

Propuesta de intervención cognitivo-conductual basada en la percepción de eficacia en el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias en el CETAD Ebenezer.

Jean Pierre Vélez Laz

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6193232>

Correo: jvelez2872@utm.edu.ec

Universidad Técnica de Manabí (UTM), Portoviejo, Ecuador

María Del Carmen Quinde Reyes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1951-7336>

Universidad de Guayaquil (UG), Guayaquil, Ecuador

Recibido: 28-11-2025 Aceptado: 26-02-2026 Publicado: 21-07-2026

Resumen

El consumo problemático de drogas presenta alta cronicidad, recaídas frecuentes y barreras estructurales de acceso y continuidad; en el CETAD Ebenezer predomina un modelo vivencial con impacto clínico limitado y escasa integración de TCC, pese a la evidencia que respalda su eficacia para reducir recaídas. El objetivo de este estudio fue diseñar una propuesta de intervención cognitivo-conductual, de baja intensidad, orientada a la rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Se aplicó la escala *Patients' Global Impression of Change* (PGIC) a 50 pacientes varones (18–52 años) y un grupo focal con 10 participantes para explorar utilidades percibidas y necesidades no cubiertas por el tratamiento actual. La eficacia percibida del tratamiento fue moderada-baja y se identificaron necesidades no cubiertas en cinco dominios: clínico, vincular, ocupacional, normativo y de reinserción. Como respuesta, se estructuró un programa de 10 sesiones que se integra al andamiaje vivencial y ofrece un protocolo estructurado que, por sus mecanismos de cambio tiene potencial de mejorar adherencia y retención, disminuir recaídas y favorecer la reinserción social de los usuarios.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual; baja intensidad; trastorno por uso de sustancias; prevención de recaídas; adherencia terapéutica.

Cognitive-Behavioral Intervention Proposal Based on the Perception of Efficacy in the Treatment of People with Problematic Substance Use at CETAD Ebenezer.

Abstract

Problematic drug use is highly chronic, marked by frequent relapses and structural barriers to access and continuity of care. At CETAD Ebenezer, an experiential model predominates, with limited clinical impact and little integration of CBT, despite evidence supporting its effectiveness in reducing relapses. The objective of this study was to design a low-intensity cognitive-behavioral intervention aimed at the rehabilitation of people with problematic drug use. The Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale was administered to 50 male patients (18–52 years), and a focus group with 10 participants was conducted to explore perceived benefits and unmet needs of the current treatment. Perceived treatment effectiveness was moderate to low, and unmet needs were identified across five domains: clinical, relational, occupational, normative, and reintegration. In response, a 10-session program was structured to integrate into the existing experiential framework to offer a structured protocol that, through its mechanisms of change, has the potential to improve adherence and retention, reduce relapses, and promote users' social reintegration.

Keywords: cognitive-behavioral therapy; low-intensity; substance use disorder; relapse prevention; therapeutic adherence.

Introducción

El consumo problemático de drogas constituye uno de los desafíos más complejos en salud mental en la actualidad, con profundas repercusiones biopsicosociales, siendo un problema crónico y recurrente que genera elevados costos sanitarios, sociales y económicos, con una capacidad asistencial que no alcanza la demanda (Farhoudian et al., 2022; Volkow & Blanco, 2023). A escala global, el consumo de drogas ha aumentado en la última década y menos del 20 % de las personas con problemas reciben tratamiento, situación agravada por el estigma y la discriminación (Belfiore et al., 2024).

En términos nosológicos, el consumo problemático se entiende como un continuo que abarca desde episodios de uso dañino hasta patrones perjudiciales persistentes. La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 distingue: (a) Episodio de uso perjudicial; (b) Patrón perjudicial de uso; y (c) Dependencia, esta última caracterizada por control alterado, prioridad creciente del consumo sobre otras esferas de la vida y persistencia del uso pese al daño (OMS, 2022); el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, por su parte, unifica abuso y dependencia en el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, definido por once criterios agrupados en control deteriorado, deterioro social, consumo riesgoso y criterios farmacológicos de tolerancia y abstinencia, con niveles de gravedad según el número de criterios cumplidos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022).

El abuso de drogas va acompañado de un impacto devastador en la vida comunitaria, con consecuencias adversas en el trabajo, la educación y la familia que afectan la salud mental, el entramado relacional y la inserción socioeconómica del individuo (Ignaszewski, 2021; Saladino et al., 2021). Los jóvenes que consumen sustancias presentan un riesgo mayor que los no consumidores de problemas de salud mental, incluidos depresión, problemas de conducta, trastornos de la personalidad e ideación suicida (Dufort & Samaan, 2021; Mosquera et al., 2022); además, la acumulación de problemas relacionados con el abuso de sustancias predice de forma exponencial la reincidencia delictiva (Aebi et al., 2021).

Esa vulnerabilidad psicosocial se refleja en tasas elevadas y repetitivas de recaída a lo largo del curso del trastorno (Moe et al., 2021). De acuerdo con Yazıcı y Bardakçı (2023), entre los principales factores de riesgo se incluyen el inicio temprano del consumo, la disfunción del sistema de recompensa, la mala salud física, las alteraciones del sueño, la

comorbilidad psiquiátrica, la baja autoeficacia y el bajo estatus socioeconómico; en contraste, actúan como factores protectores el buen funcionamiento familiar, un apoyo social robusto y la motivación para mantenerse en tratamiento.

Frente a este panorama, la evidencia converge en que los enfoques psicosociales constituyen un pilar del abordaje del consumo problemático de sustancias, destacando la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) por su plausibilidad teórica y su aplicabilidad clínica para reducir la recaída y fortalecer la resiliencia (Zamboni et al., 2021; Nurlita et al., 2023). Al asumir que los patrones de consumo se aprenden y, por tanto, pueden modificarse se trabaja de forma estructurada sobre la relación entre pensamientos, emociones y conductas, mediante la reestructuración cognitiva, entrenamiento en afrontamiento, prevención de respuesta y sustitución de patrones desadaptativos por repertorios más funcionales (Mhaidat et al., 2023). En cuanto a los mecanismos de cambio, la autoeficacia y las habilidades de afrontamiento median la eficacia de la TCC: reducen la impulsividad y la exposición a riesgos, aumentan los días de abstinencia y, en consecuencia, disminuyen la probabilidad de recaída (Dalton et al., 2021).

El Modelo Transteórico (MTT) describe el cambio de conductas como un proceso progresivo en el que la persona transita por etapas —precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento— admitiendo la recaída como parte del proceso y con distintos riesgos que pueden frenarlo; por eso, las intervenciones se ajustan a la etapa para sostener la motivación y consolidar la conducta nueva (Rondón & Reyes, 2019). La TCC aporta técnicas específicas que se aplican según la etapa: en contemplación y preparación, la reestructuración cognitiva y el autoregistro ayudan a cuestionar pensamientos desadaptativos y a planear cambios; en acción, entrenamiento en habilidades, solución de problemas, control de disparadores y regulación emocional sostienen la ejecución; en mantenimiento, la prevención de recaídas consolida la autorregulación y la autoeficacia, produciendo cambios más sostenibles y mayor compromiso terapéutico (Nicoară et al., 2024).

Este planteamiento se refuerza con hallazgos recientes sobre la efectividad diferencial de la TCC en la adherencia terapéutica en población en rehabilitación de adicciones que muestra que la motivación para el cambio se asocia con la satisfacción con el servicio y la percepción de autoeficacia de los usuarios, lo que sugiere que las intervenciones que promuevan estas habilidades dentro de un entorno terapéutico bien

percibido permiten optimizar la adherencia al tratamiento (Bhullar & Gupta, 2023; Gaxiola-Villa et al., 2025).

En el CETAD Ebenezer, objeto de estudio en este trabajo de investigación, se reporta que los pacientes recaen incluso antes de seis meses ya que, mientras la literatura evidencia la eficacia de la TCC para reducir recaídas en un 40-50% (Fernández Ruiz et al., 2023), su modelo terapéutico prioriza enfoques experienciales. Esta discrepancia resulta crítica, pues investigaciones en contextos similares revelan que el 67% de las recaídas se asocian a la falta de habilidades para manejar el craving y pensamientos automáticos (Rodríguez Olguín et al., 2023), áreas donde la TCC ha demostrado mayor efectividad comparativa.

En Latinoamérica, el acceso al tratamiento se ve limitado, ante todo, por barreras estructurales del sistema: capacidad insuficiente, listas de espera, servicios poco adaptados, y actitudes y formación inadecuadas del personal (Farhoudian et al., 2022), esta problemática se agrava por la escasa implementación de terapias basadas en evidencia (ONU, 2023), situación que se replica en Ecuador donde predominan modelos vivenciales con limitado sustento científico (Paz et al., 2020). La situación se complejiza por la escasez de protocolos que integren TCC en entornos con recursos limitados; aunque intervenciones como las descritas por Bravo-Alcocer et al. (2024) muestran resultados promisorios en la reducción del consumo en modalidades grupales, su adaptación a realidades como la del CETAD Ebenezer, con poco personal especializado, sigue siendo escasa.

La presente investigación surge ante esta problemática multidimensional: por un lado, la necesidad ineludible de ofrecer tratamientos con sustento empírico a poblaciones vulnerables; por otro, la urgencia de diseñar intervenciones viables para contextos con restricciones de recursos. En este sentido, la propuesta busca trascender el debate tradicional entre modelos para ofrecer una solución pragmática que responde a la necesidad manifestada por terapeutas del CETAD Ebenezer, quienes carecen de herramientas estructuradas para abordar los componentes cognitivos y conductuales de las recaídas. En lo social, se alinea con las directrices actuales del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2025) para tratamientos basados en evidencia, con potencial de mejorar la retención y reducir recaídas, beneficiando a pacientes, familias y comunidades, y ofreciendo un modelo referencial para otros centros en Ecuador y la región con desafíos similares.

Con base a lo planteado, el objetivo principal de esta investigación fue diseñar una

propuesta de intervención cognitivo-conductual orientada a la rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas en el CETAD Ebenezer. Se delimitó el problema científico a través de la siguiente pregunta: ¿Cómo un plan de intervención aportaría en la rehabilitación de personas con consumo? Para dar respuesta, se plantearon los siguientes objetivos específicos: (1) evaluar la eficacia percibida del tratamiento vigente; (2) identificar, mediante técnicas cualitativas, las necesidades no cubiertas; (3) diseñar y estructurar un plan TCC de baja intensidad adaptado al contexto institucional, con énfasis en prevención de recaídas.

Materiales y Métodos

Esta investigación, de diseño no experimental, con enfoque mixto, que combina métodos cuantitativos y cualitativos, y alcance descriptivo-propositivo, ofrece una caracterización detallada del problema de estudio y plantea una alternativa de solución. La muestra estuvo compuesta por 50 pacientes del sexo masculino del CETAD Ebenezer con edades entre 18 y 52 años ($m=28.45$, $sd=8.72$). Los criterios inclusión considerados fueron: a) Encontrarse en atención en el centro; b) Contar con estabilidad médica y psiquiátrica para participar; c) Permanencia mínima de 7 días continuos en el programa, a fin de asegurar la estabilización clínica inicial; d) Alfabetización funcional en español para comprender instrucciones.

Desde el enfoque cuantitativo se evaluó la eficacia del tratamiento recibido usando la *Patients' Global Impression of Change* (PGIC) (Hurst & Bolton, 2004) adaptada al español, un instrumento de autoinforme breve y sencillo que permite valorar, desde la perspectiva del propio paciente, los cambios percibidos tras iniciar un tratamiento. Consta de una escala categórica de siete opciones que van desde “sin cambio o peor” hasta “mucho mejor, con una mejoría considerable”, y se complementa con una escala numérica de 0 a 10 que refleja la magnitud del cambio. Los datos recopilados se analizaron por medio del programa estadístico SSPSS.

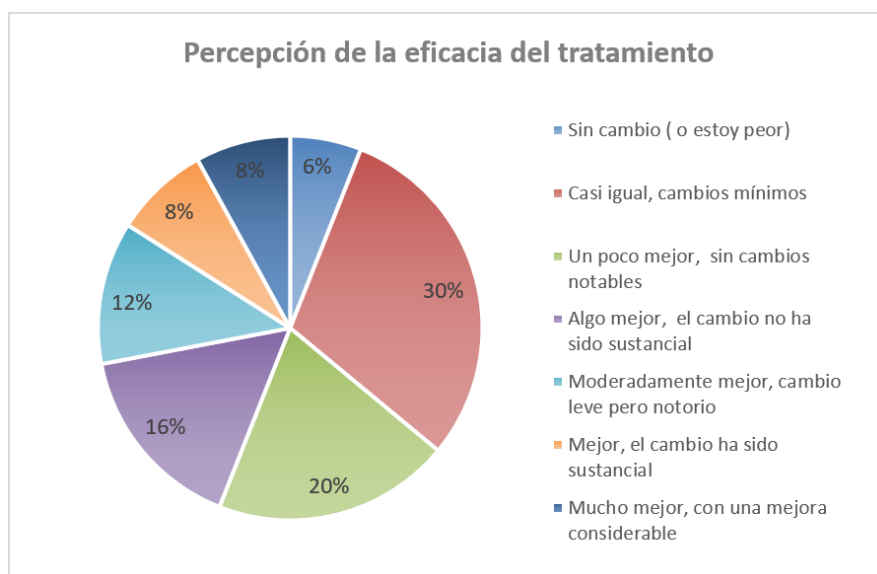
Adicionalmente, para examinar cualitativamente las necesidades no cubiertas por el tratamiento actual, se implementó un grupo focal con 10 pacientes del CETAD Ebenezer seleccionados intencionalmente de la muestra inicial, orientado a explorar la experiencia de los participantes con el tratamiento. La sesión se estructuró en dos bloques de preguntas abiertas: a) exploración de la experiencia actual; y b) profundización en necesidades no cubiertas (ámbitos personales, emocionales, o sociales no abordados; apoyos deseados y cambios propuestos). Con la evidencia cualitativa se realizó un análisis temático utilizando Atlas. TI.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del PCGI sobre la percepción de eficacia del tratamiento (Figuras 1 y 2).

Figura 1.

Percepción de eficacia del tratamiento

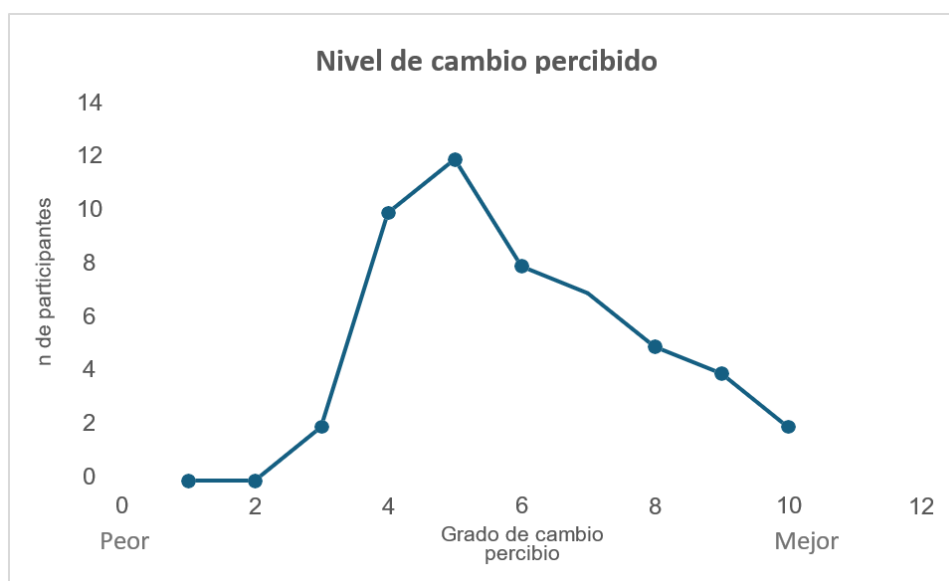


La percepción global sugiere una eficacia limitada del tratamiento: la mayoría reporta cambios discretos—“Casi igual, con cambios mínimos” (15), “un poco mejor, pero sin cambios notables” (10), “algo mejor, pero el cambio no ha hecho una diferencia importante” (8)— ; no obstante, un subgrupo menor reporta mejoría—“moderadamente mejor, con un cambio leve pero notorio” (6), “mejor, con una mejora clara” (4) y “mucho mejor, con una mejora considerable”(4) —indicando que sí existe un impacto positivo tangible para algunos de los participantes, lo que sugiere potencial de eficacia bajo ciertas condiciones o perfiles.

En la escala de 0 a 10 (0 = peor; 10 = mejor) la distribución se concentra en valores intermedios: 4 (n = 10), 5 (n = 12) y 6 (n = 8); las medidas de tendencia central se sitúan en torno a 6 (m= 5.93; sd=1.6), lo que sugiere una distribución relativamente simétrica alrededor de esa zona que apunta a un impacto positivo, pero de magnitud limitada del tratamiento actual: los participantes no expresan insatisfacción marcada, pero tampoco reportan un cambio notable (Figura 2).

Figura 2.

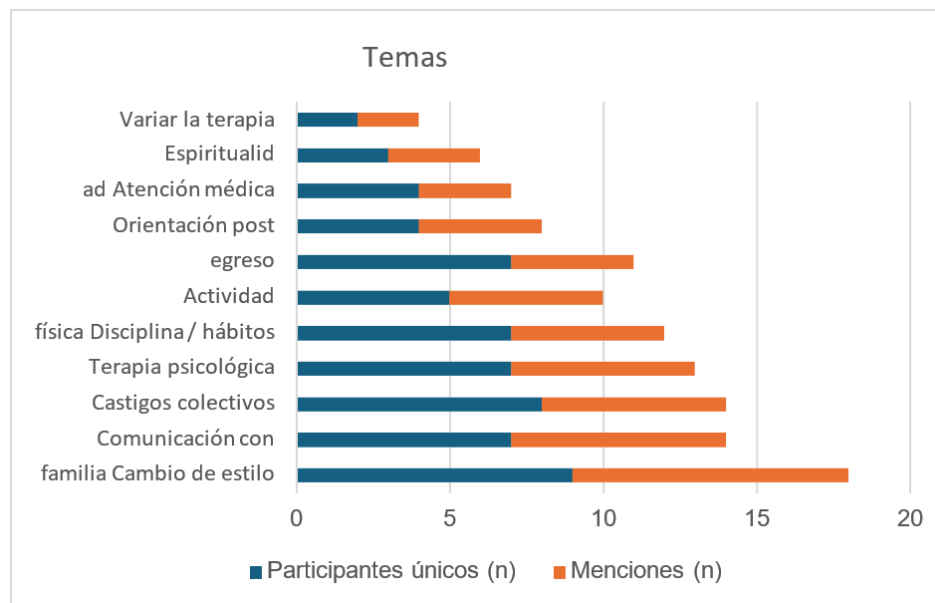
Nivel de cambio percibido



De acuerdo con las respuestas recogidas en el grupo focal, los temas más recurrentes, de acuerdo con frecuencia de menciones, fueron: la disciplina y la estructura como catalizadores de cambio, el fortalecimiento de valores y espiritualidad, el aprecio por la familia y el proyecto de vida, la utilidad de actividades ocupacionales y ejercicio, y la necesidad de justicia procedimental en el régimen disciplinario (Figura 3). La experiencia general con el tratamiento se caracteriza por una valoración positiva y por la centralidad de la disciplina como eje de cambio conductual: se valoran el resguardo, que facilita la abstinencia en contextos de alto riesgo, la internalización de normas y la resignificación de los vínculos y proyectos.

Figura 3.

Temas recurrentes



Las necesidades no cubiertas por el tratamiento contemplan cinco dominios:

1. Clínico. Los participantes solicitaron mayor atención psicológica y médica, esto sugiere insuficiencia de evaluación integral y monitorización de comorbilidades
2. Vincular. Las políticas restrictivas de comunicación familiar generan malestar, los participantes piden ver fotografías, recibir información semanal de sus familiares o ampliar visitas, mostrando la necesidad de protocolos de contacto graduados que fortalezcan la red de apoyo sin poner en riesgo el tratamiento
3. Ocupacional. La escasez y baja frecuencia de talleres limita la activación conductual y la regulación emocional mediante actividades con sentido, los participantes mencionan que les gustaría contar con cursos de barbería, música, manualidades y actividades deportivas
4. Reinserción. Emerge la necesidad de orientación ante el egreso del tratamiento y seguimiento psicológico para sostener los avances.
5. Normativo. La aplicación de sanciones colectivas vulnera principios de justicia procedimental y deteriora la alianza terapéutica, de ahí la insistencia de los participantes en aplicar escucha activa a los usuarios y reconsiderar la proporcionalidad de los castigos..

Propuesta de intervención

Con base en lo anterior, se plantea integrar un enfoque biopsicosocial sin renunciar a los elementos valiosos ya existentes, incorporando un núcleo cognitivo- conductual de baja intensidad, donde la persona trabaja fuera de sesión con materiales estructurados y tareas entre sesiones, mientras el profesional ofrece apoyos breves y focalizados, con estrategias de prevención de recaídas con entrenamiento en identificación de disparadores, manejo de *craving*, reestructuración de pensamientos de permiso, habilidades de comunicación asertiva y resolución de problemas.

La gestión por indicadores se hará por medio de la PGIC, en coherencia con la metodología del estudio, aplicada al finalizar el programa, si <50% califican “mejor/mucho mejor” y no hay $\Delta \geq 2$ puntos en la escala 0–10 se activará una revisión del plan con ajustes técnicos y de soporte; así, la percepción de eficacia se vuelve criterio de decisión y se incrementa de forma verificable con la intervención basada en TCC.

Tabla 1.*Estructura del programa de intervención*

Sesión	Descripción	Técnica	Duración
1	Se establece el encuadre y se construye la formulación en una frase (disparador → pensamiento de permiso → <i>craving</i> → conducta → consecuencia). Se fijan metas SMART alineadas a riesgos y valores; se introduce el Diario ABC y el plan de monitoreo semanal.	Análisis funcional ABC +metas SMART. ·	30 minutos.
2	Se identifican detonantes externos e internos y priorizan con una matriz 3×3 (probabilidad, severidad, controlabilidad). Se diseñan respuestas de evitación saludable, rutas seguras, señales y apoyos. Se elaboran planes “si-entonces” para los 3 riesgos principales.	Identificación/priorización de riesgos	30 minutos
3	Entrenamiento práctico en 3D, respiración 4-6 y anclaje 5×5. Se modela y ensaya para automatizar. Se crea una tarjeta de crisis y se inicia el registro de <i>craving</i> .	Regulación de urgencia: 3D (Demorar–Distraer–Decidir).	30 minutos
4	Se construye un calendario semanal con 2–3 micro-hábitos/día. Se abordan obstáculos y recompensas sanas para reemplazar riesgos y mejorar estado de ánimo/autoeficacia mediante acción planificada.	Activación conductual y micro-hábitos anclados a rutinas.	30 minutos

5	Se mapean los pensamientos permisivos y se aplica el protocolo RÁPIDO (prueba, alternativa, daño/beneficio, plan si fallo, decisión si-entonces). Se diseñan respuestas alternativas breves y proponen experimentos conductuales de verificación.	Reestructuración cognitiva breve con protocolo RÁPIDO.	30 minutos
6	Se enseña el guion DESC y la técnica de “disco rayado” para decir NO, poner límites y pedir ayuda. Se hacen role-plays de ofertas insistentes y situaciones ambiguas.	Entrenamiento en asertividad con guion DESC y disco rayado.	30 minutos
7	Se aplica el modelo (problema → ideas → pros/contras → plan SMART → revisión) a un estresor real que incremente riesgos. Se anticipan obstáculos y preparan acciones de contingencia.	Solución de problemas en 5 pasos.	30 minutos
8	Se audita el entorno e implementan cambios de estímulo-control. Se diseñan hábitos de sustitución con “si-X-entonces-Y” y recordatorios visibles. Se arma un kit anti- <i>craving</i> (agua, caminata 5’, respiración 4-6, contacto clave) y se ensayan rutas seguras.	Control de estímulos y hábitos de sustitución.	30 minutos
9	Se diferencian deslíz y recaída, se identifican señales personales y se redacta el protocolo 24-48-72 h (contacto, técnica, reencuadre, reparación, retorno al plan). Se crea lista roja (lugares/personas a evitar) y se integra el plan de mantenimiento semanal (BA + apoyos + chequeo de señales).	Prevención de recaídas.	30 minutos
10	Se revisan metas y progresos, se refuerza autoeficacia y se ensaya el “primer fin de semana afuera” con planes si-entonces.	Revisión integrativa	30 minutos

Discusión

La discrepancia entre los resultados cuantitativo donde la mayoría no percibe un cambio importante, con la narrativa de la discusión grupal en la que predominaron expresiones positivas refleja un sesgo de deseabilidad social acentuado por el intensivo régimen disciplinario del centro, que introduce asimetrías de poder y un clima de vigilancia, provocando respuestas moduladas por el temor a sanciones revelando, además, que los aspectos valorados en el discurso (orden, rutina, contención espiritual) no se traducen necesariamente en cambios clínicos significativos percibidos por los propios usuarios cuando responden de forma anónima.

El modelo de atención basado en terapia vivencial conducida por exusuarios, sin una estructura cognitivo-conductual formal, permite entender por qué el cambio percibido es limitado ya que las intervenciones no profesionalizadas ofrecen contención y testimonio, pero carecen de formulación de caso, técnicas específicas de prevención de recaídas, habilidades de afrontamiento y reestructuración cognitiva (Magill et al., 2023). Esto reduce la autoeficacia al egreso: la ausencia de un plan de continuidad después del alta y de un componente psicoeducativo que integre señales de riesgo y entrenamiento en manejo de *craving* deja un vacío en el tratamiento respecto a las demandas del entorno real

La propuesta de intervención incorpora las estrategias de TCC con mejor respaldo para el trastorno por uso de sustancias mediante una secuencia de análisis funcional de disparadores y situaciones de alto riesgo, entrenamiento de habilidades de afrontamiento, habilidades de rechazo y comunicación asertiva, y activación conductual con planes de mantenimiento; estos componentes, implementados en protocolos breves y estructurados, se asocian con menor riesgo de recaída y mejoras en autoeficacia y ajuste psicosocial (Boness et al., 2023).

Además, como señala Tarqui-Silva (2022), los modelos terapéuticos deben integrar un andamiaje sociocultural congruente con el contexto: esto supone alinear la intervención a las realidades locales orientándose a la reintegración temprana y al ejercicio efectivo de la autonomía del paciente. Las estrategias de baja intensidad amplían el acceso a tratamientos

basados en la evidencia utilizando menos tiempo especializado del terapeuta sin perder la fidelidad a los principios cognitivo-conductuales, permitiendo nuevas formas de trabajo y expandiendo la capacidad terapéutica sin sacrificar estándares técnicos (Shafran et al., 2021; Cromarty & Gallagher, 2023).

Por otra parte, los datos indican que una intervención centrada exclusivamente en el enfoque cognitivo-conductual resulta insuficiente para cubrir todas las necesidades expresadas por los usuarios. Se requiere complementar la propuesta con un componente institucional que incluya entrenamiento, formación y sensibilización del equipo de operadores vivenciales y del resto del personal de la clínica. Esto supone procesos sistemáticos de capacitación práctica, actualización teórica, desarrollo de habilidades relacionales y alineación de protocolos, a fin de garantizar criterios comunes de contención, comunicación y manejo de crisis. Solo así la intervención clínica podrá traducirse en prácticas coherentes en todos los niveles del dispositivo terapéutico y, en consecuencia, en mejores resultados para las personas atendidas.

Además, este componente debe articular respuestas transversales a los cinco dominios identificados: fortalecer la evaluación integral y monitorización de comorbilidades; introducir un protocolo graduado de contacto familiar con psicoeducación; mejorar la oferta de talleres ocupacionales como eje de activación conductual; e integrar criterios de justicia procedimental, eliminando sanciones colectivas y habilitando canales de quejas con tiempos de respuesta definidos. Para sostenerlo, se requieren supervisión regular y formación en enfoque informado por trauma.

Conclusiones

En línea con los objetivos específicos, la evaluación de la eficacia percibida del tratamiento vigente mostró un efecto limitado, con mejoras discretas y no consistentes con el discurso favorable del grupo focal —centrado en disciplina, espiritualidad y contención—, probablemente matizado por deseabilidad social bajo un régimen disciplinario muy estricto. A partir del análisis cualitativo se identificaron necesidades no cubiertas en cuanto a evaluación y seguimiento insuficientes, restricciones de contacto familiar, baja activación ocupacional, sanciones colectivas que erosionan la confianza, y ausencia de plan post-alta y de seguimiento. Para responder a estos hallazgos, se diseñó un núcleo TCC de baja intensidad en 10 sesiones, factible de incorporar al andamiaje vivencial del CETAD y con potencial de replicabilidad regional para traducir la contención vivencial en un cambio conductual sostenido.

Referencias

- Aebi, M., Bessler, C., & Steinhausen, H.-C. (2021). A cumulative substance use score as a novel measure to predict risk of criminal recidivism in forensic juvenile male outpatients. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(1), 30–40. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00986-7>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.^a edición, texto revisado (DSM-5-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ávila-Chauvet, L., Mejía-Cruz, D., García-Leal, O., & Kluwe-Schiavon, B. (2023). To produce or not to produce? Contrasting the effect of substance abuse in social decision-making situations. *Heliyon*, 9, e19714. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19714>
- Bravo-Alcocer, O., Martínez-Martínez, K. I., Oropeza-Tena, R., & Colunga-Rodríguez, C. (2024). Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 34(2), 225–234. <https://doi.org/10.25009/PYS.V34I2.2904>
- Bhullar, A., & Gupta, S. (2023). Effects of self-efficacy on addiction recovery and relapse in substance users. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 50(2).
- Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I., McHugh, R. K., & Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders.. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(2), 129. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>
- Cromarty, P., & Gallagher, D. (2023). What guides guided self-help? Recognizing the role of formulation in Low Intensity CBT. *Mental Health Science*, 1(1), 48-54. <https://doi.org/10.1002/mhs2.15>
- Dalton, K., Bishop, L., & Darcy, S. (2021). Investigating interventions that lead to the highest treatment retention for emerging adults with SUD: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 122, 107005. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107005>
- Dufort, A., & Samaan, Z. (2021). Problematic opioid use among older adults: Epidemiology, adverse outcomes, and treatment considerations. *Drugs & Aging*, 38(12), 1043–1053. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00893-z>

- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., Mohammadi, M. R., & Malekinejad, M. (2022). Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: An overview of systematic reviews. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 1–11. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>
- Fernández Ruiz, P. A., Cruz-Zúñiga, N., Hernández Vergara, C. I., Martínez Alvarado, J. R., Chávez Flores, Y. V., & Magallanes-Rodríguez, A. G. (2023). Terapia Cognitiva de las drogodependencias: nuevo estilo de vida durante la deshabituación. *Horizon Interdisciplinary Journal*, 1(2), 31–44. <https://doi.org/10.56935/hij.v1i2.17>
- García, H. D., González, E. N., & Lucero, D. E. (2024). Evaluación de una intervención cognitivo-conductual por un asistente virtual en un caso de adicción al cannabis. *Investigando En Psicología*, 2(25), 31–43. <https://doi.org/10.70198/iep.v2i25.255>
- Gaxiola Villa, E., Gaxiola Romero, J. C., & Pineda Domínguez, A. (2025). Percepción del servicio, satisfacción, autoeficacia y bienestar psicológico en la motivación para el cambio y adicciones de drogodependientes en rehabilitación. *Psicumex*, 15, 1–26. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.498>
- Hurst, H., & Bolton, J. (2004). Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27(1), 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.11.003>
- Ignaszewski, M. J. (2021). The epidemiology of drug abuse. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 61, S10-S17. <https://doi.org/10.1002/jcph.1937>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Lineamientos operativos para los Centros Especializados en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD)*. Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud. <http://salud.gob.ec>
- López Ortiz, A. (2022). Intervención cognitivo-conductual en pacientes asistentes a psicoterapia. *Revista de Psicología de La Universidad Autónoma Del Estado de México*, 11(23), 208–230. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v11i23.18056>

- Magill, M., Kiluk, B. D., & Ray, L. A. (2023). Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: is a one-size-fits-all approach appropriate?. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 1-11. <https://doi.org/10.2147/SAR.S362864>
- Mhaidat, I., Taherian, M. R., Hashemi Nazari, S. S., et al. (2023). Effect of cognitive-behavioural therapy on resilience and relapse in adult patients with SUD: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 13, e067115. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067115>
- Moe, F. D., Moltu, C., McKay, J. R., Nesvåg, S., & Bjornestad, J. (2021). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a ‘one size fits all’ concept? A systematic review of relapse operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 743-758. <https://doi.org/10.1111/dar.13401>
- Mosquera, E. L. C., Rodríguez, J. P. P., & Parra, P. M. P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American health*, 5(1). <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
- Nicoară, R.-D., Tegzeşiu, A. M., & Popescu, C. A. (2024). Systematic review of CBT techniques and their alignment with the Transtheoretical Model stages of change. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 15(4), 253–264. <https://doi.org/10.70594/brain/15.4/17>
- Nurlita, S. I., Desiningrum, D. R., & Ediati, A. (2023). The Application of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in Drug Abuse Victims. Proceedings of International Conference on Psychological Studies (ICPsyche), 4(1), 270–279. <https://doi.org/10.58959/icpsyche.v4i1.44>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022) *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/es>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2023). Servicios de tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias en países de América Latina. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_QALAT_mapping-report_ESPANOL.pdf

- Paz, C., Mascialino, G., & Evans, C. (2020). Exploration of the psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure in Ecuador. *BMC Psychology*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S40359-020-00443-Z/TABLES/6>
- Pérez-Lalama, K., Urrutia, M., Balseca-Bolaños, D., & Gamboa-Proano, M. (2025). Alteraciones en la toma de decisiones sociales y disfunción ejecutiva en pacientes con adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 25(1), 8–24. <https://doi.org/10.21134/893>
- Rodríguez Olguín, B. A., Calvimontes Guerrero, R. A., & Garcia Quevedo, L. R. (2023). Factores asociados a recaídas en profesionales y estudiantes usuarios de drogas, Santa Cruz Bolivia. Estudio cuali-cuantitativo. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 11(1), 59–77. <https://doi.org/10.29344/2318650X.1.3397>
- Bernard, J. E. R., & Fernández, B. R. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2601-2633.
- Saladino, V., Mosca, O., Petruccelli, F., Hoelzlhammer, L., Lauriola, M., Verrastro, V., & Cabras, C. (2021). The vicious cycle: problematic family relations, substance abuse, and crime in adolescence: a narrative review. *Frontiers in psychology*, 12, 673954. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673954>
- Shafran, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. G. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
- Tarqui-Silva, L. (2022). Bioética y derechos humanos: los cimientos de los procesos terapéuticos en drogodependencias. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(2), 60–73. <https://doi.org/10.35622/j.rep.2022.02.004>
- Vázquez, A. E. (2023). Procesos de estigmatización social y accesibilidad al sistema de salud de personas con consumos problemáticos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, 96-96.

- Volkow, N. D., & Blanco, C. (2023). Substance use disorders: A comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment, and prevention. *World Psychiatry*, 22(2), 203–229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- Yazıcı, A. B., & Bardakçı, M. R. (2023). Factors associated with relapses in alcohol and substance use disorder. *Eurasian Journal of Medicine*, 55(Suppl. 1), S75–S81. <https://doi.org/10.5152/eurasianjmed.2023.23335>
- Zamboni, L., Centoni, F., Fusina, F., Mantovani, E., Rubino, F., Lugoboni, F., & Federico, A. (2021). The effectiveness of cognitive behavioral therapy techniques for the treatment of substance use disorders: A narrative review of evidence. *The Journal of nervous and mental disease*, 209(11), 835-845. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001381>

Contribución de autoría

ROLES	AUTORES QUE ASUMIERON EL ROL
Conceptualización	Jean Pierre Vélez Laz
Análisis formal	Jean Pierre Vélez Laz
Investigación	Jean Pierre Vélez Laz
Metodología	Jean Pierre Vélez Laz
Recursos	Jean Pierre Vélez Laz
Supervisión	María Del Carmen Quinde Reyes
Redacción - borrador original	Jean Pierre Vélez Laz
Redacción - revisión y edición	Jean Pierre Vélez Laz María Del Carmen Quinde Reyes

Declaración de conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés de tipo financiero, personal, académico o institucional relacionados con la preparación, evaluación o publicación de este manuscrito. No se han recibido incentivos que pudieran influir en la interpretación de los resultados.

Declaración de financiamientos

Este estudio no recibió financiamiento de agencias públicas, privadas o sin fines de lucro. No aplican proyectos auspiciados ni fechas de aprobación institucional asociadas al financiamiento.