pero en ese tiempo ya no me importó nada ni el esfuerzo que hacían mis padres ni el sufrimiento solo quería calmar ese dolor de esa pérdida yo tenía toda la culpa y lo único que yo quería es consumir para pagar ese dolor entonces pasa el tiempo sigo drogándome drogándome iba a ir regresaba con la chica y se queda embarazada de misegundo hijito y empiezo a trabajar yo por lo general no he trabajado casi nunca Claro la mamá de mis hijos también me daba todo y luego volví a consumir exageradamente por grandes cantidades todos 34 días pasaba en la calle de hasta un mes llamar le decía nos hemos gastado la plata por internarte y no te han hecho nada en estas clínicas Y en estas clínicas se aseguraban cobrando de entrada la mitad del tratamiento Y luego me dediqué a hacer actos delictivos a conseguir más dinero y mi familia averigua sobre el set at y primero debería ir a un tratamiento ambulatorio intensivo fui a Chimbacalle y conocí cómo era esto mi psicólogo de Chimbacalle me menciona nunca has pensado internarte y le dije yo

sí quiero cambiar pero ya no quiero hacerles gastar más dinero a mis padres ese dinero de pronto les puede servir para su vejez me daba cargo de conciencia entonces el doctor me manifiesta sobre el set at pero debo asistir regularmente con mucha responsabilidad si pudiera lograr que me abran las puertas del CETAD y yo le hago caso.

1. ¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí), Yo vine acá con el apoyo de mi madre de mi padre y hermana, sin el ánimo de recuperar mi antigua relación, claro eso si anteponiendo a mis hijos, para poder verlos a ellos, ya que por este problema de la adicción no he podido verlos dos años. Los únicos que pueden ver a mis hijos son mis padres, son mis hijos y como mi pareja me puso órdenes de alejamiento por mi consumo.

2. ¿Cómo te sientes aquí?

Aquí me siento libre, así como en esta habitación vivíamos como 8 en las otras clínicas aquí me siento bien tranquilo allá había muros alambres de púas y me sentía muy mal y allá también en estas clínicas era muy denigrante ni tanto para mí porque mi cuerpo podía aguantar pero sentía que la carga era más para mi familia que se aprovechaban de ellos aquí me siento tranquilo claro que muchas de las veces el estado de ánimo también depende de mí mis pensamientos, mis problemas conductuales mis estados aquí me siento bien excelente el trato de los operadores normal pero el trato de los terapeutas están aquí a otro nivel para lo que yo he conocido las clínicas que le comento particulares con 50 internos pagando aproximadamente 500 a 600 dólares durante un año siendo tratado como un ser que no vale nada aquí hasta la comida también es excelente y claro yo siento que no vine acá por querer engordarme beso vine para recuperar mi vida y vine con el apoyo solamente de mi padre madre y hermana y claro con la motivación de mis hijos a los cuales no he podido ver los dos años edad la madre de mis hijos me puso algún tipo de denuncia solamente pueden ver a mis hijos mis padres.

3. ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?

La verdad sí cuando yo tuve mi primera cita lo que yo le pude manifestara mi doctora la doctora Lorena ella sabe que yo odio los psicólogos en realidad yo lo único que vienes por mí y ella me dice que porque qué es lo que le pasa qué es lo que piensa de la vida yo les supe manifestó manifestar y también mi familia le manifestó, y ella me dijo *si yo no creyera que las personas cambian no estuviera trabajando en esto y eso me llenó.* Y fue como que no se, como ya me he manejado en un ambiente de bandidos, de ese tipo de cosas ósea yo ya, por el mismo hecho de sentir una energía o de la palabra de la gente, es como que ya siento ya, me manejo yo mucho por las energías, y cuando la doctora me supo manifestar esto. Sentí como una tranquilidad.

4. ¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?

Me explicaron todas las fases, desde la primera fase de aislamiento fuera de la comunidad y después acoplarme a la comunidad en primera fase, para subir a la segunda, posterior tercera y final la cuarta fase y el alta.

5. ¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?

Porque quiero recuperarme y quiero recuperar lo que pueda recuperar quiero volver a ser el que yo era antes de consumir quiero recuperarle al Diego, quiero recuperar a mí.

6. ¿Crees que puedes ser tú mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Claro compañeros a veces me dicen el loco porque me levanto cantando contento y siento que aquí puedo confiar en el cuerpo técnico en el personal que trabaja aquí puedo tener mis momentos de soledad mis momentos en los cuales necesito compartir con alguien siento como que me compagan la locura me entiende.

Siento que aquí puedo confiar en el cuerpo técnico en el CETAD.

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Claro a mí me gusta mucho el método que ella maneja conmigo yo nunca he podido expresarme y siempre he contenido mis sentimientos y ella es como la primera persona con la que he podido derramar unas lágrimas por el sentimiento que he tenido al topar ciertos temas para mí es algo nuevo algo un poco vergonzoso más que todo por mi orgullo por mi ego pero es como que me siento tan bien acogido respetado siento que me escucha siento que sabe direccionarme y contener todos los aspectos los cuales yo les sabido manifestar

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

Sí como le dije confío en mí psicoterapeuta

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Claro yo sé que son un apoyo fundamental que básicamente conviven con nosotros podría decirse las personas que pasan la mayor parte del tiempo y claro deben tener sus problemas y a la mayoría de operadores a los que yo he podido tratar son súper buenas gentes, yo creo que son un apoyo fundamental para el cuerpo técnico para los psicólogos.

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

Están aquí a otro nivel para lo que yo he conocido las clínicas que le comento particulares con 50 internos pagando aproximadamente 500 a 600 dólares durante un año siendo tratado como un ser que no vale nada aquí hasta la comida también es excelente y claro yo siento que no vine acá por querer engordarme, vine para recuperar mi vida y vine con el apoyo solamente de mi padre madre y hermana y claro con la

motivación de mis hijos a los cuales no he podido ver los dos años edad la madre de mis hijos me puso algún tipo de denuncia solamente pueden ver a mis hijos mis padres.

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

Tal vez estuviera preso tal vez estuviera muerto, porque mi última etapa lo que yo quería es morirme quería matarme meterme un tiro, pero la alarma se encasquillado en la bala no salió y en realidad yo solamente creo que estaba ya buscando la muerte pero gracias a Dios y con la bendición de él creo que él se manifiesta a través de las personas conocí este lugar que es una bendición para mí.

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

Que si pudiera ser más grande esto sería el éxito, que una persona más aquí es una menos en la calle, una persona menos que está dejando de sufrir, que está siendo acogida, de mi parte que si esto fuera más grande fuera el éxito porque pudiera acoger a más personas.

13. ¿Qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional? La frase que yo he escuchado aquí es no permitas que alguien te ame más de lo que tú debes amarte a ti mismo y full otras cosas son las palabras de todos que han podido ayudarme pero sobre todo lo que puedo recalcar es la ayuda de mi terapeuta más que cualquier otra cosa

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Sí porque me he vuelto a sentir feliz sin ninguna sustancia que altere mi estado anímico me siento feliz de verme al espejo de saber que mi familia más que todo mi madre verle a ella una sonrisa dibujada en su rostro verle sus expresiones de felicidad.

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

En realidad, llegue como cuando uno llega a un lado sin saber qué pasará será que funciona será como es las anteriores veces sí da que pensar y qué tal si no me gusta y en realidad ya voy dos meses y sigo firme, claro con altibajos, pero con todos mis compañeros sigo y tengo la seguridad y me han dado la seguridad de sentir un hogar

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

En realidad, yo creo que ella siempre me ha ayudado a salir a flote, no es porque sea mujer si he tenido terapeutas mujeres, pero de pronto es del manejo tal vez los conocimientos qué edad tiene claro no le veo como una amiga a mi psicóloga Le veo como mi terapeuta. es raro porque nunca he podido topar estos temas con nadie y ella me da la seguridad para poder hablarlos

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Que si pudiera esto ser más grande sería el éxito y vengan más personas, ya que hay muchos. Y A mi terapeuta que siga haciendo mi trabajo como lo hace con esa convicción de que las personas como yo si podemos cambiar.

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Que siga manejándose tal y como es y que siga haciendo su trabajo porque le nace por esa convicción que las personas como yo si podemos cambiar.

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

Aquí me siento libre

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Lo único esperaría es ser un hombre nuevo y agradecido con todos.

Entrevista usuario No.5
Nombres: Francisco
Edad: 29años
Instrucción: Bachiller
Estado civil: Soltero
Sexo: Hombre
Ocupación: trabajador independiente
Lugar de residencia: Quito
Sustancia principal de consumo: pasta base de cocaína
Tipos de drogas consumidas: Marihuana, alcohol, pastillas (carbamazepina)
Edad de inicio: a los 14 años más o menos, yo empecé con el alcohol, Y ya de por sí tuve problemas con el alcohol no a tal punto de crearme dependencia pero ya tenía problemas era un consumo problemático ya de por sí en el colegio después a los 17 o 18 años provee marihuana, igual manera tuve cierta dependencia a siempre estar fumando y era problemático igual y en ese mismo año provee la pasta base y desde ahí igual me embale
Edad que siente se le fue de la manos el consumo: 18 años PBC, el alcohol desde que tomé siempre quería estar tomando, La mínima oportunidad que había puedes aprovechar para tomar igual fue la yerba la mariguana ahí aprovecha fumaba y qué bestia pasaba bajo el efecto de la hierba y fue igual con la pasta base siempre quería estar fumando cuando hacía cualquier actividad y luego ya me hice totalmente dependiente, botaba todas las actividades, pero el consumo problemático de la PBC fue a 22 o 23 años que estaba bastante enganchado.
¿Por qué consideras que consumir droga es un problema: A ver yo creo que más que todo el consumir las sustancias, no es el problema yo creo que el problema es porque

<p>consumimos las sustancias, entonces eso me ha quedado claro aquí, entonces eh, creo que la manera en que nosotros nos manejamos acerca de las situaciones o hacia las situaciones difíciles, que nos tiene la vida, no teníamos una reacción apropiada de reaccionar ante la vida y la marihuana, la droga nos daba en este caso esa respuesta inmediata, fácil y sencilla y creo que es eso en sí el problema, creo que cualquier sustancia que no sea natural o que no nos sirva de alimento, no es beneficioso así el tabaco, alcohol, medicinas.</p>
<p>¿Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo?: En ese momento tal vez, en ese momento me ayudaba a esquivar los problemas, las situaciones difíciles, yo no me daba cuenta, pero me ayudaba a sobrellevar varios problemas, y era como que una solución que en ese momento me ayudaba a sobrellevar esas situaciones.</p>
<p>¿Por qué te iniciaste en el consumo de drogas?: Por curiosidad primero, algún amigo o amistades, yo sabía que quería saber qué se siente y lo que a mí me llama la atención es esto de la rebeldía el romper reglas, ese rebelde siempre haciendo lo que uno quiere un chico malo y parte de eso era consumir drogas entonces, creo que ese fue uno de los motivos por los que yo inicié.</p>
<p>Frecuencia del consumo: A diario, por lo menos era muy seguido A veces ya no tenía las posibilidades pero casi siempre encontraba la manera de consumir cantidades grandes entonces sí puedo decir que era un gran consumo</p>
<p>Lugares donde consigue las sustancias: en la Mariscal hay donde expenden ahí tenía mis lugares hay comprado en Quitumbe eso ahí consumía</p>
<p>Áreas afectadas en tu vida por el consumo: todas en lo familiar la falta de confianza los problemas de pareja con los papas con la familia dentro del hogar y en lo social igual me retraía ya no quería estar con las amistades ya no quería socializar en lo laboral igual perdía trabajo perdí estudios no los aprovechaba y varias circunstancias de la vida me afectó en muchas cosas</p>
<p>Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: no lo que aumentó mi consumo fue el acceso y los recursos En la pandemia no a veces menos a veces más y era que cuando tenía más recursos consumía más más sustancias</p>
<p>Tiempo que lleva en el centro: llevo 5 meses casi casi</p>
<p>Internamientos anteriores: (lugares) 1 más aquí mismo igual fue 5 meses en otros lugares no no después de mi primer proceso iba esporádicamente a reuniones de narcóticos anónimos y venía acá al tratamiento ambulatorio</p>

1. ¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí),

Me trajo la necesidad de cambiar de salir porque allá estaba perdiendo fuerzas y estaba cometiendo muchas cosas que no había cometido antes y sinceramente ya me decidí por cambiar por dejar esa situación vine con mi mamá y con mi pareja esos fueron los que me dejaron aquí en este último proceso viene con ellos vine a dejar la sustancia a diferencia del primer proceso aquí mismo.

2. **¿Cómo te sientes aquí?** En general bastante bien aprendiendo que hay momentos difíciles complicados y que me viste incluso afectado físicamente y nunca yo había puesto tanto esfuerzo mental pero justamente estoy aprendiendo a manejar todas esas situaciones y yo he visto bastante cambio en mí personalmente y eso me motiva no puedo decir que excelente porque si me ha afectado soy una persona que tiene miedo a estar sola y entonces prefiero encerrarme.

3. **¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?** Sí sí sí por completo De hecho creo que es un cambio bastante fundamental que he tenido en mí desde mi primer proceso en el que varias cosas no las decía por vergüenza por temor por las consecuencias correctivas pero en esta vez sí con mi terapeuta me siento bien hay cosas que no le has dicho que sí me han pasado a mí que luego me digo me acuerdo y digo tengo que hablar de esto y me siento bien aquí

4. **¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?** de eso sí fue planificado. Haber yo ya conocía que el tratamiento, conocía esto entonces si en el ambulatorio sobre todo me explicaron cómo es esto y mi terapeuta del ambulatorio que había trabajado aquí me explico todo esto y me sugirió trabajar en el reconocimiento la aceptación el darme cuenta en fin muchas situaciones y más o menos ya sabía lo que se trabaja pasando el síndrome de abstinencia allá y es cuestión de actitud En un principio no quería venir la primera vez y yo casi siempre que me hacen estas preguntas yo hablo de las dos veces la primera vez que vine por escape porque ahí estaba teniendo muchos problemas en mi hogar entonces simplemente me quería ir por el temor a lo que pase en mi casa porque ya se enteraron lo que me ocurrió, Entonces me vine acá para evitarme la puteada las habladas y digo ya me voy a internar Necesito ayuda y Cuando tomé la decisión de ingresarme No sabía mi familia bueno tal vez no les había dicho y yo ya me di cuenta que estaba con problemas entonces Alguna vez quise venirme pero no pude quedarme como proceso ambulatorio entonces me perdí el la pregunta Jajaja Ah ya entonces ya sabía más o menos

5. **¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?** Bueno como dije yo estaba en el consumo problemático y yo ya quería cambiar pero lo que me hizo cambiar lo que me hizo decidir fue que la doctora Silvana me dijo, es que debes darte tú la oportunidad de darte algo mejor y debe ser completamente sincero decir por ejemplo si quiero cambiar sí quiero ingresarme pero todavía en mi cabeza estaba la idea de que quiero un trabajo que me dé mucho dinero para solventar todas las deudas vivir y consumir Todavía tenía la idea de estudiar y de poder controlar esta situación en este segundo ambulatorio yo le dije que no quiero pasar nada mente los 6 meses entonces eso fue lo que trabajamos con la doctora y tuve motivación con un primo que hablamos cuántas veces y dije bueno ya y llega un punto en el cual ya nació eso de que sí quiero tener un mejor estilo de vida quiero ser feliz quiero vivir mejor o más adecuadamente digámoslo así incluso yo rechazaba la idea de un consumo cero de cualquier sustancia pero en este caso en esta vez lo tengo bastante firme que no deseo ningún tipo de droga entonces lo que en realidad te motiva es tener otra oportunidad.

6. ¿Crees que puedes ser tu mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Mayoría de ocasiones no siempre porque si es difícil ser auténtico por las críticas por el temor al fracaso al rechazo y justamente eso se trabaja aquí, pero si me siento cada vez más auténtico conmigo en espacios cuando no son terapéuticos trato expresar lo que siento sin pretensiones pienso que lo estoy consiguiendo.

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Sí, no podría decir que todos, pero si en su gran mayoría han sabido entender lo que me pasa incluso más que yo mismo Entonces si es empático

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

Sí sí sí eso creo que siempre lo ha tenido claro con todos los terapeutas.

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Yo creo que las operadores hacen el trabajo de la mejor manera que ellos pueden y ellos también tienen sus cosas ellos, no son psicólogos y entendemos eso y vemos que esos También tienen muchos defectos igual que nosotros pero justamente de eso lo que nos ayuda a mí por lo menos me ayuda a trabajar en mí y tampoco es que hagan mal su trabajo A veces ha habido conflictos por errores de ellos Pero eso también a mí me ha hecho trabajar y darme cuenta de que qué sopas y diría que los operadores tienen por lo menos la actitud.

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

sí, eso es seguro

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

Hay dos lugares o estaría con mi pareja o estaría en mi casa consumiendo o no haciendo nada

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

Y la verdad no yo como paciente no podría decir algo que hay que mejorar la verdad todo es adecuado, yo como paciente tal vez el mejorar un poco las instalaciones físicas dar un espacio un poco más grande Yo sé que es grande esto, pero tal vez por exagerar tal vez podría decir una cancha de tenis una piscina yo que se, cosas así terapéutico completamente todo, pero creo que es algo muy en general porque de ahí sí creo que el espacio físico y psicológico es completamente adecuado

13. ¿Qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional? Yo creo que iría la par las terapias individuales con las vivencias diarias qué me enfrentó entre los compañeros y junto con la terapia es lo que más me

llega porque es lo que aprendo solo y con el profesional después de eso podría decir que las terapias de grupo me ayudan bastante pero lo que más me enriquece es la convivencia y lo individual eso me has dejado bastante a tocar las emociones y creo que una frase que me la llevo o bueno creo que es la que siempre prevalece en mí y es la que uno tiene el control de la reacción ante las situaciones él no dejarme controlar por emociones de otras personas Sí otra persona me quiere poner el pie no tengo porqué reaccionar de la misma manera que yo tengo el poder de reaccionar de otra forma por ahí nomás está pegado otra frase de Bruce Lee eso es algo que siempre me ha resonado que yo tengo el poder de vivir en paz o de vivir en guerra

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Sí sí bastante yo creo que desde que estaba en el ambulatorio siento eso desde el momento que cambies idea de no quiero no quiero dejar de consumir y desde el primer momento que yo ingrese acá siento que estoy avanzando estoy progresando creo que tengo bastantes cambios bastantes avances

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

Sí desde que ingrese acá estado siempre motivado

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

Tal vez cuando a veces se han pospuesto las terapias familiares o cuando se ha pospuesto alguna terapia individual, pero a la final siempre tenido alternativas y siempre optado por hablar con otro terapeuta y a veces se han presentado casos emergentes por la pandemia los doctores decían un turno extendido y bueno yo me trabajaba también la paciencia la inmediatez

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Bueno ahora precisamente no se puede por la cuestión de la pandemia, pero eso experimentar cada 15 días del afuera, eso creo que es lo que me ayudaría más y convivir el comenzar ya a poner en práctica lo que aprendido Aquí viendo que por la pandemia no se puede

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Excelente sobresaliente

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

Cómo dije al principio muy muy bueno muy satisfactorio

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Espero encontrar un camino en el que pueda poner en práctica las herramientas la motivación, yo soy de las personas que me quería librar del esfuerzo y poner eso en otras personas que alguien me dé haciendo el proceso ya en mi vida.

Comentario final

Yo siempre más bien este último internamiento, he creído Qué es muy difícil sincerarse con uno mismo tal vez de El trabajar en un ambulatorio es importante para saber que quiero, quiero seguir consumiendo o no quiero seguir consumiendo yo en el primer proceso no quería dejar eso fue lo que me debo abandonar el proceso y mantenerme en estado de craving muchas veces justamente el 25 va a ser 5 meses y este proceso ha sido completamente distinto y eso me hace motivarme a mí porque realmente estoy decidido a no volver a consumir Bueno más que no volver a consumir a poder manejar mi Cómo es debido porque puede pasar porque se me van a presentar situaciones que seguramente puedo volver a recaer y con la misma idea de no querer volver a consumir puedo volver a ingresarme a volver acá Quiera de las personas incrédulas sobre el cambio pero realmente visto cambios en las personas y en mí mismo de que habido refuerzos que han estado para 6 meses luego regresan ahora sé qué es que existe la rehabilitación y que no me cierra pasar a ingresar acá cada 46 años porque sé que soy una persona que tengo un problema y Tengo que aprender a vivir con ella sin tener miedo aprender a vivir con esa casa y a mí se me hace ahora un nudo en la garganta una emoción Qué emoción pasa a ser mi amiga mi compañera la final

Entrevista usuario No 6
Nombres: Santiago
Edad: 34a
Instrucción: primaria
Estado civil: Separado
Sexo: hombre
Ocupación: antes de entrar acá trabajé en la construcción salí de la escuela por el motivo de la economía aprendí también carpintería para ser carpintero
Lugar de residencia: Magdalena - Quito
Sustancia principal de consumo: base de cocaína
Tipos de drogas consumidas: Cemento de contacto inicia, luego tachas (pastillas) y no me gusto esas alucinaciones y continué con marihuana para el trabajo, y posterior la Base.
Edad de inicio: 16 ^a
Edad que siente se le fue de la manos el consumo: 32 ^a yo empecé sentir que no le podía dominar
¿Por qué consideras que consumir droga es un problema?: llegué hasta pensar en quitarme la vida
¿Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo?: o sea verá como yo hasta ahora

<p>he comentado con los señores técnicos, ejemplo: la marihuana usaba para trabajar yo me sentía Superman eso me ayudaba. Yo sabía q de mañana debía fumarme ese grifo, Yo vivía por Jaramijó y bajaba fumando y si yo no fumaba no podía trabajar, sentía que eso me hacía responsable. Porque de mañana sentía la necesidad de fumar y eso me alegraba y me hacía responsable. Y a la familia les decía en momentos ya vengo, y me iba a fumar y venía ya relajado porque pensaba q sin eso me volvía aburrido, irático.</p>
<p>¿Por qué te iniciaste en el consumo de drogas?: a los 16^a, le podría decir una por curiosidad y otra porque me dieron apertura a ciertos lugares donde vendían, en primer lugar, porque el papá de mi primera esposa ha sido consumidor de base de cocaína y el señor ha sido muy dependiente. Y el señor me hacía conocer los lugares donde venden y luego entré a la habitación del señor, y vi sus colillas, y me armé uno y no me hizo nada, luego yo decía porque él se queda así, me dio curiosidad de la base. Comencé a fumar cada viernes y luego en cada fiesta me picaba y me iba a fumar base.</p>
<p>Frecuencia del consumo: La última frecuencia a diario. Y luego fumaba por fumar ya no me hacía nada la droga. Y yo decía ya no quiero y porque sigo así.</p>
<p>Lugares donde consigue las sustancias: Colinas del Norte la Planada junto a Pisulí.</p>
<p>Áreas afectadas en tu vida por el consumo: todos los ámbitos le soy sincero, mi hogar, laboral, yo vine acá porque mis hijitas cuando me veían así se paraban detrás de la pared y se escondían, y créame que aunque yo estaba drogado, así yo me decía soy una verga, luego entraba al cuartito de ella y le decía miya perdóname porque tienes una porquería de papá. Mi vida se convirtió en una funda de basura.</p>
<p>Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: Le diría que si, como yo fumaba en un bosque, yo me amanecía ahí. Y cuando regresaba a la casa mi esposa decía como no quisiera que te encontrarán esos militares y te den una paliza por estar ahí y ojalá así cambies.</p>
<p>Tiempo que lleva en el centro: 27 días</p>
<p>Internamientos anteriores: (lugares) no, primera vez internado pero si en grupos de narcóticos anónimos.</p>

1. **¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí),** de lo que yo me llamaba Santiago, me quedé como un loco y porque quiero cambiar vine acá. Yo vine con una hermana, con mi esposa, mis dos hijas pequeñitas, mis dos hijas grandes que yo les llamé para que vengan acá y decirles en la puerta que ese mal papá que nunca estuvo con ellas, porque yo pensaba que solo lo económico es fundamental. Y uno necesita un amigo leal. Y yo les llamé y les dije que vengan y les pedí disculpas.

2. ¿Cómo te sientes aquí?

Estoy agradecido con el Centro que llegan a ser como mi familia, ya que mi verdadera familia a veces no me apoyó, pero acá gente que nunca he conocido me apoyan.

Para mí se ha convertido en una casa para mí, claro que con algunos compañeros que han venido golpeados a veces hay roses.

Y a mí me admira mucho que aquí hay dos jóvenes de 18ª y una persona de la tercera edad y yo veo esa motivación y digo a esa edad yo ni siquiera pensaba en cambiar y veo que estos chicos que están aquí.

Y el otro Don Sosa que a pesar de su edad quiere cambiar eso es una motivación en lo personal

3. ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?

Sí, me he sentido confiado

4. ¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?

Sí, todas las cosas si me comentaron

5. ¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?

Porque en realidad quiero vivir porque estuve a punto de morirme, quería matarme mejor dicho, porque quiero demostrarme a mí mismo que yo soy un varón un luchador un guerrero, un hijo de Dios, que Dios me ha puesto en este lugar para que yo pueda mostrar a las personas que están en adicción y me han conocido, que se puede lograr un cambio, demostrarme a mí mismo de lo que yo fui, de lo que yo soy, de lo que yo voy a lograr, busco el cambio en lo personal de ser un papá, un amigo para mis nenas un esposo una ayuda o sea ser cabeza de hogar y no cola de hogar, sentirme que yo puedo lograr eso que yo me propongo como un desafío.

Hasta el momento he tenido dificultades porque a veces el consumo se disfraza en cosas, así como esto de querer salir de aquí a ver a mi familia mis hijas, así, pero al mismo rato cuando converso con las doctoras, los operadores o mis compañeros que en ese rato unas palabras que cualquiera de ellos me levantan el ánimo y siento que si me ayudan muchísimo aquí.

6. ¿Crees que puedes ser tú mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Si ser yo mismo en el sentido que a mí me gustaba hacer gimnasia, jugar futbol y aquí lo hago, y cuando llegué aquí me gustaba golpear el cuchimbolo y mis compañeros del CETAD, me pusieron Rocky, y eso es lo que yo siempre era.

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Si me ha comprendido, justamente hoy todas las situaciones que yo tuve pude decirle, yo le dije Dra. porque en el pasado yo perdí mi hogar y ella me supo manifestar, y yo le decía que ahí estaba detenido. Y ella me hizo caer en cuenta que todo es diferente ahora, y si siento que me comprende.

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

Si le he sentido mucho

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Sinceramente no es por quedar bien le hablo con toda la sinceridad del caso, y sé que Dios me está viendo, y le digo que siempre ellos empáticos, con su buen ánimo, siempre hasta cuando tenemos las reuniones de la noche. Me gusta escucharles a los operadores ya que yo no tuve un consejo de parte mi madre.

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

Si me ayudado muchísimo

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

Le soy franco y sincero que hasta ahorita estuviera tapado con un plástico y consumiéndolo.

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

Mi actitud con los compañeros, aumentaría las ganas en las asignaciones, acomodar mejor los jardines, ahorita mismo como soy ayudante del líder socio-ocupacional, he tratado que el encuentro de mañana y tarde que todos participen.

13. ¿qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?

Hice como un arbolito con los nombres de mi familia para saber que todos son parte de ella.

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Si siento, porque yo he visto que otros compañeros se han ido y esto es de decidir y yo me quedo.

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

Creo que fue desde el inicio del tratamiento, porque desde que estuve en aislamiento fue algo que pocos se aguantarían estar ahí 10 días y desde ahí sigo

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

no

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Yo mejorar en tratar de ser puntual, en las charlas, en las grupales

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Un 10 / 10.

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

Si me he sentido bien, últimamente a pesar que la casa estaba inestable, pero ahí vamos

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Espero encontrar una nueva vida, nuevas actitudes, nuevas formas de pensar, encontrar cosas que había perdido, y sé que algo puedo de recuperar de eso que perdí.

Entrevista usuario No. 7
Nombres: Harry
Edad: 29 ^a
Instrucción: bachiller
Estado civil: separado
Sexo: H
Ocupación: chofer profesional
Lugar de residencia: Ofelia
Sustancia principal de consumo: Alcohol
Tipos de drogas consumidas: PBC y alcohol
Edad de inicio: 13a
Edad que siente se le fue de las manos el consumo: 24a a raíz de una decepción amorosa.
¿Por qué consideras que consumir droga es un problema? Porque hay que ponerse en el zapato de los familiares y o sea hay demasiada violencia y más que todo uno se denigra y uno ya ha palpado de todo, el desapego de la familia de los amigos, e incluso de la sociedad, creo que es por eso.
¿Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo?: Si porque yo expendía marihuana en el colegio y si me ayudó para las insulinas de mi madre que tenía diabetes. Y yo me metí a ese mundo por la necesidad.
Por qué te iniciaste en el consumo de drogas: el acceso a la plata por la venta de droga (marihuana)
Frecuencia del consumo: a diario
Lugares donde consigue las sustancias: Ofelia
Áreas afectadas en tu vida por el consumo: los estudios, la relación de pareja.
Crees que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: si, porque en lo

personal en esa temporada no recaía me mantuve abstemio dos meses y en la pandemia se ven los peros uno quería salir. Incluso habían batidas que casi me cogen con drogas.

Tiempo que lleva en el centro: primer proceso 9 meses, yo estuve 4 años limpio libre de sustancias y ya llevo aquí 7 meses en el segundo proceso.

Internamientos anteriores: (lugares) uno antes en CETAD, en ese proceso salí con alta disciplinaria y me fui a AA. A veces me da coraje lo que perdí 4 años de estar limpio.

1. ¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí),

La primera vez yo estaba en un ambulatorio en GYE en Durán, y yo no era consciente y yo pensaba que los psicólogos son para locos, y después mi tía me trajo acá a Quito a vivir para alejarme de ese medio.

Y la tía investiga sobre el CETAD, y le dijo que hasta que salga todo vives conmigo. Y la primera vez así vine.

La segunda vez vine por mi recaída y me di cuenta que yo ya no pertenecía allá, allá juegan pelota y toman y yo ya no me sentía bien allá.

2. ¿Cómo te sientes aquí?

Yo me siento prácticamente integrado, tranquilo, me siento con grandes expectativas, tengo mis planes de seguir enfermería o profesor de educación física en Quito

3. ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?

Si yo si, y no solamente con ella sino además con los otros terapeutas yo tengo confianza porque ya estuve acá.

4. ¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?

Trabajo social te explica todo, pero en primera fase como uno viene golpeado uno no toma mucho en cuenta eso que nos dicen

5. ¿Deseas cambiar? ¿Por qué deseabas un cambio en tu vida?, ¿Qué cambio buscas?, ¿crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?

Yo cambiar por uno mismo, veo la necesidad de estar con alguien de dar un paso más allá con mi novia, porque estar solo es feo. Por eso vine acá porque te dan la mano. Si espero encontrar el cambio en este lugar.

6. ¿Crees que puedes ser tú mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Yo puedo ser yo mismo, si tengo que soltar algo con la doctora le digo incluso con mi terapeuta.

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Sí, incluso cuando vuelva le voy a decir unas cosas q deseo

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

Sí, y yo veo que si la Dra. Ve algo en mi negativo y cuenta al equipo técnico ellos me van ayudar y tenemos más perspectivas.

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Son chéveres

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

Si ahorita si.

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

No estuviera con vida

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

Lo único que hace falta a la comunidad, bueno en mi primer proceso era las salidas terapéuticas, pero ahorita no se puede por el COVID, pero también le hace falta a la comunidad más juegos recreativos, y eso. Como ven ahorita en tiempo de pandemia la genta busca otras actividades que hacer

13. ¿Qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional? Yo mi proceso lo relaciono con un artista NickyJam, el en una canción que se llama el Fenix y es como que toda la letra y es como que yo canto como en el primer proceso y eso me da fuerza, por ejemplo, dice: “victoria volvió a empezar en Colombia”, yo lo relaciono con esto, con estar aquí en Quito, me dieron esa moral y ahora me acompañan en la victoria, y eso hace relación a mi primer proceso. Yo mi primer proceso lo hice bien tengo varios logros, por eso le digo que me da la pauta esa música a mí.

Esa canción al escuché cuando estaba fuera del proceso del primero.

Aquí en el CETAD antes había la cocina, y eso de compartir de ayudar a los demás yo decía vamos a ayudar en la cocina, vamos a meterle mucho amor para que las personas se sirvan, y cuando la gente te dice que está rico eso te hace sentir bien.

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Sí, me di cuenta el mes pasado, por un compañero que fue mi hermano mayor y me dijo tienes que encontrarte a ti mismo saber quién eres, y yo pero si ya me conozco soy del Guayas, se jugar indor bien, y él dijo de eso no se trata el conocerse bien sino que tú digas, sino reconocer que te molesta algo, que puedes ser empático o no con ciertas personas, es como una autoevaluación de ti mismo.

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

En mi primer proceso fue mi motivación de cambiar, desde que empecé, incluso en mi recaída me di cuenta que yo no puedo estar ahí y necesito la ayuda, yo me mantuve limpio 4 años porque me gusta el proceso, en mi proceso de seguimiento tuve la motivación personal. Y en este segundo internamiento (ahí está la chica) ósea yo digo no hacerlo por ella voy hacerlo por mí mismo, pero que esa persona vea que está cambiando y que quiere algo en serio conmigo, con ella, ella me motiva (refiriéndose a su pareja)

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

No con la doctora Mercedes, ni de nadie.

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Yo pienso que la música es esencial, y que uno encuentra frases con las que se identifica y en base de eso trabajar, así como esa frase que le dije hace rato y con eso poder trabajar en mi autonomía.

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Me dio la mano nuevamente, Vamos Harry que usted si puede, y como dicen ellos jalándole las orejas usted puede, y esa motivación por parte del CETAD y de todos siempre está ahí.

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

La primera chévere, tenía las salidas terapéuticas a la casa, pero ahora no hay eso, pero si la parte de comunicarte con tu familia eso está bien, si me siento bien tranquilo. Hay ciertas cosas con los compañeros que son manejables.

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Saber quién soy eso.

Entrevista usuario No 8
Nombres: Jairo
Edad: 32
Instrucción: bachiller
Estado civil: Unión libre
Sexo: hombre
Ocupación: cobrador
Lugar de residencia: Quito, pío XII
Sustancia principal de consumo: marihuana

Tipos de drogas consumidas: Base Cocaína, marihuana, cocaína y alcohol
Edad de inicio: 12a
Edad que siente se le fue de la mano el consumo: yo fui avanzando a los 13 ^a probé base de cocaína y me di cuenta que estaba avanzando en la droga a los 26-27 años.
<p>¿Por qué consideras que consumir droga es un problema?: Porque primero afecta a nuestra mente a nuestra salud y a los seres queridos alrededor, afecta por esto que no tenemos conciencia. Bueno en mi caso me pongo a pensar porque desde los 13^a yo siempre (le voy a comentar un poco de mi vida) que yo siempre me crié solo, también delinquía ósea a robar desde los 12^a, fui avanzado a los 13^a con la base de cocaína tuve, me gustaba salir a bailes ya me mandaba yo solo e igual ahí seguía robando portaba armas de fuego, hasta los 18^a que vuelta ahí ya me gustaba robar accesorios de carros y seguí en el consumo. A los 18^a conocí unos amigos que eran asaltantes y seguí en ese dialecto hasta que caí preso, después de eso borré mi record y tuve mi primer hijo que creo que fue algo que me ayudó a salir un poco de las drogas, pero no bastante porque fueron casi dos años que nace mi hijo y volvía consumir vuelta con más frecuencia y perdí mi hogar a los 25, que también ahí de la preocupación y de muchas broncas mi mamá tenía cáncer y falleció creo que eso fue problema por las preocupaciones que yo le daba, igual me separé a los 25 de mi primera esposa por el problema que no paraba de consumir y a los 27^a tuve mi segundo hogar, tengo una hija ahorita de 3 años y ahí me di cuenta que ya no dependía de mi el dejar la droga y pensé que yo solo podía dejar la droga, pero ya se me fue de las manos por el tema de la sustancia y la persistencia que yo le tenía a ella. Sobre el tema de que ya no pasaba en abstinencia ni siquiera ni un día, ósea marihuana consumía todos los días y cuando no tenía yo me enojaba, a veces peleaba hasta con mi familia por el simple hecho de no tener la sustancia para que me logre calmar, o enfrentar la realidad de las emociones como dicen aquí. Entonces yo me di cuenta que ese era un problema mío y a partir de eso fue las vivencias que yo tuve como por ejemplo la falta de comportarme todo lo que yo venía desde allá afuera haciendo y yo me di cuenta que necesitaba un cambio drástico y que necesitaba de un profesional. Entonces cuando fue que yo quise cambiar por mí solo fue en los últimos tiempos que yo le dije a mi esposa que quería rehabilitarme, pero después encontré un trabajo casi al último al venir acá y estaba siguiendo un ambulatorio. Pero un día consumí casi una semana y entonces ahí me di cuenta que el ambulatorio no era para mí porque si necesitaba internarme, para lograr entender todo lo que yo venía acarreado, primero la abstinencia para mí en la salud si me complicó por el hecho que me hizo daños y el cuerpo me temblaba, me hacía falta la sustancia, entonces yo me daba cuenta que para controlar eso las emociones, pensamiento necesitaba eso entonces si era una enfermedad. Y encima más el pensamiento, que en la mente se queda incrustado creo que también logra adaptarse a la sustancia que uno se está sometiendo.</p> <p>Yo tenía un amigo que vino acá al CETAD y el me informó de esto. Y cuando yo vine me dijeron que vaya al ambulatorio y decidieron internarme. Yo me di cuenta que si necesitaba ayuda para esta enfermedad., porque yo si era enfermo.</p>
¿Crees que el consumo de drogas te ayuda en algo?: Yo en el afuera pensaba que si me ayudaba en el tema de evadir los problemas

<p>¿Por qué te iniciaste en el consumo de drogas?: desde los 13^a yo siempre (le voy a comentar un poco de mi vida) que yo siempre me crié solo, también delinquía o sea a robar desde los 12^a, fui avanzado a los 13^a con la base de cocaína tuve, me gustaba salir a bailes ya me mandaba yo solo</p>
<p>Frecuencia del consumo: de 12 a 13^a no tan frecuente desde los 13^a para acá yo necesitaba una sustancia. Y la PBC a los 16 era semanal luego los últimos tiempos diario el consumir base y marihuana.</p>
<p>Lugares donde consigue las sustancias: Solanda, la Ajaví, en San Roque. Yo como tenía mi vehículo propio y al rato de trabajar me arriesgaba mucho conseguía en todos lados al Norte en el Comité, tenía varios lugares, pero mas allegado en Solanda</p>
<p>Áreas afectadas en tu vida por el consumo: primero la familia, a mi hijo que por estar mucho en las sustancias perdí el afán de irle a ver, perdí mi primer hogar y este segundo hogar casi lo pierdo. Fueron afectados mi hija la pequeña de 3 a igual a mi esposa, igual el tema de mis hnas. Fueron muy afectadas , la irresponsabilidad con mi hijo, en lo laboral, ya no me importaba irme a trabajar, igual en los estudios nunca me proyecté seguir una carrera profesional.</p>
<p>Creas que durante la pandemia aumentó tu consumo de drogas: al principio como que menoró, por no poder salir pero después por el encierro desató full la sustancia y yo me separé de mi esposa y fui con hermana, y me encerraba en el cuarto a consumir, pasaba solo en mi cuarto y solo a consumir</p>
<p>Tiempo que lleva en el centro: 6 meses</p>
<p>Internamientos anteriores: (lugares) internamientos no, solo grupos AA, grupo libertad 3 meses, en centro de salud con el Dr. Que estuve un mes</p>

1. **¿Qué te trajo aquí? (con quien llegaste aquí),** fue mi decisión y consulté con un amigo que salió de aquí, conversé con él y me dijo q aquí me ayudan no solo a dejar las drogas sino en otros aspectos. Yo vine la primera vez acá y me dijeron que vaya y haga rimero el ambulatorio y fui hasta que me consiguieron un cupo aquí, primero fue mi decisión y también el optar de mi familia, el pensar que hice mucho daño porque mis hijos son pequeños y saber que no debo darles un ejemplo así, ya también saber que necesitaba ayuda, vine con mi esposa y hermana.

2. **¿Cómo te sientes aquí?** Es un establecimiento que ayuda mucho, yo en los 6 meses que estoy he logrado trabajar en muchos puntos por el hecho de que, yo crecí con esa infancia y poco a poco en la adolescencia era una persona full agresiva, ósea a mí me decían algo y era como que ya reventaba y ahorita estoy aquí tranquilo y se trabajar la tolerancia y saber tomar decisiones. He logrado trabajar muchas cosas que afuera no trabajaba como es la pérdida, porque a veces yo estaba con mi esposa y pensaba que solo era para mí, era celoso, a veces le insultaba, sin tener pruebas de las cosas que ellas hacían y aquí me ayudaron a trabajar la tolerancia y aquí me hicieron entender que nadie es dueño de nadie. He trabajado en saber lo que me va a llevar a consumir, yo como digo estoy casi a puertas de salir, y en afuera poner a prueba esto,

pero me han dado las herramientas necesarias, para controlar esas emociones que van a venir. Más que todo me ayudaron a no ser impulsivo en mis emociones y les doy las gracias, me han ayudado mucho a crecer como persona, y como padre de familia.

3. ¿Sientes realmente que puedes contarle a tu psicoterapeuta con libertad todo lo que deseas?

Si de hecho me he abierto mucho a ella, y mi familia no sabía los secretos que yo conté a mi Dra. Creo que me encerrado en muchas cosas, he tenido guardado muchas cosas, que cuando me dijeron acá que debo hablar todo. Y yo tuve confianza a mi Dra. Y me hecho la libertad de contar todos los secretos confío mucho en ella.

4. ¿Al inicio del tratamiento planificaron contigo, tu proceso psicoterapéutico?

Si la doctora sí, primero me explicó cómo era el proceso aquí, y primero trabajamos unos puntos, me explicaron todas las normas reglas, y los principales defectos q iban a trabajar conmigo

5. ¿Deseas cambiar? Por qué deseabas un cambio en tu vida.? ¿Qué cambio buscas?, ¿crees que en este lugar vas a encontrar el cambio que esperas?

Yo vengo del afuera y fue duro yo me crie sin un padre y que mis hijos se críen así no. Además, me he dado cuenta que la droga le deja solo y mi estado físico y mental estaba mal, y me di cuenta que cuando uno se propone algo uno lo puede lograr. Quiero ser alguien en la vida por eso decido cambiar.

En este lugar estoy logrando cambiar mi vida mis aspectos, aquí solo es el comienzo, eso me he dado cuenta aquí. Aquí me dieron la iniciativa de muchas cosas, que no pensaba en el afuera el estudiar, trabajar, tener una casa un carro tener una carrera y este lugar me proporciona la iniciativa de cambiar y seguir cambiando afuera.

6. ¿Crees que puedes ser tú mismo (espontáneo y auténtico) aquí y con tu terapeuta? ¿En el CETAD?

Si con mi terapeuta soy yo mismo, por el hecho de contarles todo lo que he pasado y creo q me han entendido. Aquí nos tratan como personas, no juzgándonos. Y he sentido afecto

7. ¿Sientes que tu terapeuta es empático contigo y comprende lo que te ocurre realmente?

Me he dado cuenta que sí, habido muchas ocasiones que ella ha logrado entenderme y darme buenas alternativas.

8. ¿Confías en que tu psicoterapeuta guarde la confidencialidad de lo que le cuentas?

Si confío mucho, me he dado cuenta que yo aquí, he aprendido a confiar en mí mismo, por el hecho de que en el afuera no confiaba ni en mi propia sombra, y primero

confiar en mí fue fundamental para confiar en otra persona. Fue un gran paso para mí abrirme con ella.

9. ¿Qué opinas sobre el resto del personal del CETAD?

Bueno los operadores creo que también cumplen su trabajo, me llevo con todos ellos, me han sabido aconsejar, guiar sobre el tema de estar aquí. Sobre todo, la confianza que nos tienen a cada uno de nosotros.

10. ¿Sientes que el estar aquí realmente te ayuda?

Si me ayudado mucho a cambiar mi vida, yo muchas veces traté de dejar la droga solo y no podía y me ayudaron los psicólogos operadores todo el cuerpo técnico, si me he sentido mi gusto aquí y les agradezco por abrirme las puertas.

11. ¿Si no estuvieras aquí donde estarías?

Estuviera consumiendo

12. ¿Si estuviera en tus manos y por tanto pudieras mejorar algo aquí, que sería?

Abrir algunos talleres de cocina, de panadería algo que nosotros podamos aprender aquí, algún oficio.

13. ¿Qué frase o intervención o actividad te ha causado mayor reflexión, impacto emocional?

Yo creo que el encuentro de la mañana, el expresar el estado de ánimo y saber cómo se sienten eso es muy importante porque antes no nos preguntaba eso solo nos juzgaban

14. ¿Sientes que avanzas en tu proceso terapéutico? ¿Desde cuándo?

Desde el mes que llegué, creo que al abrirme con la psicóloga pude entender muchas cosas, en trabajar muchos aspectos emocionales de ira de pérdida igual en el estado físico.

15. ¿Tuviste motivación desde el inicio del tratamiento o fue apareciendo después?

Eso fue apareciendo poco a poco después. A partir que yo bajé de aislamiento había compañeros que me motivaban y los operadores igual

16. ¿Hay alguna actitud de tu terapeuta que haya obstruido tu proceso de cambio?

No, yo creo mi Dra. es una persona tolerante, y sabe escuchar y hablar unas buenas alternativas, nunca se ha mostrado con una actitud negativa.

17. ¿Qué característica, intervención o actividad agregarías en tu terapeuta o en el proceso para mejorar tus metas en terapia o tus objetivos?

Yo creo que se manejan bien, esto de las salidas terapéuticas me parece importante el darles a los chicos esto, aunque por esto de la pandemia lo entiendo, pero si nos afecta el estar encerrados a veces ya que se vuelve monótono, sí creo que el distraerse sería bueno, sí creo que tienen esas herramientas aquí pero no se ha dado por la pandemia y de ahí creo que todo está bien.

18. ¿Cómo calificarías el apoyo que has recibido de tu psicoterapeuta?

Mi Dra. es una persona tolerante, y sabe escuchar y hablar unas buenas alternativas, nunca se ha mostrado con una actitud negativa.

19. ¿En general como te has sentido en el centro?

Creo que hay altos y bajos, o sea convivir con 30 personas no es fácil, porque cada quien tiene su mundo diferente y los q van llegando a veces sufridos y a veces el encerrarse creo cuesta mucho. Creo q hay circunstancias de compañeros que les genera revanchismo, pero creo que el equipo técnico hace cosas para ayudarnos y hacen manejables los conflictos.

Cada quien sabe lo que viene hacer acá, creo q una gran opción es abrirnos con cada psicólogo.

20. ¿Qué esperas encontrar al terminar tu internamiento en este centro?

Yo lo primero es encontrar a mi familia estable, primero a mis hijos irles a ver, y pensar mucho en buscar un empleo para dar con que subsistir a mi familia.

Palabras finales

Bueno esta entrevista creo que ha sido algo provechoso el tema de comentar todo lo que se pasa aquí en el centro, pues a veces uno se desahoga también, aunque a veces, días también que uno piensa en tirar la toalla y cuando nos enfocamos en el propósito uno aprende. Yo me he dado cuenta que he conocido aquí en el centro muchos aspectos de mí que en el afuera no me daba cuenta, entonces yo me siento muy agradecido, igual a usted Dr. Contarle todo esto que se vive y gracias a las instituciones por las puertas que me abrieron y me dieron un paso para cambiar mi estilo vida.