UMET
UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Adicciones, conducta suicida y consumo problemático de sustancias

Abordaje integral de enfermería en atención primaria



Corangel María Fernández Moreno
Lissete Zambrano Sanguinetti
Ruth Virginia González Noriega
Juleiky García Beracierto
Luz Marina Vera

UMET
UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Adicciones, conducta suicida y consumo problemático de sustancias

Abordaje integral de enfermería en atención primaria

Corangel María Fernández Moreno
Lissete Zambrano Sanguinetti
Ruth Virginia González Noriega
Juleiky García Beracierto
Luz Marina Vera

Dirección editorial: PhD. Jorge Luis León-González
Representante del sello editorial: Mg. Carmen Priscilla Guerra-Maldonado
Diseño de carátula y maquetación: D.I. Yunisley Bruno-Díaz

ISBN: 978-9907-9623-2-1

© Editorial UMET, 2026. All rights reserved.

La evaluación científica y metodológica de la obra se realizó a partir del método de Revisión por Pares Abierta (Open Peer Review).

Este libro es una publicación de acceso abierto con los principios de Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite el uso, intercambio, adaptación, distribución y transmisión en cualquier medio o formato, siempre que dé el crédito apropiado al autor, origen y fuente del material gráfico. Si el uso del material gráfico excede el uso permitido por la normativa legal deberá tener permiso directamente del titular de los derechos de autor.





Editorial UMET
Universidad Metropolitana
Gral. Francisco Robles 411, Quito,
Ecuador, 170143

DEDICATORIA

A quienes enfrentan una adicción y a quienes, con paciencia y esperanza, los acompañan en el camino hacia la recuperación.

A los profesionales de enfermería que sostienen, todos los días, el cuidado con rigor científico y calidez humana.

A nuestras familias, por su apoyo constante durante este proceso.

Con gratitud, los autores.

ÍNDICE

Prólogo i

Introducción iii

01 Fundamentos clínicos y abordaje integral de los trastornos por consumo de sustancias

1.1. Manifestaciones clínicas y sistemas de clasificación diagnóstica....2

1.2. Tamizaje, valoración y diagnóstico en la práctica de enfermería.....10

1.3. Criterios clínicos, diagnóstico diferencial e instrumentos de evaluación 24

1.4. Sustancias psicoactivas: efectos, riesgos y condiciones asociadas 38

1.5. Prevención, intervención temprana y continuidad de los cuidados de enfermería 53

02 Depresión y consumo de sustancias psicoactivas: valoración integral y cuidados de enfermería en atención primaria de salud

2.1. Fundamentos clínicos, factores de riesgo y diagnóstico diferencial 67

2.2. Valoración integral e intervenciones de enfermería en atención primaria de salud 80

2.3. Apoyo psicosocial, consideraciones éticas y evidencia científica para el cuidado de enfermería 95

03 Conducta suicida y consumo problemático de sustancias psicoactivas: valoración del riesgo, prevención y cuidados de enfermería

3.1. Fundamentos clínicos de la conducta suicida asociada al consumo de sustancias psicoactivas 116

3.2. Valoración integral del riesgo suicida y detección temprana en atención primaria de salud 130

3.3. Intervenciones de enfermería, comunicación terapéutica y apoyo psicosocial ante el riesgo suicida 135

3.4. Consideraciones éticas, prevención del estigma y autocuidado del personal de enfermería 143

04 Síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas: valoración clínica, modelos de cuidado e intervenciones de enfermería

4.1. Fundamentos clínicos del síndrome de abstinencia y valoración integral de enfermería 155

4.2. Modelos teóricos y entorno terapéutico en el cuidado de enfermería 168

4.3. Intervenciones de enfermería y continuidad del cuidado según el nivel asistencial 173

4.4. Cuidado sensible al trauma, principios éticos y aplicación clínica en enfermería 179

05 Rehabilitación psicosocial en salud mental y adicciones: prevención, redes de apoyo y continuidad del cuidado

5.1. Salud mental y adicciones: fundamentos, impacto y determinantes biopsicosociales 189

5.2. Rehabilitación psicosocial y recuperación integral de las personas con adicciones 194

5.3. Prevención de recaídas, resiliencia y fortalecimiento de los recursos personales 199

5.4. Redes de apoyo, participación familiar e inclusión social en la recuperación 206

5.5. Atención primaria de salud: prevención comunitaria y continuidad del cuidado en adicciones 221

Referencias 238

COMITÉ
EDITORIAL

PhD. Alejandro Rafael Socorro-Castro, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Julio Cabero-Almenara, Universidad de Sevilla, España

PhD. Rodolfo Valentín García-Bermúdez, Universidad de Málaga, España

PhD. Susana Fabiola Gómez-Zuloaga, Universidad de Viña del Mar, Chile

PhD. Rosinei Batista-Ribeiro, Universidad Federal de Itajubá, Brasil

PhD. Ivette Reyes-Hernández, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

PhD. Seyyed Nasser Mousavi, Islamic Azad University, Irán

PhD. Juan Carlos Erazo-Álvarez, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

PhD. Senakpon Fabrice Fidèle Kpoholo, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

PhD. Cristóbal Torres-Palacios, Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. Jacqueline Murillo-Garnica, Instituto Superior de Formación Docente Salomé Ureña, República Dominicana

PhD. Alexandre Duarte, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

PhD. Itza Livier García-Sedano, Universidad Autónoma de Querétaro, México

PhD. Alina Rodríguez-Morales, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. Rubén García-Cruz, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

PhD. Luis Emiro Belloso-Araujo, Florida Global University, USA

PhD. Peter Vale, University of Pretoria, Sudáfrica

PhD. Banji Rildwan Olaleye, Federal University Oye-Ekiti, Nigeria

PhD. José Gervasio Partida-Seda, Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. José Edson Lara, Fundação Cultural Dr. Pedro Leopoldo, Brasil

PhD. Pere Palou-Sampol, Universitat de les Illes Balears, España

PhD. Jhonatan Betancourt-Peña, Escuela Nacional del Deporte, Colombia

PhD. Rasul Rasuli, Payame Noor University, Irán

PhD. Miriam Catalina González-Afonso, Universidad de La Laguna, España

PhD. Andrés Cabezas-Corcione, Universidad del Norte, Colombia

Lucia Lourdes De La Cruz-Urrutia, Universidad César Vallejo, Perú

PhD. Wanderlei Abadio-de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil

PhD. Adem Olovčić, International Burch University, Bosnia and Herzegovina

PhD. Victor Ayodeji Fehintola, Federal College of Education (Special) Oyo, Nigeria

PhD. Osvaldo Domínguez-Junco, Universidad de Pinar del Río, Cuba

PhD. José María López-Gullón, Universidad de Murcia, España

PhD. Mikhail Benet-Rodríguez, Fundación Universitaria Cafam, Colombia

PhD. Christian Rolando Masapanta-Gallegos, Universidad Andina, Ecuador

PhD. Samuel Sánchez-Gálvez, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. José Antonio García del Castillo Rodríguez, Universidad Miguel Hernández, España

PhD. Raidell Avello-Martínez, Universidade da Coruña, España

PhD. Carlos Muñiz-Muriel, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

PhD. Kamoli Aderonmu Okunlade, Federal College of Education (Special) Oyo, Nigeria

PhD. Rolando Sáenz-Carriera, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. Adriana Breda-Savegnago, Universidad de Barcelona, España

PhD. Juan José Reyes-Pérez, Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Ecuador

PhD. Juan Pablo Mateos-Abarca, Universidad Complutense de Madrid, España

PhD. Raúl Orlando Figueroa-Soriano, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

PhD. Usman Iqbal Janjua, Elite College of Management Sciences, Gujranwala, Pakistan

PhD. Marcos Campos-Nava, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

PhD. Raimundo Abello Llanos, Universidad del Norte, Colombia

PhD. Lázaro Dibut-Toledo, Universidad del Golfo de California, México

PhD. Héctor Tecumshé-Mojica-Zárate, Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. María Hernández-Hernández, Universidad de Alicante, España

PhD. Yasbley Segovia-Cifuentes, Universidad de La Sabana, Colombia

PhD. Leónides Castellanos-González, Universidad de Pamplona, Colombia

PhD. Jorge Luis Rodríguez-Díaz, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

PhD. José Orlando Rojas-Reyes, Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. Marta Linares-Manrique, Universidad de Granada, España

PhD. Evelyn García Vázquez, Universidad Ana G. Méndez, Puerto Rico

Luciano Vidal Diaz, Instituto de Investigaciones de la Caña de Azúcar (INICA), Cuba

PhD. Francesc Xavier Hernández-Cardona, Universidad de Barcelona, España

PhD. Anna Belykh, Universidad Autónoma de Tlaxcala, México

PhD. Raima Rujano, Universidad del Zulia, Venezuela

PhD. Mariella Johanna Jácome-Ortega, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú

PhD. Oscar Iván Gutiérrez-Carvajal, Universidad del Norte, Colombia

PhD. Aránzazu Román-San Miguel, Universidad de Sevilla, España

PRÓLOGO

Quien ha acompañado, aunque sea una vez, a una persona que atraviesa una adicción sabe que ningún protocolo por sí solo explica lo que ocurre en esa consulta. Detrás del diagnóstico suele haber una historia que empezó mucho antes: un duelo mal resuelto, una infancia marcada por la violencia, un trabajo perdido, una soledad que se volvió costumbre. Comprender esa historia, y no solo nombrarla, es el punto de partida de este libro.

Cuidar a alguien con un trastorno por consumo de sustancias exige más que aplicar una escala o seguir un algoritmo. Exige, además, escuchar sin apresurar el juicio, sostener la incertidumbre de una recaída y aceptar que la recuperación rara vez avanza en línea recta. La evidencia científica y el rigor metodológico son, desde luego, indispensables; pero solo cobran sentido pleno cuando se ponen al servicio de esa escucha.

Esta obra reúne cinco capítulos escritos por autoras y un autor que abordan el problema desde ángulos distintos y complementarios. El recorrido comienza con la clasificación y el diagnóstico clínico de los trastornos por consumo de sustancias, el terreno común sobre el que se apoya todo lo demás, y avanza hacia una relación con frecuencia subestimada en la práctica cotidiana: la que existe entre depresión y consumo. Un tercer capítulo se detiene en uno de los vínculos más delicados de abordar en Atención Primaria, el que une el consumo problemático con la conducta suicida. Le sigue un análisis del síndrome de abstinencia que propone, entre otros aportes, un modelo propio, el Modelo de Entorno Neurorregulador, todavía en fase de discusión académica; y el libro cierra con la rehabilitación psicosocial, las redes de apoyo y la continuidad del cuidado una vez superada la crisis inicial.

Leído en conjunto, el libro traza algo parecido a una ruta clínica: promoción y prevención, detección temprana, valoración

con instrumentos como el PHQ-9, el AUDIT o el CIWA-Ar, intervención y, finalmente, recuperación y reinserción. Ese orden no es arbitrario. Reproduce, con bastante fidelidad, como ocurre en un centro de salud el encuentro real entre una persona y el sistema que debería sostenerla.

Los casos clínicos que aparecen en distintos capítulos cumplen, además, un papel que ninguna tabla de decisión puede reemplazar: obligan a pensar con nombres, edades y circunstancias concretas, no solo con categorías diagnósticas. Ahí reside, me parece, uno de los mayores aciertos del libro.

Escribo este prólogo desde la psicología, y quizá por eso valoro en particular que un texto pensado por y para la enfermería dialogue tan abiertamente con otras disciplinas. Ninguna profesión resuelve sola un problema de esta magnitud: el consumo problemático de sustancias, la conducta suicida y sus comorbilidades solo se abordan con eficacia cuando distintas miradas profesionales, clínica, comunitaria, ética y social, se sientan a la misma mesa.

Vaya mi reconocimiento a las autoras y al autor de esta obra por el tiempo y el cuidado puestos en cada capítulo, y por no perder de vista, en ningún momento, que detrás de cada caso descrito hay una persona real. A quienes lean estas páginas, estudiantes, docentes, personal de enfermería y de otras disciplinas de la salud, les propongo hacerlo con espíritu crítico, pero también con la disposición a dejarse interpelar. Entender mejor las adicciones no es un ejercicio académico más: sigue siendo, hoy, uno de los caminos más directos para reducir el estigma y acompañar con dignidad a quienes las enfrentan.

Psic. Cristian Vinicio Yaguache Cunalata, Mgter.

INTRODUCCIÓN

Las adicciones y el consumo problemático de sustancias psicoactivas constituyen desafíos relevantes para la salud pública debido a sus repercusiones sobre la salud física y mental, el funcionamiento individual, las relaciones familiares y la participación social. Su comprensión requiere superar las interpretaciones centradas exclusivamente en la sustancia consumida o en las manifestaciones clínicas inmediatas, para reconocer la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales que intervienen en el inicio, mantenimiento y evolución de estas problemáticas. Desde esta perspectiva, los trastornos por consumo de sustancias demandan respuestas integrales, continuas y centradas en la persona, capaces de articular la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y el acompañamiento durante los procesos de recuperación.

La relación entre el consumo problemático de sustancias y la salud mental adquiere particular importancia por la coexistencia de manifestaciones depresivas, alteraciones emocionales, experiencias traumáticas, dificultades para la regulación de la conducta y situaciones de vulnerabilidad psicosocial. Estas condiciones pueden influirse recíprocamente y modificar la evolución clínica, la adherencia terapéutica y las posibilidades de recuperación. Asimismo, la presencia de conductas autolesivas e ideación suicida exige una atención diferenciada, debido a la necesidad de reconocer oportunamente los factores de riesgo, identificar situaciones de peligro inmediato y establecer intervenciones que favorezcan la protección de la vida. En consecuencia, el abordaje de las adicciones no puede desvincularse de la valoración integral de la salud mental ni de las circunstancias familiares y comunitarias en las que se desarrolla la experiencia de cada persona.

En este escenario, la atención primaria de salud constituye un espacio fundamental para organizar respuestas asistenciales

oportunas, accesibles y sostenidas. Su vinculación directa con las personas, las familias y las comunidades favorece la identificación de necesidades, el reconocimiento de factores de riesgo y protección, la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de intervenciones preventivas. Además, permite establecer mecanismos de seguimiento, referencia y contrarreferencia que contribuyen a la continuidad de la atención, particularmente cuando las personas requieren servicios especializados de salud mental, tratamiento de adicciones o atención de urgencias.

Dentro de este nivel asistencial, el personal de enfermería desempeña una función esencial por su participación en la valoración clínica, la identificación de signos de alarma, la educación para la salud, la comunicación terapéutica, la prevención de complicaciones y el acompañamiento durante las distintas etapas del cuidado. Su intervención comprende tanto la aplicación de conocimientos científicos y procedimientos clínicos como el establecimiento de relaciones profesionales basadas en la confianza, el respeto, la confidencialidad y el reconocimiento de la dignidad humana. Estas condiciones resultan especialmente importantes en la atención de personas con trastornos por consumo de sustancias, quienes pueden experimentar estigmatización, discriminación, dificultades para solicitar ayuda y barreras para mantener su vinculación con los servicios sanitarios.

El cuidado integral de enfermería requiere, por tanto, competencias para reconocer las manifestaciones clínicas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, utilizar instrumentos de tamizaje y valoración, identificar comorbilidades, participar en la prevención de la conducta suicida y contribuir al manejo seguro de los síndromes de abstinencia. A estas competencias se incorporan la capacidad para desarrollar intervenciones educativas, fortalecer los recursos personales y familiares, promover la adherencia al tratamiento y coordinar acciones con otros profesionales y servicios de apoyo. La integración de estas

funciones permite comprender el cuidado como un proceso dinámico que no concluye con la estabilización clínica, sino que se proyecta hacia la rehabilitación psicosocial, la prevención de recaídas y la recuperación de la autonomía personal.

Desde esta concepción, la presente obra, titulada *Adicciones, conducta suicida y consumo problemático de sustancias: abordaje integral de enfermería en atención primaria*, tiene como propósito ofrecer fundamentos teóricos, clínicos y metodológicos que contribuyan al fortalecimiento de las competencias del personal de enfermería para la valoración, prevención, intervención y seguimiento de personas afectadas por estas problemáticas. El libro integra conocimientos relacionados con los trastornos por consumo de sustancias, sus manifestaciones psicopatológicas asociadas, las situaciones de riesgo y los procesos de recuperación, con especial atención a las posibilidades de actuación profesional en la atención primaria de salud y a la necesaria articulación con otros niveles asistenciales.

La organización de sus contenidos responde a una secuencia que relaciona la comprensión del problema con las decisiones clínicas y las estrategias de cuidado. El primer capítulo, Fundamentos clínicos y abordaje integral de los trastornos por consumo de sustancias, examina las manifestaciones clínicas, los sistemas de clasificación diagnóstica, los procedimientos de tamizaje y valoración, el diagnóstico diferencial y los instrumentos de evaluación utilizados en la práctica de enfermería. Asimismo, presenta los efectos y riesgos asociados a diferentes sustancias psicoactivas y desarrolla elementos para la prevención, la intervención temprana y la continuidad asistencial.

El segundo capítulo, Depresión y consumo de sustancias psicoactivas: valoración integral y cuidados de enfermería en atención primaria de salud, profundiza en las relaciones entre ambas condiciones, sus factores de riesgo, manifestaciones clínicas y dificultades diagnósticas. Desde una perspectiva

integral, aborda las intervenciones de enfermería orientadas a reconocer necesidades de salud mental, favorecer el apoyo psicosocial, fortalecer la relación terapéutica y promover cuidados respetuosos de los principios éticos que sustentan la atención sanitaria.

El tercer capítulo, Conducta suicida y consumo problemático de sustancias psicoactivas: valoración del riesgo, prevención y cuidados de enfermería, examina una de las situaciones de mayor complejidad y sensibilidad en la práctica clínica. Sus contenidos se orientan a la identificación temprana de señales de alarma, la valoración integral del riesgo suicida, las intervenciones de seguridad, la comunicación terapéutica y el acompañamiento psicosocial. También incorpora consideraciones relacionadas con la prevención del estigma, la responsabilidad ética y el autocuidado del personal de enfermería, reconociendo que la atención de estas situaciones requiere preparación profesional, coordinación interdisciplinaria y decisiones oportunas.

El cuarto capítulo, Síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas: valoración clínica, modelos de cuidado e intervenciones de enfermería, desarrolla los fundamentos necesarios para comprender las manifestaciones clínicas que pueden presentarse tras la reducción o interrupción del consumo de determinadas sustancias. Se examinan los procedimientos de valoración, los modelos teóricos que orientan el cuidado, las características del entorno terapéutico y las intervenciones correspondientes a los diferentes niveles asistenciales. Además, se incorporan principios de atención sensible al trauma y consideraciones éticas dirigidas a favorecer la seguridad, el bienestar y la continuidad de los cuidados.

El quinto capítulo, Rehabilitación psicosocial en salud mental y adicciones: prevención, redes de apoyo y continuidad del cuidado, amplía el análisis hacia los procesos de recuperación y reintegración social. Se abordan los determinantes biopsicosociales, el fortalecimiento de la

resiliencia, la prevención de recaídas, la participación familiar, las redes comunitarias y las estrategias de acompañamiento prolongado. De esta manera, se reconoce que la recuperación no se limita a la interrupción del consumo, sino que comprende la reconstrucción de proyectos de vida, el fortalecimiento de capacidades personales, la recuperación de vínculos significativos y el ejercicio de una participación social más autónoma.

La articulación de estos cinco capítulos permite abordar las adicciones desde una perspectiva clínica, preventiva, educativa, ética y comunitaria. Los contenidos se complementan mediante conceptos fundamentales, instrumentos de valoración, tablas, situaciones clínicas y preguntas de reflexión que favorecen la relación entre los conocimientos científicos y su aplicación profesional. Estos recursos procuran estimular el razonamiento clínico, la identificación de prioridades asistenciales y la toma de decisiones fundamentadas, sin sustituir el juicio profesional ni los protocolos institucionales correspondientes.

La obra también reconoce la importancia de evitar enfoques reduccionistas y prácticas que refuercen la estigmatización de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias. En su lugar, promueve una comprensión del cuidado basada en el respeto de los derechos humanos, la autonomía, la participación informada y la atención individualizada. La comunicación terapéutica, el reconocimiento de las experiencias personales y la inclusión de las familias y redes de apoyo, cuando corresponda, constituyen componentes esenciales para construir relaciones asistenciales que favorezcan la confianza y la continuidad del tratamiento.

En el ámbito académico e investigativo, esta publicación se vincula con el proyecto institucional *Gestión del cuidado de enfermería en la promoción, prevención e intervención de enfermedades transmisibles y no transmisibles desde la Atención Primaria en Salud. Provincia de Pichincha*, cuyo

objetivo general se orienta al desarrollo de estrategias integrales de enfermería para la promoción, prevención e intervención desde este nivel asistencial. En correspondencia con dicho propósito, el libro contribuye a la comprensión de los factores que intervienen en la salud desde el modelo biopsicosocial, al fortalecimiento de las estrategias de valoración y cuidado, a la utilización fundamentada de instrumentos y rutas de atención y a la difusión de conocimientos científicos aplicables a la práctica profesional.

Su contribución se proyecta igualmente hacia la formación de estudiantes, docentes y profesionales de enfermería interesados en profundizar en la atención de personas con trastornos por consumo de sustancias y problemas de salud mental asociados. La integración de fundamentos clínicos con dimensiones psicosociales y comunitarias busca favorecer una preparación profesional que permita reconocer la complejidad de estas condiciones, responder ante situaciones de riesgo y participar activamente en equipos interdisciplinarios.

El libro propone comprender el cuidado como un proceso científico, ético y humano que acompaña a la persona desde la identificación de sus necesidades hasta el fortalecimiento de sus posibilidades de recuperación. Su orientación fundamental es contribuir a una práctica de enfermería capaz de integrar conocimientos, habilidades clínicas, sensibilidad humana y compromiso social, con el propósito de mejorar la calidad de la atención, favorecer la continuidad asistencial y promover respuestas más inclusivas ante los desafíos que representan las adicciones y sus manifestaciones asociadas.



01

Fundamentos clínicos

y abordaje integral de los trastornos por consumo de sustancias

1.1. Manifestaciones clínicas y sistemas de clasificación diagnóstica

Los trastornos asociados al consumo de sustancias constituyen un importante desafío clínico y social debido a la diversidad de sus manifestaciones, la complejidad de los patrones de consumo y su relación con las condiciones de vida y los problemas de salud física y mental. Su evaluación requiere considerar tanto las manifestaciones clínicas como las circunstancias personales, familiares y sociales en las que se desarrollan. Desde esta perspectiva, los sistemas de clasificación permiten identificar patrones de consumo, reconocer sus consecuencias y orientar las decisiones asistenciales, evitando interpretaciones estigmatizantes o juicios morales sobre las personas afectadas (United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization, 2020). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión, proporcionan criterios y categorías diagnósticas con enfoques diferentes, cuyo conocimiento resulta fundamental para interpretar adecuadamente los hallazgos clínicos, favorecer la comunicación interdisciplinaria y orientar la atención sanitaria (American Psychiatric Association, 2022).

La valoración clínica debe comprender el patrón de consumo, el grado de deterioro funcional, la presencia de enfermedades concomitantes, las circunstancias sociales y los riesgos existentes. En este proceso, el personal de enfermería desempeña una función esencial mediante la identificación temprana de manifestaciones de riesgo, la valoración integral de las necesidades de atención, la realización de intervenciones breves, el acompañamiento terapéutico y la coordinación con servicios especializados cuando las condiciones clínicas lo requieren. Estas actuaciones contribuyen a establecer respuestas asistenciales ajustadas a las características y necesidades de cada persona

(Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

Tradicionalmente, los sistemas de clasificación diferenciaban el abuso y la dependencia de sustancias como categorías diagnósticas independientes. Aunque esta distinción facilitaba la identificación de determinadas manifestaciones clínicas, presentaba limitaciones para representar la diversidad de situaciones observadas en la práctica asistencial. La frecuencia del consumo, la pérdida de control, las alteraciones del funcionamiento cotidiano y la exposición a consecuencias perjudiciales pueden manifestarse con diferentes grados de intensidad, incluso entre personas que consumen una misma sustancia. Esta variabilidad puso de manifiesto la necesidad de adoptar criterios capaces de reconocer la continuidad y la complejidad de los trastornos relacionados con el consumo (American Psychiatric Association, 2022).

Los modelos dimensionales permiten comprender la gravedad de las manifestaciones clínicas, su evolución y las repercusiones que producen en las distintas esferas de la vida. Desde esta perspectiva, la entrevista clínica, la observación sistemática y la valoración del entorno proporcionan información complementaria para interpretar los criterios diagnósticos y reconocer necesidades específicas de atención. La utilidad de una clasificación no se limita a la identificación de categorías, sino que también depende de su capacidad para orientar decisiones clínicas y favorecer intervenciones pertinentes según las características de cada situación (Kotov et al., 2017).

La identificación de la sustancia o del grupo de sustancias consumidas, la cantidad y frecuencia de utilización, la vía de administración, el tiempo transcurrido desde el último consumo y las condiciones del entorno constituye una parte fundamental de la valoración. Estos elementos permiten

diferenciar situaciones que requieren respuestas asistenciales distintas. Un consumo ocasional no debe interpretarse automáticamente como un trastorno crónico acompañado de deterioro funcional, del mismo modo que una intoxicación grave o un síndrome de abstinencia complejo demanda una atención diferente de la correspondiente a otros patrones de consumo. La interpretación conjunta de estos factores favorece la identificación de riesgos y la selección de intervenciones acordes con la situación clínica (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado, integra los antiguos diagnósticos de abuso y dependencia en una categoría denominada trastorno por consumo de sustancias. Este enfoque establece una gradación de la gravedad según el número de criterios diagnósticos presentes, diferenciando manifestaciones leves, moderadas y graves. Los once criterios se organizan en cuatro dimensiones fundamentales: deterioro del control sobre el consumo, afectación del funcionamiento social, utilización de sustancias en situaciones de riesgo y manifestaciones farmacológicas relacionadas con la tolerancia y la abstinencia. La gravedad se determina mediante el cumplimiento de dos o tres criterios para el nivel leve, cuatro o cinco para el moderado y seis o más para el grave. Es importante considerar que la tolerancia y la abstinencia, cuando aparecen exclusivamente como consecuencia de un tratamiento médico adecuadamente supervisado, no deben contabilizarse por sí solas como criterios para establecer un trastorno por consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2022).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión, establece una diferenciación entre el episodio de consumo perjudicial, el patrón de consumo

perjudicial y el síndrome de dependencia, además de reconocer estados clínicos asociados, como la intoxicación y la abstinencia. Este sistema también incorpora los trastornos debidos a comportamientos adictivos, entre los que se encuentran el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos. A diferencia del enfoque dimensional del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, que reúne las manifestaciones del trastorno por consumo de sustancias en una categoría graduada por gravedad, la Clasificación Internacional de Enfermedades distingue diferentes patrones de consumo y síndromes clínicos. No obstante, ambos sistemas coinciden en la importancia de considerar las manifestaciones clínicas, las alteraciones del funcionamiento y las consecuencias perjudiciales asociadas al consumo (World Health Organization, 2022).

Para el personal de enfermería, comprender las particularidades de ambos sistemas de clasificación resulta fundamental para interpretar las manifestaciones clínicas, identificar situaciones de riesgo y contribuir a la planificación de cuidados individualizados. Asimismo, este conocimiento facilita la comunicación con otros profesionales sanitarios, la identificación de necesidades de seguimiento y la coordinación de la atención en los diferentes niveles asistenciales. Su aplicación debe realizarse dentro de las competencias profesionales correspondientes, sin sustituir los procedimientos diagnósticos establecidos para los profesionales responsables de efectuarlos. La Tabla 1.1. presenta una comparación de los principales componentes de ambos sistemas y sus implicaciones para la práctica de enfermería (Organización Mundial de la Salud, 2022a).

Tabla 1.1. Comparación operativa entre el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión: implicaciones para la práctica de enfermería.

Aspecto	DSM-5-TR	CIE-11	Utilidad para enfermería
Enfoque diagnóstico	Trastorno por consumo de sustancias con gravedad leve, moderada o grave.	Diferencia episodios o patrones perjudiciales, dependencia y estados clínicos asociados.	Ayuda a organizar el riesgo y el nivel de intervención.
Valoración clínica	Once criterios relacionados con control deteriorado, deterioro social, consumo de riesgo y aspectos farmacológicos.	Categorías orientadas al patrón de consumo, el daño, la dependencia, la intoxicación y la abstinencia.	Favorece una valoración longitudinal e interdisciplinaria.
Comportamientos adictivos	Incluye el trastorno por juego; el trastorno por videojuegos se mantiene como condición para estudio adicional.	Reconoce el trastorno por juego y el trastorno por videojuegos.	Amplía la valoración en salud mental comunitaria.
Aplicación en APS	Permite comunicar la gravedad del trastorno una vez establecidos los criterios.	Permite reconocer daños y patrones perjudiciales, además de la dependencia.	Orienta educación, seguimiento, derivación y respuesta ante signos de alarma.

Fuente: elaborada a partir de American Psychiatric Association (2022); y World Health Organization (2022).

Los manuales diagnósticos proporcionan criterios fundamentales para orientar la evaluación clínica de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo, sus categorías no permiten explicar por

completo la diversidad de trayectorias individuales ni la complejidad de los procesos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. En este sentido, los modelos dimensionales y neurobiológicos ofrecen perspectivas complementarias para comprender la persistencia del consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales, la coexistencia de diferentes alteraciones psicopatológicas y la aparición de recaídas durante el proceso de recuperación. Estas aproximaciones deben interpretarse considerando la historia personal, las condiciones de vida y las características particulares de cada individuo, dado que ninguna conducta aislada permite establecer por sí misma la existencia de un mecanismo neurobiológico específico (Kotov et al., 2017).

La Clasificación Jerárquica de la Psicopatología constituye un modelo dimensional que organiza las manifestaciones psicopatológicas en diferentes niveles jerárquicos, desde síntomas específicos hasta dimensiones y espectros más amplios. Dentro de esta estructura, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se vinculan principalmente con el espectro de externalización, caracterizado por dificultades en la regulación del comportamiento, impulsividad y determinadas manifestaciones de desinhibición. Este enfoque permite examinar las relaciones entre los patrones de consumo, las conductas de riesgo y los procesos de autorregulación, además de contribuir a una comprensión más integrada de las alteraciones que pueden presentarse simultáneamente. No obstante, su finalidad es proporcionar una estructura conceptual y empírica para el estudio de la psicopatología, por lo que no constituye un sistema de codificación diagnóstica individual ni sustituye los procedimientos de clasificación utilizados en la práctica clínica (Kotov et al., 2017).

Por otra parte, el marco de los Criterios de Dominio de Investigación, propuesto por el Instituto Nacional de

Salud Mental de Estados Unidos, plantea el estudio de los trastornos mentales a partir de dimensiones funcionales y procesos neuroconductuales, en lugar de limitar su análisis a conjuntos de síntomas establecidos mediante categorías diagnósticas tradicionales. Esta perspectiva favorece la investigación de los mecanismos que intervienen en el comportamiento humano y permite establecer relaciones entre procesos biológicos, psicológicos y conductuales. En el estudio de las adicciones adquieren especial relevancia los sistemas relacionados con la recompensa, el control cognitivo, las respuestas al estrés, la cognición social y los procesos de aprendizaje. Sin embargo, este marco fue concebido como una herramienta para orientar la investigación científica y no como un sistema de diagnóstico clínico destinado a reemplazar la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión, o el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, texto revisado (Insel et al., 2010).

Desde la perspectiva neurobiológica, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias comprenden alteraciones funcionales en diferentes circuitos cerebrales vinculados con la recompensa, la respuesta al estrés y el control ejecutivo. La interacción entre estos sistemas contribuye a explicar la transición desde patrones de consumo inicialmente asociados con la búsqueda de efectos gratificantes hacia comportamientos progresivamente compulsivos. En determinadas personas, la motivación para consumir puede desplazarse desde la obtención de placer hacia la necesidad de aliviar el malestar emocional o físico relacionado con la abstinencia. No obstante, este proceso no se desarrolla de manera uniforme, debido a la influencia de factores individuales, ambientales y sociales que condicionan la evolución de cada situación clínica (Koob & Volkow, 2016).

La integración de estas perspectivas permite reconocer que la evaluación clínica no debe limitarse a la identificación de síntomas ni a la aplicación de instrumentos estandarizados. Es necesario considerar la trayectoria del consumo, sus consecuencias sobre la salud y el funcionamiento cotidiano, las posibilidades de acceso a intervenciones terapéuticas y las barreras que pueden dificultar la continuidad de la atención. Asimismo, resulta fundamental valorar las experiencias personales, las redes de apoyo disponibles, las condiciones socioeconómicas y los factores culturales que influyen en la relación de cada persona con las sustancias y con los servicios sanitarios. La información obtenida mediante entrevistas, observación clínica, instrumentos de valoración y análisis del contexto debe interpretarse de manera integrada, evitando que los resultados de una escala o prueba se conviertan en el único fundamento de las decisiones asistenciales.

En el ámbito de enfermería, esta valoración integral constituye la base para identificar respuestas humanas ante los problemas de salud, formular diagnósticos de enfermería, establecer resultados esperados y seleccionar intervenciones ajustadas a las necesidades individuales. La relación entre los modelos explicativos y la práctica asistencial exige transformar los conocimientos teóricos en decisiones de cuidado fundamentadas, respetuosas de la dignidad humana y coherentes con las competencias profesionales. De esta manera, la atención puede organizarse mediante procesos individualizados que consideren tanto las manifestaciones clínicas como los recursos personales, familiares y comunitarios disponibles, favoreciendo intervenciones culturalmente pertinentes, continuas y orientadas a la recuperación y al bienestar de las personas (Herdman et al., 2024).

1.2. Tamizaje, valoración y diagnóstico en la práctica de enfermería

La atención integral de las personas que consumen sustancias requiere diferenciar cuatro procesos fundamentales: el tamizaje, la valoración de enfermería, el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico o psiquiátrico. Aunque estos procesos forman parte de una atención interdisciplinaria, responden a objetivos específicos, utilizan procedimientos diferentes y se desarrollan dentro de las competencias y responsabilidades de cada profesión. Su adecuada diferenciación permite interpretar y comunicar los hallazgos clínicos con precisión, evitando atribuir a los resultados de un instrumento de tamizaje o a una observación aislada un valor diagnóstico que no poseen. Asimismo, contribuye a establecer decisiones asistenciales fundamentadas y a favorecer la continuidad de los cuidados (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

Una misma persona puede presentar simultáneamente patrones de consumo de riesgo, manifestaciones de intoxicación o síntomas de abstinencia, junto con alteraciones emocionales, enfermedades físicas y dificultades sociales. Estas condiciones pueden interactuar y modificar tanto la presentación clínica como las necesidades de atención. Por ello, cada hallazgo debe interpretarse considerando el conjunto de circunstancias que caracterizan la situación individual, con el propósito de determinar la necesidad de ampliar la evaluación, establecer prioridades asistenciales y seleccionar los cuidados pertinentes. Esta perspectiva favorece una atención centrada en la persona y evita interpretaciones fragmentadas de problemas que frecuentemente se manifiestan de manera interrelacionada (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

- Tamizaje

El tamizaje constituye un procedimiento inicial, breve y sistemático orientado a identificar personas que presentan una mayor probabilidad de desarrollar o experimentar determinados problemas de salud o situaciones de riesgo. En el ámbito de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, permite explorar patrones de utilización, posibles consecuencias perjudiciales, manifestaciones depresivas, riesgo suicida y otras condiciones que requieren una evaluación clínica más detallada. Generalmente, se realiza mediante preguntas estructuradas o instrumentos estandarizados que facilitan la identificación temprana de situaciones que podrían pasar inadvertidas durante la atención habitual.

Su aplicación resulta especialmente relevante cuando las personas no comunican espontáneamente sus patrones de consumo, presentan manifestaciones clínicas inespecíficas o experimentan dificultades para reconocer las consecuencias de determinadas conductas. Entre los instrumentos utilizados se encuentran la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias y la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol, desarrolladas para facilitar la detección inicial de patrones de consumo y orientar la necesidad de intervenciones breves, seguimiento o evaluaciones complementarias (World Health Organization, 2010).

Los resultados del tamizaje pueden expresarse mediante categorías positivas o negativas, así como a través de diferentes niveles de riesgo, según las características del instrumento empleado. Sin embargo, un resultado positivo no confirma por sí mismo la existencia de un trastorno, del mismo modo que uno negativo no permite descartar definitivamente una condición clínica. Su interpretación requiere considerar la comprensión de las preguntas, las

condiciones de privacidad, la sinceridad de las respuestas, el idioma, los referentes culturales, el estado de salud y las circunstancias en las que se desarrolla la evaluación.

La utilidad del tamizaje depende fundamentalmente de su vinculación con decisiones asistenciales concretas. En función de los hallazgos, pueden establecerse acciones de educación para la salud, intervenciones breves, ampliación de la valoración clínica, seguimiento individualizado o derivación a servicios especializados. De esta manera, el tamizaje constituye un punto de partida para identificar necesidades y orientar la atención, sin sustituir los procedimientos de valoración integral ni los criterios diagnósticos establecidos (World Health Organization, 2010).

- Valoración de enfermería

La valoración de enfermería constituye un proceso sistemático y continuo de recopilación, validación, organización e interpretación de información relacionada con las necesidades de salud y las respuestas humanas de la persona, su familia y su entorno. Representa la base del proceso de atención de enfermería, al permitir identificar problemas reales o potenciales, establecer prioridades, formular diagnósticos de enfermería y planificar cuidados individualizados.

En la atención de personas que consumen sustancias, esta valoración debe integrar información sobre los patrones de consumo, el estado clínico actual, los riesgos inmediatos, los antecedentes personales y familiares, las condiciones emocionales, las circunstancias sociales y los recursos de apoyo disponibles. Su finalidad no se limita a reconocer manifestaciones clínicas, sino que comprende la identificación de respuestas humanas que pueden afectar la seguridad, el autocuidado, el funcionamiento cotidiano y la capacidad de afrontar

situaciones relacionadas con el consumo. Esta perspectiva favorece la formulación de diagnósticos de enfermería fundamentados y la selección de intervenciones pertinentes según las necesidades identificadas (Herdman et al., 2024).

Los elementos fundamentales de la valoración son los siguientes:

1. Sustancia(s) consumida(s), cantidad, frecuencia, vía, duración y tiempo de la última ingesta.
2. Signos de vitalidad y de conciencia, orientación y conducta, estado neurológico y síntomas físicos presentes.
3. Tiempo, historia de envenenamiento, síndrome de abstinencia, convulsiones, recaídas y tratamientos anteriores.
4. Medicación utilizada, adherencia, auto aplicación, potenciales interacciones en caso de ser necesaria y efectos secundarios.
5. Presencia de enfermedades y riesgos, como embarazo o lactancia.
6. Alimentación, hidratación, descanso, evacuación, movilidad, habilidades de autocuidado.
7. Riesgo de caídas, aspiración, autolesiones, conducta suicida, agresiones o compromisos vitales.
8. Redes de soporte, condiciones habitacionales, responsabilidad del cuidado y acceso a los servicios.
9. Actitud sobre la modificación, habilidades, vivencias y barreras al acceso a los servicios.
10. Actitud hacia la modificación, habilidades, vivencias anteriores y obstáculos para acceder a servicios.
11. Requerimiento de supervisión, atención inmediata, remisión o activación de procedimientos

institucionales (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

- Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería constituye un juicio clínico sobre las respuestas humanas, reales o potenciales, de una persona, familia, grupo o comunidad ante determinadas condiciones de salud o procesos vitales. Se establece mediante el análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la valoración y proporciona una base científica para seleccionar los resultados esperados y las intervenciones de enfermería. A diferencia del diagnóstico médico o psiquiátrico, su finalidad no consiste en identificar una enfermedad o un trastorno específico, sino en reconocer las necesidades, los problemas, los riesgos y las respuestas humanas que pueden abordarse mediante cuidados profesionales. Esta diferenciación permite delimitar las responsabilidades asistenciales y favorecer una atención integral centrada en las características y necesidades de cada persona (Herdman et al., 2024).

En el ámbito de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, los hallazgos obtenidos durante la valoración pueden orientar la identificación de problemas como confusión aguda, ansiedad, alteraciones del patrón del sueño, náuseas, dificultades para el autocuidado, desequilibrios nutricionales, riesgo de caídas, riesgo de aspiración, afrontamiento ineficaz, dificultades en la autogestión de la salud y riesgo de conducta suicida, entre otros. La selección de los diagnósticos correspondientes debe fundamentarse en las características definitorias, los factores relacionados, las condiciones asociadas y los factores de riesgo identificados en cada situación clínica, según corresponda. Por tanto, no resulta adecuado establecer diagnósticos únicamente a partir del consumo de una sustancia o de la presencia aislada de determinados síntomas, sin considerar la

información obtenida mediante una valoración integral (Herdman et al., 2024).

Esta distinción adquiere especial importancia al utilizar terminologías diagnósticas en los registros asistenciales. Denominaciones como trastorno por consumo de alcohol, trastorno depresivo mayor o trastorno por consumo de opioides corresponden a diagnósticos médicos o psiquiátricos y no deben consignarse como diagnósticos de enfermería. Aunque estas condiciones pueden influir directamente en las necesidades de cuidado, el personal de enfermería debe identificar las respuestas humanas asociadas, determinar las prioridades asistenciales y formular los diagnósticos que correspondan a su ámbito profesional. De esta manera, se favorece la precisión de los registros clínicos, la comunicación interdisciplinaria y la planificación de intervenciones fundamentadas en las necesidades individuales (Herdman et al., 2024).

- Diagnóstico médico o psiquiátrico

El diagnóstico médico o psiquiátrico constituye el resultado de un proceso de evaluación clínica orientado a identificar una enfermedad, un síndrome o un trastorno mediante la integración de antecedentes personales y familiares, manifestaciones clínicas, exploración física y psicológica, criterios diagnósticos reconocidos y, cuando corresponda, pruebas complementarias. Este proceso también requiere considerar posibles diagnósticos diferenciales y otras condiciones que puedan explicar o modificar las manifestaciones observadas. Su finalidad es establecer una interpretación clínica fundamentada que permita orientar las decisiones terapéuticas y determinar las necesidades de atención especializada (World Health Organization, 2022).

En los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, la evaluación diagnóstica comprende el análisis de los patrones de utilización, la pérdida

de control sobre el consumo, las alteraciones del funcionamiento personal y social, la presencia de tolerancia o abstinencia y la persistencia del comportamiento a pesar de sus consecuencias perjudiciales. Estos elementos deben interpretarse de manera conjunta, considerando la sustancia involucrada, la duración y evolución del consumo, la intensidad de las manifestaciones y su repercusión sobre la vida cotidiana. Asimismo, resulta necesario explorar la posible coexistencia de otros trastornos mentales, enfermedades físicas y circunstancias personales o sociales que puedan contribuir a la aparición, mantenimiento o agravamiento de los síntomas. La integración de esta información permite establecer diagnósticos más precisos y evitar interpretaciones basadas exclusivamente en manifestaciones aisladas (American Psychiatric Association, 2022).

Los instrumentos estandarizados y las escalas de evaluación pueden aportar información relevante sobre la frecuencia del consumo, la intensidad de determinados síntomas y la presencia de factores de riesgo. Sin embargo, sus puntuaciones no constituyen por sí mismas una confirmación diagnóstica, debido a que deben interpretarse dentro de un proceso clínico más amplio. La identificación de un trastorno requiere valorar el conjunto de manifestaciones, su evolución temporal, las repercusiones funcionales y el cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos. Por consiguiente, los resultados de estos instrumentos deben considerarse elementos complementarios de la evaluación y no sustitutos del juicio clínico profesional (American Psychiatric Association, 2022).

La formulación del diagnóstico médico o psiquiátrico corresponde a los profesionales legalmente autorizados, de acuerdo con la normativa vigente en cada país y los protocolos establecidos por las instituciones sanitarias. En este contexto, el personal de

enfermería desempeña una función esencial mediante la identificación temprana de manifestaciones clínicas, la valoración integral de las respuestas humanas, el reconocimiento de indicadores de alarma, la formulación de diagnósticos de enfermería, la comunicación oportuna de los hallazgos y la ejecución de cuidados individualizados. Asimismo, participa en la coordinación interdisciplinaria, el seguimiento de la evolución clínica y la derivación a los servicios correspondientes cuando las necesidades de atención superan su ámbito de competencia profesional.

La diferenciación entre el tamizaje, la valoración de enfermería, el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico o psiquiátrico contribuye a organizar la atención, delimitar responsabilidades y fortalecer la seguridad de las decisiones asistenciales. Aunque estos procesos responden a finalidades diferentes, mantienen una relación complementaria que permite integrar la detección temprana, la interpretación de las necesidades de salud y la planificación de intervenciones. La Tabla 1.2. presenta sus principales diferencias en cuanto a finalidad, procedimientos, resultados y responsabilidades profesionales, con el propósito de facilitar su aplicación en la atención de personas que consumen sustancias.

Tabla 1.2. Diferencias entre el tamizaje, la valoración de enfermería, el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico o psiquiátrico.

Proceso	Propósito	Métodos	Resultado	Alcance de enfermería
Tamizaje	Detectar una posible condición o nivel de riesgo.	Preguntas breves e instrumentos estandarizados.	Resultado positivo, negativo o nivel de riesgo.	Puede realizarse según la formación y los protocolos institucionales.

Valoración de enfermería	Comprender necesidades, riesgos y respuestas humanas.	Entrevista, observación, examen físico, antecedentes, escalas y seguimiento.	Prioridades y necesidades de cuidado.	Competencia propia de enfermería.
Diagnóstico de enfermería	Emitir un juicio clínico sobre respuestas humanas.	Análisis de los datos obtenidos durante la valoración.	Diagnóstico que orienta resultados e intervenciones.	Competencia propia de enfermería.
Diagnóstico médico o psiquiátrico	Identificar una enfermedad, síndrome o trastorno.	Evaluación clínica, criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial y pruebas complementarias.	Diagnóstico clínico y orientación terapéutica.	Enfermería aporta hallazgos, reconoce alertas y coordina la atención.

Fuente: elaborada a partir de Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2021) y Herdman et al. (2024).

Las escalas y los instrumentos estandarizados constituyen herramientas de apoyo para recopilar información clínica de manera sistemática, identificar posibles situaciones de riesgo y realizar el seguimiento de la evolución de determinadas manifestaciones. Su utilidad depende de los objetivos para los cuales fueron diseñados, las características de la población en la que se aplican y las condiciones en que se desarrolla la evaluación. En este sentido, resulta fundamental diferenciar los instrumentos destinados al tamizaje de aquellos orientados a determinar la intensidad de signos y síntomas clínicos.

Mientras los primeros permiten identificar situaciones que requieren una evaluación más detallada, los segundos contribuyen a valorar la gravedad de determinadas manifestaciones y sus cambios durante la atención. En ambos casos, las puntuaciones obtenidas deben interpretarse junto

con la información clínica disponible, debido a que ningún resultado aislado permite confirmar por sí mismo la existencia de un trastorno relacionado con el consumo de sustancias (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

- Escalas de tamizaje

Los instrumentos de tamizaje permiten identificar patrones de consumo potencialmente perjudiciales, estimar niveles de riesgo y reconocer situaciones que requieren una evaluación clínica más amplia. Generalmente, se caracterizan por su brevedad, estructura sistemática y facilidad de aplicación, lo que favorece su utilización en diferentes contextos asistenciales, particularmente en los servicios de atención primaria de salud. Su finalidad principal consiste en facilitar la detección temprana de posibles problemas relacionados con el consumo de sustancias y orientar decisiones posteriores de educación sanitaria, intervención breve, seguimiento o derivación a servicios especializados.

Entre los instrumentos utilizados se encuentran la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias, orientada a explorar el consumo de diferentes sustancias psicoactivas y los riesgos asociados, y la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol, destinada a reconocer patrones de consumo de alcohol que pueden representar un riesgo para la salud. Ambos instrumentos proporcionan información estructurada que facilita la identificación inicial de situaciones que requieren atención, aunque sus resultados no sustituyen una valoración clínica integral ni constituyen por sí mismos un diagnóstico (World Health Organization, 2010).

La interpretación de las respuestas debe considerar las características individuales y socioculturales de las personas evaluadas, especialmente la comprensión de las preguntas, el idioma, las creencias relacionadas

con el consumo y las condiciones en que se obtiene la información. Asimismo, resulta indispensable garantizar la confidencialidad, respetar la autonomía personal y favorecer un ambiente de confianza que permita expresar las experiencias de consumo sin temor a la estigmatización. Estos elementos influyen en la calidad de la información recopilada y contribuyen a que los resultados del tamizaje se utilicen de manera responsable y pertinente.

- Escalas de valoración clínica

Las escalas de valoración clínica permiten estimar de manera sistemática la intensidad de determinados signos y síntomas, identificar cambios en el estado de salud y realizar el seguimiento de la evolución clínica durante las diferentes etapas de la atención. A diferencia de los instrumentos de tamizaje, su aplicación se orienta principalmente a valorar manifestaciones específicas cuya intensidad puede modificarse en función de la evolución del trastorno, la aparición de complicaciones o la respuesta a las intervenciones terapéuticas. Su utilización requiere conocimientos sobre las características del instrumento, formación del personal responsable y aplicación de protocolos que garanticen una interpretación adecuada de los resultados.

En los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, estas escalas pueden contribuir al seguimiento de manifestaciones asociadas con la intoxicación, la abstinencia y otras alteraciones clínicas que requieren vigilancia. Sin embargo, sus resultados deben analizarse considerando el tiempo transcurrido desde el último consumo, las sustancias involucradas, los medicamentos administrados, los antecedentes clínicos y la presencia de enfermedades concomitantes. Esta valoración contextualizada resulta fundamental para evitar interpretaciones erróneas y reconocer situaciones que requieren intervenciones inmediatas

o evaluaciones complementarias (American Society of Addiction Medicine, 2020).

Determinadas manifestaciones, como la taquicardia, el temblor, la sudoración y la inquietud, pueden presentarse durante los síndromes de abstinencia, pero también estar relacionadas con otras condiciones clínicas, entre ellas procesos infecciosos, hipoglucemia, dolor, alteraciones metabólicas o reacciones adversas a medicamentos. Por consiguiente, la presencia de estos signos no debe atribuirse automáticamente al consumo o a la suspensión de una sustancia sin considerar otras posibles causas. La interpretación de las escalas debe integrarse con la observación clínica, la valoración de enfermería y la información obtenida mediante otros procedimientos asistenciales.

La selección del instrumento adecuado depende del propósito de la evaluación, las características de la persona y el contexto en que se desarrolla la atención. Tanto las herramientas de tamizaje como las escalas de valoración clínica contribuyen a mejorar la organización de la información y la comunicación interdisciplinaria, siempre que se utilicen dentro de sus límites metodológicos y de las competencias profesionales correspondientes. La Tabla 1.3. presenta las principales características, aplicaciones y limitaciones de instrumentos utilizados en la detección de riesgos y la valoración de manifestaciones clínicas relacionadas con el consumo de sustancias.

Tabla 1.3. Uso, alcance y limitaciones de instrumentos frecuentes de tamizaje y valoración clínica.

Instrumento	Finalidad principal	Utilidad	Limitación esencial
ASSIST	Tamizaje de alcohol, tabaco y otras sustancias.	Identifica sustancias consumidas y orienta la clasificación inicial del riesgo.	No confirma por sí solo un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.

AUDIT o AUDIT-C	Tamizaje del consumo de alcohol.	Detecta consumo de riesgo y posibles consecuencias.	Un resultado positivo requiere entrevista y valoración complementaria.
PHQ-9	Tamizaje y estimación de la intensidad de síntomas depresivos.	Apoya detección, línea basal y seguimiento.	No confirma por sí solo un trastorno depresivo ni determina la causa.
CIWA-Ar	Valoración de la intensidad de la abstinencia alcohólica.	Permite seguir síntomas y apoyar decisiones protocolizadas.	No diagnostica el trastorno por consumo de alcohol y depende parcialmente de la comunicación.
COWS	Valoración de la intensidad de la abstinencia de opioides.	Integra signos observables y síntomas referidos.	No confirma por sí sola un trastorno por consumo de opioides ni descarta otras causas.
Instrumentos de riesgo suicida	Exploración estructurada de ideación, conducta y factores de riesgo.	Favorecen detección, documentación y comunicación.	No predicen con certeza el suicidio ni sustituyen la entrevista clínica.

Fuente: elaborada a partir de World Health Organization (2010) y American Society of Addiction Medicine (2020).

En el ámbito de la atención primaria de salud, la clasificación clínica de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias constituye un recurso fundamental para identificar necesidades asistenciales, establecer prioridades de intervención y determinar el nivel de atención requerido. Su aplicación permite diferenciar situaciones de riesgo que pueden abordarse mediante acciones preventivas y de seguimiento de aquellas que, por su gravedad o complejidad, requieren una evaluación médica inmediata o la coordinación con servicios

especializados. En este sentido, una persona que presenta un patrón de consumo de riesgo puede beneficiarse de orientación sanitaria, intervenciones breves y seguimiento periódico, mientras que la presencia de un síndrome de abstinencia complicado, manifestaciones psicóticas o signos de compromiso vital exige una respuesta asistencial urgente, con participación médica y activación de los mecanismos de derivación correspondientes.

El personal de enfermería desempeña una función esencial en los diferentes niveles de prevención y atención de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. En la población general, participa en actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención del consumo perjudicial. En los grupos con mayor exposición a factores de riesgo, desarrolla acciones de detección temprana, orientación y acompañamiento dirigidas a reducir posibles consecuencias negativas. Por su parte, en las personas que presentan trastornos relacionados con el consumo, contribuye mediante la valoración integral, la identificación de necesidades, la planificación de cuidados individualizados, la vigilancia de manifestaciones clínicas y la coordinación interdisciplinaria.

Estas actuaciones deben ajustarse a la situación clínica, las características individuales, el nivel de riesgo y los recursos asistenciales disponibles. La integración de la prevención, la detección temprana y la atención individualizada favorece una respuesta sanitaria continua, proporcional a las necesidades identificadas y centrada en la dignidad de las personas. De esta manera, la clasificación clínica adquiere utilidad práctica al orientar decisiones que contribuyen a la seguridad del paciente, la continuidad de los cuidados y el acceso oportuno a los servicios de salud (United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization, 2020).

1.3. Criterios clínicos, diagnóstico diferencial e instrumentos de evaluación

La identificación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias requiere una evaluación clínica que trascienda la enumeración de síntomas y permita comprender el origen, la evolución y las consecuencias de los patrones de consumo. Para ello, resulta necesario reconstruir la trayectoria individual, identificar las circunstancias en las que se inicia y mantiene el consumo, reconocer las posibles alteraciones del autocontrol y determinar sus repercusiones sobre el funcionamiento personal, familiar, social y laboral. Esta perspectiva permite interpretar las manifestaciones clínicas como parte de un proceso dinámico, condicionado por la interacción de factores individuales, biológicos, psicológicos y sociales.

La interpretación de los signos y síntomas debe considerar la etapa del ciclo vital, el sexo de la persona, los antecedentes personales y familiares, la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias, la presencia de enfermedades físicas o trastornos mentales concomitantes y las condiciones sociales que pueden influir en los comportamientos de consumo. Estos elementos contribuyen a comprender la diversidad de manifestaciones clínicas y evitan establecer conclusiones a partir de indicadores aislados. Asimismo, permiten reconocer factores de vulnerabilidad y protección que pueden modificar la evolución del consumo, las posibilidades de recuperación y las necesidades de atención.

Desde la práctica de enfermería, la valoración debe desarrollarse mediante una entrevista clínica estructurada, empática y confidencial, sustentada en el respeto a la dignidad humana y libre de actitudes estigmatizantes. La comunicación terapéutica favorece la construcción de un ambiente de confianza en el que la persona pueda expresar sus

experiencias, dificultades y percepciones sobre el consumo. A través de este proceso, es posible obtener información sobre la edad de inicio, las sustancias utilizadas, la frecuencia y cantidad consumida, las circunstancias asociadas, los intentos de reducción o abandono y las consecuencias experimentadas en diferentes momentos de la vida.

La integración de estos datos permite establecer una secuencia temporal del consumo e identificar cambios en su frecuencia, intensidad y repercusiones clínicas. Esta reconstrucción facilita la diferenciación entre el consumo ocasional, los patrones perjudiciales, la dependencia, la intoxicación y los síndromes de abstinencia, así como el reconocimiento de manifestaciones compatibles con un trastorno por consumo de sustancias. No obstante, estas categorías deben interpretarse de acuerdo con los criterios establecidos en los sistemas de clasificación correspondientes, evitando considerar que toda exposición a una sustancia implica necesariamente la existencia de un trastorno.

En este contexto, la valoración de enfermería contribuye a identificar necesidades de cuidado, reconocer indicadores de alarma, establecer prioridades asistenciales y determinar cuándo resulta necesaria una evaluación complementaria o la derivación a servicios especializados. Su finalidad consiste en comprender las respuestas humanas ante las condiciones relacionadas con el consumo y orientar intervenciones individualizadas, sin sustituir el diagnóstico médico o psiquiátrico, cuya formulación corresponde a los profesionales legalmente autorizados. De esta manera, la evaluación clínica se convierte en un proceso integral que articula la identificación de manifestaciones, el análisis de la trayectoria individual y la planificación de cuidados seguros, oportunos y centrados en la persona (Organización Mundial de la Salud, 2022a).

- Criterios clínicos por dominios

La organización de los criterios clínicos por dominios permite examinar de manera sistemática las manifestaciones relacionadas con el consumo de sustancias y sus repercusiones sobre diferentes dimensiones del funcionamiento humano. Esta perspectiva facilita la identificación de alteraciones conductuales, cognitivas, emocionales, físicas y sociales, así como el reconocimiento de situaciones que requieren vigilancia, intervenciones específicas o atención especializada. Para enfermería, su utilidad radica en orientar la recopilación de información, identificar respuestas humanas y establecer prioridades de cuidado a partir de los hallazgos obtenidos durante la valoración.

La Tabla 1.4. presenta una organización de los criterios clínicos según sus principales manifestaciones y los aspectos que deben considerarse durante la valoración de enfermería, con el propósito de favorecer una interpretación integral de los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Tabla 1.4. Criterios clínicos, manifestaciones y aspectos prioritarios de la valoración de enfermería en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Dominio	Criterios clínicos	Manifestación clínica	Correlatos neurobiológicos propuestos	Foco de valoración enfermera
Control deteriorado	Consumo mayor o más prolongado de lo previsto; intentos fallidos de reducir; tiempo excesivo; craving.	Dificultad para detener el consumo, anticipación persistente y pensamientos intrusivos.	Participación de redes prefrontales, insulares, amigdalinas y de recompensa.	Explorar control percibido, intentos de cambio, desencadenantes y afrontamiento.

Deterioro funcional	Incumplimiento de roles, problemas sociales y abandono de actividades.	Aislamiento, deterioro académico o laboral, conflicto familiar y reducción de actividades significativas.	Cambios en redes de recompensa y motivación descritos en estudios neurobiológicos.	Valorar funcionalidad familiar, laboral, académica, autocuidado y participación social.
Consumo de riesgo	Uso en situaciones peligrosas o persistencia pese a consecuencias físicas o psicológicas.	Exposición a accidentes, violencia, infecciones o descompensación médica o psiquiátrica.	Alteraciones del control inhibitorio y sesgos en la percepción del riesgo.	Indagar eventos adversos, seguridad, violencia, comorbilidad y riesgo vital.
Indicadores farmacológicos	Tolerancia y abstinencia, cuando no se explican únicamente por tratamiento supervisado.	Necesidad de mayor cantidad o síntomas físicos y afectivos al reducir o suspender.	Adaptaciones receptoras, sistemas de estrés y plasticidad sináptica.	Registrar signos, estabilidad clínica, necesidad de manejo médico y educación segura.

Fuente: elaborada a partir de American Psychiatric Association (2022) y World Health Organization (2022).

La valoración clínica organizada por dominios permite interpretar de manera integral las manifestaciones relacionadas con el consumo de sustancias y evitar conclusiones fundamentadas exclusivamente en la presencia de signos o síntomas aislados. En este sentido, la tolerancia y la abstinencia pueden

aparecer como respuestas fisiológicas durante tratamientos farmacológicos correctamente prescritos y supervisados, sin que ello implique necesariamente la existencia de un trastorno por consumo de sustancias. Por consiguiente, estas manifestaciones deben analizarse considerando las circunstancias en las que se presentan, los criterios establecidos por el sistema diagnóstico correspondiente, las alteraciones del funcionamiento cotidiano y el conjunto de información clínica disponible. Esta perspectiva contribuye a diferenciar las respuestas fisiológicas esperadas de los patrones de consumo que producen consecuencias perjudiciales y requieren una atención específica (American Psychiatric Association, 2022).

- Diagnóstico diferencial y sesgos clínicos

Uno de los principales desafíos de la evaluación clínica de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias consiste en diferenciar las manifestaciones inducidas por sustancias de aquellas asociadas con trastornos mentales primarios. Esta distinción requiere analizar la relación temporal entre el inicio del consumo, la aparición de los síntomas y su evolución durante los períodos de intoxicación, abstinencia y estabilidad clínica. En particular, resulta necesario determinar si las manifestaciones psicóticas, afectivas, ansiosas o cognitivas estaban presentes antes del consumo, surgieron durante sus efectos inmediatos o persistieron después de la desaparición de las alteraciones fisiológicas relacionadas con la sustancia.

La reconstrucción de esta secuencia temporal permite identificar relaciones clínicas relevantes y orientar la necesidad de evaluaciones complementarias. En este proceso, el personal de enfermería aporta información obtenida mediante la observación sistemática, el seguimiento de la evolución, la identificación de cambios conductuales y emocionales y la

recopilación de antecedentes proporcionados por la persona y, cuando corresponda, por sus familiares o cuidadores. Estos datos contribuyen al análisis interdisciplinario y favorecen una interpretación más completa de las manifestaciones observadas. No obstante, la formulación del diagnóstico médico o psiquiátrico corresponde al profesional legalmente autorizado, de acuerdo con los criterios clínicos y las disposiciones normativas aplicables (American Psychiatric Association, 2022).

Asimismo, el diagnóstico diferencial requiere considerar enfermedades físicas y alteraciones orgánicas que pueden producir manifestaciones semejantes a las observadas durante la intoxicación, la abstinencia o determinados trastornos mentales. La ansiedad, la agitación, las alteraciones del sueño, la desorientación y los cambios en las respuestas del sistema nervioso autónomo pueden relacionarse con diferentes condiciones clínicas, por lo que no deben atribuirse automáticamente al consumo de sustancias. La identificación de posibles causas alternativas constituye un componente esencial de la seguridad asistencial y permite reconocer situaciones que requieren atención inmediata.

Desde la práctica de enfermería, esta evaluación comprende la vigilancia de los signos vitales, la valoración del estado nutricional, la observación del funcionamiento neurológico, la identificación de antecedentes relevantes, la revisión de los medicamentos utilizados y el reconocimiento de manifestaciones que requieren una evaluación médica o una derivación oportuna. La solicitud, realización e interpretación de pruebas complementarias deben ajustarse a las competencias profesionales legalmente establecidas y a los protocolos institucionales correspondientes. De esta manera, la participación de enfermería contribuye a la detección temprana de complicaciones, la comunicación de hallazgos

clínicos relevantes y la continuidad de una atención interdisciplinaria segura (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

Además de los aspectos clínicos, resulta necesario reconocer que los prejuicios relacionados con el género, la edad y las características culturales pueden influir en la identificación de los problemas asociados al consumo de sustancias. Estas percepciones pueden modificar la manera en que se interpretan los síntomas, condicionar la comunicación entre profesionales y pacientes y dificultar el acceso oportuno a los servicios de salud. Por ello, la valoración debe evitar interpretaciones estereotipadas y considerar las circunstancias particulares de cada persona.

En las mujeres, las experiencias de violencia de pareja, las responsabilidades familiares y de cuidado, la dependencia económica o el temor a la estigmatización pueden constituir barreras para comunicar los problemas relacionados con el consumo y solicitar atención. Estas circunstancias requieren una aproximación sensible a las desigualdades de género, que garantice la confidencialidad, la seguridad y el respeto a la autonomía personal. La identificación de posibles situaciones de violencia o vulnerabilidad debe realizarse mediante procedimientos apropiados, evitando interpretaciones que responsabilicen a la persona por las condiciones que enfrenta.

Durante la adolescencia, los cambios conductuales, las dificultades en el rendimiento escolar, las alteraciones del sueño y las modificaciones en las relaciones familiares o sociales pueden responder a múltiples causas. Aunque algunas de estas manifestaciones pueden relacionarse con el consumo de sustancias, también pueden formar parte de otros procesos emocionales, educativos, familiares o de salud. En consecuencia, su interpretación requiere

una valoración contextualizada que considere las características del desarrollo, las experiencias individuales, las relaciones con el entorno y la posible presencia de factores de riesgo o protección.

En las personas mayores, las manifestaciones relacionadas con el consumo de sustancias pueden confundirse con cambios atribuidos al envejecimiento o con síntomas de otras condiciones de salud. Las alteraciones cognitivas, los trastornos del sueño, la soledad, el dolor persistente, el duelo y el uso simultáneo de múltiples medicamentos pueden modificar la presentación clínica y dificultar el reconocimiento de problemas relacionados con el consumo. Por esta razón, la valoración debe integrar los antecedentes farmacológicos, el estado funcional, las condiciones emocionales y los recursos de apoyo disponibles, evitando considerar determinadas manifestaciones como consecuencias inevitables de la edad.

En el contexto latinoamericano, las prácticas culturales, las representaciones sociales del consumo y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud pueden influir en la identificación de los problemas y en la búsqueda de atención. La aceptación social del consumo de alcohol durante determinadas celebraciones, los usos tradicionales de algunas sustancias, las barreras económicas y geográficas para acceder a servicios especializados y el temor al rechazo familiar o comunitario constituyen circunstancias que deben analizarse desde las particularidades de cada entorno. Sin embargo, estas características no deben utilizarse para establecer generalizaciones sobre grupos culturales o poblacionales, debido a que las experiencias individuales presentan una considerable diversidad.

En este escenario, la atención de enfermería debe fundamentarse en una comunicación respetuosa,

empática y culturalmente pertinente, que favorezca la expresión de las experiencias personales sin temor a juicios o sanciones. La confidencialidad, la escucha activa, el empleo de un lenguaje claro y comprensible y el reconocimiento de las creencias y valores individuales contribuyen a fortalecer la relación terapéutica. Asimismo, permiten identificar barreras para el acceso y la continuidad de los cuidados, promover la participación de la persona en las decisiones asistenciales y desarrollar intervenciones ajustadas a sus necesidades y condiciones de vida.

- Herramientas de evaluación con propiedades psicométricas documentadas

La selección de instrumentos de evaluación en personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias debe fundamentarse en criterios científicos, clínicos y contextuales que garanticen su pertinencia y adecuada utilización. Entre los aspectos fundamentales se encuentran las características de la población destinataria, el propósito de la evaluación, el entorno asistencial, las competencias del personal responsable de su aplicación y la disponibilidad de evidencias sobre sus propiedades psicométricas. En particular, resulta necesario considerar la validez, la fiabilidad, la sensibilidad y la especificidad, según la finalidad del instrumento, así como las condiciones en las que se han obtenido estas evidencias. Su elección no debe responder únicamente a la frecuencia de utilización en la práctica clínica, sino a su capacidad para proporcionar información relevante y contribuir a decisiones asistenciales fundamentadas.

Entre las herramientas utilizadas para la detección de riesgos y la valoración de manifestaciones clínicas se encuentra la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias, orientada a identificar patrones de consumo y niveles de riesgo relacionados

con diferentes sustancias psicoactivas (World Health Organization, 2010, 2012). Asimismo, la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol permite explorar patrones de consumo perjudicial y posibles consecuencias asociadas al alcohol (Babor et al., 2001), mientras que la Prueba de Detección del Abuso de Drogas, en su versión de diez preguntas, se utiliza para identificar problemas relacionados con el consumo de drogas distintas del alcohol (Skinner, 1982).

Para la valoración de manifestaciones clínicas específicas, se dispone de la Escala Revisada de Evaluación de la Abstinencia Alcohólica del Instituto Clínico, que permite estimar la intensidad de determinados signos y síntomas asociados con la abstinencia de alcohol (Sullivan et al., 1989). De manera complementaria, la Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos facilita la valoración de manifestaciones relacionadas con la abstinencia de este grupo de sustancias y contribuye al seguimiento de su evolución clínica (Wesson & Ling, 2003). La aplicación de ambas herramientas requiere considerar las condiciones clínicas de la persona, la presencia de enfermedades concomitantes y los protocolos asistenciales correspondientes.

La evaluación integral también puede requerir instrumentos orientados a identificar manifestaciones emocionales y psicológicas que frecuentemente coexisten con los problemas relacionados con el consumo de sustancias. En este ámbito, el Cuestionario de Salud del Paciente de nueve preguntas permite explorar la presencia e intensidad de síntomas depresivos (Kroenke et al., 2001); mientras que la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de siete preguntas contribuye a identificar y estimar la intensidad de manifestaciones ansiosas (Spitzer et al., 2006). Por su parte, la Lista de Verificación del

Trastorno de Estrés Postraumático para la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales permite evaluar síntomas relacionados con experiencias traumáticas y orientar la necesidad de una valoración clínica más detallada (Blevins et al., 2015).

No obstante, la existencia de publicaciones científicas que describan las propiedades psicométricas de un instrumento no garantiza su validez para todas las poblaciones, idiomas o contextos asistenciales. Antes de su aplicación, es indispensable comprobar la versión utilizada, la disponibilidad de adaptaciones lingüísticas y culturales, las evidencias de validación en poblaciones comparables y la pertinencia de los puntos de corte establecidos. También deben considerarse las condiciones de administración, las necesidades de capacitación del personal y las posibles limitaciones derivadas de las características clínicas o socioculturales de las personas evaluadas.

En los servicios de atención primaria de salud, estas herramientas pueden contribuir a la detección temprana, la identificación de necesidades, la valoración de riesgos y el seguimiento de determinadas manifestaciones clínicas. Sin embargo, sus resultados deben interpretarse junto con la entrevista, la observación, los antecedentes y la valoración integral de enfermería. Ninguna puntuación aislada sustituye el juicio clínico ni constituye, por sí misma, una confirmación diagnóstica. Su utilización debe orientarse a fortalecer la calidad de la información, favorecer la comunicación interdisciplinaria y apoyar decisiones asistenciales ajustadas a las necesidades individuales.

La Tabla 1.5. presenta los principales instrumentos de evaluación, sus finalidades y su utilidad potencial en los servicios de atención primaria de salud, considerando sus aplicaciones y limitaciones en la práctica asistencial.

Tabla 1.5. Instrumentos de evaluación, propiedades psicométricas documentadas y utilidad en la atención primaria de salud.

Instrumento	Área evaluada	Uso clínico principal	Interpretación orientativa	Aplicación en APS
ASSIST	Alcohol, tabaco y otras sustancias.	Tamizaje de riesgo y orientación para intervención breve.	Clasifica riesgo por sustancia según la puntuación y el manual aplicable.	Útil en atención primaria y programas comunitarios con personal capacitado.
AUDIT	Alcohol.	Identificación de consumo de riesgo, perjudicial o posible dependencia.	El punto de corte debe interpretarse según población, versión y contexto.	Aplicable en consulta general, urgencias y seguimiento.
DAST-10	Drogas distintas del alcohol.	Tamizaje breve de problemas relacionados con drogas.	La puntuación orienta la necesidad de evaluación adicional.	Útil cuando se requiere un instrumento breve.
CIWA-Ar	Abstinencia alcohólica.	Seguimiento de la intensidad sintomática.	Escala de gravedad; requiere valoración clínica.	Solo en contextos con protocolos, vigilancia y capacidad de respuesta.
COWS	Abstinencia de opioides.	Valoración de signos y síntomas de abstinencia.	Orienta el seguimiento; no confirma por sí sola un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.	Requiere protocolos y personal entrenado.

PHQ-9, GAD-7 y PCL-5	Síntomas depresivos, ansiedad y síntomas relacionados con trauma.	Apoyo al tamizaje y seguimiento de comorbilidad.	Según el instrumento, versión y población.	Complementan la valoración integral; no sustituyen el diagnóstico.

Fuente: elaborada a partir de World Health Organization (2010); Babor et al. (2001); Sullivan et al. (1989).

Los instrumentos estandarizados de evaluación constituyen recursos complementarios que, en ningún caso, sustituyen el juicio clínico profesional. Su utilización permite organizar la detección de posibles problemas relacionados con el consumo de sustancias, sistematizar la recopilación de información y favorecer la comunicación interdisciplinaria. Asimismo, pueden contribuir al seguimiento de la evolución clínica cuando sus resultados se interpretan conjuntamente con la entrevista, la valoración del entorno familiar, el análisis de los determinantes sociales de la salud y el registro de enfermedades concomitantes, alteraciones del funcionamiento cotidiano y situaciones de riesgo.

La interpretación de las puntuaciones requiere considerar las características de la población evaluada, las condiciones de aplicación y las propiedades psicométricas del instrumento. En particular, los puntos de corte deben comprobarse mediante los manuales correspondientes y las evidencias de validación disponibles, evitando su utilización automática en poblaciones diferentes de aquellas para las que fueron establecidos. Esta precaución resulta especialmente importante cuando existen diferencias relacionadas con la edad, el idioma, las condiciones socioculturales o la presencia de enfermedades físicas y trastornos mentales concomitantes. De esta

manera, los instrumentos contribuyen a fundamentar las decisiones asistenciales sin reemplazar la valoración integral ni los procedimientos diagnósticos correspondientes (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2021).

- Valoración diagnóstica de enfermería: del dato clínico al plan de cuidados

La valoración diagnóstica de enfermería constituye un proceso sistemático mediante el cual la información obtenida durante la atención se organiza, analiza e interpreta para identificar respuestas humanas, reconocer necesidades de salud y fundamentar decisiones de cuidado. Su finalidad consiste en transformar los hallazgos clínicos y contextuales en elementos que permitan formular diagnósticos de enfermería, establecer prioridades asistenciales, definir resultados esperados y seleccionar intervenciones individualizadas. Este proceso requiere integrar los datos objetivos y subjetivos, considerando tanto las manifestaciones relacionadas con el consumo de sustancias como las condiciones personales, familiares y sociales que influyen en la salud.

Para facilitar su organización, la información puede agruparse en cinco ejes principales: patrón de consumo, afectación clínica, impacto funcional, contexto psicosocial y disposición para el cambio. El patrón de consumo comprende las sustancias utilizadas, la frecuencia, la cantidad, la vía de administración y la evolución temporal del comportamiento. La afectación clínica incluye las manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales, así como la presencia de complicaciones y riesgos inmediatos. El impacto funcional permite reconocer las repercusiones del consumo sobre el autocuidado, las actividades cotidianas, las relaciones interpersonales y el desempeño de las responsabilidades habituales.

Por su parte, el contexto psicosocial comprende las condiciones familiares, económicas, culturales y comunitarias, además de los recursos de apoyo y las barreras que pueden dificultar el acceso a la atención. La disposición para el cambio permite explorar la percepción que tiene la persona sobre su situación, sus motivaciones, las dificultades que reconoce y su disposición a participar en las intervenciones propuestas. Estos cinco ejes deben interpretarse de manera integrada, debido a que sus componentes mantienen relaciones que pueden modificar las necesidades de atención y las posibilidades de recuperación.

La organización de la información mediante estos ejes favorece la identificación de problemas reales o potenciales, la formulación de diagnósticos de enfermería fundamentados y la priorización de situaciones que requieren intervención inmediata. Asimismo, facilita la selección de estrategias educativas, el fortalecimiento de las capacidades de autocuidado, la movilización de recursos familiares y comunitarios y la determinación de criterios para la derivación a otros niveles asistenciales. Desde esta perspectiva, la valoración diagnóstica constituye el punto de partida para desarrollar planes de cuidados individualizados, coherentes con las competencias profesionales y orientados a promover la seguridad, la autonomía y el bienestar de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias (Herdman et al., 2024).

1.4. Sustancias psicoactivas: efectos, riesgos y condiciones asociadas

El registro de enfermería debe caracterizarse por la objetividad, la precisión y la descripción de manifestaciones clínicas y conductas observables. La información documentada debe reflejar los hallazgos

obtenidos durante la valoración, diferenciando los datos observados directamente de aquellos comunicados por la persona o sus familiares. El empleo de expresiones estigmatizantes puede afectar la comunicación terapéutica, dificultar la continuidad de los cuidados y comprometer la percepción de dignidad y respeto de quienes reciben atención. Por esta razón, resulta necesario utilizar un lenguaje clínico descriptivo, respetuoso y centrado en la persona, evitando calificativos que atribuyan características negativas o establezcan conclusiones sin suficiente fundamento.

En este sentido, son preferibles formulaciones como *persona con un patrón de consumo de alcohol de alto riesgo, persona con signos compatibles con un síndrome de abstinencia o paciente que refiere dificultades para reducir el consumo a pesar de las consecuencias negativas en sus relaciones familiares.* Estas expresiones permiten comunicar información relevante sobre las manifestaciones y circunstancias identificadas, sin atribuir automáticamente un diagnóstico médico o psiquiátrico. Su utilización debe responder a los hallazgos efectivamente documentados y considerar el contexto clínico en el que se desarrolla la atención. De esta manera, el registro contribuye a mejorar la comunicación interdisciplinaria, favorecer la continuidad asistencial y garantizar una documentación coherente con los principios éticos de la profesión.

La clasificación de las sustancias psicoactivas según sus efectos predominantes sobre el sistema nervioso central constituye una herramienta de utilidad didáctica y clínica, debido a que facilita la comprensión inicial de sus principales mecanismos de acción y manifestaciones asociadas. Sin embargo, esta clasificación resulta insuficiente para explicar la diversidad de situaciones que pueden presentarse

durante la atención sanitaria. Los efectos de una sustancia pueden modificarse según su potencia, composición, dosis, vía de administración y frecuencia de consumo, así como por la utilización simultánea de varias sustancias. Asimismo, la adulteración de productos y la aparición de nuevas sustancias psicoactivas introducen variaciones que dificultan la identificación de los efectos esperados y aumentan la incertidumbre sobre los riesgos clínicos.

Es importante considerar que la capacidad de una sustancia para modificar el funcionamiento del sistema nervioso central no implica necesariamente que su consumo produzca dependencia. El desarrollo de trastornos relacionados con el consumo depende de múltiples factores, entre ellos las características farmacológicas de la sustancia, los patrones de utilización, la susceptibilidad individual y las condiciones personales y sociales. Por consiguiente, la identificación de una sustancia como psicoactiva no debe interpretarse automáticamente como evidencia de un trastorno, sino como un elemento que requiere valoración dentro del conjunto de circunstancias clínicas y conductuales de cada persona.

La identificación de la sustancia probablemente involucrada permite orientar la interpretación de las manifestaciones clínicas, reconocer posibles complicaciones y anticipar determinadas necesidades asistenciales. No obstante, la respuesta individual puede variar considerablemente según la edad, el estado nutricional, el embarazo, la lactancia, la presencia de enfermedades concomitantes, los medicamentos utilizados y la susceptibilidad biológica de cada persona. Estas condiciones pueden modificar la intensidad, duración y características de los efectos producidos, por lo que la valoración debe integrar tanto la información relacionada con la sustancia como los factores individuales que influyen en su acción.

En situaciones en las que no es posible confirmar inicialmente la sustancia consumida, la atención debe priorizar la seguridad de la persona, la identificación de alteraciones clínicas y el reconocimiento de manifestaciones que requieran intervención inmediata. La ausencia de información precisa sobre el producto utilizado no debe retrasar la valoración del estado general, la vigilancia de los signos vitales, la identificación de riesgos ni la activación de los procedimientos asistenciales correspondientes. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería contribuye a la detección temprana de complicaciones, la observación sistemática de la evolución clínica y la comunicación oportuna de los hallazgos al equipo interdisciplinario.

El conocimiento de las principales clases de sustancias psicoactivas también favorece el desarrollo de intervenciones educativas fundamentadas en evidencias científicas, la identificación de prácticas de consumo potencialmente perjudiciales y la orientación de estrategias de reducción de daños. Asimismo, la recopilación sistemática de información clínica puede contribuir a la vigilancia epidemiológica y al reconocimiento de cambios en los patrones de consumo, especialmente ante la circulación de nuevas sustancias o productos de composición desconocida. Estas actuaciones deben desarrollarse mediante una atención respetuosa, individualizada y centrada en las necesidades de salud, evitando interpretaciones estigmatizantes y promoviendo decisiones informadas sobre el cuidado (National Institute on Drug Abuse, 2018).

La Tabla 1.6. presenta una clasificación general de las principales clases de sustancias psicoactivas, sus efectos clínicos más relevantes y las prioridades de valoración y cuidado de enfermería, con el propósito de facilitar la identificación de riesgos y orientar las intervenciones asistenciales.

Tabla 1.6. Clases de sustancias psicoactivas, efectos clínicos y prioridades de atención de enfermería.

Clase y ejemplos	Blancos o mecanismos principales	Manifestaciones agudas frecuentes	Complicaciones críticas	Prioridades de enfermería
Estimulantes psicomotores: cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico	Incremento de la señalización dopaminérgica, noradrenérgica o serotoninérgica, con variaciones según la sustancia	Euforia, aumento del estado de alerta, disminución del sueño, taquicardia, hipertensión y agitación	Arritmias, hipertermia, convulsiones, eventos cardiovasculares y síntomas psicóticos	Monitorización hemodinámica y neurológica, disminución de estímulos, desescalada verbal, identificación de signos de alarma y derivación oportuna
Nicotina y productos que la contienen	Activación de receptores nicotínicos de acetilcolina y modulación de los circuitos de recompensa	Aumento transitorio de la alerta, taquicardia, mareo, náuseas y cambios en la presión arterial	Intoxicación aguda, vómitos persistentes, alteraciones cardiovasculares y, en cuadros graves, convulsiones	Valoración del producto, la dosis y la vía de exposición; monitorización clínica; educación sobre riesgos y apoyo para la cesación
Depresoras del sistema nervioso central: alcohol, benzodiazepinas y barbitúricos	Potenciación de la neurotransmisión inhibitoria mediada por GABA; el alcohol también modifica otros sistemas, entre ellos el glutamatérgico	Sedación, desinhibición, incoordinación, alteración del juicio, amnesia y enlentecimiento psicomotor	Depresión respiratoria -especialmente en combinaciones-, broncoaspiración, caídas, coma y síndrome de abstinencia grave	Vigilancia respiratoria y neurológica, prevención de caídas y broncoaspiración, aplicación de protocolos institucionales y coordinación médica

Opioides: heroína, fentanilo, tramadol y otros	Activación de receptores opioides, principalmente mu; el tramadol también presenta actividad serotoninérgica y noradrenérgica	Analgesia, euforia, somnolencia, miosis, náuseas y estreñimiento	Depresión respiratoria, hipoxia, sobredosis y síndrome de abstinencia; con tramadol, también convulsiones y posible toxicidad serotoninérgica	Reconocimiento inmediato de la depresión respiratoria, activación del protocolo de sobredosis, monitorización clínica, administración de naloxona cuando corresponda según el protocolo y educación a la persona y su familia
Psicodélicos clásicos: LSD y psilocibina	Agonismo serotoninérgico, principalmente en receptores 5-HT2A	Alteraciones perceptivas, modificaciones de la experiencia del tiempo, ansiedad o euforia	Pánico, desorganización conductual, conductas de riesgo y, con menor frecuencia, alteraciones perceptivas persistentes	Ambiente tranquilo y con pocos estímulos, acompañamiento no coercitivo, valoración del riesgo y derivación ante manifestaciones graves
Entactógenos: MDMA	Liberación de serotonina y otras monoaminas	Euforia, sensación de cercanía emocional, taquicardia, bruxismo y aumento de la temperatura corporal	Hipertermia, deshidratación, hiponatremia, convulsiones y toxicidad serotoninérgica	Control de temperatura, estado neurológico e hidratación; identificación de signos de alarma; prevención de intervenciones de hidratación inadecuadas y derivación urgente cuando corresponda

Cannabinoides: productos con predominio de THC o CBD	Modulación del sistema endocannabinoide; el THC y el CBD no poseen efectos equivalentes	Relajación, alteración de la percepción temporal, euforia, ansiedad, aumento del apetito y disminución de la coordinación, principalmente con THC	Síntomas psicóticos en personas susceptibles, deterioro cognitivo o psicomotor y síndrome de hiperémesis cannabinoide	Valoración neurológica y cognitiva, prevención de accidentes, educación sobre potencia y composición del producto, manejo sintomático y seguimiento
Cannabinoides sintéticos	Acción sobre receptores cannabinoides, con potencia y composición variables	Agitación, confusión, ansiedad, náuseas y alteraciones cardiovasculares	Convulsiones, síntomas psicóticos, alteraciones cardiovasculares y otras toxicidades potencialmente graves	Monitorización estrecha, ambiente seguro, identificación de signos de alarma y consulta con servicios de urgencias o toxicología

Fuente: elaborada a partir de National Institute on Drug Abuse (2018); United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization (2020); World Health Organization (2025).

La información presentada en la tabla constituye una síntesis clínica orientativa que no sustituye los protocolos institucionales, las guías de atención toxicológica ni la valoración individualizada de las personas que consumen sustancias psicoactivas. Las manifestaciones clínicas pueden variar considerablemente según la composición y potencia del producto, la dosis administrada, la vía de consumo, la frecuencia de utilización y la exposición simultánea a otras sustancias. Asimismo, las características individuales y la presencia de

enfermedades concomitantes pueden modificar la intensidad y evolución de los efectos, por lo que la interpretación de los hallazgos requiere considerar el conjunto de circunstancias clínicas y personales.

Las intervenciones de enfermería deben desarrollarse de acuerdo con los protocolos institucionales, las competencias profesionales legalmente establecidas y los principios de colaboración interdisciplinaria. Ante una intoxicación aguda, la prioridad asistencial consiste en reconocer las alteraciones que comprometen la vida, iniciar las medidas de estabilización que correspondan al ámbito profesional y valorar de manera sistemática el estado respiratorio, cardiovascular y neurológico. La identificación de dificultades respiratorias, alteraciones del nivel de conciencia, inestabilidad hemodinámica, convulsiones u otros signos de gravedad requiere una respuesta inmediata y la activación de los procedimientos de atención de urgencias establecidos.

En estas situaciones, la identificación exacta de la sustancia involucrada, aunque resulta importante para orientar el tratamiento específico, no debe retrasar las intervenciones iniciales destinadas a preservar las funciones vitales y prevenir complicaciones. Cuando se desconoce la composición del producto consumido, la valoración debe fundamentarse en las manifestaciones clínicas observadas, los antecedentes disponibles y la evolución del estado de salud. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería contribuye a la vigilancia continua, la identificación temprana de signos de deterioro, la comunicación oportuna con el equipo asistencial y la ejecución de cuidados seguros e individualizados. La imposibilidad de confirmar inicialmente la sustancia responsable no debe constituir un obstáculo para proporcionar atención inmediata ante manifestaciones potencialmente graves (National Institute on Drug Abuse, 2018; World Health Organization, 2025a).

- Nuevas sustancias psicoactivas y desafíos de vigilancia

Las nuevas sustancias psicoactivas comprenden compuestos utilizados con fines no médicos, en estado puro o como componentes de mezclas, que no se encuentran sometidos al control internacional establecido por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 o el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden representar riesgos importantes para la salud pública. En este contexto, el término *nuevas* no significa necesariamente que se trate de sustancias recientemente sintetizadas o descubiertas, sino que han aparecido, adquirido mayor presencia o despertado interés en los mercados de consumo y en los sistemas de vigilancia. Su identificación constituye un desafío para los servicios sanitarios debido a la diversidad de compuestos disponibles, la rapidez con que pueden modificarse sus características y las dificultades para reconocer oportunamente sus efectos sobre la salud.

Entre los grupos de interés para la vigilancia se encuentran las catinonas sintéticas, los cannabinoides sintéticos y determinados opioides sintéticos, incluidos los análogos del fentanilo y los nitazenos. No obstante, debe distinguirse entre las nuevas sustancias psicoactivas, según su situación frente a los tratados internacionales de fiscalización, y otras sustancias emergentes que pueden estar sometidas a controles específicos. La composición, concentración y potencia de los productos pueden variar considerablemente, incluso cuando se comercializan bajo una misma denominación. Esta variabilidad, junto con la posible presencia de adulterantes o compuestos no declarados, dificulta la predicción de los efectos farmacológicos y la estimación de la gravedad de las manifestaciones clínicas.

La diversidad de estas sustancias también plantea dificultades para su identificación mediante los procedimientos habituales de detección toxicológica. La ausencia de resultados positivos en determinadas pruebas no permite descartar todas las exposiciones posibles, especialmente cuando se trata de compuestos que no forman parte de los análisis disponibles. Por ello, la interpretación clínica debe considerar los signos y síntomas observados, los antecedentes de exposición y la evolución del estado de salud. En este escenario, los sistemas internacionales de vigilancia desempeñan una función relevante mediante la recopilación y difusión de información sobre la identificación de sustancias emergentes, sus patrones de circulación y los efectos tóxicos asociados, lo que contribuye a orientar las respuestas sanitarias y preventivas.

Desde la perspectiva de enfermería, la valoración de una persona con sospecha de exposición a nuevas sustancias psicoactivas debe ser integral, sistemática y orientada a la identificación temprana de complicaciones. Entre los aspectos prioritarios se encuentran la vigilancia de los signos vitales, la temperatura corporal, el estado de hidratación, el nivel de conciencia, la función respiratoria y cardiovascular y las posibles alteraciones neurológicas y conductuales. Asimismo, resulta necesario recopilar información sobre enfermedades concomitantes, medicamentos utilizados, consumo simultáneo de otras sustancias y circunstancias relacionadas con la exposición, siempre que las condiciones clínicas permitan obtener estos datos.

La evaluación también debe prestar atención a manifestaciones como agitación intensa, inquietud psicomotora, confusión, desorientación, alteraciones perceptivas, pérdida del control conductual y comportamientos que puedan comprometer la seguridad de la persona o de quienes se encuentran

en su entorno. Cuando se identifiquen expresiones de autolesión, ideación suicida, amenazas de violencia o conductas potencialmente peligrosas, corresponde activar los procedimientos institucionales de valoración del riesgo y protección, con la participación de los profesionales competentes. Estas situaciones requieren una aproximación respetuosa, libre de estigmatización y centrada en la seguridad, evitando atribuir automáticamente las manifestaciones conductuales al consumo de una sustancia específica.

Ante una posible intoxicación, la estabilización clínica y la protección de las funciones vitales deben prevalecer sobre la confirmación toxicológica del compuesto involucrado. La identificación exacta de la sustancia puede contribuir a orientar decisiones terapéuticas posteriores, pero su ausencia no debe retrasar la atención de manifestaciones potencialmente graves. En este proceso, el personal de enfermería participa en la vigilancia continua, la identificación de signos de deterioro, la ejecución de las intervenciones correspondientes a sus competencias y la comunicación oportuna con el equipo interdisciplinario.

De manera complementaria, el registro preciso de los hallazgos clínicos, las circunstancias de exposición y la evolución de la persona puede aportar información relevante para la vigilancia epidemiológica, de acuerdo con los mecanismos institucionales de notificación y las disposiciones de confidencialidad. Estas actuaciones deben acompañarse de intervenciones de educación para la salud, comunicación responsable de los riesgos y estrategias de reducción de daños dirigidas a las personas y comunidades con mayor exposición. La información proporcionada debe ser comprensible, basada en evidencias y orientada a favorecer el reconocimiento temprano de manifestaciones de alarma, la búsqueda oportuna de atención y la prevención de nuevas exposiciones.

- Policonsumo y combinaciones de alto riesgo

El consumo simultáneo o secuencial de dos o más sustancias psicoactivas puede producir interacciones farmacológicas cuyos efectos sean aditivos, sinérgicos, antagónicos o difíciles de predecir. Estas interacciones pueden incrementar la gravedad de las manifestaciones clínicas, favorecer la depresión respiratoria, producir alteraciones cardiovasculares, comprometer el estado de conciencia y aumentar el riesgo de accidentes y otras complicaciones. Entre las combinaciones de mayor relevancia clínica se encuentra el consumo de opioides junto con alcohol, benzodiazepinas u otros depresores del sistema nervioso central, debido a la posibilidad de potenciar sus efectos sedantes y depresores sobre la respiración. Esta situación requiere especial atención durante la valoración inicial y el seguimiento, particularmente cuando existen antecedentes de consumo de múltiples sustancias o se desconoce la composición de los productos utilizados (World Health Organization, 2025a).

La disminución aparente de determinados efectos no significa necesariamente que haya desaparecido el riesgo de toxicidad. Una sustancia puede modificar, contrarrestar parcialmente o enmascarar temporalmente las manifestaciones producidas por otra, mientras persisten alteraciones fisiológicas potencialmente graves. Asimismo, las diferencias en el inicio, la intensidad y la duración de los efectos pueden ocasionar cambios clínicos posteriores, incluso cuando la persona presenta una mejoría inicial. Por ello, la valoración debe considerar la posibilidad de complicaciones diferidas y evitar interpretaciones fundamentadas exclusivamente en la apariencia o el comportamiento observado en un momento determinado.

La entrevista de enfermería debe explorar, mediante una comunicación respetuosa, confidencial y

libre de prejuicios, las sustancias consumidas, los medicamentos prescritos, las prácticas de automedicación y la utilización de productos naturales o preparados de composición desconocida. También resulta necesario indagar sobre las cantidades aproximadas, las vías de administración, la frecuencia, el orden temporal del consumo y las circunstancias en las que se produjo la exposición. Esta información permite reconocer posibles interacciones, identificar factores que incrementan la vulnerabilidad clínica y establecer prioridades de vigilancia, cuidado y derivación. Cuando la persona presenta dificultades para proporcionar información, los antecedentes disponibles y los datos aportados por acompañantes pueden complementar la valoración, respetando los principios de confidencialidad y las disposiciones institucionales.

Ante manifestaciones como alteraciones del nivel de conciencia, dificultad respiratoria, inestabilidad hemodinámica, hipertermia, convulsiones o agitación intensa que comprometa la seguridad, corresponde activar de manera inmediata los procedimientos institucionales de respuesta ante emergencias. En estas circunstancias, la prioridad consiste en proteger las funciones vitales, reconocer oportunamente el deterioro clínico y garantizar la intervención de los profesionales competentes. La identificación de las sustancias involucradas puede orientar las decisiones terapéuticas, pero no debe retrasar la atención de manifestaciones potencialmente graves. La vigilancia continua y la comunicación interdisciplinaria constituyen componentes esenciales para prevenir complicaciones y asegurar la continuidad asistencial (World Health Organization, 2025a).

- Sustancias psicoactivas, comorbilidad y determinantes sociales

Los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas pueden coexistir con

diferentes trastornos mentales y enfermedades físicas, lo que incrementa la complejidad de la valoración y de las intervenciones asistenciales. Entre las condiciones que pueden presentarse de manera concomitante se encuentran los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, las manifestaciones relacionadas con experiencias traumáticas, los trastornos de la personalidad, el dolor crónico y otras enfermedades que afectan el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida. En particular, los trastornos relacionados con experiencias traumáticas pueden coexistir con manifestaciones depresivas, ansiosas y problemas asociados al consumo de sustancias, por lo que requieren una evaluación que considere sus posibles interacciones y repercusiones sobre la salud (World Health Organization, 2024).

La coexistencia de estas condiciones no permite establecer, por sí misma, una relación causal ni determinar cuál de ellas apareció primero. Para realizar una interpretación clínica fundamentada, resulta necesario reconstruir la secuencia temporal de los síntomas, identificar los antecedentes relevantes y analizar su evolución en relación con los patrones de consumo, los períodos de abstinencia y las condiciones generales de salud. Esta valoración debe reconocer que algunas manifestaciones pueden estar relacionadas con los efectos de las sustancias, mientras que otras pueden corresponder a trastornos independientes o a procesos que se influyen mutuamente.

En consecuencia, el diagnóstico diferencial requiere evitar explicaciones simplificadas que atribuyan automáticamente todas las manifestaciones clínicas al consumo de sustancias o que, en sentido contrario, interpreten el comportamiento de consumo exclusivamente como consecuencia de un trastorno mental o una enfermedad física preexistente. La valoración integral debe considerar cada condición en sus particularidades,

sin desconocer las relaciones que pueden establecerse entre ellas. Desde enfermería, este enfoque favorece la identificación de necesidades simultáneas, la vigilancia de riesgos, la coordinación interdisciplinaria y la planificación de cuidados ajustados a la situación clínica y funcional de cada persona (World Health Organization, 2024).

La evaluación también debe incorporar los determinantes sociales de la salud y las particularidades de cada etapa del ciclo vital, debido a su influencia sobre la exposición a riesgos, las posibilidades de acceso a los servicios y la continuidad de los cuidados. La pobreza, la violencia, la discriminación, el aislamiento social y las dificultades para recibir atención sanitaria pueden incrementar la vulnerabilidad de determinadas personas y comunidades, además de profundizar las desigualdades existentes. Estas circunstancias no deben interpretarse como causas únicas o inevitables del consumo problemático, sino como factores que interactúan con condiciones personales, familiares, económicas y culturales y que pueden modificar las oportunidades de prevención, atención y recuperación (World Health Organization, 2025b).

En adolescentes y jóvenes, la valoración debe considerar las características del desarrollo, la influencia de los grupos de pares, las relaciones familiares, la exposición a situaciones de violencia, las experiencias de exclusión social y la disponibilidad de redes de apoyo. También resulta pertinente explorar las condiciones del entorno educativo, las oportunidades de participación social, la percepción de riesgo y los recursos personales para afrontar situaciones de presión o conflicto. La presencia de estos factores no determina necesariamente el desarrollo de problemas relacionados con el consumo, pero puede influir en las decisiones, las conductas y las posibilidades de solicitar ayuda.

Desde la práctica de enfermería, el reconocimiento de estas circunstancias permite identificar tanto factores de vulnerabilidad como recursos de protección, fortalecer la comunicación terapéutica y promover intervenciones educativas acordes con las necesidades de cada etapa del desarrollo. La participación de la familia y de las redes comunitarias, cuando resulte pertinente y cuente con las condiciones necesarias de seguridad y confidencialidad, puede contribuir a la continuidad del cuidado y al fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para la prevención de riesgos relacionados con el consumo de sustancias.

1.5. Prevención, intervención temprana y continuidad de los cuidados de enfermería

En las mujeres, la identificación de problemas relacionados con el consumo de sustancias debe considerar las barreras que pueden dificultar la búsqueda de ayuda y la continuidad de los cuidados. Entre ellas se encuentran las experiencias de violencia de género, las responsabilidades familiares y de cuidado, el temor a la estigmatización y las dificultades para acceder a servicios especializados. Estas circunstancias pueden condicionar la comunicación de los problemas de salud y limitar las oportunidades de recibir atención oportuna. En las personas mayores, la valoración requiere prestar atención al dolor persistente, la soledad, las alteraciones emocionales o cognitivas, el uso simultáneo de múltiples medicamentos y la posibilidad de que determinados patrones de consumo permanezcan ocultos o sean interpretados como manifestaciones propias del envejecimiento. Asimismo, resulta necesario examinar las interacciones entre los medicamentos prescritos, el consumo de sustancias y los cambios fisiológicos asociados con la edad. Estas condiciones no se presentan de manera uniforme, por lo que deben analizarse considerando las particularidades clínicas, funcionales y sociales de cada persona, sin recurrir

a generalizaciones basadas exclusivamente en el género o la edad (World Health Organization, 2025b).

La detección temprana de problemas relacionados con el consumo de sustancias permite reconocer patrones de riesgo, identificar factores de vulnerabilidad y anticipar posibles complicaciones antes de que se produzcan o aumenten su gravedad. La información obtenida mediante la entrevista, la observación clínica y los instrumentos de detección puede orientar intervenciones educativas, acciones de asesoramiento breve, fortalecimiento de factores protectores, valoración de enfermedades concomitantes y estrategias de reducción de daños. Cuando las necesidades identificadas superan las posibilidades de atención del servicio, corresponde coordinar la derivación oportuna hacia profesionales o dispositivos asistenciales especializados, garantizando la continuidad de los cuidados.

La oportunidad de intervenir no debe limitarse a una única etapa del proceso de consumo ni depender de la aparición de manifestaciones clínicas graves. Las acciones preventivas, educativas y terapéuticas pueden aportar beneficios en diferentes momentos, desde la identificación inicial de patrones de riesgo hasta la atención de trastornos establecidos y el acompañamiento durante la recuperación. Desde la perspectiva de la salud pública, resulta prioritario reducir las barreras que dificultan la búsqueda de ayuda, ampliar las oportunidades de acceso a servicios y promover respuestas asistenciales que no condicionen la atención a la presencia de una crisis. Este enfoque reconoce la diversidad de trayectorias individuales y favorece intervenciones oportunas, proporcionales y ajustadas a las necesidades de cada persona.

Durante la adolescencia y la juventud temprana continúan los procesos de maduración y reorganización de redes cerebrales relacionadas

con la planificación, el control inhibitorio, la toma de decisiones y la valoración de las consecuencias de la conducta. En estas etapas pueden adquirir especial relevancia la búsqueda de nuevas experiencias, la sensibilidad a las recompensas y la influencia de las relaciones sociales. Sin embargo, estas características del desarrollo no determinan por sí mismas el inicio del consumo ni la aparición de un trastorno. Sus posibles implicaciones deben interpretarse considerando la interacción entre los procesos de desarrollo, las experiencias personales y las condiciones del entorno familiar, educativo y comunitario (National Institute on Drug Abuse, 2024).

La vulnerabilidad frente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias puede incrementarse cuando concurren situaciones de estrés crónico, pobreza, violencia, exclusión social, conflictos familiares o ausencia de redes de apoyo. No obstante, la exposición a estos factores no produce consecuencias idénticas en todas las personas. Las respuestas individuales dependen también de los recursos personales, las oportunidades educativas, la calidad de las relaciones interpersonales, la disponibilidad de apoyos y las posibilidades de acceder a servicios de salud y protección social. En consecuencia, la valoración debe identificar tanto las condiciones que aumentan el riesgo como los factores protectores que pueden contribuir al bienestar y a la adopción de decisiones saludables (National Institute on Drug Abuse, 2024).

Las estrategias preventivas dirigidas a adolescentes y jóvenes deben orientarse a retrasar el inicio del consumo, reconocer tempranamente los patrones de riesgo y fortalecer las habilidades socioemocionales necesarias para afrontar situaciones de presión, conflicto o vulnerabilidad. La educación para la salud, el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones, la promoción de relaciones protectoras y la participación de las familias y comunidades

pueden contribuir a disminuir la exposición a daños y favorecer conductas de autocuidado. Sin embargo, debe evitarse afirmar que cualquier experiencia de consumo produce necesariamente alteraciones neurológicas permanentes o que una intervención aislada resulta suficiente para impedir el desarrollo de un trastorno. La prevención requiere actuaciones sostenidas, contextualizadas y articuladas con las necesidades de cada población (National Institute on Drug Abuse, 2024).

- Tamizaje, intervención breve y equidad

El modelo de tamizaje, intervención breve y derivación a tratamiento constituye una estrategia organizada para identificar personas con patrones de consumo de riesgo y facilitar respuestas asistenciales proporcionales a sus necesidades. Su aplicación comprende tres componentes relacionados entre sí. El tamizaje permite realizar una identificación preliminar del nivel de riesgo mediante preguntas estructuradas o instrumentos apropiados; la intervención breve proporciona retroalimentación individualizada, favorece la reflexión sobre las consecuencias del consumo y promueve la consideración de posibles cambios; mientras que la derivación a tratamiento facilita el acceso a una evaluación especializada y a intervenciones terapéuticas cuando la gravedad de las manifestaciones o las necesidades identificadas así lo requieren. Esta articulación permite incorporar acciones preventivas y asistenciales en diferentes servicios de salud, con especial relevancia para la detección temprana y la continuidad de los cuidados (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2024).

El tamizaje no constituye un procedimiento diagnóstico ni debe utilizarse de manera aislada para establecer decisiones terapéuticas. Un resultado que indique la presencia de riesgo requiere ampliar la valoración mediante el análisis del patrón de consumo, las

consecuencias físicas, psicológicas y sociales, la disposición para el cambio, las enfermedades concomitantes y la existencia de situaciones que comprometan la seguridad. La interpretación de los resultados debe considerar las características de la persona y las limitaciones de los instrumentos utilizados. Por su parte, las intervenciones breves deben desarrollarse desde una relación terapéutica basada en el respeto, la escucha activa, la confidencialidad y la participación voluntaria, evitando actitudes coercitivas, culpabilizadoras o estigmatizantes.

Estas actuaciones pueden incorporarse a las consultas habituales de atención primaria de salud, los servicios de urgencias, los controles preventivos, los programas educativos, las actividades comunitarias y el seguimiento de personas con enfermedades crónicas. Su implementación requiere personal con preparación suficiente, instrumentos adecuados para las características de la población, condiciones que garanticen la privacidad y procedimientos institucionales claramente definidos. Asimismo, deben existir mecanismos operativos de derivación, coordinación interdisciplinaria y seguimiento que permitan responder a los riesgos identificados y evitar la interrupción de los cuidados. La disponibilidad de estas condiciones resulta fundamental para que el tamizaje y la intervención breve formen parte de una respuesta asistencial organizada y no se limiten a actividades aisladas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2024).

Desde una perspectiva de equidad, la incorporación del tamizaje a los servicios de salud constituye una medida necesaria, pero insuficiente para garantizar el acceso efectivo a la atención. También deben reconocerse las barreras económicas, geográficas, culturales, lingüísticas y administrativas, así como aquellas relacionadas con el estigma y la discriminación, que pueden dificultar la continuidad

asistencial. La identificación de un patrón de consumo de riesgo solo se traduce en mayores oportunidades de atención cuando existen respuestas accesibles, culturalmente pertinentes y proporcionales a las necesidades individuales. Por ello, las intervenciones deben acompañarse de mecanismos de orientación, apoyo y seguimiento que favorezcan la utilización efectiva de los servicios y reduzcan las desigualdades en salud (Organización Mundial de la Salud, 2025).

- Ruta orientativa de actuación de enfermería en atención primaria de salud

La ruta orientativa que se presenta organiza las principales actuaciones de enfermería en el primer nivel de atención ante personas con posibles problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Su finalidad consiste en proporcionar una secuencia de referencia para desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención, tamizaje, valoración integral, intervención inicial, coordinación interdisciplinaria y seguimiento, considerando el nivel de riesgo identificado y las necesidades particulares de cada persona.

Esta propuesta no sustituye los protocolos institucionales, la valoración clínica individualizada ni los procedimientos de diagnóstico médico o psiquiátrico. Tampoco atribuye a las puntuaciones obtenidas mediante instrumentos de detección la condición de diagnósticos de enfermería, debido a que estos requieren un proceso específico de análisis e interpretación de las respuestas humanas. La aplicación de la ruta debe ajustarse a las competencias profesionales legalmente establecidas, los recursos disponibles y las características del contexto asistencial.

La organización de estas actuaciones favorece la identificación oportuna de situaciones de riesgo, la priorización de necesidades, la selección de intervenciones educativas y preventivas, la activación

de mecanismos de derivación y la continuidad del seguimiento. Asimismo, permite fortalecer la participación de la persona en las decisiones relacionadas con su salud y promover cuidados individualizados, respetuosos y fundamentados en la información clínica disponible. La Tabla 1.7. sintetiza esta secuencia de actuación como referencia para la práctica de enfermería en atención primaria de salud (World Health Organization, 2012).

Tabla 1.7. Ruta orientativa de actuación de enfermería ante el consumo de sustancias psicoactivas en atención primaria de salud.

Momento de atención	Acción de enfermería	Propósito clínico	Resultado esperado o meta de atención
Promoción universal	Educación sobre salud mental, autocuidado, habilidades socioemocionales, redes de apoyo y riesgos asociados con el consumo	Fortalecer factores protectores antes de la aparición de problemas relacionados con el consumo	Mayor alfabetización en salud, reconocimiento de riesgos y reducción del estigma
Tamizaje oportuno	Aplicación de preguntas breves o instrumentos validados, como ASSIST, AUDIT o DAST-10, de acuerdo con la población, el contexto y el protocolo	Identificar consumo de riesgo o la posibilidad de un trastorno que requiera valoración adicional	Clasificación inicial del riesgo y decisión fundamentada sobre los pasos posteriores
Valoración integral	Entrevista clínica; valoración física y del estado mental dentro de las competencias profesionales; exploración de funcionalidad, familia, comorbilidades, medicamentos, riesgos y determinantes sociales	Comprender la trayectoria del consumo, sus posibles consecuencias, las necesidades de cuidado y los riesgos inmediatos	Identificación de prioridades y formulación de un plan de cuidados individualizado

Intervención breve	Comunicación no estigmatizante, retroalimentación, exploración de la disposición al cambio, establecimiento colaborativo de metas y orientación para la reducción de daños	Favorecer la motivación, la autoeficacia y la toma de decisiones informadas	Acuerdos realistas, identificación de medidas de protección y plan de seguimiento
Derivación y coordinación	Referencia a medicina, salud mental, trabajo social, urgencias u otros servicios y sectores, según la valoración y las rutas disponibles	Facilitar una respuesta proporcional al riesgo, garantizar la seguridad y favorecer la continuidad asistencial	Vinculación oportuna con el nivel de atención o los apoyos requeridos
Seguimiento longitudinal	Monitorización de la evolución, los cambios en el patrón de consumo, la continuidad del tratamiento, la red de apoyo, las barreras de acceso y la aparición de nuevos riesgos	Sostener el cuidado, reconocer dificultades y ajustar oportunamente el plan	Mayor continuidad del cuidado y mejoría posible del funcionamiento, la seguridad y la calidad de vida

La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias constituye un instrumento desarrollado para identificar patrones de consumo y estimar niveles de riesgo relacionados con diferentes sustancias psicoactivas, especialmente en los servicios de atención primaria de salud. Su aplicación permite orientar la identificación temprana de problemas asociados al consumo y facilitar la selección de intervenciones breves, acciones educativas o mecanismos de derivación, según las necesidades identificadas. No obstante, sus resultados deben interpretarse como parte de una valoración integral y no como una confirmación diagnóstica.

La selección y aplicación de este instrumento deben responder a las características de la población, los

objetivos de la evaluación, las competencias y la capacitación del personal responsable, así como a los protocolos institucionales y las evidencias disponibles sobre su validez en el contexto asistencial. Asimismo, resulta necesario considerar las condiciones de confidencialidad, la pertinencia cultural y las posibilidades de seguimiento, con el propósito de favorecer una atención segura, individualizada y fundamentada en criterios científicos (World Health Organization, 2010, 2012; United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization, 2020).

La Tabla 1.8. presenta una síntesis de los principales elementos clínicos y asistenciales relacionados con la identificación de riesgos, la valoración integral y las prioridades de intervención de enfermería ante el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 1.8. Síntesis clínica para la valoración y las intervenciones de enfermería ante el consumo de sustancias psicoactivas.

Dimensión	Enfoque limitado	Enfoque integral recomendado
Clasificación	Utilización de las categorías como etiquetas fijas y descontextualizadas	Integración del sistema de clasificación aplicable con la gravedad, el funcionamiento, la evolución y el contexto de la persona
Diagnóstico médico o psiquiátrico	Identificación de síntomas aislados o atribución automática de todas las manifestaciones al consumo	Aplicación de los criterios correspondientes, análisis de la presentación clínica, secuencia temporal, diagnóstico diferencial, deterioro funcional y contexto
Tamizaje y valoración	Utilización de un instrumento aislado como si confirmara el diagnóstico	Selección de una herramienta pertinente, seguida de entrevista y valoración física, mental, funcional, familiar y social, dentro de las competencias profesionales

Intervención temprana	Espera hasta que el cuadro alcance mayor gravedad o derivación sin seguimiento	Respuesta proporcional al riesgo mediante educación, intervención breve, reducción de daños, referencia y seguimiento
Rol de enfermería	Ejecución de indicaciones sin valoración profesional propia	Valoración de respuestas humanas, formulación de diagnósticos de enfermería, educación, cuidado, coordinación, seguimiento y defensa de derechos

Fuente: elaborada a partir de Herdman et al. (2024); y World Health Organization (2022).

La síntesis presentada distingue el tamizaje, la valoración de enfermería, el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico o psiquiátrico como procesos relacionados, pero con finalidades y competencias diferentes. Los instrumentos de tamizaje permiten identificar posibles situaciones de riesgo y orientar la necesidad de evaluaciones adicionales; sin embargo, sus resultados no sustituyen la valoración integral ni constituyen, por sí mismos, una confirmación diagnóstica.

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas requieren una comprensión clínica integral que articule los criterios del sistema diagnóstico aplicable, la trayectoria del consumo, las alteraciones del funcionamiento cotidiano, las enfermedades concomitantes, los riesgos asociados y las condiciones sociales que influyen en la salud. La quinta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades constituyen sistemas internacionales de clasificación que presentan diferencias en su organización, estructura y criterios diagnósticos. Su utilización debe ajustarse al contexto clínico, las disposiciones normativas y las competencias profesionales correspondientes, sin sustituir la entrevista, el diagnóstico diferencial ni el juicio

clínico. Por su parte, los modelos dimensionales y neurobiológicos contribuyen a ampliar la comprensión de los procesos relacionados con el consumo, aunque sus aportaciones deben interpretarse sin establecer relaciones deterministas y considerando las particularidades biológicas, psicológicas y sociales de cada persona.

En los servicios de atención primaria de salud, el tamizaje constituye una herramienta para identificar tempranamente patrones de consumo de riesgo y determinar la necesidad de ampliar la evaluación. La interpretación de sus resultados requiere considerar las características del instrumento, las evidencias de validez disponibles, la población destinataria y las condiciones de aplicación. En consecuencia, una puntuación obtenida mediante un instrumento de detección no confirma por sí sola un diagnóstico médico, psiquiátrico o de enfermería. La valoración de enfermería, por su parte, permite identificar respuestas humanas, necesidades de salud, manifestaciones clínicas, signos de alarma, factores protectores y prioridades asistenciales. A partir del análisis sistemático de estos hallazgos pueden formularse diagnósticos de enfermería, establecer resultados esperados y planificar intervenciones individualizadas, respetando las competencias correspondientes al diagnóstico médico o psiquiátrico.

El conocimiento de las características farmacológicas, los efectos clínicos y los riesgos asociados con las diferentes sustancias psicoactivas constituye un fundamento importante para la valoración, la educación para la salud y el desarrollo de intervenciones de reducción de daños. No obstante, las manifestaciones relacionadas con el consumo pueden variar según la dosis, la composición y potencia del producto, la vía de administración, la exposición simultánea a varias sustancias, la presencia de enfermedades concomitantes y las condiciones personales y sociales. Esta variabilidad

exige evitar generalizaciones y reconocer que la respuesta clínica no depende exclusivamente de la sustancia consumida. Por ello, las decisiones asistenciales deben fundamentarse en la valoración individualizada, la identificación de riesgos y el reconocimiento de las necesidades, preferencias y circunstancias de cada persona.

Desde esta perspectiva, el personal de enfermería desempeña una función esencial en la promoción de la salud, la educación preventiva, la detección temprana de riesgos, la valoración de las respuestas humanas y la planificación de cuidados. Asimismo, participa en la identificación de manifestaciones que requieren atención inmediata, la aplicación de intervenciones acordes con sus competencias profesionales, la activación de protocolos institucionales, la coordinación interdisciplinaria y el seguimiento de la evolución clínica. El desarrollo de estas responsabilidades requiere instrumentos apropiados, preparación profesional, comunicación efectiva entre los integrantes del equipo asistencial y mecanismos de derivación que favorezcan la continuidad de los cuidados.

La atención también debe fundamentarse en el respeto a la dignidad, la autonomía, la confidencialidad y los derechos de las personas, evitando prácticas discriminatorias o estigmatizantes. La complejidad de los problemas relacionados con el consumo de sustancias no debe constituir una barrera para la intervención, sino orientar una respuesta progresiva, individualizada y proporcional a las necesidades y los riesgos identificados. En este sentido, la integración de los conocimientos clínicos, los procedimientos de valoración y los principios éticos de la profesión permite fortalecer la seguridad asistencial y favorecer una atención centrada en la persona.

Los fundamentos desarrollados en este capítulo proporcionan una base conceptual y metodológica

para comprender los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y orientar las actuaciones de enfermería en diferentes escenarios asistenciales. Esta perspectiva integral permite establecer una continuidad temática con los capítulos siguientes, dedicados al análisis de la comorbilidad depresiva, el riesgo suicida y el síndrome de abstinencia, en los que se profundizará en las manifestaciones clínicas, las necesidades de valoración y las prioridades de cuidado asociadas con estas condiciones.



02 Depresión y consumo

de sustancias psicoactivas: valoración integral y cuidados de enfermería en atención primaria de salud

2.1. Fundamentos clínicos, factores de riesgo y diagnóstico diferencial

La depresión y el consumo de sustancias psicoactivas pueden presentarse de manera concurrente en los servicios de atención primaria de salud, configurando situaciones clínicas que requieren una valoración integral. En estos casos, los síntomas depresivos pueden preceder al inicio del consumo, manifestarse durante su evolución o aparecer como consecuencia de determinados patrones de uso, intoxicación o abstinencia. Esta coexistencia constituye una forma de comorbilidad que puede incluirse dentro del concepto de patología dual cuando concurren trastornos mentales y trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Su identificación representa un desafío asistencial debido a la interacción entre las manifestaciones clínicas, las dificultades del diagnóstico diferencial y las necesidades de tratamiento y seguimiento que pueden derivarse de ambas condiciones (Fuster et al., 2024).

La relación entre el malestar emocional y el consumo de sustancias no puede explicarse exclusivamente por la búsqueda de placer o la adopción consciente de conductas de riesgo. En determinadas circunstancias, el consumo de alcohol, cannabis u otras sustancias puede constituir un intento de aliviar síntomas depresivos, reducir la tensión emocional o afrontar experiencias de sufrimiento psicológico. Esta interpretación se relaciona con la hipótesis de la automedicación formulada por Khantzian (1997), según la cual algunas personas recurren a sustancias psicoactivas como una forma de regular estados afectivos difíciles de manejar mediante otros recursos. Aunque esta hipótesis contribuye a comprender determinados patrones de consumo, no constituye una explicación universal ni permite establecer, por sí sola, una relación causal entre la depresión y el uso de sustancias. Su consideración favorece una aproximación clínica centrada en la comprensión de

las necesidades de la persona, sin desconocer su participación activa en las decisiones relacionadas con el cuidado y la recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (2022b) reconoce los trastornos depresivos entre las principales causas de discapacidad a escala mundial, debido a sus repercusiones sobre el funcionamiento personal, familiar, social y laboral. Cuando los síntomas depresivos coexisten con problemas relacionados con el consumo de sustancias, la valoración clínica puede adquirir mayor complejidad, especialmente por la superposición de manifestaciones, la presencia de enfermedades concomitantes y las dificultades para determinar la secuencia temporal de ambos procesos. Esta situación exige procedimientos de detección y evaluación que permitan reconocer oportunamente las necesidades de atención. En los sistemas de salud donde existen mecanismos efectivos de coordinación entre la atención primaria y los servicios especializados, se favorece la continuidad asistencial; por el contrario, la fragmentación de los servicios, las barreras de acceso y la insuficiente identificación de los síntomas pueden retrasar el inicio de las intervenciones necesarias.

En este escenario, el personal de enfermería desempeña una función relevante debido a su participación en las actividades de promoción de la salud, prevención, valoración y seguimiento de las personas atendidas en el primer nivel asistencial. El contacto continuado con la población facilita la identificación de manifestaciones que pueden pasar inadvertidas durante una consulta centrada exclusivamente en el motivo inicial de atención. Entre estas manifestaciones se encuentran los cambios en los hábitos de autocuidado, las alteraciones del sueño, el aislamiento progresivo, la irritabilidad persistente, la pérdida de interés por las actividades habituales y las modificaciones en los patrones de consumo. La observación sistemática y la

comunicación terapéutica permiten reconocer estas señales, documentarlas y orientar una valoración más profunda cuando resulte necesario (Lucas-Guerra et al., 2024). No obstante, la persistencia de barreras institucionales, la limitada articulación entre servicios y el estigma asociado con los trastornos mentales y el consumo de sustancias pueden dificultar la detección temprana y la continuidad de los cuidados.

La valoración de estas condiciones requiere reconocer que ninguna guía clínica, instrumento de detección o procedimiento estandarizado sustituye el juicio profesional fundamentado en la evaluación individual. Las herramientas disponibles constituyen recursos de apoyo para organizar la información, identificar necesidades y orientar decisiones asistenciales, pero su aplicación debe considerar las características clínicas, las experiencias personales y las condiciones socioculturales de la población atendida. La utilización de protocolos sin una interpretación contextualizada puede limitar la comprensión de los problemas de salud y conducir a intervenciones poco ajustadas a las necesidades reales. Por ello, la atención de enfermería debe integrar el conocimiento científico con la observación clínica, la escucha activa, el respeto a la autonomía y la coordinación interdisciplinaria.

Desde esta perspectiva, el capítulo examina los fundamentos clínicos de la relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas, los factores de riesgo y protección, los procedimientos de detección temprana y valoración integral, así como las principales intervenciones de enfermería en atención primaria de salud. También aborda la participación de la familia y la comunidad, las consideraciones éticas relacionadas con el cuidado y las limitaciones de la evidencia científica disponible. El análisis se orienta hacia una comprensión integral de la persona, con énfasis en la identificación oportuna de necesidades, la prevención de complicaciones y el desarrollo de

cuidados individualizados, continuos y libres de estigmatización.

De acuerdo con la hipótesis de la automedicación, el consumo de sustancias psicoactivas puede iniciarse o mantenerse como una estrategia de afrontamiento frente a síntomas depresivos, ansiedad, tensión emocional u otras experiencias de malestar psicológico (Khantzian, 1997). En estos casos, los efectos subjetivos de determinadas sustancias pueden ser interpretados por la persona como una forma de obtener alivio temporal, disminuir pensamientos persistentes o modificar estados emocionales desagradables. Sin embargo, este alivio no implica necesariamente una mejoría de la condición subyacente y puede contribuir al mantenimiento de patrones de consumo que incrementen la vulnerabilidad clínica y psicosocial. La repetición de esta conducta puede reforzarse cuando la persona asocia el consumo con una disminución inmediata del malestar, aunque posteriormente experimente consecuencias negativas que intensifiquen las dificultades iniciales.

Desde una perspectiva neurobiológica, la relación entre depresión y consumo de sustancias comprende procesos complejos vinculados con la regulación del estrés, los sistemas de recompensa, la motivación y el control de la conducta. La exposición sostenida a situaciones estresantes puede asociarse con alteraciones en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y en los circuitos cerebrales relacionados con la respuesta emocional y la valoración de recompensas. Estos mecanismos pueden interactuar con factores psicológicos y sociales, contribuyendo a explicar la vulnerabilidad de algunas personas frente al inicio o mantenimiento del consumo, sin que ello implique una relación causal uniforme ni inevitable (National Institute on Drug Abuse, 2024). En consecuencia, la comprensión del problema requiere integrar los procesos

neurobiológicos con las experiencias individuales, las estrategias de afrontamiento y las condiciones del entorno.

La interacción entre el malestar afectivo, el consumo de sustancias y sus consecuencias puede configurar un proceso de refuerzo que dificulte la recuperación cuando no se identifican y atienden oportunamente los factores que lo mantienen. Desde la práctica de enfermería, reconocer esta relación permite explorar los desencadenantes emocionales del consumo, identificar las necesidades de apoyo y orientar intervenciones dirigidas al fortalecimiento de estrategias de afrontamiento más saludables. La Figura 2.1. representa de manera esquemática este proceso y constituye un recurso didáctico para comprender sus principales componentes, sin establecer una secuencia obligatoria ni sustituir la valoración clínica individualizada.

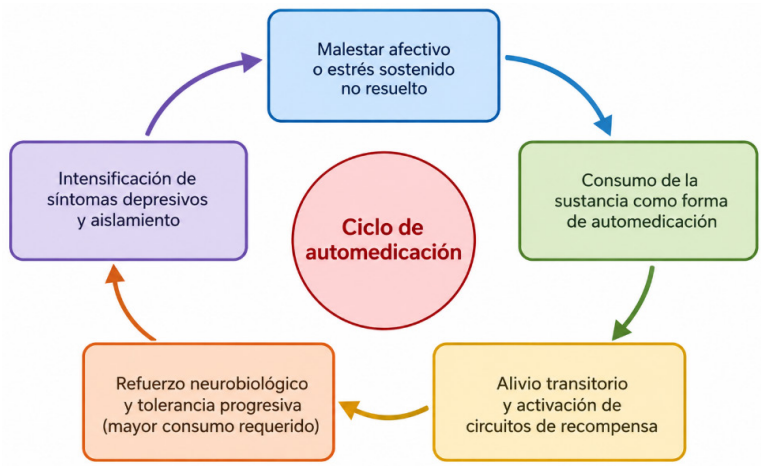


Figura 2.1. Ciclo de automedicación y refuerzo entre el malestar afectivo y el consumo de sustancias psicoactivas.

Fuente: elaborada a partir de Khantzian (1997); y National Institute on Drug Abuse (2024).

La identificación de las diferentes manifestaciones del ciclo de automedicación permite orientar la valoración de enfermería hacia los factores que pueden

contribuir al inicio, mantenimiento o intensificación del consumo. Cuando predomina el malestar afectivo, resulta necesario explorar los acontecimientos desencadenantes, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los recursos de apoyo disponibles. Si el consumo se encuentra establecido, la valoración debe profundizar en el significado que la persona atribuye a sus efectos, las circunstancias en que recurre a las sustancias y las consecuencias que experimenta. Ante patrones de consumo persistentes o crecientes, corresponde examinar la posible aparición de tolerancia, dificultades para controlar el consumo y manifestaciones de dependencia. Estas condiciones no siguen necesariamente una progresión uniforme, por lo que las intervenciones deben ajustarse a las necesidades identificadas y a las características de cada situación clínica.

La recaída constituye una posibilidad durante los procesos de recuperación de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y no debe interpretarse automáticamente como un fracaso personal o terapéutico. Su aparición puede relacionarse con la persistencia de síntomas depresivos, la exposición a situaciones estresantes, las dificultades de regulación emocional o la insuficiencia de recursos de afrontamiento. Desde esta perspectiva, la recaída requiere una nueva valoración de los factores que contribuyeron a su aparición, las consecuencias clínicas y las necesidades de apoyo, con el propósito de revisar el plan de cuidados y fortalecer las estrategias de prevención. La comprensión de la recuperación como un proceso que puede presentar avances y retrocesos favorece una relación terapéutica basada en el acompañamiento, la participación de la persona y la ausencia de juicios estigmatizantes (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

La coexistencia de síntomas depresivos y consumo de sustancias también plantea dificultades para el diagnóstico diferencial, debido a que determinadas manifestaciones afectivas pueden aparecer durante la intoxicación, la abstinencia o como parte de un trastorno depresivo independiente. La identificación de estas condiciones requiere analizar la secuencia temporal de los síntomas, su relación con los períodos de consumo, los antecedentes clínicos y la evolución observada durante el seguimiento. Aunque estos elementos contribuyen a orientar la evaluación, ninguno permite establecer por sí solo un diagnóstico definitivo. La Tabla 2.1. presenta una comparación orientativa de las características clínicas que pueden contribuir a distinguir ambas condiciones y apoyar la valoración integral.

Tabla 2.1. Diferencias clínicas orientativas entre el trastorno depresivo inducido por sustancias y el trastorno depresivo independiente.

Criterio	Inducido por sustancias	Independiente (coexistente)
Relación temporal con el consumo	Aparece durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia	Puede preceder al consumo o persistir mucho después de este
Evolución con la abstinencia	Tiende a remitir parcial o totalmente semanas después de suspender el consumo	No mejora de forma significativa solo con la abstinencia
Antecedente personal	No siempre hay historia depresiva previa al consumo	Con frecuencia hay episodios depresivos previos, incluso antes de iniciar el consumo
Implicación para el cuidado	Prioriza el manejo del consumo y la vigilancia durante la abstinencia	Requiere tratamiento específico del cuadro depresivo, independiente del manejo del consumo

Fuente: elaborada a partir de American Psychiatric Association (2022).

El deseo intenso de consumir una sustancia, conocido como *craving*, constituye una manifestación clínica relevante en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Puede presentarse de manera repentina o progresiva y asociarse con estímulos ambientales, experiencias emocionales, situaciones interpersonales o recuerdos vinculados con episodios previos de consumo. Entre los posibles desencadenantes se encuentran determinados lugares, acontecimientos significativos, estados de ánimo y circunstancias que la persona relaciona con el uso de sustancias. La identificación de estas asociaciones permite al personal de enfermería reconocer situaciones de mayor vulnerabilidad y desarrollar, conjuntamente con la persona, estrategias de afrontamiento dirigidas a responder al deseo de consumo antes de que se traduzca en una conducta de riesgo. Este abordaje favorece la anticipación de dificultades y la prevención de recaídas mediante intervenciones individualizadas y ajustadas a las necesidades identificadas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

La atención de estas manifestaciones requiere una comunicación terapéutica fundamentada en la escucha activa, el respeto y la ausencia de juicios estigmatizantes. La manera en que el personal de salud formula las preguntas, interpreta las respuestas y aborda las experiencias relacionadas con el consumo puede influir en la disposición de la persona para comunicar información relevante y mantener el contacto con los servicios asistenciales. Expresiones utilizadas por algunas personas para describir el consumo como una forma de aliviar el sufrimiento emocional deben explorarse desde una perspectiva clínica que permita comprender su significado, sin justificar los riesgos asociados ni reducir el problema a una supuesta falta de voluntad. En este contexto, la enfermería puede contribuir a identificar necesidades de apoyo, fortalecer recursos personales y promover

alternativas de afrontamiento compatibles con la recuperación y el bienestar (International Council of Nurses, 2024).

El diagnóstico diferencial entre el trastorno depresivo inducido por sustancias y el trastorno depresivo independiente constituye un componente esencial de la evaluación clínica cuando concurren síntomas afectivos y consumo de sustancias psicoactivas. La quinta edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales establece criterios que permiten considerar la relación temporal entre la aparición de los síntomas depresivos, la intoxicación, la abstinencia y los antecedentes de episodios afectivos previos. La presencia de síntomas que anteceden al consumo o persisten durante un período considerable después de finalizar la intoxicación o la abstinencia aguda puede orientar hacia un trastorno depresivo independiente. Por el contrario, la aparición de manifestaciones depresivas estrechamente relacionadas con los efectos de una sustancia puede sugerir un trastorno inducido. No obstante, estas características requieren una interpretación individualizada, debido a que ambos procesos pueden superponerse y presentar una evolución clínica variable. En consecuencia, la necesidad de precisar el diagnóstico no debe retrasar la atención de los síntomas, la identificación de riesgos ni la aplicación de las intervenciones asistenciales correspondientes (American Psychiatric Association, 2022).

La vulnerabilidad frente a la depresión y el consumo problemático de sustancias psicoactivas responde a la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los componentes individuales pueden encontrarse la predisposición genética, las particularidades de la regulación emocional y determinados antecedentes de salud mental. Asimismo, las experiencias traumáticas, especialmente cuando ocurren durante etapas

tempranas del desarrollo, pueden asociarse con dificultades posteriores para afrontar situaciones estresantes y regular las respuestas emocionales. Estas condiciones no determinan necesariamente la aparición de un trastorno, pero pueden incrementar la vulnerabilidad cuando concurren con otros factores de riesgo y con una disponibilidad limitada de recursos protectores. Por ello, su identificación debe formar parte de una valoración integral que considere tanto los antecedentes personales como las circunstancias actuales de la persona (American Psychiatric Association, 2022).

A los factores individuales se añaden condiciones sociales que pueden influir en la aparición, persistencia y agravamiento de los problemas de salud mental y consumo de sustancias. La pobreza, la inestabilidad laboral, la violencia intrafamiliar, la inseguridad habitacional y el aislamiento social constituyen circunstancias que pueden aumentar la exposición al estrés, limitar las oportunidades de afrontamiento y dificultar el acceso a servicios de atención. Estas condiciones también pueden interactuar con el estigma y la discriminación, generando barreras adicionales para reconocer el problema y solicitar ayuda. Desde la práctica de enfermería, la valoración de estos determinantes resulta necesaria para comprender las necesidades de cuidado y evitar interpretaciones que atribuyan exclusivamente a las decisiones individuales situaciones condicionadas por desigualdades sociales y limitaciones estructurales (National Institute on Drug Abuse, 2024).

La adolescencia y la adultez emergente requieren una atención particular debido a los procesos de desarrollo neurobiológico, emocional y social que caracterizan estas etapas. Durante este período continúan la maduración y reorganización de sistemas cerebrales relacionados con la planificación, el control de impulsos, la regulación emocional y la toma de decisiones. Estas transformaciones pueden

interactuar con la influencia de los grupos de pares, las experiencias familiares, la búsqueda de nuevas experiencias y la exposición a situaciones de estrés. Sin embargo, las características del desarrollo no implican necesariamente la aparición de consumo problemático ni de trastornos depresivos. Su relevancia clínica depende de la interacción con las condiciones personales, familiares y comunitarias, por lo que la valoración de enfermería debe identificar tanto las situaciones de vulnerabilidad como los recursos protectores disponibles (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La presencia de factores de riesgo no implica una evolución inevitable hacia la dependencia o el desarrollo de trastornos mentales. Las redes de apoyo familiar y comunitario, las relaciones interpersonales estables, la seguridad habitacional, las oportunidades educativas y laborales y el acceso a servicios de salud mental pueden contribuir a disminuir la vulnerabilidad y favorecer procesos de recuperación. La identificación de estos recursos permite ampliar la valoración más allá de las manifestaciones clínicas y las dificultades individuales, incorporando las capacidades y oportunidades existentes en el entorno. En consecuencia, los planes de cuidados deben orientarse tanto a reducir los riesgos como a fortalecer los factores protectores, promoviendo la participación activa de la persona y la utilización de los recursos disponibles (Rushton et al., 2023).

En Ecuador, la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo, publicada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), constituye una referencia para orientar la identificación y atención de las manifestaciones depresivas en los servicios de salud. Su aplicación en el primer nivel asistencial requiere condiciones organizativas que favorezcan la valoración clínica, la preparación del personal y la continuidad del seguimiento. Sin embargo, las limitaciones

relacionadas con la disponibilidad de profesionales capacitados, la duración de las consultas y la elevada demanda asistencial pueden dificultar la incorporación sistemática de procedimientos de detección temprana. Estas circunstancias adquieren especial relevancia cuando los síntomas depresivos coexisten con consumo de sustancias, debido a la necesidad de explorar ambas condiciones y establecer prioridades de atención durante una misma consulta.

La Organización Panamericana de la Salud (2018) ha documentado la importancia de los trastornos mentales como problema de salud pública en Ecuador y sus repercusiones sobre la discapacidad y las necesidades de atención de la población. En este contexto, la coexistencia de depresión y consumo problemático de sustancias plantea desafíos relacionados con la identificación temprana, la disponibilidad de servicios especializados y la continuidad asistencial. Las barreras económicas, geográficas y sociales, junto con el estigma asociado a los problemas de salud mental, pueden limitar las oportunidades de acceso a una atención oportuna, especialmente en poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad. Estas dificultades refuerzan la necesidad de fortalecer la articulación entre la atención primaria de salud, los servicios especializados y los recursos comunitarios.

Desde la perspectiva de la enfermería ecuatoriana, estas condiciones destacan la importancia del primer contacto asistencial como oportunidad para identificar manifestaciones depresivas, patrones de consumo y necesidades de apoyo que podrían permanecer sin reconocimiento. La valoración debe desarrollarse mediante una comunicación respetuosa, culturalmente pertinente y adaptada a las características de cada persona, sin modificar arbitrariamente los componentes de los instrumentos validados ni comprometer sus propiedades de

medición. Asimismo, resulta necesario organizar mecanismos de seguimiento que permitan mantener la continuidad de los cuidados cuando existan dificultades para acceder a servicios especializados. La incorporación de la interculturalidad, el reconocimiento de las condiciones sociales y la coordinación con los recursos disponibles favorecen una atención más integral y ajustada a las necesidades de la población.

La identificación conjunta de factores individuales, familiares y sociales permite establecer prioridades de intervención y reconocer situaciones que requieren una respuesta asistencial inmediata. No obstante, la vulnerabilidad psicosocial no puede determinarse exclusivamente mediante la suma de factores de riesgo, debido a que su significado depende de la gravedad de las manifestaciones, las condiciones clínicas y los recursos protectores disponibles. La Tabla 2.2. presenta una matriz orientativa que relaciona diferentes situaciones de vulnerabilidad con posibles prioridades de actuación de enfermería. Su utilización debe complementarse con la valoración individualizada y los protocolos institucionales, especialmente cuando se identifican manifestaciones que comprometen la seguridad de la persona.

Tabla 2.2. Matriz orientativa de vulnerabilidad psicosocial y prioridades de intervención de enfermería ante la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas.

Nivel de riesgo	Factores predominantes	Enfoque de enfermería
Bajo	Red de apoyo activa; no existen antecedentes de trauma significativo, vínculo laboral o educativo estable;	Seguimiento preventivo y psicoeducación general
Moderado	Aislamiento social parcial; episodios depresivos previos; consumo experimental u ocasional	Cribado periódico y fortalecimiento de la red de apoyo

Alto	Trauma no resuelto; consumo problemático activo; soporte familiar escaso	Valoración estructurada, derivación programada y plan de seguridad
Crítico	Ideación suicida, intoxicación aguda o antecedente reciente de autolesión	Intervención inmediata y derivación urgente a psiquiatría o urgencias

Fuente: elaborada a partir de American Psychiatric Association (2022); National Institute on Drug Abuse (2024); y Rushton et al. (2023).

2.2. Valoración integral e intervenciones de enfermería en atención primaria de salud

La identificación de síntomas depresivos y patrones problemáticos de consumo de sustancias psicoactivas constituye un desafío frecuente en los servicios de atención primaria de salud, debido a que estas manifestaciones no siempre se expresan de manera directa durante la consulta. En determinadas circunstancias, las personas solicitan atención por alteraciones del sueño, fatiga persistente, molestias digestivas, cefaleas recurrentes u otros síntomas físicos que pueden coexistir con dificultades emocionales. El temor a la estigmatización, las dificultades para reconocer o comunicar el malestar psicológico y la normalización de determinados patrones de consumo pueden limitar la expresión espontánea de estas experiencias. Por ello, la valoración clínica requiere una exploración sistemática que no dependa exclusivamente del motivo inicial de consulta y que permita identificar posibles necesidades de atención en salud mental (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

El personal de enfermería desempeña una función relevante en este proceso mediante la observación clínica, la entrevista y el seguimiento de las personas atendidas. Los cambios en los hábitos de higiene y autocuidado, el retraimiento social, la

irritabilidad persistente, las alteraciones del sueño y las modificaciones en la frecuencia o cantidad de sustancias consumidas pueden constituir señales que justifiquen una valoración más profunda. Sin embargo, estas manifestaciones no son específicas de la depresión ni de los trastornos relacionados con el consumo, por lo que deben interpretarse considerando los antecedentes, las condiciones de salud y las circunstancias personales. El registro sistemático de los hallazgos permite reconocer cambios a lo largo del tiempo, establecer prioridades asistenciales y facilitar la comunicación con otros profesionales cuando se requiere una evaluación complementaria o una derivación (Lucas-Guerra et al., 2024).

La detección temprana puede apoyarse en instrumentos estandarizados que contribuyen a identificar síntomas y patrones de consumo que requieren una exploración adicional. El Cuestionario de Salud del Paciente de nueve ítems permite evaluar la frecuencia de síntomas depresivos y estimar su gravedad durante las dos semanas anteriores a la aplicación (Kroenke et al., 2001). Por su parte, la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol facilita la detección de patrones de consumo de riesgo y de posibles problemas relacionados con esta sustancia (Babor et al., 2001). Asimismo, la Prueba de Detección del Abuso de Drogas de diez ítems y el cuestionario de cuatro preguntas adaptado para alcohol y drogas constituyen recursos breves para explorar posibles problemas asociados al consumo de sustancias (Brown & Rounds, 1995). La selección de estos instrumentos debe considerar su finalidad, las características de la población y las condiciones de aplicación, debido a que sus resultados no confirman por sí solos un diagnóstico médico, psiquiátrico o de enfermería.

La utilización de herramientas de cribado requiere condiciones comunicativas que favorezcan la confianza y la participación de la persona. La formulación de preguntas sobre síntomas depresivos y consumo de sustancias debe realizarse en un ambiente que garantice privacidad, confidencialidad y respeto, mediante un lenguaje comprensible y libre de expresiones estigmatizantes. La secuencia de la entrevista puede ajustarse a las características de cada consulta, procurando establecer una relación terapéutica que facilite la comunicación de experiencias sensibles. En este sentido, resulta conveniente explicar la finalidad de las preguntas, evitar formulaciones acusatorias y permitir que la persona describa sus experiencias sin sentirse juzgada. Estas condiciones favorecen una exploración más completa de los problemas identificados y permiten integrar los resultados del cribado con la información obtenida durante la valoración clínica.

La interpretación de los resultados exige reconocer que una puntuación elevada en un instrumento de detección no equivale necesariamente a la presencia de un trastorno clínicamente establecido. La valoración de enfermería debe complementar los datos obtenidos mediante escalas y cuestionarios con la exploración de las respuestas humanas, los antecedentes personales, las condiciones familiares, los factores protectores y las repercusiones del malestar sobre las actividades cotidianas. Asimismo, resulta necesario conocer las expectativas de la persona, sus experiencias previas con los servicios de salud y las posibles barreras para acceder al tratamiento. Este enfoque permite comprender las manifestaciones clínicas dentro de su contexto y formular diagnósticos de enfermería fundamentados en las necesidades identificadas, respetando las competencias correspondientes al diagnóstico

médico o psiquiátrico. La comunicación terapéutica y el reconocimiento de la dignidad de la persona constituyen componentes esenciales de este proceso (International Council of Nurses, 2024).

En la práctica asistencial, la incorporación sistemática de procedimientos de detección temprana puede verse limitada por la elevada demanda de consultas, la disponibilidad de tiempo, las necesidades de formación del personal y las características de los sistemas de registro clínico. Estas dificultades pueden afectar tanto la aplicación de los instrumentos como la posibilidad de realizar entrevistas complementarias y garantizar el seguimiento posterior. Su abordaje requiere medidas organizativas que faciliten la integración de la valoración de salud mental en los procedimientos habituales de atención primaria, así como mecanismos de coordinación con los servicios especializados. La formación continua, la disponibilidad de instrumentos adecuados y la definición de rutas asistenciales contribuyen a fortalecer la capacidad de respuesta de enfermería, especialmente cuando se identifican síntomas depresivos y consumo problemático de sustancias de manera concurrente.

La Tabla 2.3. presenta una síntesis de los principales instrumentos breves de cribado utilizados para explorar síntomas depresivos y problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Su comparación permite reconocer las finalidades de cada herramienta y orientar su selección según las necesidades de valoración. Por su parte, la Figura 2.2. representa una ruta orientativa para la identificación de riesgos y la derivación asistencial en atención primaria de salud, cuya aplicación debe ajustarse a los protocolos institucionales y a las condiciones clínicas de cada persona.

Tabla 2.3. Instrumentos breves de cribado para la detección de síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas en atención primaria de salud.

Instrumento	Qué evalúa	N.º de ítems / tiempo
PHQ-9	Gravedad de los síntomas depresivos	9 ítems · 3-5 min
AUDIT	Patrón de consumo de alcohol	10 ítems · 3-5 min
DAST-10	Consumo de drogas distintas del alcohol	10 ítems · 3-5 min
CAGE-AID	Cribado breve combinado alcohol/drogas	4 ítems · 1-2 min

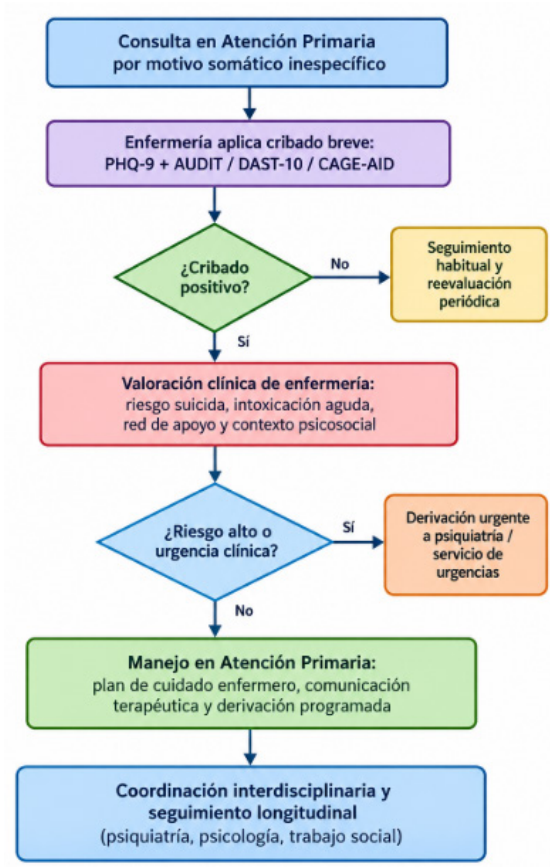


Figura 2.2. Algoritmo orientativo para la valoración del riesgo y la derivación de personas con síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas en atención primaria de salud.

Como se muestra en la figura 2.2, la valoración del riesgo y la identificación de las necesidades asistenciales permiten orientar las decisiones de enfermería y determinar cuándo resulta necesaria una derivación a servicios especializados o de urgencias. A partir de esta valoración, las intervenciones dirigidas a personas con síntomas depresivos y consumo problemático de sustancias psicoactivas pueden organizarse en tres ámbitos complementarios: la atención y estabilización durante las situaciones de crisis, el seguimiento terapéutico continuado y el acompañamiento para la recuperación funcional y la integración familiar y comunitaria. Estos ámbitos no constituyen etapas necesariamente sucesivas, debido a que las necesidades de cuidado pueden variar durante la evolución clínica.

Ante una crisis aguda, las prioridades de enfermería incluyen la valoración del estado general, la identificación de signos de intoxicación o abstinencia, la vigilancia de posibles complicaciones y la activación oportuna de los protocolos asistenciales correspondientes. Estas actuaciones deben acompañarse de medidas de apoyo emocional y comunicación terapéutica que contribuyan a disminuir el malestar, preservar la seguridad y favorecer la participación de la persona en su proceso de atención. La integración de la vigilancia clínica y el acompañamiento terapéutico constituye un componente esencial del cuidado en situaciones de elevada vulnerabilidad física y emocional (Fuster et al., 2024).

La estabilización clínica durante la fase aguda también requiere considerar los posibles efectos del consumo de sustancias psicoactivas sobre los tratamientos farmacológicos. La coexistencia de ambas condiciones puede modificar la respuesta a determinados medicamentos antidepresivos, incrementar el riesgo de interacciones farmacológicas y dificultar la identificación de complicaciones hepáticas, cardiovasculares o neurológicas.

Estas circunstancias exigen una vigilancia clínica individualizada que considere las sustancias consumidas, los medicamentos prescritos, las condiciones de salud preexistentes y las manifestaciones observadas durante la atención (Fuster et al., 2024).

En este contexto, la función de enfermería no se limita a la administración segura de los medicamentos indicados, sino que comprende la observación de posibles efectos adversos, la identificación de signos de intoxicación o abstinencia, el seguimiento de la respuesta clínica y la comunicación oportuna de cualquier alteración relevante al equipo tratante. Como se muestra en la figura 2.3, estas actuaciones forman parte de un proceso de atención integral que articula la vigilancia clínica, la identificación de riesgos y la continuidad de los cuidados, con el propósito de prevenir complicaciones y favorecer la seguridad de la persona.

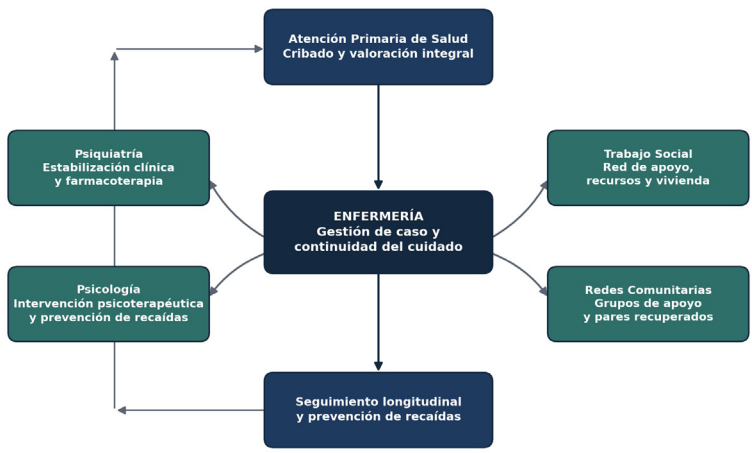


Figura 2.3. Modelo de atención integrada con enfermería como eje de gestión de casos y continuidad de los cuidados.

Fuente: elaboración propia con fines académicos. El esquema representa la coordinación interdisciplinaria y el seguimiento longitudinal, cuya organización debe ajustarse a las características de los servicios de salud y a las necesidades de cada persona.

Una vez atendidas las necesidades prioritarias de la fase aguda, la comunicación terapéutica adquiere especial importancia para favorecer la continuidad de los cuidados y la participación activa de la persona en su recuperación. La escucha activa, las estrategias de entrevista motivacional y el empleo de un lenguaje respetuoso permiten explorar las experiencias relacionadas con el consumo de sustancias, identificar dificultades para mantener el tratamiento y reconocer las expectativas individuales. Estas intervenciones contribuyen a establecer una relación de confianza en la que la persona pueda expresar sus preocupaciones sin temor a recibir juicios o respuestas estigmatizantes. No obstante, la comunicación terapéutica debe integrarse con las demás intervenciones clínicas y psicosociales, debido a que su efectividad depende también de las condiciones de salud, los recursos disponibles y la continuidad de la atención (International Council of Nurses, 2024; Lucas-Guerra et al., 2024).

La atención de personas con depresión y consumo problemático de sustancias psicoactivas requiere la coordinación entre diferentes disciplinas y niveles asistenciales. La participación de profesionales de psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería permite abordar necesidades clínicas, emocionales, familiares y sociales que difícilmente pueden resolverse mediante intervenciones aisladas. Como se representa en la figura 2.3, la enfermería puede desempeñar una función articuladora mediante el seguimiento de las necesidades identificadas, la comunicación con los profesionales implicados y la verificación de la continuidad de los cuidados. Esta responsabilidad debe desarrollarse dentro de las competencias profesionales y de los mecanismos de coordinación establecidos en cada institución. La gestión integrada favorece el intercambio oportuno de información clínica pertinente, evita duplicaciones innecesarias y contribuye a disminuir la fragmentación

asistencial, especialmente cuando la persona requiere atención simultánea en diferentes servicios (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

La prevención de recaídas constituye otro componente del seguimiento de enfermería y debe comprenderse como un proceso continuo de identificación de riesgos, fortalecimiento de recursos personales y preparación de respuestas ante situaciones de vulnerabilidad. Su finalidad no consiste en garantizar la ausencia absoluta de nuevos episodios de consumo, sino en reducir su probabilidad, reconocer tempranamente las señales de alerta y limitar sus posibles consecuencias. Para ello, resulta conveniente elaborar conjuntamente con la persona un plan individualizado que identifique desencadenantes emocionales, interpersonales y ambientales, así como estrategias alternativas de afrontamiento y recursos de apoyo accesibles. La educación sobre el deseo intenso de consumo, conocido como *craving*, puede contribuir a reconocer sus manifestaciones y comprender que su aparición no implica necesariamente una recaída ni representa un fracaso personal. Asimismo, el plan debe contemplar las acciones que corresponde adoptar ante un nuevo episodio de consumo y los mecanismos para restablecer oportunamente el contacto con los servicios de salud (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

El seguimiento mediante recursos de comunicación a distancia puede complementar la atención presencial cuando las condiciones geográficas, económicas o personales dificultan la asistencia periódica a los servicios de salud. Las consultas telefónicas y otras modalidades de atención telemática permiten mantener el contacto terapéutico, explorar dificultades relacionadas con la adherencia, reforzar las recomendaciones acordadas y reconocer manifestaciones que requieran una evaluación adicional. Sin embargo, su utilización debe considerar las características clínicas de la persona, la

confidencialidad de la información, la disponibilidad de medios tecnológicos y las competencias del personal responsable. La atención a distancia no sustituye la valoración presencial cuando existen signos de gravedad, riesgos inmediatos o necesidades de exploración clínica directa. Además, las dificultades de conectividad, el acceso limitado a dispositivos y las desigualdades en las habilidades digitales pueden restringir su aplicación, particularmente en poblaciones rurales o socialmente vulnerables.

La planificación de estas intervenciones requiere relacionar las necesidades identificadas durante la valoración con los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones de cuidado correspondientes. Esta articulación favorece la organización del seguimiento y permite evaluar la evolución de la persona mediante criterios previamente definidos. La tabla 2.4 presenta correspondencias orientativas entre problemas identificados, diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados esperados, con el propósito de facilitar la elaboración de planes de cuidados individualizados. Su contenido debe interpretarse como un recurso académico que requiere adaptación a la valoración clínica, las clasificaciones de enfermería vigentes y los protocolos institucionales.

Tabla 2.4. Correspondencias orientativas entre diagnósticos, intervenciones y resultados esperados de enfermería en personas con depresión y consumo de sustancias psicoactivas.

Diagnóstico NANDA-I	Intervención NIC	Resultado NOC esperado
Afrontamiento ineficaz (00069)	Apoyo emocional; asesoramiento	Afrontamiento de problemas
Riesgo de suicidio (00150)	Prevención del suicidio; potenciación de la seguridad	Autocontrol del impulso suicida

Aislamiento social (00053)	Fomento de la socialización; fomentar la implicación familiar	Implicación social
Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	Aumentar el afrontamiento; apoyo en la toma de decisiones	Aceptación: estado de salud
Ansiedad excesiva (00400)	Reducción de la ansiedad; técnicas de relajación	Nivel de ansiedad
Duelo complicado (00135)	Facilitación del duelo; apoyo emocional	Resolución de la aflicción

La participación de personas con experiencia vivida de depresión y trastornos relacionados con el consumo de sustancias constituye un recurso complementario para fortalecer los procesos de recuperación y el apoyo comunitario. El acompañamiento entre pares permite compartir experiencias, estrategias de afrontamiento y conocimientos adquiridos durante la recuperación, favoreciendo la identificación con otras personas que han enfrentado situaciones semejantes. Este intercambio puede contribuir a disminuir el aislamiento, fortalecer la esperanza y promover la vinculación con los servicios de salud. Sin embargo, la experiencia personal no sustituye la formación profesional ni garantiza resultados equivalentes en todas las personas, por lo que su incorporación debe desarrollarse mediante funciones claramente definidas, preparación adecuada, supervisión y coordinación con el equipo asistencial. Desde la perspectiva de enfermería, la colaboración con redes de apoyo entre pares puede ampliar los recursos disponibles para el seguimiento y favorecer la continuidad de los cuidados, siempre que se respeten la autonomía, la confidencialidad y las necesidades individuales (International Council of Nurses, 2024; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

La aplicación de estos fundamentos a situaciones concretas permite comprender cómo la valoración

integral, la identificación de necesidades y la planificación de intervenciones se articulan durante el proceso de atención de enfermería. Con esta finalidad, se presentan tres casos clínicos ficticios, elaborados exclusivamente con propósitos didácticos, que no corresponden a personas reales ni proceden de expedientes clínicos identificables. Cada caso se organiza mediante las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación, incorporando, cuando corresponde, los diagnósticos de NANDA International, las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería. Estas situaciones permiten ilustrar diferentes necesidades asistenciales y alternativas de cuidado, sin constituir modelos de actuación aplicables de manera uniforme a todas las personas.

- Caso Clínico 1

Paciente: J. M., varón de 44 años, estado civil casado, trabajador de la construcción, sin antecedentes psiquiátricos previos documentados. Asiste a la consulta de atención primaria de un centro de salud tipo A por insomnio y dolor lumbar persistente.

Valoración: Durante la entrevista se identifica consumo diario de alcohol, que el paciente refiere utilizar para conciliar el sueño. Posterior a estos episodios manifiesta pérdida de interés en actividades que hace poco tiempo disfrutaba, cansancio y fatiga constante dificultad para concentrarse en tareas sencillas, desde hace aproximadamente cuatro meses, lo cual coincide con la pérdida de su empleo anterior. PHQ-9: 16 puntos (depresión moderada-severa). AUDIT: 19 puntos (alto riesgo por consumo). No se ha identificado ideación suicida activa, aunque sostiene pensamientos de no valer para nada.

Diagnóstico NANDA-I: afrontamiento ineficaz (00069), relacionado con una crisis situacional personal

(pérdida de empleo) y manifestado la estrategia de manejo del malestar emocional a través del uso de alcohol.

Intervenciones NIC: apoyo emocional; entrevista motivacional para reducir el consumo de alcohol asesoramiento en la derivación programada a psiquiatría y a un grupo de apoyo comunitario.

Resultados NOC: afrontamiento de problemas. Planificamos que el paciente reconozca las estrategias y alternativas de manejo del malestar en un plazo de cuatro semanas, y que asista a la primera cita de seguimiento psiquiátrico.

Evaluación: en las siguientes cuatro semanas, J. M. se mantiene un seguimiento con el servicio de psiquiatría, y nos refiere una reducción del consumo (de diario a dos veces por semana) ha estado participando en un grupo de apoyo local. Al control el PHQ-9 desciende a 11 puntos. Se mantiene el seguimiento con enfermería cada dos semanas.

- Caso clínico 2

Paciente: R. U., mujer de 22 años, estudiante universitaria, vive con su familia. Acude acompañada de su madre, quien refiere preocupación por *cambios de humor* y aislamiento progresivo en los últimos tres meses.

En la valoración individual: R. U. nos muestra consumo de cannabis casi diario desde hace seis meses, que describe como la única forma de *apagar la cabeza* ante la ansiedad y la desesperanza ya que tiene la necesidad evadir todo lo relacionado con dificultades académicas. Se reporta ausentismo en sus jornadas estudiantiles y alejamiento social, sobre todo en refiriere a sus amistades del ámbito universitario. Niega el consumo de otras sustancias. PHQ-9: 13 puntos (depresión moderada). DAST-10: 5 puntos (problema moderado relacionado con el consumo).

No refiere alguna idea suicida en esta consulta ni en épocas recientes, aunque sí desesperanza frente al futuro académico (no encuentro la salida).

Diagnóstico NANDA-I: Aislamiento social (00053), relacionado con desregulación afectiva y consumo de cannabis como mecanismo de evitación manifestado por la negativa a tener contacto con sus amistades.

Intervenciones NIC: fortalecimiento en sus relaciones interpersonales; apoyo emocional; fomentar la implicación familiar; psicoeducación a la madre sobre la neurobiología del consumo y la prevención de dinámicas de sobreprotección.

Resultados NOC: implicación social. Se espera que R. U. retome al menos una actividad académica o social estructurada en un plazo de seis semanas, y que la familia participe en al menos una sesión de psicoeducación.

Evaluación: a las seis semanas, R. U. ha retomado la asistencia a dos de sus cinco materias y acude a una primera consulta con psicología. La madre participa en una sesión de psicoeducación familiar y refiere mayor comprensión sobre cómo acompañar sin presionar. El consumo de cannabis se mantiene, aunque con menor frecuencia auto reportada; se sostiene el seguimiento con enfermería y la mantener el seguimiento por psicología.

- Caso clínico 3

Paciente: R. T., varón de 58 años, trabajador agrícola, con antecedente de hipertensión arterial controlada. Acude a un centro de salud tipo A por control rutinario y menciona, casi al final de la consulta, que *ya no duerme bien desde que falleció su esposa* hace ocho meses.

Valoración: el personal de enfermería realiza una entrevista más profunda y detecta un consumo diario

de alcohol que el paciente minimiza inicialmente (*solo para el frío*), además de aislamiento progresivo de sus hijos adultos y abandono de actividades comunitarias que antes disfrutaba. PHQ-9: 14 puntos (depresión moderada). AUDIT: 12 puntos (consumo de riesgo). Refiere sentirse una carga para su familia, sin planificación suicida activa.

Diagnóstico NANDA-I: duelo disfuncional (00135), relacionado con la pérdida reciente de su cónyuge y manifestado por aislamiento social y consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento.

Intervenciones NIC: facilitación del duelo; apoyo emocional; fomentar la implicación familiar; derivación a control periódico en la unidad de salud mental comunitaria más cercana.

Resultados NOC: resolución de la aflicción. Se espera que el paciente retome al menos dos actividades comunitarias antes de los dos meses y reduzca el consumo de alcohol auto reportado.

Evaluación: a los dos meses, R. T. ha retomado su participación en actividades comunitarias y refiere consumo de alcohol limitado a reuniones sociales ocasionales. El PHQ-9 de control desciende a 8 puntos. La familia se involucra activamente en el seguimiento, y se mantiene el control con enfermería cada mes.

Los tres casos comparten un elemento común, más allá de la edad, el motivo de consulta o la sustancia involucrada: en ninguno de ellos el consumo constituyó el problema que motivó inicialmente la consulta, sino que emergió durante una entrevista suficientemente atenta. En esto reside, nuevamente, el punto central de este capítulo: cuando la valoración de enfermería se restringe al motivo de consulta explícito, una proporción considerable de estos casos permanece sin identificarse.

2.3. Apoyo psicosocial, consideraciones éticas y evidencia científica para el cuidado de enfermería

La participación de la familia constituye un componente relevante en los procesos de recuperación de personas con depresión y consumo problemático de sustancias psicoactivas. El entorno familiar puede proporcionar apoyo emocional, acompañamiento y recursos materiales que favorezcan la continuidad de los cuidados. Sin embargo, también pueden presentarse conflictos, dificultades de comunicación, sobrecarga y dinámicas relacionales que incrementen el malestar de sus integrantes. Estas circunstancias no son necesariamente excluyentes y pueden modificarse durante la evolución del problema de salud. Una revisión sistemática con metaanálisis sobre intervenciones psicosociales dirigidas a familiares de personas con consumo problemático identificó beneficios relacionados con el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar, particularmente cuando las intervenciones incorporaban componentes estructurados de psicoeducación y apoyo (Rushton et al., 2023).

La orientación familiar desarrollada por enfermería debe trascender la transmisión de información sobre las manifestaciones clínicas y los tratamientos disponibles. Su finalidad comprende el fortalecimiento de habilidades de comunicación, la identificación de necesidades de apoyo y el establecimiento de límites que favorezcan relaciones respetuosas y sostenibles. En este proceso, resulta importante diferenciar el acompañamiento de la sobreprotección, el establecimiento de acuerdos de las conductas punitivas y la preocupación legítima de las prácticas de vigilancia que pueden afectar la autonomía de la persona. Asimismo, deben explorarse situaciones en las que algún integrante de la familia subordina de manera persistente sus propias necesidades al cuidado de la persona afectada, debido a que

estas dinámicas pueden contribuir a la sobrecarga emocional y al deterioro de las relaciones familiares. Su identificación requiere una aproximación individualizada, sin atribuir automáticamente patrones disfuncionales a todas las familias que participan en el proceso de recuperación.

La valoración de enfermería también debe considerar la capacidad real de la familia para asumir responsabilidades de cuidado. La disponibilidad de tiempo, los recursos económicos, las condiciones de salud de los cuidadores, las relaciones entre sus integrantes y la existencia de redes de apoyo influyen en las posibilidades de proporcionar acompañamiento continuado. No todas las familias cuentan con las condiciones necesarias para responder a las demandas de un proceso prolongado, por lo que asignar responsabilidades sin evaluar previamente estas circunstancias puede incrementar la sobrecarga y comprometer la continuidad de los cuidados. En consecuencia, la planificación debe establecer acuerdos realistas, reconocer las limitaciones existentes y facilitar el acceso a recursos profesionales y comunitarios cuando las necesidades superen las capacidades del entorno familiar.

Los grupos de apoyo mutuo representan una alternativa complementaria para favorecer el intercambio de experiencias y el fortalecimiento de las redes sociales. Su funcionamiento permite que personas que atraviesan situaciones semejantes compartan estrategias de afrontamiento, dificultades y recursos utilizados durante la recuperación. La participación en estos espacios puede contribuir a disminuir el aislamiento, fortalecer el sentido de pertenencia y ampliar las oportunidades de apoyo emocional. Desde la enfermería comunitaria, resulta pertinente identificar organizaciones y grupos disponibles, orientar sobre sus características y promover la participación voluntaria cuando responda a las necesidades y preferencias de la persona. No

obstante, su implementación requiere condiciones adecuadas de organización, confidencialidad y acompañamiento, por lo que no debe asumirse que cualquier espacio de encuentro constituye por sí mismo una intervención terapéutica suficiente.

Cuando la persona con depresión y consumo problemático de sustancias tiene hijos a su cargo, la valoración familiar debe incorporar las posibles repercusiones de estas condiciones sobre el bienestar infantil. La exposición persistente a conflictos familiares, dificultades de cuidado, inestabilidad emocional o situaciones de violencia puede incrementar la vulnerabilidad de niños y adolescentes, aunque sus consecuencias dependen de múltiples factores y no determinan necesariamente la aparición de trastornos posteriores. En estos casos, enfermería puede identificar necesidades de apoyo familiar, promover prácticas de crianza protectoras y facilitar la coordinación con servicios de salud, educación y protección social. Cuando se detecten indicios de negligencia, maltrato u otras situaciones que comprometan la seguridad de los menores, corresponde activar los procedimientos institucionales y legales aplicables, respetando las competencias profesionales y los principios de protección de la infancia.

El acompañamiento comunitario amplía las posibilidades de recuperación al incorporar recursos que trascienden la atención clínica. Los programas de apoyo habitacional, orientación laboral, inclusión social y reducción del estigma pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida y disminuir barreras que dificultan la continuidad del tratamiento. La enfermería comunitaria desempeña una función relevante en la identificación de necesidades sociales, la orientación hacia recursos disponibles y la coordinación con instituciones y organizaciones del entorno. Sin embargo, la efectividad de estas actuaciones depende de la existencia de servicios

accesibles y de mecanismos de articulación entre los sectores sanitario y social. La Organización Mundial de la Salud (2021) destaca la importancia de avanzar hacia modelos comunitarios de atención en salud mental que integren el respeto a los derechos humanos, la participación de las personas y el acceso a apoyos sociales.

En el contexto ecuatoriano, la articulación entre los establecimientos de salud, los servicios sociales y las iniciativas comunitarias puede favorecer respuestas más integrales ante las necesidades de las personas con depresión y consumo problemático de sustancias. Las oportunidades de formación, empleo y acompañamiento social deben explorarse de acuerdo con los recursos efectivamente disponibles en cada territorio, evitando establecer como requisito general la divulgación de información clínica sensible. Asimismo, la valoración de enfermería debe reconocer el desgaste físico y emocional que puede experimentar el cuidador informal durante procesos prolongados de atención. La identificación de signos de sobrecarga, la orientación sobre estrategias de autocuidado y la facilitación de apoyos oportunos contribuyen a proteger tanto el bienestar del cuidador como la sostenibilidad de la red familiar.

La inclusión laboral merece una consideración específica dentro del acompañamiento comunitario, debido a su relación con la autonomía, la participación social y la organización de la vida cotidiana. Mantener, recuperar o iniciar una actividad ocupacional significativa puede favorecer el establecimiento de rutinas, fortalecer la percepción de capacidad personal y ampliar las oportunidades de interacción social. Sin embargo, la incorporación al empleo debe responder a las condiciones clínicas, las preferencias y las posibilidades de cada persona, sin establecer exigencias que incrementen su vulnerabilidad. En este sentido, la orientación vocacional y el acompañamiento para la inserción

laboral pueden integrarse progresivamente en los planes de recuperación, en lugar de considerarse exclusivamente como actuaciones posteriores a la desaparición de los síntomas o al logro de la abstinencia. Su implementación requiere coordinación entre los servicios de salud y los recursos educativos, laborales y comunitarios disponibles.

El cuidado de personas con depresión y consumo de sustancias psicoactivas también plantea situaciones éticas complejas, particularmente cuando existe riesgo de autolesión, conducta suicida, intoxicación grave o alteraciones que comprometen la capacidad para tomar decisiones. En estas circunstancias, el respeto a la autonomía debe analizarse conjuntamente con las responsabilidades profesionales relacionadas con la protección de la vida, la prevención del daño y la prestación de una atención segura. Entre los factores asociados con el riesgo suicida se encuentran los antecedentes de intentos previos, la desesperanza, el aislamiento social y determinadas experiencias de pérdida o crisis personal. No obstante, ninguno de estos elementos permite predecir de manera aislada la conducta suicida, por lo que su identificación debe integrarse en una valoración clínica estructurada y contextualizada (Centers for Disease Control and Prevention, 2026). Ante una situación de riesgo inmediato, corresponde activar los protocolos asistenciales y de emergencia establecidos, procurando mantener una comunicación clara sobre las decisiones adoptadas y favorecer la participación de la persona en la medida en que sus condiciones clínicas lo permitan (International Council of Nurses, 2024).

El estigma institucional constituye otra dificultad ética que puede afectar la calidad de la atención. Su presencia puede manifestarse mediante expresiones descalificadoras, interpretaciones negativas de determinadas conductas o decisiones asistenciales basadas en prejuicios relacionados con los trastornos

mentales y el consumo de sustancias. Calificar a una persona como manipuladora, irresponsable o carente de voluntad, sin explorar las circunstancias que influyen en su comportamiento, puede limitar la comprensión de sus necesidades y deteriorar la relación terapéutica. Por ello, la práctica de enfermería requiere una revisión crítica del lenguaje profesional, las actitudes y los procedimientos utilizados durante la atención. La adopción de una perspectiva centrada en la persona favorece el reconocimiento de su dignidad, la individualización de los cuidados y la prevención de prácticas discriminatorias (American Psychiatric Association, 2022).

La atención continuada de personas que experimentan sufrimiento psicológico, crisis recurrentes y dificultades relacionadas con el consumo de sustancias también puede generar consecuencias para el bienestar del personal de enfermería. La exposición sostenida a situaciones emocionalmente exigentes, especialmente cuando se combina con una elevada carga asistencial y recursos institucionales insuficientes, puede contribuir al agotamiento profesional y a manifestaciones de fatiga por compasión. Estas experiencias no deben interpretarse exclusivamente como dificultades individuales, debido a que también se relacionan con las condiciones de organización del trabajo y la disponibilidad de mecanismos de apoyo. La supervisión clínica, los espacios de reflexión profesional, la distribución adecuada de responsabilidades y las medidas institucionales de protección del bienestar laboral constituyen recursos importantes para favorecer la calidad y continuidad de los cuidados (International Council of Nurses, 2024).

La confidencialidad de la información clínica representa un principio esencial de la relación terapéutica y adquiere especial relevancia cuando los familiares solicitan conocer aspectos del diagnóstico, el tratamiento o los patrones de consumo

que la persona no ha autorizado a compartir. La preocupación legítima del entorno familiar no elimina el deber profesional de proteger la información sensible, salvo en las circunstancias previstas por la legislación y los protocolos aplicables. En estos casos, enfermería debe explicar con claridad los límites de la información que puede proporcionar, promover la participación familiar cuando exista consentimiento y orientar a los allegados sobre formas de apoyo que no requieran revelar datos clínicos reservados. Este equilibrio permite preservar la confianza de la persona atendida, respetar su autonomía y mantener una comunicación profesional con la familia, sin desconocer las responsabilidades asistenciales ante situaciones de riesgo.

El ejercicio de enfermería ante la depresión y el consumo problemático de sustancias psicoactivas requiere una actitud de humildad clínica, entendida como el reconocimiento de la complejidad de los procesos de recuperación y de los límites del conocimiento profesional. La evolución de estas condiciones no responde necesariamente a una secuencia uniforme ni a plazos previamente establecidos, debido a que intervienen factores clínicos, psicológicos, familiares y sociales que pueden modificar los resultados de las intervenciones. En consecuencia, la ausencia de mejorías inmediatas no debe interpretarse automáticamente como un fracaso asistencial, sino como una circunstancia que exige revisar las necesidades de cuidado, los recursos disponibles y las estrategias utilizadas. Mantener el rigor clínico en condiciones de incertidumbre implica fundamentar las decisiones en la evidencia científica, reconocer sus limitaciones y sostener una relación terapéutica respetuosa de los tiempos y las particularidades de cada persona.

La reflexión profesional también debe considerar que quienes participan en la atención pueden haber experimentado situaciones personales

o familiares relacionadas con la depresión y el consumo de sustancias. Estas experiencias pueden influir en la manera de comprender el sufrimiento, establecer relaciones terapéuticas e interpretar determinadas conductas. Aunque la experiencia personal puede favorecer la empatía, también puede introducir expectativas, respuestas emocionales o interpretaciones que requieren reconocimiento y reflexión crítica. Por ello, la supervisión profesional, el autocuidado y los espacios institucionales de análisis de la práctica constituyen recursos importantes para preservar la calidad de la atención. Este reconocimiento no implica exigir la divulgación de experiencias privadas, sino promover condiciones que permitan identificar posibles dificultades y mantener límites profesionales adecuados.

La evidencia científica disponible sobre la coexistencia de depresión y consumo problemático de sustancias ha contribuido a ampliar la comprensión de sus mecanismos clínicos y de las posibilidades de intervención. Sin embargo, su interpretación requiere considerar las características metodológicas de los estudios y las condiciones en que fueron desarrollados. Entre las limitaciones que pueden presentarse en las investigaciones neurobiológicas se encuentran el tamaño reducido de determinadas muestras, la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y las dificultades para establecer relaciones causales entre los procesos observados. Estas condiciones pueden restringir la generalización de los resultados a personas con características diferentes de las incluidas en las investigaciones (Fuster et al., 2024). Asimismo, los estudios que utilizan cuestionarios de autoinforme para explorar el consumo de sustancias pueden verse afectados por dificultades de recuerdo, respuestas condicionadas por la deseabilidad social y reticencias a comunicar determinadas prácticas, especialmente cuando existe temor a la estigmatización o a posibles consecuencias de

revelar el consumo (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023).

Desde la perspectiva de enfermería, uno de los desafíos consiste en trasladar los conocimientos disponibles a procedimientos asistenciales viables en los servicios de atención primaria de salud. La existencia de instrumentos de detección y recomendaciones clínicas no garantiza su incorporación sistemática a la práctica cotidiana, debido a que su utilización depende de la preparación del personal, la disponibilidad de tiempo, los recursos institucionales y los mecanismos de coordinación entre servicios. Las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence (2016) constituyen una referencia para orientar la identificación y atención de problemas relacionados con el consumo de sustancias, aunque su aplicación requiere adaptación a las características de cada sistema sanitario. Por su parte, Lucas-Guerra et al. (2024) aportan elementos para examinar las intervenciones de enfermería dirigidas a personas con trastornos relacionados con el consumo, así como las condiciones que pueden influir en su desarrollo y evaluación. Estas contribuciones permiten reconocer la necesidad de fortalecer la articulación entre la evidencia científica y las posibilidades reales de implementación asistencial.

Otra limitación que merece atención corresponde a la selección de los indicadores utilizados para evaluar los resultados de las intervenciones. La reducción del consumo, la abstinencia y la adherencia terapéutica constituyen dimensiones relevantes, pero no permiten describir por sí solas la totalidad del proceso de recuperación. También resulta necesario considerar el funcionamiento familiar, la calidad de vida percibida, la participación comunitaria, la autonomía personal y las oportunidades de integración educativa o laboral. La incorporación de estos indicadores exige diseños de investigación capaces de observar la evolución durante períodos suficientemente prolongados y

de reconocer los cambios que pueden producirse después de finalizar una intervención formal. Aunque los estudios longitudinales presentan mayores exigencias de seguimiento y recursos, pueden aportar información relevante sobre la sostenibilidad de los resultados y las condiciones que favorecen la recuperación funcional.

La aplicación de la evidencia científica en América Latina requiere considerar las diferencias entre los contextos donde se desarrollan las investigaciones y las condiciones de funcionamiento de los servicios de salud de la región. Los modelos de atención evaluados en sistemas sanitarios con mayor disponibilidad de profesionales, infraestructura y recursos especializados no siempre pueden trasladarse directamente a establecimientos que enfrentan limitaciones organizativas o dificultades de acceso. En Ecuador, la carga de los trastornos mentales documentada por la Organización Panamericana de la Salud (2018) refuerza la importancia de desarrollar respuestas asistenciales acordes con las necesidades de la población. Sin embargo, la magnitud del problema no permite establecer, por sí sola, cuáles intervenciones de enfermería resultan más efectivas en los diferentes territorios. Por ello, se requiere fortalecer la producción de evidencia contextualizada, evaluar las experiencias de implementación y adaptar los procedimientos de atención a las características culturales, sociales e institucionales de cada comunidad.

Una consideración metodológica adicional se relaciona con los criterios de selección de participantes utilizados en determinadas investigaciones clínicas. Los ensayos controlados pueden establecer requisitos de inclusión y exclusión destinados a reducir la heterogeneidad de las muestras y facilitar la evaluación de los efectos de una intervención. Sin embargo, cuando estos criterios excluyen a personas con múltiples enfermedades concomitantes, consumo

simultáneo de varias sustancias o condiciones de elevada vulnerabilidad social, los resultados pueden presentar limitaciones para su aplicación a poblaciones con necesidades asistenciales más complejas. Esta situación no invalida los hallazgos obtenidos, pero exige valorar su aplicabilidad antes de incorporarlos a los planes de cuidados. Desde la enfermería basada en la evidencia científica, la toma de decisiones debe integrar los resultados de la investigación con el juicio clínico, las preferencias de la persona y las condiciones concretas de atención, evitando la aplicación mecánica de recomendaciones que no hayan considerado las particularidades de la población atendida.

La participación de personas con experiencia vivida de depresión y consumo problemático de sustancias constituye otra dimensión relevante para el desarrollo de investigaciones orientadas a las necesidades reales de atención. Su incorporación en la identificación de problemas, la definición de resultados de interés y la valoración de las intervenciones puede contribuir a reconocer aspectos que no siempre se identifican desde una perspectiva exclusivamente profesional. Entre ellos se encuentran la aceptabilidad de los procedimientos, las barreras para mantener el tratamiento, las experiencias de estigmatización y las prioridades personales relacionadas con la recuperación. Esta participación debe desarrollarse mediante procedimientos éticos que garanticen el consentimiento informado, la confidencialidad y el reconocimiento de las contribuciones realizadas, sin asumir que una experiencia individual representa necesariamente la diversidad de situaciones existentes.

En síntesis, la evidencia científica constituye un fundamento indispensable para orientar los cuidados de enfermería dirigidos a personas con depresión y consumo problemático de sustancias psicoactivas. No obstante, su utilización requiere una valoración

crítica de la calidad metodológica, la pertinencia de los resultados y las posibilidades de aplicación en diferentes contextos asistenciales. La tabla 2.5 presenta una síntesis de las principales fuentes examinadas en el capítulo, considerando su enfoque, los aportes relevantes para la práctica de enfermería y las limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar sus resultados. Esta sistematización permite identificar áreas que requieren mayor desarrollo investigativo y favorece una utilización contextualizada de los conocimientos disponibles.

Tabla 2.5. Síntesis de la evidencia científica sobre depresión, consumo de sustancias psicoactivas y cuidados de enfermería.

Fuente citada	Enfoque / población de estudio	Hallazgo principal	Limitación metodológica señalada
Fuster et al. (2024)	Estudios neurobiológicos de la comorbilidad depresión-consumo	Aporta base neurobiológica y clínica de la coexistencia entre ambos cuadros	Muestras reducidas y poco diversas; limita la generalización de los hallazgos
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2023)	Cribado poblacional del consumo de sustancias	Documenta la recaída como episodio esperable de una trayectoria no lineal, no como fracaso	Depende de autoinformes que probablemente subestiman el consumo de sustancias sintéticas
Lucas-Guerra et al. (2024)	Revisión sistemática de intervenciones enfermeras en el trastorno por consumo de sustancias	Identifica evidencia razonable de eficacia de las intervenciones enfermeras	Implementación sostenida escasa fuera de contextos especializados

National Institute for Health and Care Excellence (2016)	Guías clínicas de cribado en atención primaria	Orienta protocolos de detección y valoración estructurada de la comorbilidad	Escasos estudios incorporan una valoración estructurada de factores protectores, además de los de riesgo
Organización Panamericana de la Salud (2018)	Carga de los trastornos mentales en Ecuador	Documenta una brecha de atención amplia, en particular fuera de zonas urbanas	La literatura sobre intervenciones evaluadas específicamente en el ámbito ecuatoriano o andino permanece escasa
Khantzian (1997)	Formulación teórica de la hipótesis de la automedicación	Postula el consumo como un intento de regular estados afectivos que no recibieron tratamiento adecuado	Es una hipótesis clínica formulada hace casi tres décadas, que requiere actualización mediante evidencia neurobiológica contemporánea
National Institute on Drug Abuse (2024)	Evidencia neurobiológica sobre estrés sostenido y circuitos de recompensa	Vincula el estrés sostenido con alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y en los circuitos de recompensa	No sustituye la lectura psicosocial del fenómeno ni explica, por sí sola, el mantenimiento del consumo

El análisis desarrollado permite reconocer que, aunque los avances teóricos y neurobiológicos han contribuido a comprender mejor la relación entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas, persisten desafíos para trasladar estos conocimientos a intervenciones de enfermería evaluadas en contextos de atención primaria de salud con recursos

limitados. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer la investigación aplicada y documentar sistemáticamente las experiencias asistenciales desarrolladas en Ecuador y otros países de América Latina. Los estudios observacionales, los reportes de casos y las series clínicas pueden aportar información relevante sobre las características de las poblaciones atendidas, las dificultades de implementación y las respuestas de cuidado, siempre que se desarrollen con rigor metodológico y respeto a los principios éticos.

La coexistencia de depresión y consumo problemático de sustancias constituye un fenómeno complejo y multifactorial, en el que interactúan procesos neurobiológicos, experiencias personales, determinantes sociales y condiciones familiares y comunitarias. Su comprensión exige superar interpretaciones centradas exclusivamente en la voluntad individual o en las manifestaciones clínicas aisladas. El consumo puede representar, en determinadas circunstancias, un intento de afrontar el sufrimiento psicológico, aunque sus consecuencias contribuyan posteriormente a intensificar el malestar y las dificultades de recuperación. Desde esta perspectiva, la valoración de enfermería debe explorar las necesidades que subyacen a las conductas observadas y reconocer las particularidades de cada persona, sin reducir su situación al diagnóstico o al patrón de consumo.

La enfermería desempeña una función relevante en la detección temprana, la identificación de riesgos, la atención durante las crisis y el seguimiento continuado de las personas con estas condiciones. Su participación adquiere especial importancia mediante la comunicación terapéutica, la aplicación contextualizada de instrumentos de cribado, la educación para la salud y la coordinación con otros profesionales y servicios. La integración de estas actuaciones en modelos de atención colaborativa

favorece la continuidad asistencial y permite abordar las necesidades clínicas, emocionales y sociales desde una perspectiva integral. No obstante, su efectividad depende también de las condiciones institucionales, la disponibilidad de recursos y la preparación del personal.

En el contexto ecuatoriano, la atención de estas personas requiere considerar las particularidades culturales, territoriales y organizativas del primer nivel asistencial. La escucha activa, el respeto a la autonomía y la valoración integral constituyen principios fundamentales que pueden incorporarse a la práctica cotidiana, aunque su aplicación sostenida exige condiciones adecuadas de trabajo, formación continua y mecanismos efectivos de coordinación. En consecuencia, la responsabilidad de proporcionar cuidados humanizados no debe atribuirse exclusivamente al esfuerzo individual del personal de enfermería, sino que también corresponde a las instituciones garantizar los recursos necesarios para desarrollar una atención segura, accesible y continua.

La recuperación debe comprenderse como un proceso individualizado que puede presentar avances, dificultades y recaídas, sin que estas últimas representen necesariamente un fracaso personal o terapéutico. La preservación de la dignidad, la validación del sufrimiento, el fortalecimiento de las redes de apoyo y el acompañamiento sostenido constituyen componentes esenciales del cuidado. Asimismo, el desarrollo de competencias especializadas y la producción de evidencia científica desde la propia disciplina resultan necesarios para mejorar la calidad de las intervenciones y responder a las necesidades de las poblaciones atendidas. Estos fundamentos adquieren particular relevancia en el abordaje del riesgo suicida y del síndrome de abstinencia, problemáticas que requieren una valoración oportuna y cuidados específicos, desarrollados en los capítulos siguientes.

- Preguntas para la reflexión

Las siguientes preguntas están dirigidas a estudiantes y profesionales de enfermería en procesos de formación de pregrado y posgrado. Su finalidad es promover la reflexión individual y colectiva sobre las prácticas de cuidado dirigidas a personas con depresión y consumo problemático de sustancias psicoactivas. No requieren respuestas únicas, sino argumentos fundamentados en los conocimientos adquiridos, la experiencia clínica y los principios éticos de la profesión.

1. ¿Qué diferencias existen entre controlar el consumo de sustancias de una persona y acompañarla terapéuticamente durante su proceso de recuperación? ¿Cómo pueden reconocerse estos enfoques en las prácticas habituales de los servicios de salud?
2. ¿De qué manera las actitudes y expresiones utilizadas por el personal de enfermería ante una recaída pueden favorecer o dificultar la continuidad del vínculo terapéutico? ¿Qué estrategias permitirían identificar y modificar posibles manifestaciones de estigmatización?
3. ¿Qué instrumentos de cribado para síntomas depresivos y consumo de sustancias psicoactivas se encuentran disponibles en los servicios de atención primaria de salud? ¿Qué factores profesionales, organizativos o institucionales pueden limitar su aplicación sistemática?
4. ¿Cómo puede garantizarse una comunicación culturalmente pertinente durante la aplicación de instrumentos como la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol y el cuestionario de cuatro preguntas adaptado para alcohol y drogas, sin modificar sus componentes estandarizados ni comprometer sus propiedades de medición?

5. ¿Qué mecanismos de autocuidado, supervisión clínica y apoyo emocional se encuentran disponibles para el personal de enfermería que atiende a personas con depresión y consumo problemático de sustancias? ¿Qué medidas podrían proponerse para fortalecerlos?
6. A partir del algoritmo presentado en la figura 2.2, ¿cuáles son las principales dificultades que pueden interrumpir la valoración, la derivación y el seguimiento de una persona con síntomas depresivos y consumo problemático de sustancias en el contexto asistencial donde se desarrollan las prácticas profesionales?
7. ¿Qué situaciones clínicas pueden generar mayores dificultades para mantener una escucha activa y libre de juicios? ¿Cómo puede el personal de enfermería reconocer sus propias respuestas emocionales y evitar que interfieran en la relación terapéutica?
8. ¿Qué funciones puede desempeñar la familia durante la recuperación de una persona con depresión y consumo problemático de sustancias? ¿Cómo puede enfermería promover su participación sin comprometer la autonomía, la confidencialidad ni el bienestar de los cuidadores?
9. ¿Cuál de las recomendaciones desarrolladas en este capítulo podría implementarse prioritariamente en el servicio de salud donde se realizan las prácticas o se ejerce profesionalmente? ¿Qué recursos, condiciones y acciones serían necesarios para garantizar su aplicación y evaluar sus resultados?

Las actividades propuestas tienen como finalidad favorecer la integración de los conocimientos teóricos con las habilidades de valoración, comunicación terapéutica, planificación de cuidados y análisis crítico de la evidencia científica. Pueden desarrollarse mediante talleres presenciales, simulaciones clínicas,

foros académicos o trabajo autónomo, de acuerdo con los objetivos formativos y los recursos disponibles. Su ejecución debe garantizar la confidencialidad de la información y el respeto a los principios éticos de la profesión.

1. Análisis de un caso clínico y planificación del alta

Seleccionar uno de los tres casos clínicos ficticios presentados en el capítulo y elaborar un plan de alta orientado a la continuidad de los cuidados y la prevención de recaídas. El plan debe identificar al menos tres posibles desencadenantes del consumo, fundamentados en la información disponible en el caso, y proponer una estrategia de afrontamiento para cada uno. Asimismo, debe incorporar recomendaciones de seguimiento, recursos de apoyo y criterios para solicitar una nueva valoración profesional.

2. Simulación de una entrevista motivacional

Organizar una simulación en parejas en la que una persona desempeñe el rol de profesional de enfermería y otra represente a un paciente que minimiza las consecuencias de su consumo. Durante la actividad se utilizará, según corresponda, la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol o el cuestionario de cuatro preguntas adaptado para alcohol y drogas, respetando sus formulaciones estandarizadas. La entrevista deberá incorporar preguntas abiertas, escucha activa y reformulación reflexiva, evitando respuestas confrontativas o estigmatizantes. Al finalizar, los participantes identificarán las estrategias comunicativas que favorecieron la expresión de información relevante y aquellas que dificultaron el diálogo.

3. Identificación y análisis de la red local de servicios

Elaborar un mapa de los servicios de salud y recursos comunitarios disponibles para la atención de personas

con síntomas depresivos y consumo problemático de sustancias psicoactivas. La actividad debe identificar los establecimientos responsables de la valoración inicial, los mecanismos de derivación, los servicios especializados accesibles y las posibilidades de seguimiento. Posteriormente, se comparará la ruta asistencial identificada con el algoritmo de la figura 2.2, señalando las principales barreras organizativas, geográficas o institucionales y proponiendo alternativas viables para mejorar la continuidad de los cuidados.

4. Debate sobre el lenguaje profesional y la prevención del estigma

Organizar un debate académico a partir de la siguiente afirmación: *La recaída debe registrarse en la historia clínica mediante un lenguaje descriptivo, preciso y libre de juicios morales, del mismo modo que cualquier otro acontecimiento clínico relevante.*

Los participantes analizarán las implicaciones éticas y asistenciales del lenguaje utilizado en los registros de enfermería, identificarán expresiones potencialmente estigmatizantes y propondrán alternativas compatibles con la objetividad clínica. La actividad concluirá con la elaboración colectiva de criterios para una documentación profesional respetuosa y fundamentada.

5. Elaboración de un plan individualizado de seguridad y prevención de recaídas

Retomar el caso clínico 1, correspondiente a J. M., y elaborar un plan individualizado que contemple las necesidades identificadas durante la valoración. El documento debe incluir al menos tres señales de alerta, dos estrategias alternativas de afrontamiento y dos recursos asistenciales o comunitarios disponibles en la localidad. También debe establecer las acciones que corresponde adoptar ante un incremento del

riesgo o la aparición de manifestaciones que requieran atención urgente.

Cuando el caso incluya riesgo suicida, deberá elaborarse un plan de seguridad específico, diferenciado del plan de prevención de recaídas, que contemple medidas de protección y mecanismos de acceso inmediato a los servicios de emergencia. No deberán inventarse recursos locales ni datos de contacto que no hayan sido verificados.

6. Revisión crítica de la evidencia científica

Seleccionar, en grupos pequeños, una de las publicaciones científicas citadas en el capítulo y realizar una lectura crítica de su contenido. El análisis deberá identificar el objetivo del estudio, el diseño metodológico, las características de la población, el tamaño y la representatividad de la muestra, los principales resultados y las limitaciones reconocidas por los autores. Posteriormente, se valorará la pertinencia de sus hallazgos para la atención primaria de salud, considerando las condiciones asistenciales, sociales y culturales del contexto ecuatoriano o de la localidad donde se desarrolla la formación.

Los resultados se presentarán mediante un informe breve o una exposición grupal que distinga los hallazgos documentados de las interpretaciones formuladas por los participantes y proponga posibles aplicaciones para la práctica de enfermería.



03 Conducta suicida

y consumo problemático de sustancias psicoactivas: valoración del riesgo, prevención y cuidados de enfermería

3.1. Fundamentos clínicos de la conducta suicida asociada al consumo de sustancias psicoactivas

El suicidio constituye uno de los principales problemas de salud pública a escala mundial debido a sus consecuencias individuales, familiares y sociales. Aunque tradicionalmente su estudio estuvo vinculado a enfoques predominantemente psiquiátricos y biomédicos, en la actualidad se reconoce como un fenómeno complejo y multidimensional, en el que interactúan factores psicológicos, neurobiológicos, sociales, culturales y ambientales. Esta perspectiva adquiere especial relevancia para enfermería, cuyos profesionales mantienen un contacto directo y continuado con personas en situaciones de vulnerabilidad, lo que favorece la identificación de manifestaciones de sufrimiento emocional y señales de alerta que pueden preceder a una crisis suicida (World Health Organization, 2014, 2021).

La relación entre la conducta suicida y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas representa un desafío particular para los servicios de salud, especialmente por la coexistencia de alteraciones emocionales, dificultades de regulación conductual y condiciones sociales que incrementan la vulnerabilidad. Diversas investigaciones han documentado una mayor frecuencia de ideación y conducta suicida entre personas con trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, en comparación con la población general. Esta asociación requiere considerar tanto los efectos de las sustancias sobre el funcionamiento psicológico como las circunstancias personales y sociales que acompañan su consumo (Fuster et al., 2024).

Los trastornos por consumo de sustancias pueden coexistir con dificultades de regulación emocional, alteraciones del juicio y problemas en la toma de decisiones, además de repercusiones en las relaciones interpersonales, la estabilidad familiar y el desempeño laboral. En determinadas circunstancias,

las recaídas pueden intensificar sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza y pérdida de control, especialmente cuando son interpretadas como fracasos individuales. La acumulación de estas experiencias puede contribuir al incremento del sufrimiento psicológico y favorecer la aparición o intensificación de pensamientos suicidas. Sin embargo, la ideación suicida no sigue necesariamente una evolución gradual ni uniforme, por lo que resulta indispensable valorar sus manifestaciones, intensidad y cambios a lo largo del tiempo (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Desde esta perspectiva, la conducta suicida debe comprenderse como un fenómeno dinámico, cuyo nivel de riesgo puede modificarse en función del estado emocional, las circunstancias vitales, la intoxicación o abstinencia de sustancias, las experiencias de crisis y la disponibilidad de recursos de apoyo. La presencia de periodos de aparente estabilidad no excluye la posibilidad de nuevas situaciones de riesgo. En consecuencia, la valoración clínica requiere explorar de manera continuada los antecedentes personales, las manifestaciones actuales, los factores de riesgo y protección, las relaciones familiares y comunitarias, así como los patrones de consumo y sus posibles cambios.

La atención primaria de salud constituye un escenario estratégico para la prevención del suicidio, debido a su accesibilidad y a las oportunidades de contacto continuado con la población. Algunas personas que experimentan pensamientos suicidas acuden inicialmente a los servicios sanitarios por manifestaciones como insomnio, ansiedad, fatiga, dolor persistente o molestias gastrointestinales, sin expresar espontáneamente su sufrimiento emocional. Estas situaciones exigen que el personal de enfermería mantenga una actitud de observación clínica, escucha activa y exploración respetuosa de posibles señales de alerta, evitando interpretar los

síntomas exclusivamente desde una perspectiva orgánica cuando existan indicios que justifiquen una valoración más amplia (World Health Organization, 2021).

En este contexto, la relación terapéutica que establece el personal de enfermería con las personas atendidas y sus familias favorece el reconocimiento de cambios emocionales, conductuales y sociales que pueden indicar un incremento del riesgo. La empatía, la comunicación libre de prejuicios y el respeto a la dignidad humana constituyen fundamentos esenciales de una atención que no debe limitarse a prevenir un desenlace fatal, sino que también debe contribuir al bienestar emocional, la reducción del estigma, el fortalecimiento de los factores protectores y la continuidad de los cuidados.

El presente capítulo aborda los fundamentos clínicos de la conducta suicida asociada al consumo problemático de sustancias psicoactivas, los factores de riesgo y protección, las estrategias de valoración y detección temprana en atención primaria de salud y las principales intervenciones de enfermería. Asimismo, examina la comunicación terapéutica, la participación familiar y comunitaria, las consideraciones éticas y el autocuidado profesional, con el propósito de ofrecer fundamentos para una práctica asistencial integral, segura y humanizada.

Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas constituyen un factor clínico relevante en la valoración del riesgo suicida, particularmente cuando coexisten con episodios de intoxicación, abstinencia, trastornos mentales y situaciones de crisis psicosocial. La asociación entre estas condiciones no responde a una relación causal única, sino a la interacción de procesos neurobiológicos, psicológicos y sociales que pueden incrementar la vulnerabilidad de determinadas personas. Por ello, su comprensión requiere analizar las características

del consumo, las condiciones de salud mental y las circunstancias individuales en las que aparecen o se intensifican los pensamientos y comportamientos suicidas.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* en su quinta edición revisada, establece criterios para identificar los trastornos por consumo de sustancias a partir de manifestaciones relacionadas con el deterioro del control sobre el consumo, sus consecuencias funcionales, los patrones de utilización riesgosa y determinados fenómenos farmacológicos. Sin embargo, la comprensión clínica de estas condiciones no debe limitarse al cumplimiento de criterios diagnósticos, pues también requiere explorar las experiencias personales, los antecedentes de trauma y los factores contextuales que pueden influir en el inicio y mantenimiento del consumo. En algunas personas, la utilización de sustancias constituye un intento de regular emociones difíciles, reducir la ansiedad o aliviar temporalmente experiencias de sufrimiento psicológico (American Psychiatric Association, 2022).

Las recaídas pueden afectar negativamente la percepción de autoeficacia y favorecer sentimientos de culpa, vergüenza o desamparo, especialmente cuando la persona interpreta el retorno al consumo como una incapacidad para recuperarse. Estas experiencias pueden adquirir mayor relevancia clínica cuando coinciden con aislamiento social, conflictos familiares, dificultades económicas, barreras de acceso a los servicios de salud o ausencia de redes de apoyo. En tales circunstancias, la valoración de enfermería debe explorar la intensidad y duración del malestar emocional, su relación temporal con el consumo y la presencia de ideación o conductas suicidas, sin asumir que todas las recaídas implican necesariamente un incremento equivalente del riesgo.

La disponibilidad de sustancias y la exposición a situaciones asociadas previamente con el consumo pueden favorecer su mantenimiento o reaparición. No obstante, el riesgo depende también de las características individuales, los antecedentes clínicos y las condiciones del entorno. Entre las sustancias de especial interés se encuentra el alcohol, debido a su capacidad para alterar el juicio, disminuir el control inhibitorio e incrementar la impulsividad durante los episodios de intoxicación. Estas modificaciones pueden dificultar la evaluación de las consecuencias de determinadas conductas y aumentar la vulnerabilidad ante situaciones de crisis emocional (Babor et al., 2001).

Los estimulantes, como la cocaína y la metanfetamina, también requieren atención particular por sus efectos sobre el funcionamiento psicológico y conductual. Su consumo puede asociarse con agitación, ansiedad intensa, alteraciones del sueño, impulsividad y, en determinadas circunstancias, síntomas psicóticos. Asimismo, durante la reducción o interrupción del consumo pueden aparecer agotamiento, alteraciones afectivas y síntomas depresivos, cuya intensidad y evolución deben valorarse individualmente. La identificación de estas manifestaciones resulta importante para reconocer situaciones de vulnerabilidad y determinar la necesidad de atención especializada.

En las personas con trastornos por consumo de opioides pueden presentarse complicaciones físicas, psicológicas y sociales que afectan su funcionamiento cotidiano. La dependencia, las experiencias de abstinencia, el aislamiento y las dificultades para mantener vínculos interpersonales pueden coexistir con sentimientos de desesperanza y pérdida de interés por las actividades habituales. A ello se añade el riesgo de sobredosis, cuya valoración exige diferenciar los episodios accidentales de aquellos en los que pudiera existir intencionalidad autolesiva. La

presencia de síntomas depresivos, apatía o anhedonia requiere una exploración clínica cuidadosa, sin atribuir automáticamente estas manifestaciones al consumo de opioides (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

La coexistencia de trastornos por consumo de sustancias con depresión, trastornos relacionados con experiencias traumáticas y otras condiciones de salud mental puede incrementar la complejidad de la valoración clínica. En algunos casos, los síntomas afectivos, conductuales o psicóticos se relacionan temporalmente con la intoxicación o la abstinencia; en otros, pueden corresponder a trastornos mentales independientes o coexistentes. Esta diferenciación resulta fundamental para evitar interpretaciones diagnósticas simplificadas y orientar las decisiones asistenciales. La evaluación debe considerar los antecedentes, la evolución temporal de los síntomas y su persistencia durante periodos de reducción o suspensión del consumo, cuando sea clínicamente posible (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

La depresión constituye una condición especialmente relevante en la valoración del riesgo suicida por su posible asociación con desesperanza, autopercepción negativa, pérdida de interés y dificultades para proyectar alternativas de futuro. Estas manifestaciones pueden intensificarse durante determinados episodios de consumo problemático o abstinencia, aunque su presencia y gravedad varían entre las personas. En consecuencia, el personal de enfermería debe explorar de manera directa y respetuosa la posible existencia de pensamientos suicidas, antecedentes de intentos, cambios recientes en el comportamiento y circunstancias que comprometan la seguridad, de acuerdo con los protocolos asistenciales establecidos.

Las experiencias traumáticas representan otra dimensión importante para comprender la relación

entre consumo de sustancias y conducta suicida. Algunas personas recurren al consumo como una estrategia de afrontamiento ante recuerdos intrusivos, ansiedad persistente o sufrimiento emocional asociado con acontecimientos adversos. Desde un enfoque de atención sensible al trauma, la valoración de enfermería debe procurar un entorno de seguridad, confianza y respeto, evitar prácticas que favorezcan la revictimización y facilitar la derivación oportuna cuando se identifiquen necesidades que excedan las competencias o recursos disponibles.

La magnitud de la asociación entre los trastornos por consumo de sustancias y la mortalidad por suicidio ha sido examinada mediante investigaciones epidemiológicas. Athey et al. (2024), en un metaanálisis que incluyó 47 estudios de cohorte realizados en 12 países, comunicaron una razón de mortalidad estandarizada de 5,58 para el conjunto de trastornos por consumo de sustancias analizados. La asociación presentó variaciones según el tipo de sustancia, con una razón de mortalidad estandarizada de 11,97 para los trastornos relacionados con anfetaminas, además de asociaciones relevantes para el alcohol y los opioides. Estos resultados indican una mortalidad por suicidio superior a la esperada en las poblaciones estudiadas, aunque su interpretación debe considerar las diferencias metodológicas y las características de cada grupo.

En relación con el alcohol, Krystkiewicz y Soyka (2025) señalan que una proporción considerable de personas con trastorno por consumo de alcohol presenta antecedentes de intentos de suicidio, con estimaciones que pueden alcanzar el 40 % en determinadas poblaciones estudiadas. Asimismo, describen estimaciones de riesgo de conducta suicida entre 10 y 14 veces superiores a las de la población general, según los indicadores y las muestras examinadas. Estas cifras deben interpretarse atendiendo a las características de los

estudios originales y no como valores uniformemente aplicables a todas las personas con este diagnóstico.

Los hallazgos expuestos respaldan la necesidad de incorporar la exploración sistemática del consumo de sustancias psicoactivas en la valoración del riesgo suicida en atención primaria de salud. Esta exploración debe integrarse con la evaluación del estado emocional, los antecedentes de conducta suicida, las comorbilidades psiquiátricas y las condiciones sociales de cada persona. Desde la perspectiva de enfermería, el reconocimiento de estas relaciones permite orientar la detección temprana, establecer prioridades de cuidado y activar oportunamente los mecanismos de protección y derivación necesarios.

El reconocimiento de las experiencias traumáticas y sus posibles repercusiones emocionales constituye un componente relevante de la valoración de enfermería. Determinadas manifestaciones conductuales, como la irritabilidad, la desconfianza, la evitación del contacto interpersonal o la resistencia a algunas intervenciones, pueden relacionarse con experiencias previas de violencia, abandono o exposición prolongada a situaciones adversas. Sin embargo, estas conductas no deben atribuirse automáticamente a antecedentes traumáticos, sino interpretarse mediante una valoración individualizada que considere las circunstancias clínicas y psicosociales de cada persona. La formación en salud mental y atención sensible al trauma favorece la identificación de estas necesidades y el desarrollo de intervenciones basadas en la escucha activa, el respeto, la seguridad emocional y el mantenimiento del juicio clínico.

El personal de enfermería desempeña una función esencial en la prevención del suicidio en personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, debido a las oportunidades de contacto directo y seguimiento durante la atención. Esta proximidad facilita la identificación de cambios en el estado

de ánimo, el comportamiento, las relaciones interpersonales y los patrones de consumo que pueden indicar un incremento de la vulnerabilidad. En este contexto, la comunicación terapéutica constituye una herramienta fundamental para establecer una relación de confianza, favorecer la expresión del sufrimiento emocional y explorar de manera directa y respetuosa la presencia de pensamientos suicidas. La escucha libre de juicios, acompañada de una valoración clínica sistemática, permite reconocer necesidades que podrían permanecer ocultas durante una consulta centrada exclusivamente en las manifestaciones físicas.

Algunas personas con consumo problemático de sustancias experimentan sentimientos de incomprensión, rechazo o aislamiento, así como dificultades para identificar y comunicar sus emociones. Estas experiencias pueden limitar la búsqueda de ayuda y obstaculizar la continuidad de la atención. Por ello, las intervenciones comunicativas deben orientarse a validar el sufrimiento, evitar la revictimización y promover la participación activa de la persona en las decisiones relacionadas con su cuidado. La entrevista motivacional, sustentada en la empatía, la colaboración y el respeto a la autonomía, ofrece recursos para explorar la ambivalencia frente al cambio y fortalecer la disposición a participar en el proceso terapéutico (Miller & Rollnick, 2013).

La recuperación de los trastornos por consumo de sustancias no sigue necesariamente una trayectoria lineal. Durante este proceso pueden presentarse periodos de estabilidad, dificultades para mantener los cambios y episodios de retorno al consumo, cuya frecuencia y características varían según las circunstancias individuales. Estas recaídas deben abordarse como acontecimientos clínicos que requieren una nueva valoración de las necesidades,

los factores desencadenantes y las estrategias de afrontamiento, sin interpretarlas como un fracaso personal o terapéutico. No obstante, cuando coinciden con desesperanza, síntomas depresivos, intoxicación u otras situaciones de vulnerabilidad, resulta indispensable reevaluar el riesgo suicida y adoptar las medidas de protección correspondientes (National Institute on Drug Abuse, 2020).

La prevención del suicidio en personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas requiere, por tanto, un abordaje integral que articule la valoración clínica, la atención de salud mental, la comunicación terapéutica y el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias. Este enfoque exige reconocer tanto las condiciones que incrementan la vulnerabilidad como los recursos personales y sociales que pueden favorecer la protección y la recuperación. La tabla 3.1 sintetiza los principales factores de riesgo, las señales de alerta y los factores protectores que deben considerarse durante la valoración de enfermería, así como sus implicaciones para la planificación y continuidad de los cuidados.

Tabla 3.1. Factores de riesgo, señales de alerta y factores protectores de la conducta suicida en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Dimensión	Elementos a valorar	Implicación para enfermería
Riesgo clínico	Ideación o conducta suicida previa, depresión, intoxicación, abstinencia, impulsividad, comorbilidad psiquiátrica.	Valorar repetidamente y de manera directa; escalar atención cuando la seguridad esté comprometida.
Riesgo psicosocial	Trauma, violencia, aislamiento, desempleo, conflicto familiar, barreras de acceso, pérdida de apoyos.	Conocer el entorno y activar las redes de apoyo social y comunitarios.

Señales de alerta	Visión pesimista del futuro, cambios conductuales, descuido personal o ausencia del autocuidado, incremento del consumo, agitación, inquietud, nerviosismo o retraimiento.	Evidenciar mediante registros los cambios observables y contrastarlos con la persona y su red de apoyo.
Factores protectores	Vínculos significativos, acceso a servicios, disposición a pedir ayuda, proyectos vitales y redes comunitarias.	Fortalecer recursos protectores sin asumir que eliminan el riesgo.

Fuente: elaborada a partir de Jobes (2023); Turecki y Brent (2016); World Health Organization (2014, 2021).

La conducta suicida constituye un fenómeno complejo y multifactorial, cuya aparición puede relacionarse con la interacción de condiciones biológicas, psicológicas, familiares, sociales y ambientales. En consecuencia, no resulta adecuado atribuirla a una causa única ni establecer relaciones causales directas a partir de factores aislados. Su comprensión requiere examinar las circunstancias individuales y los procesos que pueden incrementar la vulnerabilidad de una persona, así como los recursos disponibles para afrontar situaciones de crisis.

Entre los factores que deben considerarse se encuentran la predisposición genética, los antecedentes personales y familiares de trastornos mentales, las experiencias traumáticas, los conflictos interpersonales y las condiciones de vulnerabilidad social. Estos elementos pueden interactuar con el consumo problemático de sustancias psicoactivas y contribuir al incremento del sufrimiento emocional. Desde la perspectiva de enfermería, su identificación exige una valoración integral que permita reconocer la acumulación de condiciones de riesgo, explorar sus posibles relaciones y establecer intervenciones preventivas ajustadas a las necesidades de cada persona.

La presencia simultánea de varios factores de riesgo puede incrementar la vulnerabilidad frente a la conducta suicida, aunque esta asociación no debe interpretarse como una relación proporcional, automática o determinista. Del mismo modo, los factores protectores, como las relaciones interpersonales significativas, el acceso oportuno a los servicios de salud, las habilidades de afrontamiento y la disponibilidad de apoyo familiar y comunitario, pueden contribuir a reducir la vulnerabilidad, sin garantizar por sí mismos la ausencia de riesgo. Por ello, la valoración debe considerar tanto las condiciones que comprometen la seguridad como los recursos personales y sociales que pueden fortalecerse mediante el cuidado continuado.

Los trastornos mentales constituyen factores clínicos relevantes en la valoración del riesgo suicida, especialmente cuando coexisten con antecedentes de conducta suicida, consumo problemático de sustancias y situaciones de crisis psicosocial. La depresión puede acompañarse de desesperanza, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad y dificultades para reconocer alternativas frente al sufrimiento. Por su parte, los trastornos por consumo de sustancias pueden asociarse con alteraciones del juicio, impulsividad, desregulación emocional y deterioro del funcionamiento social. La interacción de estas condiciones, particularmente cuando se presentan conflictos familiares, aislamiento o dificultades de acceso a la atención sanitaria, puede incrementar la vulnerabilidad y exige una evaluación clínica individualizada (Hawton et al., 2012).

Los antecedentes de trauma psicológico, violencia, abuso o negligencia también deben explorarse durante la valoración integral. Estas experiencias pueden afectar la percepción de seguridad, la autoestima, la confianza interpersonal y las estrategias de afrontamiento, además de relacionarse

con dificultades emocionales persistentes. En determinados contextos, sus consecuencias pueden agravarse por condiciones de pobreza, discriminación, exclusión social o barreras para acceder a servicios especializados. Sin embargo, la exposición a acontecimientos traumáticos no determina necesariamente la aparición de conducta suicida, por lo que su análisis debe considerar la diversidad de respuestas individuales y la presencia de factores protectores (Turecki & Brent, 2016).

La identificación de señales de alerta emocionales y conductuales constituye otra responsabilidad relevante del personal de enfermería. Las manifestaciones de desesperanza, el retraimiento social, los cambios significativos en el comportamiento, el incremento del consumo de sustancias y las expresiones relacionadas con la muerte o la pérdida del sentido de la vida requieren una exploración clínica directa y oportuna. La relación terapéutica favorece la comunicación de estas experiencias y permite reconocer modificaciones que podrían pasar inadvertidas en una valoración aislada. Asimismo, la coordinación con familiares, personas significativas y recursos comunitarios, respetando la autonomía y la confidencialidad, puede contribuir al fortalecimiento de las redes de apoyo y a la continuidad de los cuidados.

En la Región de las Américas, la conducta suicida y los trastornos por consumo de sustancias representan desafíos importantes para los sistemas de salud, aunque su distribución epidemiológica presenta diferencias entre países y subregiones. Según los datos atribuidos a la Organización Panamericana de la Salud (2026), la subregión andina registra una tasa de mortalidad por suicidio de 3,9 por cada 100 000 habitantes, frente a 14,1 por cada 100 000 habitantes en América del Norte. Estas diferencias evidencian la heterogeneidad regional y la necesidad de considerar

las características demográficas, sociales y sanitarias de cada territorio al interpretar los indicadores de mortalidad.

La Organización Panamericana de la Salud (2026) también señala que, durante 2021, se estimaron 145 515 muertes atribuibles a condiciones relacionadas con el consumo de drogas en la Región de las Américas. Esta cifra comprende diferentes causas de mortalidad y no debe interpretarse como un registro exclusivo de suicidios. No obstante, permite reconocer la magnitud de las consecuencias sanitarias asociadas al consumo de sustancias y la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y atención integral.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (2023) estableció la *Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas*, orientada al fortalecimiento de las respuestas de los sistemas sanitarios frente a los problemas de salud mental y la conducta suicida. Entre sus prioridades se encuentra el desarrollo de acciones preventivas y la integración de la atención de salud mental en los servicios sanitarios, con especial relevancia para el primer nivel asistencial.

Para el personal de enfermería que desarrolla su actividad en atención primaria de salud, estas orientaciones refuerzan la necesidad de incorporar la identificación de factores de riesgo, señales de alerta y factores protectores a la valoración habitual. Su reconocimiento no debe limitarse a la recopilación de antecedentes, sino traducirse en decisiones clínicas relacionadas con la seguridad, la comunicación terapéutica, el seguimiento y la derivación oportuna. De esta manera, el análisis de la conducta suicida asociada al consumo problemático de sustancias adquiere una aplicación concreta en la prevención y en la organización de cuidados integrales, individualizados y continuados.

3.2. Valoración integral del riesgo suicida y detección temprana en atención primaria de salud

La atención primaria de salud constituye un escenario estratégico para la identificación temprana del riesgo suicida, debido a su accesibilidad y a las oportunidades de establecer relaciones terapéuticas continuadas con las personas atendidas. En numerosos casos, quienes experimentan ideación suicida o presentan trastornos por consumo de sustancias psicoactivas acuden inicialmente a los servicios generales de salud por manifestaciones como insomnio, fatiga, ansiedad, molestias gastrointestinales u otras complicaciones físicas y emocionales. Estas consultas representan oportunidades para explorar necesidades de salud mental que podrían permanecer inadvertidas si la valoración se limita exclusivamente al motivo inmediato de atención (World Health Organization, 2021).

El sufrimiento psicológico no siempre se expresa de manera espontánea durante la consulta. Algunas personas pueden experimentar dificultades para reconocer o comunicar sus emociones, mientras que otras evitan revelar sus pensamientos por temor al rechazo, la estigmatización o las posibles consecuencias de compartir información sensible. Entre las manifestaciones que requieren especial atención se encuentran las alteraciones del sueño y del apetito, el retraimiento social, la irritabilidad, los cambios significativos en el comportamiento, el incremento del consumo de sustancias y las expresiones persistentes de desesperanza. Asimismo, el abandono del autocuidado y la pérdida de interés por actividades habituales pueden indicar un deterioro del bienestar emocional. Aunque estas manifestaciones no permiten establecer por sí solas la existencia de riesgo suicida, su identificación debe motivar una exploración clínica más amplia y contextualizada (Centers for Disease Control and Prevention, 2026).

La valoración del riesgo suicida constituye un proceso clínico integral que no puede reducirse a la aplicación de cuestionarios o a la identificación aislada de señales de alerta. Requiere combinar la observación sistemática, la entrevista clínica, la exploración directa de pensamientos y comportamientos suicidas y el análisis de los factores de riesgo y protección. En este proceso, la escucha activa, la empatía y la comunicación respetuosa favorecen la expresión del sufrimiento emocional y permiten obtener información relevante para la toma de decisiones. La valoración debe realizarse sin juicios de valor y repetirse cuando se produzcan cambios clínicos o circunstancias que puedan modificar la seguridad de la persona.

En las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, la evaluación requiere especial atención a los efectos de la intoxicación, la abstinencia y las posibles comorbilidades psiquiátricas. Estas condiciones pueden modificar el estado emocional, el juicio, la impulsividad y la capacidad para participar en la entrevista clínica. Por ello, el personal de enfermería debe identificar el tipo de sustancia consumida, los patrones de utilización, los antecedentes de complicaciones y las manifestaciones actuales, además de reconocer las situaciones que requieren una intervención urgente o una valoración especializada.

En particular, los trastornos por consumo de opioides pueden coexistir con dificultades psicológicas, alteraciones del funcionamiento cotidiano y problemas en las relaciones interpersonales. Algunas personas experimentan aislamiento, estigmatización o pérdida de vínculos significativos, circunstancias que pueden incrementar su vulnerabilidad emocional. Sin embargo, estas manifestaciones no deben considerarse consecuencias inevitables del consumo de opioides, sino condiciones que requieren una valoración individualizada de los factores clínicos y

sociales implicados (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009).

La coexistencia de trastornos por consumo de sustancias con depresión, trastorno de estrés postraumático u otras condiciones de salud mental añade complejidad al proceso de evaluación. Determinados síntomas afectivos, conductuales o perceptivos pueden aparecer durante episodios de intoxicación o abstinencia, mientras que otros corresponden a trastornos independientes o preexistentes. Esta superposición exige considerar los antecedentes clínicos, la evolución temporal de las manifestaciones y su relación con los cambios en el consumo. La valoración de enfermería debe contribuir a identificar estas circunstancias y facilitar la continuidad del proceso diagnóstico mediante la coordinación con los profesionales correspondientes.

La comunicación terapéutica adquiere especial importancia cuando la persona presenta dificultades para expresar su sufrimiento o manifiesta desconfianza hacia los servicios sanitarios. Una entrevista desarrollada en un ambiente de respeto, privacidad y seguridad emocional puede favorecer la identificación de pensamientos suicidas, necesidades no atendidas y recursos personales de afrontamiento. No obstante, la empatía y la escucha activa deben complementarse con procedimientos clínicos estructurados que permitan reconocer situaciones de riesgo y adoptar oportunamente las medidas de protección necesarias.

En este sentido, la utilización de instrumentos validados de cribado constituye un recurso complementario para sistematizar la detección de posibles manifestaciones de riesgo suicida y reducir la variabilidad en los procedimientos iniciales de evaluación. Estos instrumentos no sustituyen el juicio clínico ni permiten, por sí solos, determinar

la probabilidad individual de una conducta suicida. Su principal utilidad consiste en identificar personas que requieren una valoración más detallada, facilitar la comunicación entre profesionales y contribuir a la organización de las decisiones asistenciales.

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha desarrollado procedimientos de detección y valoración de seguridad que contemplan una secuencia de actuaciones clínicas. De manera general, este proceso comprende la realización de un cribado inicial breve, una evaluación de seguridad cuando se obtiene un resultado positivo y la adopción de medidas posteriores según las necesidades identificadas. Estas pueden incluir una valoración especializada, la elaboración colaborativa de un plan de seguridad y la coordinación de la atención o derivación correspondiente. La aplicación de este enfoque debe ajustarse a las competencias del personal, los recursos disponibles y los protocolos institucionales, sin retrasar las intervenciones urgentes cuando exista peligro inmediato (Ayer et al., 2022).

Entre los instrumentos utilizados en atención primaria se encuentra el Cuestionario de Salud del Paciente de nueve ítems, diseñado para identificar y valorar la intensidad de los síntomas depresivos. Su noveno ítem explora pensamientos relacionados con la muerte o las autolesiones durante las dos semanas anteriores. Una respuesta positiva constituye una señal que requiere una evaluación clínica adicional, pero no permite establecer por sí sola la presencia, gravedad o inminencia del riesgo suicida. Del mismo modo, una respuesta negativa no excluye completamente la posibilidad de riesgo, especialmente cuando existen otras manifestaciones clínicas preocupantes. Por tanto, su utilización debe integrarse en una valoración más amplia y no considerarse un instrumento específico ni suficiente para predecir intentos de suicidio (Bryan, 2024).

Otros instrumentos, como las Preguntas de Cribado del Riesgo Suicida y la Escala Columbia de Gravedad de la Ideación Suicida, permiten explorar diferentes aspectos relacionados con los pensamientos y comportamientos suicidas. Su selección debe responder a la población atendida, el contexto asistencial, la disponibilidad de versiones validadas y la capacitación de los profesionales responsables de su aplicación. En todos los casos, los resultados deben interpretarse junto con la información obtenida durante la entrevista, los antecedentes personales, las condiciones clínicas actuales y los factores de protección identificados.

La integración de estos recursos en atención primaria de salud favorece una detección más organizada y una respuesta asistencial proporcional a las necesidades de cada persona. Para enfermería, su utilización requiere competencias de comunicación terapéutica, observación clínica, registro de información y coordinación interdisciplinaria. La tabla 3.2 presenta una síntesis de los principales instrumentos de cribado y valoración del riesgo suicida aplicables en este nivel asistencial, considerando sus características generales y las condiciones necesarias para su utilización.

Tabla 3.2. Instrumentos de cribado y valoración del riesgo suicida aplicables en atención primaria de salud.

Instrumento	Qué valora	Tiempo aproximado	Aplicador
PHQ-9 (ítem 9)	Síntomas depresivos e ideación suicida en las últimas dos semanas	5 minutos	Personal de enfermería o auxiliar de salud
Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)	Cribado breve de riesgo suicida; validado en adolescentes y adultos	2 minutos	Cualquier miembro del equipo de salud capacitado

Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Severidad y evolución temporal de la ideación y conducta suicida	5-10 minutos	Personal de enfermería o de salud mental capacitado

Fuente: elaborada a partir de Ayer et al. (2022); y Bryan (2024).

3.3. Intervenciones de enfermería, comunicación terapéutica y apoyo psicosocial ante el riesgo suicida

El estigma y la invalidación emocional constituyen barreras importantes para la atención de las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y riesgo suicida. Las experiencias de rechazo, discriminación o incomprensión en el entorno familiar, social e incluso sanitario pueden generar desconfianza, dificultar la expresión del sufrimiento psicológico y limitar la búsqueda de ayuda. Frente a estas circunstancias, el personal de enfermería debe promover una relación terapéutica basada en el respeto, la aceptación y el reconocimiento de la dignidad de cada persona, evitando actitudes que refuercen sentimientos de culpa o exclusión (Centers for Disease Control and Prevention, 2026).

La comunicación terapéutica requiere prestar atención tanto al lenguaje verbal como a las manifestaciones no verbales. La evitación del contacto visual, los silencios prolongados, la reducción de la expresividad afectiva y los cambios repentinos en la interacción pueden aportar información relevante sobre el estado emocional. Sin embargo, estas manifestaciones no deben interpretarse de manera aislada ni considerarse indicadores específicos de riesgo suicida, puesto que pueden responder a diferencias individuales, culturales o situacionales. Su valoración exige considerar el contexto clínico, los antecedentes y la información obtenida mediante una entrevista respetuosa.

La validación emocional constituye un componente esencial de esta relación de cuidado. Expresiones que minimizan el sufrimiento, como «debería estar agradecido» o «hay personas que están peor», pueden transmitir incomprensión y dificultar la comunicación. Validar las emociones no significa aprobar los pensamientos suicidas ni restar importancia al riesgo, sino reconocer que el sufrimiento experimentado por la persona merece atención y una respuesta profesional. Esta actitud favorece el establecimiento de confianza y permite explorar las necesidades emocionales sin recurrir a juicios o descalificaciones.

El enfoque de atención sensible al trauma complementa estos principios al reconocer que determinadas respuestas conductuales, como la evitación, la desconfianza o la irritabilidad, pueden estar relacionadas con experiencias adversas previas. No obstante, estas manifestaciones no deben atribuirse automáticamente a antecedentes traumáticos, sino comprenderse mediante una valoración individualizada. Desde esta perspectiva, la comunicación terapéutica debe priorizar la seguridad física y emocional, ofrecer información comprensible sobre los procedimientos asistenciales, respetar los límites personales y facilitar la participación del paciente en las decisiones siempre que las condiciones clínicas lo permitan. Estas prácticas contribuyen a disminuir el riesgo de revictimización durante la atención (Bartholow & Huffman, 2023).

El acompañamiento de personas con ideación o conducta suicida también exige capacidad de autorregulación emocional por parte del personal de enfermería. La exposición a situaciones de crisis puede generar preocupación, temor o tensión, especialmente cuando existe incertidumbre sobre la evolución clínica. En estas circunstancias, resulta fundamental mantener una actitud serena, reconocer las propias reacciones emocionales y actuar conforme a los procedimientos de seguridad establecidos. La

estabilidad comunicativa del profesional favorece un ambiente de atención más predecible y facilita la cooperación durante la valoración y las intervenciones.

La atención terapéutica no debe orientarse exclusivamente a obtener una disminución inmediata del malestar emocional. En determinadas situaciones, la persona necesita tiempo para expresar sus pensamientos, reconocer sus emociones o establecer una relación de confianza. La escucha activa, los silencios terapéuticos y la presencia profesional calmada pueden favorecer este proceso, siempre que se acompañen de una evaluación clínica continua. El silencio, por tanto, constituye un recurso comunicativo cuando responde a una intención terapéutica y no implica desatender las necesidades de seguridad.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas puede afectar las relaciones familiares y sociales, especialmente cuando existen conflictos persistentes, experiencias de rechazo o dificultades para mantener vínculos de apoyo. En este contexto, la relación terapéutica con el personal de enfermería puede adquirir especial relevancia como espacio de escucha, orientación y acompañamiento. Sin embargo, su finalidad no consiste en sustituir las relaciones personales del paciente, sino en favorecer la recuperación de vínculos significativos y facilitar el acceso a recursos familiares, comunitarios y especializados.

La seguridad de la persona constituye una prioridad durante los episodios de riesgo suicida. Las intervenciones de enfermería deben fundamentarse en una valoración individualizada que considere la presencia de pensamientos suicidas, antecedentes de intentos, acceso a medios potencialmente letales, alteraciones del juicio y condiciones clínicas asociadas. Cuando se identifica una situación de peligro inmediato, corresponde activar los protocolos institucionales, garantizar la supervisión adecuada

y facilitar una evaluación urgente por el equipo competente. Estas actuaciones deben desarrollarse mediante una comunicación respetuosa, procurando preservar la dignidad y la participación de la persona en las decisiones asistenciales.

La identificación y el manejo de los síntomas de abstinencia representan otra dimensión relevante del cuidado. Según la sustancia involucrada, la intensidad del consumo y las condiciones clínicas individuales, la abstinencia puede acompañarse de ansiedad, irritabilidad, alteraciones del sueño, malestar físico y cambios emocionales. En determinados casos, como la abstinencia grave de alcohol o sedantes, pueden aparecer complicaciones potencialmente mortales que requieren atención médica urgente. Por ello, el personal de enfermería debe vigilar las manifestaciones clínicas, reconocer signos de gravedad y coordinar las intervenciones necesarias. Cuando existen síntomas depresivos, desesperanza o antecedentes de conducta suicida, también resulta indispensable reevaluar la seguridad durante este periodo.

La educación sanitaria dirigida al paciente y su entorno familiar constituye un recurso complementario para la prevención. Comprender las relaciones entre el consumo de sustancias, las experiencias traumáticas, las alteraciones emocionales y la conducta suicida puede favorecer el reconocimiento de señales de alerta y la búsqueda oportuna de ayuda. La orientación de enfermería debe proporcionar información clara sobre las situaciones que requieren atención inmediata, las alternativas de tratamiento y los recursos disponibles, evitando explicaciones que atribuyan el trastorno por consumo de sustancias exclusivamente a una falta de voluntad o disciplina. Asimismo, debe promover una comprensión de la recuperación como un proceso posible, aunque variable y condicionado por múltiples factores (Centers for Disease Control and Prevention, 2026).

La prevención de recaídas forma parte del seguimiento de las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. La recuperación puede incluir periodos de estabilidad y episodios de retorno al consumo, sin que estos últimos deban interpretarse necesariamente como un fracaso del tratamiento. No todas las personas experimentan recaídas, ni estas siguen una secuencia uniforme. Cuando ocurren, resulta necesario explorar las circunstancias desencadenantes, las dificultades de afrontamiento, los apoyos disponibles y las necesidades de ajuste del plan terapéutico. Además, deben valorarse posibles sentimientos de culpa, vergüenza o desesperanza, especialmente cuando existen antecedentes de ideación o conducta suicida. En estos casos, la reevaluación del riesgo y la continuidad del acompañamiento constituyen medidas esenciales de cuidado (National Institute on Drug Abuse, 2020).

La atención de estas personas requiere una coordinación interdisciplinaria que integre las competencias de enfermería, medicina, psicología, psiquiatría, trabajo social y otros servicios pertinentes. La colaboración entre profesionales permite abordar simultáneamente las necesidades relacionadas con la salud mental, el consumo de sustancias, las condiciones físicas y las circunstancias familiares y sociales. Desde su ámbito de actuación, enfermería contribuye mediante la observación clínica, la identificación de necesidades, la ejecución de intervenciones, la educación sanitaria, el seguimiento y la comunicación oportuna de cambios relevantes al equipo asistencial.

La planificación de los cuidados puede apoyarse en lenguajes estandarizados de enfermería, como los diagnósticos de NANDA International, las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería. Su utilización facilita la identificación de problemas y necesidades, la

selección de actuaciones y la evaluación de los resultados, siempre que se adapte a las características individuales y a los protocolos institucionales. En este sentido, Sufrate-Sorzano et al. (2023) examinaron intervenciones de enfermería relacionadas con la atención de personas en riesgo suicida, lo que proporciona elementos para fundamentar la selección de cuidados orientados a la vigilancia de la seguridad, el apoyo emocional, el fortalecimiento de los recursos personales y la prevención de autolesiones.

Estas intervenciones deben integrarse en un plan de cuidados individualizado que establezca prioridades, responsabilidades y criterios de seguimiento. La selección de actuaciones no depende únicamente de la presencia de un diagnóstico enfermero, sino también de la gravedad de la situación, los recursos disponibles y las necesidades expresadas por la persona. La tabla 3.3 sintetiza las principales intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención de la conducta suicida, sus propósitos asistenciales y las consideraciones necesarias para su aplicación en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Tabla 3.3. Intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención de la conducta suicida en personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Intervención NIC	Descripción breve	Evidencia de respaldo	Código NIC
Vigilancia: seguridad	Monitoreo continuo del entorno y del estado del paciente para anticipar riesgo inminente	Alto nivel de evidencia en revisión panorámica	6654
Potenciación de la autoestima y fomento de la resiliencia	Fortalecimiento de recursos internos y percepción de autoeficacia frente a la crisis	Evidencia consistente en población con conducta suicida	5400 / 8340

Manejo ambiental: seguridad	Adecuación del entorno físico para reducir el acceso a medios letales	Recomendada en vías clínicas de cribado y seguridad	6486
Apoyo emocional e intervención en caso de crisis	Acompañamiento activo durante los momentos de mayor vulnerabilidad emocional	Base de la relación terapéutica descrita en 3.4 y 3.5	5270 / 6160

Fuente: Elaborada a partir de Butcher et al. (2024); Herdman et al. (2024); Sufrate-Sorzano et al. (2023).

La tabla 3.3 relaciona las intervenciones de enfermería con el diagnóstico NANDA-I [00289], Riesgo de conducta suicida, ubicado en el dominio 11, Seguridad y protección, clase 3, Violencia, y con las intervenciones correspondientes de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

La participación de la familia constituye un componente relevante de la atención integral de las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y riesgo suicida. Sin embargo, su influencia no es uniforme, pues las dinámicas familiares pueden actuar como factores protectores o contribuir al incremento de la vulnerabilidad emocional. Por ello, la valoración de enfermería debe considerar la calidad de las relaciones interpersonales, las formas de comunicación, los antecedentes de conflicto y la disponibilidad de apoyo, evitando asumir que la familia representa necesariamente un entorno seguro para todas las personas.

Las experiencias de violencia, negligencia, abuso o inestabilidad familiar pueden relacionarse con dificultades emocionales y con el desarrollo o mantenimiento de patrones problemáticos de consumo. No obstante, estas circunstancias no están presentes en todas las personas con trastornos por consumo de sustancias ni permiten establecer una relación causal directa. Su identificación requiere una exploración individualizada y respetuosa, que

considere las condiciones sociales, las experiencias personales y los recursos de afrontamiento disponibles.

Cuando existen relaciones familiares conflictivas, rechazo o dificultades persistentes de convivencia, el entorno puede intensificar el sufrimiento psicológico y obstaculizar la recuperación. Al mismo tiempo, el acompañamiento de una persona con consumo problemático de sustancias y riesgo suicida puede generar preocupación, agotamiento emocional e incertidumbre entre sus familiares o cuidadores. En estas circunstancias, la intervención educativa de enfermería debe orientarse a favorecer la comprensión del problema de salud, reconocer las necesidades de apoyo de quienes participan en el cuidado y promover estrategias de comunicación que eviten la culpabilización y la confrontación.

La educación dirigida al entorno familiar también debe incluir información sobre las señales de alerta, la importancia de solicitar ayuda profesional y las actuaciones recomendadas ante una situación de crisis. Cuando resulte pertinente y exista consentimiento de la persona atendida, los familiares pueden participar en la elaboración y aplicación de medidas de seguridad, la identificación de recursos de apoyo y la continuidad del seguimiento. Sin embargo, esta participación debe ajustarse a las condiciones de seguridad, confidencialidad y autonomía, especialmente cuando existen antecedentes de violencia o relaciones que puedan comprometer el bienestar del paciente.

Las redes de apoyo social y comunitario constituyen recursos relevantes para fortalecer la protección y favorecer la continuidad de los cuidados. Estas pueden incluir amistades, compañeros de trabajo, instituciones educativas, organizaciones comunitarias, grupos de apoyo y comunidades religiosas, de acuerdo con las preferencias y circunstancias de

cada persona. Su contribución depende de la calidad de los vínculos, la disponibilidad real de ayuda y la capacidad para ofrecer acompañamiento respetuoso durante situaciones de vulnerabilidad.

Desde la atención primaria de salud, el personal de enfermería puede facilitar la vinculación con estos recursos mediante la orientación, la coordinación interinstitucional y la participación en actividades comunitarias de promoción de la salud mental. Las acciones educativas dirigidas a familias, centros educativos y otros espacios sociales pueden contribuir a mejorar el reconocimiento de las señales de alerta, reducir actitudes estigmatizantes y favorecer la búsqueda temprana de atención. Estas intervenciones se relacionan con las orientaciones de la World Health Organization (2021) sobre la prevención del suicidio y el fortalecimiento de respuestas comunitarias articuladas con los servicios sanitarios.

La existencia de relaciones interpersonales significativas y sostenidas puede contribuir a disminuir el aislamiento, favorecer la expresión del sufrimiento emocional y facilitar el acceso oportuno a la atención. No obstante, disponer de una red de apoyo no elimina por sí mismo el riesgo suicida, particularmente cuando coexisten depresión, consumo problemático de sustancias u otras condiciones clínicas relevantes. Por esta razón, el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios debe integrarse en un plan de cuidados individualizado que contemple la valoración periódica del riesgo, la comunicación terapéutica y la coordinación con los servicios especializados cuando resulte necesario.

3.4. Consideraciones éticas, prevención del estigma y autocuidado del personal de enfermería

La atención de personas con conducta suicida y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas plantea desafíos éticos que requieren conocimientos

clínicos, sensibilidad profesional y capacidad para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre. Durante las crisis pueden coexistir sufrimiento emocional intenso, alteraciones del juicio y dificultades para participar en las decisiones relacionadas con el tratamiento. En estas circunstancias, el cuidado de enfermería debe orientarse a preservar la dignidad, garantizar la seguridad y respetar los derechos de la persona, mediante intervenciones individualizadas y ajustadas a los principios de la ética asistencial.

Uno de los principales desafíos consiste en establecer un equilibrio entre el respeto a la autonomía y la responsabilidad de prevenir daños graves. Algunas personas pueden rechazar determinadas intervenciones, incluida la hospitalización, aun cuando existan manifestaciones clínicas preocupantes. Estas situaciones requieren valorar la capacidad para tomar decisiones, las condiciones de seguridad y las alternativas asistenciales disponibles. Cualquier medida restrictiva debe responder a criterios clínicos y legales aplicables, fundamentarse en la necesidad y proporcionalidad de la intervención y mantenerse durante el tiempo estrictamente necesario. La presencia de ideación suicida o de un trastorno por consumo de sustancias no implica, por sí sola, incapacidad para decidir.

Las decisiones relacionadas con la protección de la persona también pueden generar tensiones emocionales en la relación terapéutica. Cuando resulta necesario adoptar medidas de seguridad que el paciente no comparte, pueden aparecer sentimientos de desconfianza, rechazo o pérdida de control sobre la propia atención. Por ello, el personal de enfermería debe explicar con claridad las razones de las actuaciones, escuchar las preocupaciones expresadas y favorecer la participación de la persona siempre que las condiciones clínicas lo permitan. La comunicación respetuosa contribuye a preservar

la confianza y a reducir la percepción de coerción durante las intervenciones.

La comprensión del sufrimiento emocional constituye otro componente esencial del cuidado ético. La expresión de pensamientos suicidas puede relacionarse con experiencias de desesperanza, sentimientos de atrapamiento o la percepción de que el sufrimiento resulta insoportable. Sin embargo, las motivaciones y la intención suicida varían entre personas y pueden cambiar con el tiempo. En consecuencia, no debe suponerse que quien manifiesta ideación suicida carece de intención de morir. La intervención de enfermería requiere explorar directamente estos pensamientos, reconocer el malestar expresado y adoptar las medidas de protección correspondientes, sin minimizar la gravedad de la situación.

Cuando existe consumo de sustancias psicoactivas, la toma de decisiones puede adquirir mayor complejidad debido a los posibles efectos de la intoxicación, la abstinencia o las comorbilidades psiquiátricas sobre el estado mental. Estas condiciones pueden modificar temporalmente la atención, el juicio o la capacidad para comprender información relevante. La valoración debe considerar el estado clínico actual, la evolución de los síntomas y las necesidades de reevaluación, evitando atribuir automáticamente cualquier dificultad de comunicación o decisión al consumo de sustancias.

La confidencialidad representa una responsabilidad ética fundamental en la atención de personas con riesgo suicida. La información obtenida durante la entrevista debe manejarse con respeto a la privacidad y conforme a la normativa vigente. No obstante, cuando existe una amenaza grave e inmediata para la seguridad, pueden presentarse circunstancias que justifiquen compartir información estrictamente necesaria con otros profesionales o personas capaces de contribuir a la protección, de acuerdo con las disposiciones legales y los

protocolos institucionales. Estas decisiones deben fundamentarse, documentarse y comunicarse a la persona atendida cuando resulte apropiado y seguro.

En el ámbito de la bioética clínica y del derecho sanitario, las obligaciones de advertencia o protección frente a determinados riesgos han sido objeto de análisis, especialmente a partir de antecedentes judiciales como el caso Tarasoff. Sin embargo, estas obligaciones no deben confundirse con una autorización general para revelar información sobre cualquier persona que presente ideación suicida. Su alcance depende del ordenamiento jurídico, la naturaleza del riesgo y las responsabilidades profesionales correspondientes. Para enfermería, esto implica reconocer los límites de la confidencialidad y solicitar orientación institucional cuando surjan conflictos entre privacidad y seguridad (Gorshkalova & Munakomi, 2025).

La prevención del estigma constituye otra dimensión del cuidado ético. Las expresiones utilizadas para describir a las personas con trastornos por consumo de sustancias pueden influir en la relación terapéutica y en la percepción de dignidad durante la atención. Términos como «adicto», «manipulador» o «paciente difícil», cuando se emplean como etiquetas personales, pueden reforzar prejuicios y reducir la comprensión de las necesidades clínicas. En su lugar, se recomienda utilizar un lenguaje centrado en la persona, describir conductas observables y reconocer los trastornos por consumo de sustancias como condiciones de salud complejas, cuya evolución está relacionada con factores biológicos, psicológicos y sociales (Centers for Disease Control and Prevention, 2026).

La importancia del lenguaje trasciende las consideraciones formales de comunicación. Las actitudes estigmatizantes pueden afectar la confianza en los profesionales, la disposición a revelar

información clínica y la continuidad del tratamiento. En este sentido, Foli et al. (2023) examinan la relevancia de las respuestas profesionales frente al estigma, mientras que Alqaisi et al. (2026); y Luderer et al. (2026) aportan elementos para comprender sus posibles repercusiones en las experiencias asistenciales de personas con trastornos por consumo de sustancias y en la calidad percibida de los cuidados de enfermería.

Las experiencias negativas durante la atención pueden reforzar la desconfianza hacia los servicios sanitarios, especialmente cuando las dificultades asociadas al consumo se interpretan exclusivamente como falta de responsabilidad o voluntad. Por ello, el personal de enfermería debe revisar sus propias actitudes, evitar juicios moralizantes y favorecer una comunicación que permita reconocer las necesidades de cada persona. La prevención del estigma exige tanto competencias individuales como condiciones institucionales que promuevan una atención respetuosa y libre de discriminación (Centers for Disease Control and Prevention, 2026; National Institute on Drug Abuse, 2020).

La atención sensible al trauma contribuye a fortalecer esta perspectiva. Algunas manifestaciones de irritabilidad, evitación, desconfianza o resistencia pueden estar relacionadas con experiencias adversas previas, aunque no deben interpretarse automáticamente como consecuencias de acontecimientos traumáticos. La valoración requiere considerar la historia personal, el contexto cultural y las circunstancias actuales, sin establecer asociaciones causales que no hayan sido exploradas clínicamente. Desde este enfoque, el cuidado debe favorecer la seguridad emocional, la información comprensible, el respeto a las preferencias y la participación en las decisiones asistenciales.

La reflexión profesional también resulta necesaria para reconocer cómo las creencias personales

pueden influir en la interpretación de las recaídas, las manifestaciones emocionales o las dificultades para mantener la adherencia terapéutica. Los episodios de retorno al consumo no deben equipararse con una falta de compromiso personal, sino analizarse considerando las circunstancias clínicas y psicosociales que intervienen en la recuperación. Esta perspectiva favorece una respuesta asistencial centrada en la reevaluación de necesidades, la continuidad del tratamiento y el fortalecimiento de los recursos de afrontamiento (National Institute on Drug Abuse, 2020).

La identificación del sufrimiento emocional exige mantener una actitud clínica atenta, incluso cuando la persona conserva sus actividades habituales o no presenta manifestaciones externas evidentes. La ideación suicida puede coexistir con un funcionamiento cotidiano aparentemente estable, por lo que la ausencia de cambios conductuales notorios no descarta la necesidad de exploración. Asimismo, síntomas como insomnio, fatiga, ansiedad o molestias físicas pueden constituir motivos de consulta que ofrecen oportunidades para valorar la salud mental. La continuidad asistencial facilita reconocer cambios relevantes y establecer una relación que favorezca la expresión de necesidades emocionales.

La desesperanza puede limitar la capacidad de reconocer alternativas frente al sufrimiento y dificultar la participación en el proceso de recuperación. Ante estas circunstancias, la comunicación terapéutica debe evitar tanto la minimización del malestar como las promesas de resultados que no pueden garantizarse. La escucha activa, la entrevista motivacional y el respeto a la autonomía pueden contribuir a explorar preocupaciones, identificar recursos personales y fortalecer la participación en las decisiones relacionadas con el cuidado (Miller & Rollnick, 2013).

No obstante, la prevención de la conducta suicida no permite garantizar la eliminación absoluta del riesgo. Esta limitación no disminuye la responsabilidad profesional, sino que refuerza la necesidad de realizar valoraciones individualizadas, documentar las decisiones clínicas, mantener el seguimiento y coordinar oportunamente las intervenciones. La relación terapéutica constituye un recurso importante de apoyo, pero debe integrarse con medidas de seguridad, atención interdisciplinaria y acceso a servicios especializados cuando las circunstancias lo requieran.

El cuidado de personas con conducta suicida y consumo problemático de sustancias también puede generar consecuencias emocionales para el personal de enfermería. La exposición reiterada a situaciones de crisis, experiencias traumáticas y dificultades en la evolución del tratamiento puede asociarse con agotamiento, frustración, fatiga por compasión o estrés traumático secundario. Estas manifestaciones no son equivalentes entre sí y requieren ser reconocidas de acuerdo con sus características y circunstancias de aparición. Su identificación temprana resulta importante para prevenir el deterioro del bienestar profesional y de la calidad asistencial (Dowdell et al., 2022).

En una investigación cualitativa sobre experiencias del personal de enfermería que atendía a personas con trastornos por consumo de sustancias, Dowdell et al. (2022) identificaron dificultades emocionales y organizativas relacionadas con esta actividad asistencial. Entre los recursos señalados para afrontar estas situaciones se encuentran el apoyo de los responsables de los servicios, los espacios de reflexión profesional posteriores a acontecimientos de alto impacto y la formación continua. Estas medidas pueden contribuir a reconocer necesidades de apoyo, compartir experiencias y fortalecer las competencias para intervenir en situaciones complejas.

El bienestar del personal de enfermería también debe abordarse desde una perspectiva institucional. Schimmels et al. (2023) destacan la importancia de aplicar principios de atención sensible al trauma dentro de los propios entornos laborales, promoviendo condiciones de seguridad, confianza, colaboración y apoyo profesional. Esta orientación reconoce que las organizaciones sanitarias tienen responsabilidades en la prevención del desgaste emocional y en la creación de ambientes de trabajo que favorezcan el cuidado de quienes prestan atención a poblaciones vulnerables.

En atención primaria de salud, el autocuidado profesional debe incluir el establecimiento de límites terapéuticos claros, la identificación de signos tempranos de agotamiento y la utilización oportuna de recursos de apoyo. La irritabilidad persistente, el distanciamiento emocional, la pérdida de motivación o las dificultades para mantener una actitud empática pueden indicar la necesidad de revisar las condiciones de trabajo y solicitar acompañamiento. Asimismo, la supervisión clínica, el intercambio entre colegas y la formación especializada contribuyen a sostener una práctica reflexiva, sin trasladar exclusivamente al profesional la responsabilidad de afrontar condiciones laborales adversas.

La prevención del estigma, la reflexión ética y el autocuidado profesional constituyen dimensiones complementarias de una atención segura y humanizada. Su integración permite reconocer la complejidad de las necesidades de las personas con conducta suicida y trastornos por consumo de sustancias, preservar sus derechos y fortalecer las condiciones necesarias para la continuidad asistencial. Desde esta perspectiva, el cuidado de enfermería requiere combinar competencia clínica, sensibilidad interpersonal, responsabilidad ética y apoyo institucional, de manera que la protección de la persona atendida se acompañe también de la

protección del bienestar de quienes participan en su cuidado.

La atención de personas con conducta suicida y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas requiere actuaciones preventivas, coordinadas y adaptadas a las necesidades individuales. A partir de los fundamentos desarrollados en el capítulo, se proponen las siguientes recomendaciones para la práctica de enfermería en atención primaria de salud:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Favorecer una comunicación cordial, empática y libre de juicios, que permita a la persona expresar sus preocupaciones y participar en las decisiones relacionadas con su atención.
2. Explorar directamente la presencia de pensamientos y conductas suicidas. Formular preguntas claras y respetuosas sobre la ideación suicida, los antecedentes de intentos y las condiciones actuales de seguridad. Preguntar por el suicidio no induce por sí mismo la conducta suicida y puede facilitar la identificación de necesidades de intervención.
3. Realizar una valoración clínica integral y continua. Considerar los antecedentes personales, las condiciones de salud mental, los patrones de consumo de sustancias, los factores psicosociales y los recursos protectores. Repetir la valoración cuando existan cambios clínicos o circunstancias que puedan modificar el riesgo.
4. Reconocer las señales de alerta emocionales y conductuales. Prestar atención a manifestaciones de desesperanza, retraimiento, cambios significativos en el comportamiento, incremento del consumo y expresiones relacionadas con la muerte. Registrar los hallazgos relevantes y activar los procedimientos asistenciales correspondientes.

5. Evitar expresiones estigmatizantes o que minimicen el sufrimiento. Utilizar un lenguaje centrado en la persona, validar sus emociones y ofrecer información comprensible, sin recurrir a juicios morales, comparaciones o promesas de recuperación inmediata.
6. Promover la participación de familiares y redes de apoyo cuando resulte apropiado. Valorar la seguridad y calidad de los vínculos, respetar la confidencialidad y facilitar la colaboración de personas significativas en las medidas de protección y continuidad de los cuidados.
7. Elaborar planes de seguridad individualizados. Cuando estén indicados, desarrollar de manera colaborativa medidas que permitan reconocer señales personales de crisis, identificar estrategias de afrontamiento, disponer de contactos de apoyo y acceder a servicios de urgencia. Incluir medidas para reducir el acceso a medios potencialmente letales, conforme a la valoración clínica y los protocolos vigentes.
8. Abordar las recaídas desde una perspectiva clínica y no punitiva. Explorar los factores asociados al retorno al consumo, reevaluar las necesidades de tratamiento y valorar nuevamente el riesgo suicida cuando existan manifestaciones de desesperanza, intoxicación u otras condiciones de vulnerabilidad.
9. Fortalecer la coordinación interdisciplinaria. Articular las intervenciones de enfermería con los servicios de medicina, psicología, psiquiatría, trabajo social y los recursos comunitarios pertinentes, asegurando mecanismos de comunicación, derivación y seguimiento.
10. Promover el autocuidado y el apoyo institucional al personal de enfermería. Reconocer los signos de desgaste emocional, mantener límites terapéuticos adecuados y favorecer espacios de supervisión, formación continua y apoyo profesional que

contribuyan a preservar el bienestar del equipo y la calidad de los cuidados.



04 Síndrome de abstinencia

por sustancias psicoactivas: valoración clínica, modelos de cuidado e intervenciones de enfermería

4.1. Fundamentos clínicos del síndrome de abstinencia y valoración integral de enfermería

El síndrome de abstinencia comprende un conjunto de manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales que pueden aparecer cuando una persona que ha desarrollado dependencia fisiológica reduce significativamente o interrumpe el consumo de una sustancia psicoactiva. Su presentación clínica varía según el tipo de sustancia, el mecanismo de acción, la dosis, la duración y el patrón de consumo, la rapidez de la reducción, la presencia de policonsumo y las condiciones de salud preexistentes. Esta diversidad impide comprender la abstinencia como un proceso uniforme y exige reconocer que su gravedad depende tanto de los mecanismos neurobiológicos involucrados como de las características individuales. Desde la perspectiva de la seguridad clínica, una persona con síntomas leves y apoyo social estable presenta necesidades diferentes de aquellas de otra con antecedentes de convulsiones, delirium, enfermedades graves, intoxicación simultánea o riesgo suicida. Por ello, la valoración de enfermería debe interpretar las manifestaciones clínicas en relación con los antecedentes, la evolución y las condiciones del entorno asistencial (Lindsay et al., 2020; World Health Organization, 2023, 2024).

La neurobiología de la adicción proporciona fundamentos para comprender los procesos que intervienen en la aparición y el mantenimiento de la abstinencia. Los modelos neurocircuitales describen modificaciones en los sistemas de recompensa, estrés y control ejecutivo que contribuyen a explicar la transición desde el consumo inicialmente asociado con efectos gratificantes hacia patrones sostenidos, en los que también puede intervenir la necesidad de evitar o aliviar el malestar producido por la retirada. Manifestaciones como ansiedad, irritabilidad, disforia, deseo intenso de consumo y afectividad negativa pueden relacionarse con estos procesos

neuroadaptativos, cuya expresión está condicionada por factores psicológicos y sociales. Esta comprensión permite superar interpretaciones que atribuyen el consumo problemático exclusivamente a una supuesta debilidad moral o falta de voluntad (Koob, 2020; Koob & Volkow, 2016).

Desde una perspectiva epistemológica, el cuidado de enfermería se fundamenta en la integración crítica de diferentes fuentes de información clínica. La observación sistemática, los antecedentes personales, los síntomas referidos por la persona, las respuestas al entorno, la evolución del estado de salud y la identificación de riesgos potenciales constituyen elementos complementarios para la toma de decisiones. Una valoración centrada exclusivamente en la puntuación de los síntomas puede conducir tanto a subestimar complicaciones incipientes como a interpretar de manera desproporcionada manifestaciones que requieren principalmente medidas de apoyo, vigilancia y confort. En consecuencia, las escalas clínicas deben considerarse instrumentos auxiliares que organizan parte de la información disponible, sin sustituir la exploración integral, el juicio profesional ni la reevaluación periódica (Lindsay et al., 2020; World Health Organization, 2023).

En este capítulo, la expresión *enfermería de precisión* se emplea como una perspectiva operativa de individualización del cuidado y no como la denominación de una especialidad profesional formalmente establecida. Se refiere a la capacidad de adaptar la vigilancia clínica, las condiciones ambientales, la educación sanitaria y las intervenciones de enfermería a las necesidades y respuestas de cada persona. Esta perspectiva comprende el reconocimiento de patrones de evolución, la identificación temprana de signos de

deterioro y el análisis de las posibles causas de manifestaciones como agitación, alteraciones del estado mental o inestabilidad fisiológica. Asimismo, exige reconocer los límites de la capacidad resolutiva de cada servicio, puesto que una intervención técnicamente adecuada puede resultar insuficiente cuando el entorno asistencial no dispone de los recursos necesarios para responder a complicaciones graves, como convulsiones, delirium, depresión respiratoria o crisis suicidas.

El concepto de carga alostática contribuye a comprender las consecuencias de la exposición repetida al estrés y a los procesos de adaptación fisiológica asociados con el consumo de sustancias psicoactivas. Aunque su medición mediante biomarcadores no constituye un procedimiento habitual para la valoración del síndrome de abstinencia, ofrece un marco explicativo para considerar la influencia acumulativa de las experiencias biológicas y psicosociales sobre la respuesta individual. Factores como la privación del sueño, el dolor, las experiencias traumáticas, la inseguridad social, la desnutrición, el policonsumo y las comorbilidades pueden modificar la tolerancia al estrés, la intensidad del malestar y la capacidad de participar activamente en el proceso asistencial (Koob, 2020; Koob & Volkow, 2016).

La atención del síndrome de abstinencia debe comprenderse como una etapa de un proceso terapéutico más amplio. La estabilización clínica permite controlar las manifestaciones agudas y prevenir complicaciones, pero no equivale por sí misma a la recuperación del trastorno por consumo de sustancias. La continuidad del tratamiento requiere considerar las necesidades de atención psicosocial, el abordaje de las comorbilidades, la educación sanitaria y la vinculación con servicios especializados o comunitarios. Esta continuidad adquiere especial

importancia en los trastornos por consumo de opioides, debido a que la disminución de la tolerancia después de un periodo de abstinencia incrementa el riesgo de sobredosis si se retoma el consumo en cantidades previamente toleradas. En este contexto, el personal de enfermería desempeña una función relevante en la identificación de necesidades, la educación para la reducción de riesgos, la coordinación de la derivación y el seguimiento asistencial (Strang et al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021; World Health Organization, 2023, 2024).

La presentación del síndrome de abstinencia depende de las propiedades farmacológicas de la sustancia, su vida media, la intensidad y duración del consumo, la presencia de otras sustancias y las condiciones individuales de salud. La clasificación por grupos farmacológicos facilita la identificación de manifestaciones características, la anticipación de complicaciones y la definición de prioridades de vigilancia. Sin embargo, esta clasificación no sustituye la valoración individualizada, puesto que personas expuestas a una misma sustancia pueden presentar evoluciones diferentes según la edad, el embarazo, la fragilidad, los antecedentes de abstinencia complicada, las enfermedades concomitantes, los tratamientos farmacológicos y la disponibilidad de apoyo social. Por tanto, la identificación del grupo de sustancias involucrado constituye un punto de partida para el razonamiento clínico, pero no determina por sí sola la gravedad ni el nivel asistencial requerido (Lindsay et al., 2020; World Health Organization, 2023).

La abstinencia de alcohol y benzodiazepinas requiere especial atención debido a la posibilidad de complicaciones neurológicas y autonómicas potencialmente graves. La reducción brusca o

interrupción del consumo después del desarrollo de dependencia fisiológica puede acompañarse de temblor, ansiedad, insomnio, náuseas, sudoración, palpitaciones, hipertensión, agitación y alteraciones perceptivas. En los cuadros de mayor gravedad pueden presentarse convulsiones y delirium, situaciones que requieren valoración médica urgente y un entorno con capacidad de monitorización y respuesta. La valoración de enfermería debe explorar los antecedentes de abstinencia complicada, el momento de la última exposición, las enfermedades concomitantes, las alteraciones del estado mental y las condiciones que puedan comprometer la seguridad de una atención ambulatoria. Estas consideraciones resultan esenciales para identificar oportunamente a las personas que necesitan un nivel superior de asistencia (Lindsay et al., 2020).

La abstinencia de opioides presenta manifestaciones características, entre las que se encuentran ansiedad, inquietud, dolores musculares, rinorrea, lagrimeo, bostezos, piloerección, molestias abdominales, náuseas, vómitos, diarrea, insomnio y deseo intenso de consumo. Aunque generalmente no se asocia con el mismo riesgo de convulsiones y delirium característico de la abstinencia grave de alcohol o benzodiazepinas, puede provocar un malestar considerable y complicaciones relacionadas con la deshidratación, las enfermedades concomitantes y la interrupción del tratamiento. La intensidad de los síntomas también puede favorecer el retorno al consumo cuando no existen medidas adecuadas de apoyo y continuidad asistencial.

Desde la perspectiva neurobiológica, el concepto de hipercatifeia permite explicar la intensificación de los estados emocionales negativos durante determinados procesos de abstinencia. Este fenómeno se relaciona con alteraciones de los sistemas cerebrales implicados

en el estrés y la recompensa, que pueden contribuir al mantenimiento del consumo mediante mecanismos de refuerzo negativo. Su comprensión resulta útil para interpretar la ansiedad, la disforia y el deseo intenso de consumir sin reducir estas manifestaciones a problemas de voluntad o comportamiento (Koob, 2020).

La pérdida de tolerancia después de la interrupción del consumo de opioides representa un riesgo especialmente relevante. Si la persona retoma el consumo utilizando dosis similares a las empleadas antes del periodo de abstinencia, puede aumentar la probabilidad de sobredosis. Por esta razón, la educación sobre los riesgos, la vinculación con tratamientos basados en la evidencia y la planificación del seguimiento deben considerarse componentes esenciales de la atención. Desde su ámbito de competencias, el personal de enfermería participa en la orientación, la identificación de barreras para la continuidad terapéutica y la coordinación con los servicios responsables del tratamiento del trastorno por consumo de opioides (Strang et al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021).

La abstinencia de estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, presenta un perfil clínico diferente al observado con los depresores del sistema nervioso central. Puede manifestarse mediante fatiga intensa, hipersomnia o insomnio, irritabilidad, ansiedad, disminución de la motivación, anhedonia, síntomas depresivos y deseo intenso de consumo. En determinadas circunstancias pueden coexistir desesperanza, ideación suicida, agitación o síntomas psicóticos, lo que exige una valoración cuidadosa del estado mental y de la seguridad. Las prioridades de enfermería incluyen la identificación de alteraciones emocionales significativas, la evaluación de la

capacidad de autocuidado, la vigilancia de posibles conductas autolesivas, la valoración del sueño y el reconocimiento de los recursos de apoyo disponibles (World Health Organization, 2023).

El policonsumo introduce dificultades adicionales en la identificación y valoración de los síndromes de abstinencia, debido a que una persona puede experimentar simultáneamente la retirada de una sustancia y los efectos de intoxicación o exposición continuada a otras. Asimismo, el uso concomitante de medicamentos prescritos, sustancias no reguladas y alcohol puede modificar la presentación clínica y dificultar la interpretación de los síntomas. Por ejemplo, los efectos sedantes de una sustancia pueden enmascarar manifestaciones de agitación, mientras que la ansiedad, la alteración de la conciencia o los cambios perceptivos pueden relacionarse con intoxicación, abstinencia, hipoxia, dolor, infecciones, delirium u otros trastornos médicos o psiquiátricos.

En estas circunstancias, el razonamiento clínico debe sustentarse en la integración y revisión continua de la información obtenida durante la valoración. La identificación de las sustancias consumidas, los antecedentes personales, la secuencia temporal del consumo y su interrupción, así como la evolución de las manifestaciones clínicas, permite diferenciar los síntomas de abstinencia de otras alteraciones médicas o psiquiátricas. Desde la práctica de enfermería, este proceso requiere observación sistemática, registro de los cambios clínicos, comunicación oportuna de los hallazgos relevantes y reevaluación de la respuesta a las intervenciones. La tabla 4.1 presenta una síntesis de las principales manifestaciones del síndrome de abstinencia según los grupos de sustancias psicoactivas, sus riesgos prioritarios y los aspectos que deben orientar la vigilancia y los cuidados de enfermería.

Tabla 4.1. Manifestaciones clínicas, riesgos prioritarios y cuidados de enfermería en el síndrome de abstinencia según grupos de sustancias psicoactivas.

Grupo	Manifestaciones relevantes	Riesgos prioritarios	Foco enfermero
Alcohol / benzodiacepinas	Temblor, ansiedad, insomnio, hiperactividad autonómica, náuseas, alteraciones perceptivas y agitación.	Convulsiones, delirium, caídas, deterioro clínico y descompensación de comorbilidades.	Historia de abstinencia compleja, vigilancia neurológica y hemodinámica, entorno seguro, escala validada si es aplicable y derivación según la gravedad (Lindsay et al., 2020; Sullivan et al., 1989).
Opioides	Ansiedad, mialgias, rinorrea, lagrimeo, síntomas gastrointestinales, inquietud, insomnio y craving.	Valoración del estado mental y de la seguridad; ambiente de baja estimulación, descanso y coordinación con la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2023).	COWS como apoyo, hidratación y confort, educación, evaluación de riesgos y coordinación con la autorización del tratamiento y seguimiento (Strang et al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021; Wesson & Ling, 2003).
Estimulantes	Fatiga, anhedonia, alteraciones del sueño, irritabilidad, depresión y craving.	Abandonos, recaídas y sobredosis después de la pérdida de la tolerancia: riesgo de suicidio, agitación, deterioro del autocuidado y síntomas psicóticos	Valoración del estado mental y de la seguridad; ambiente de baja estimulación, descanso y coordinación con la salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Fuente: elaborada a partir de Lindsay et al. (2020); Strang et al. (2020); Substance Abuse and Mental Health Services

Administration (2021); Sullivan et al. (1989); Wesson y Ling (2003); World Health Organization (2023).

La valoración de enfermería comienza con la observación del estado general de la persona y el establecimiento de una relación terapéutica que favorezca la comunicación y la obtención de información clínica fiable. Este proceso debe incluir la identificación de las sustancias consumidas, las vías de administración, la frecuencia y las cantidades aproximadas de consumo, el momento de la última exposición, los intentos previos de reducción o interrupción y las posibles complicaciones experimentadas durante episodios anteriores de abstinencia. Asimismo, resulta necesario explorar el uso de medicamentos prescritos y no prescritos, los antecedentes de enfermedades crónicas y trastornos mentales, los episodios previos de convulsiones o delirium, el embarazo cuando corresponda, el estado nutricional, la hidratación, el sueño, el dolor, las experiencias traumáticas relevantes, el riesgo suicida y la disponibilidad efectiva de apoyo familiar o social. La integración de estos elementos permite reconocer condiciones de vulnerabilidad y establecer prioridades de vigilancia y atención (Lindsay et al., 2020; World Health Organization, 2023).

La reconstrucción cronológica del consumo y de la aparición de los síntomas constituye una estrategia útil para orientar la valoración diferencial. Identificar cuándo se produjo la última exposición, qué manifestaciones aparecieron inicialmente y cómo evolucionaron permite explorar si los cambios clínicos guardan relación con la abstinencia, la intoxicación u otras condiciones, como dolor, ansiedad, hipoxia, infecciones o delirium. En personas con policonsumo, esta secuencia debe contemplar cada una de las sustancias involucradas, los cambios recientes en la medicación y la posible superposición de efectos farmacológicos. La observación de las variaciones en el nivel de conciencia, la orientación

y el comportamiento aporta información adicional para reconocer complicaciones y comunicar oportunamente los hallazgos al equipo asistencial.

Entre los instrumentos utilizados para sistematizar la valoración se encuentra la escala *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised* (CIWA-Ar), diseñada para evaluar la intensidad de las manifestaciones de abstinencia alcohólica. Este instrumento integra síntomas referidos por la persona y signos observables, lo que facilita el seguimiento de la evolución clínica y la comunicación entre profesionales (Sullivan et al., 1989). Sin embargo, su aplicación requiere que la persona pueda comprender las preguntas y comunicar sus síntomas con suficiente fiabilidad. En situaciones de delirium, sedación profunda, intubación, deterioro cognitivo significativo o dificultades importantes de comunicación, las puntuaciones pueden resultar poco fiables. En estos casos, deben priorizarse la observación clínica, la valoración médica y los procedimientos de evaluación apropiados para las condiciones del paciente, evitando interpretar la puntuación como una medida suficiente de seguridad o gravedad (Devlin et al., 2018; Lindsay et al., 2020).

Para la valoración de la abstinencia de opioides se dispone de la escala *Clinical Opiate Withdrawal Scale* (COWS), que permite sistematizar la observación de manifestaciones como frecuencia cardíaca, sudoración, inquietud, tamaño pupilar, dolores musculares y articulares, rinorrea, lagrimeo, síntomas gastrointestinales, temblor, bostezos, ansiedad, irritabilidad y piloerección. Su aplicación facilita la estimación de la intensidad de la abstinencia y la comparación de los hallazgos durante el seguimiento (Wesson & Ling, 2003). No obstante, sus resultados deben interpretarse junto con los antecedentes clínicos, la exploración física, el patrón de consumo y la posible exposición a otras sustancias. La puntuación obtenida no sustituye la valoración integral

ni autoriza, por sí sola, decisiones terapéuticas fuera de las competencias profesionales y los protocolos establecidos.

En las unidades de cuidados intensivos, la valoración puede adquirir mayor complejidad debido a la presencia de sedación, ventilación mecánica, alteraciones del estado de conciencia o delirium. En estas circunstancias, instrumentos como la *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) y las herramientas específicas para la detección del delirium permiten describir el nivel de agitación, sedación y alteración cognitiva, aunque no constituyen escalas diagnósticas del síndrome de abstinencia. Su utilización contribuye a organizar la observación y a identificar cambios que requieren una evaluación clínica más amplia (Devlin et al., 2018; Lewis et al., 2025). La vigilancia de enfermería debe comprender el seguimiento de los signos vitales, el estado neurológico, el patrón respiratorio, el nivel de conciencia, el dolor, la hidratación, la eliminación, el sueño, la conducta y la respuesta a las intervenciones, considerando la evolución del paciente y las posibles causas concurrentes de deterioro.

La administración de medicamentos, tiamina, soluciones intravenosas y otros tratamientos indicados debe realizarse conforme a la prescripción correspondiente, los protocolos institucionales y las competencias del personal de enfermería. Este proceso requiere verificar la identificación de la persona, el medicamento, la dosis, la vía, el momento de administración y las condiciones de seguridad, además de vigilar la respuesta terapéutica, las posibles reacciones adversas y las interacciones relevantes. En el manejo de la abstinencia alcohólica, las recomendaciones de la American Society of Addiction Medicine destacan la importancia de ajustar las intervenciones a la gravedad clínica, los antecedentes y la capacidad de respuesta del entorno asistencial (Lindsay et al., 2020). En consecuencia, las decisiones relacionadas con los tratamientos

deben individualizarse y no basarse en esquemas universales desvinculados de las características de cada caso.

La utilización de instrumentos estandarizados contribuye a mejorar la organización de la información clínica y el seguimiento de las manifestaciones de abstinencia. Sin embargo, cada herramienta posee indicaciones y limitaciones que deben considerarse antes de interpretar sus resultados. La tabla 4.2 sintetiza los principales instrumentos de valoración empleados en estos contextos, sus aplicaciones clínicas, sus aportes a la vigilancia de enfermería y las limitaciones que deben reconocerse para evitar decisiones sustentadas exclusivamente en puntuaciones.

Tabla 4.2. Instrumentos de valoración clínica del síndrome de abstinencia: aplicaciones, aportes y limitaciones para enfermería.

Instrumento	Uso principal	Fortaleza	Limitación práctica
CIWA-Ar	Control de la sintomatología de la abstinencia alcohólica.	Estandariza los elementos clínicos y posibilitará su re-evaluación reiterada.	Depende de la interacción, por lo que se puede convertir en poco fiable en situaciones de delirium, sedación profunda, intubación o deterioro de la función cognitiva (Lindsay et al., 2020; Sullivan et al., 1989).
COWS	Valoración de abstinencia por opioides.	Incluye síntomas referibles y signos observables; permitiría hacer seguimiento de manera longitudinal.	Ha de integrarse junto a este contexto; no será suficiente con ella para hacer valoración médica, tampoco es suficiente para autorizar decisiones terapéuticas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021; Wesson & Ling, 2003).

RASS / herramientas de delirium	Describir una situación de agitación-sedación y detectar un delirium en una UCI,	Apoyan la diferenciación entre sedación, agitación y alteración cognitiva.	No escalas específicas de los síndromes de abstinencia y deben integrados al diagnóstico diferencial (Devlin et al., 2018; Lewis et al., 2025).

Fuente: elaborada a partir de Devlin et al. (2018); Lewis et al. (2025); Lindsay et al. (2020); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2021); Sullivan et al. (1989); Wesson y Ling (2003).

La individualización del cuidado de enfermería requiere un registro clínico sistemático que permita reconocer la evolución de las manifestaciones del síndrome de abstinencia y no únicamente describir el estado del paciente en un momento determinado. En este sentido, registrar la presencia de agitación resulta menos informativo que precisar cuándo comenzó, qué circunstancias la precedieron, cómo evolucionó después de las intervenciones y si estuvo acompañada de desorientación, dolor, hipoxia u otras alteraciones clínicas. Esta información facilita la identificación de patrones de cambio, la valoración de la respuesta terapéutica y el reconocimiento oportuno de posibles complicaciones.

El registro longitudinal también favorece la continuidad asistencial, al proporcionar información relevante para la comunicación entre turnos y la coordinación del equipo interdisciplinario. Su elaboración debe sustentarse en descripciones objetivas de las manifestaciones observadas, evitando expresiones que atribuyan intenciones o características personales sin fundamento clínico. Calificaciones como «manipulador» o «poco colaborador» pueden introducir interpretaciones estigmatizantes que afectan la relación terapéutica y condicionan las decisiones asistenciales. Por ello, resulta preferible documentar las conductas concretas, las circunstancias en que se presentan y las respuestas obtenidas durante la atención. Este enfoque contribuye a una práctica de

enfermería más precisa, respetuosa y centrada en la persona (Volkow et al., 2021).

4.2. Modelos teóricos y entorno terapéutico en el cuidado de enfermería

La complejidad del síndrome de abstinencia exige integrar modelos de enfermería que permitan abordar tanto la seguridad clínica como las dimensiones psicológicas, sociales y subjetivas de la experiencia de la persona. Desde esta perspectiva, el Modelo de Marea, desarrollado por Barker y Buchanan-Barker (2010), concibe la recuperación como un proceso dinámico en el que la historia personal, los recursos individuales y la participación activa constituyen elementos fundamentales del cuidado. Este enfoque reconoce a la persona como protagonista de su proceso de recuperación y destaca la importancia de establecer una relación terapéutica basada en la escucha, el respeto y la construcción compartida de objetivos. Su aplicación en el ámbito de la salud mental y las adicciones ofrece posibilidades para fortalecer el vínculo terapéutico y favorecer la autonomía, aunque persisten dificultades para traducir algunos de sus postulados en intervenciones e indicadores clínicos directamente medibles.

En la atención del síndrome de abstinencia, el Modelo de Marea permite comprender que las manifestaciones agudas forman parte de una trayectoria personal y clínica más amplia. Su aplicación no supone minimizar la gravedad de complicaciones como convulsiones, delirium o inestabilidad autonómica, sino reconocer que las necesidades de cuidado cambian según la evolución del estado de salud. Durante los episodios de mayor compromiso clínico, cuando la capacidad de comunicación y participación puede encontrarse temporalmente limitada, las intervenciones deben priorizar la protección de la vida, la vigilancia y la estabilización. Conforme mejora la condición clínica, el cuidado puede orientarse progresivamente hacia

la recuperación de la autonomía, la expresión de necesidades, la participación en las decisiones y la planificación de la continuidad terapéutica.

La teoría ambiental de Nightingale (2010) aporta una perspectiva complementaria al destacar la influencia de las condiciones del entorno sobre la salud y la recuperación. Sus planteamientos históricos permiten reconocer la importancia de factores como la ventilación, la iluminación, el ruido, la higiene, el descanso y las condiciones de confort, cuya consideración continúa siendo pertinente en la organización del cuidado contemporáneo. En personas con síndrome de abstinencia, la adaptación del ambiente puede contribuir a disminuir estímulos innecesarios, favorecer el sueño, facilitar la orientación y proporcionar condiciones de mayor seguridad y bienestar. Estas medidas deben ajustarse a las necesidades individuales y al estado clínico, especialmente cuando existen agitación, alteraciones perceptivas o dificultades para mantener la atención.

La importancia del entorno también se reconoce en las recomendaciones contemporáneas para la atención de pacientes críticos. Las guías sobre dolor, agitación, sedación, delirium, inmovilidad y alteraciones del sueño, conocidas como PADIS, incluyen intervenciones no farmacológicas orientadas a reducir factores modificables asociados con el delirium y favorecer la recuperación. Entre ellas se encuentran la reorientación, la promoción del sueño, la movilización temprana cuando resulte clínicamente apropiada y la atención a las alteraciones sensoriales (Devlin et al., 2018; Lewis et al., 2025). Aunque estas recomendaciones no constituyen un tratamiento específico del síndrome de abstinencia, ofrecen fundamentos clínicos para organizar un entorno terapéutico que complemente la vigilancia y las intervenciones indicadas.

La integración de estos enfoques permite reconocer que el cuidado de enfermería requiere articular conocimientos teóricos, valoración clínica y condiciones ambientales. Mientras el Modelo de Marea destaca la experiencia subjetiva y la participación de la persona, la teoría ambiental de Nightingale (2010) orienta la atención hacia los factores del entorno que pueden influir en su bienestar. Por su parte, las guías clínicas y los modelos neurobiológicos aportan criterios para comprender los riesgos, interpretar las manifestaciones y fundamentar las decisiones asistenciales. La tabla 4.3 sintetiza las contribuciones de estos marcos conceptuales, sus posibilidades de aplicación en el síndrome de abstinencia y las limitaciones que deben considerarse en la práctica profesional.

Tabla 4.3. Marcos conceptuales y fundamentos clínicos aplicables al cuidado de enfermería en el síndrome de abstinencia.

Marco	Aporte principal	Aplicación en abstinencia	Límite que debe reconocerse
Modelo de Marea	Narrativa, recobro, participación y recursos de la persona (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Kusdemir et al., 2022).	Facilita la alianza terapéutica, las metas compartidas y la reconstitución de la autonomía después de la estabilización.	no sustituye protocolos de seguridad o tratamiento médico mientras hay inestabilidad aguda.
Teoría ambiental de Nightingale	Influencia del entorno sobre el proceso de recuperación (Nightingale, 2010).	Comparten un enfoque hospitalario hacia el control de estímulos, privilegios, bienestar...	Sus postulados hay que ponerlos a prueba con la evidencia actual y no hay que aceptar su mecanización.

Guías clínicas de abstinencia y cuidados críticos	Clasificación de la probabilidad de riesgo, vigilancia y seguridad (Devlin et al, 2018; Lewis et al., 2025; Lindsay et al, 2020).	Definen los criterios de vigilancia, escalamiento e intervención interdisciplinar,	no sustituyen la individualización ni el transitar de la persona.
Enfoque de neurocircuitos y alostasis	Especificar recompensa, afecto negativo, estrés, control ejecutivo (Koob, 2020; Koob & Volkow, 2016)	Ayuda a entender craving, disforia y vulnerabilidad durante la retirada;	No permite predecir individualmente la evolución de manera específica sin examinar la evaluación clínica.

Fuente: elaborada a partir de Barker y Buchanan-Barker (2010); Devlin et al. (2018); Koob (2020); Koob y Volkow (2016); Kusdemir et al. (2022); Lewis et al. (2025); Lindsay et al. (2020); Nightingale (2010).

Como contribución teórica del capítulo, se propone el Modelo de Entorno Neurorregulador (MENR), concebido como un marco conceptual que integra la valoración clínica, la adaptación del entorno y la relación terapéutica en el cuidado de enfermería de personas con síndrome de abstinencia. Su fundamento radica en la posibilidad de organizar deliberadamente las condiciones físicas, sensoriales y relacionales de la atención para reducir estímulos potencialmente perturbadores, favorecer la orientación, promover el bienestar y contribuir a la seguridad del paciente. En este contexto, el término *neurorregulador* se utiliza en sentido conceptual y orientador, sin atribuir al modelo efectos neurobiológicos específicos que no hayan sido demostrados. Su finalidad es ofrecer una estructura para organizar intervenciones observables y formular hipótesis susceptibles de evaluación mediante estudios posteriores.

El modelo se estructura en tres componentes interrelacionados. El primero corresponde a la valoración del estado neurovegetativo y emocional, orientada a identificar variaciones en los signos vitales, el nivel de conciencia, la agitación, el sueño, el dolor, el miedo, el deseo intenso de consumo y la capacidad de interacción. Esta valoración permite reconocer cambios en la condición clínica y determinar necesidades de vigilancia y cuidado. El segundo componente comprende la adaptación del entorno terapéutico, mediante la reducción de estímulos innecesarios, el mantenimiento de condiciones que favorezcan la orientación, la protección de la intimidad, la organización de los periodos de descanso y la promoción de una comunicación clara y coherente. El tercero se refiere a la presencia y vigilancia terapéutica de enfermería, sustentada en el acompañamiento profesional, la explicación anticipada de los procedimientos, la observación de las respuestas y el ajuste de las intervenciones conforme a la evolución individual.

La articulación de estos componentes pretende favorecer una atención individualizada en la que las decisiones relacionadas con el ambiente y la comunicación respondan a las necesidades identificadas durante la valoración clínica. De esta manera, el MENR propone comprender el entorno terapéutico como una dimensión activa del cuidado, cuya organización puede ajustarse a las manifestaciones del síndrome de abstinencia y a las condiciones particulares de cada persona. No obstante, su aplicación debe mantenerse subordinada a los criterios de seguridad, las competencias profesionales y los protocolos asistenciales, especialmente cuando existen complicaciones que requieren intervenciones médicas urgentes.

Desde el punto de vista científico, resulta necesario distinguir entre las intervenciones que cuentan con respaldo en guías clínicas y la

integración conceptual propuesta por el MENR. Las recomendaciones orientadas a favorecer el sueño, facilitar la reorientación, reducir factores ambientales modificables y prevenir complicaciones asociadas con el delirium encuentran sustento en la literatura sobre cuidados críticos (Devlin et al., 2018; Lewis et al., 2025). Sin embargo, la organización conjunta de estas medidas bajo la denominación de Modelo de Entorno Neurorregulador constituye una propuesta teórica cuya eficacia específica todavía requiere evaluación empírica. Su validación futura demandaría definir operacionalmente sus componentes, establecer procedimientos de aplicación e identificar indicadores de proceso y resultado relacionados con la agitación, la calidad del sueño, la experiencia del paciente, la utilización de medidas restrictivas, los eventos adversos y la continuidad del tratamiento.

En consecuencia, el MENR debe interpretarse como una propuesta conceptual orientada al desarrollo del conocimiento y a la organización del cuidado de enfermería, y no como un modelo clínico validado ni como un sustituto de las recomendaciones terapéuticas existentes. Su principal contribución consiste en articular la observación clínica, la adecuación del entorno y la relación terapéutica dentro de una perspectiva que reconoce tanto la complejidad fisiológica del síndrome de abstinencia como la importancia de preservar la dignidad, la seguridad y la participación de la persona durante su recuperación.

4.3. Intervenciones de enfermería y continuidad del cuidado según el nivel asistencial

La atención de las personas con síndrome de abstinencia debe organizarse según la gravedad de las manifestaciones clínicas, los antecedentes individuales y la capacidad resolutiva del establecimiento de salud. La selección del nivel asistencial requiere considerar no solo el estado

clínico inicial, sino también la posibilidad de deterioro y la disponibilidad de recursos para responder oportunamente a las complicaciones. En la atención primaria de salud pueden valorarse y mantenerse en seguimiento determinados casos de bajo riesgo, siempre que exista estabilidad clínica, capacidad de comunicación, ausencia de signos de gravedad, condiciones adecuadas de apoyo y mecanismos efectivos de derivación. Este enfoque es coherente con las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud para fortalecer la atención de los trastornos mentales y por consumo de sustancias en servicios no especializados, dentro de las competencias profesionales y mediante sistemas de referencia que garanticen la seguridad y la continuidad asistencial (World Health Organization, 2023).

En los casos seleccionados para atención ambulatoria, el personal de enfermería debe participar en la elaboración de un plan individualizado de vigilancia, educación sanitaria y seguimiento. Este plan debe contemplar las manifestaciones que pueden presentarse durante la abstinencia, los signos de alarma que requieren valoración inmediata y las vías de acceso a servicios de mayor complejidad. La orientación debe dirigirse tanto a la persona como a sus familiares o cuidadores, cuando corresponda y exista consentimiento para su participación. La disponibilidad de una red de apoyo no debe darse por supuesta, sino comprobarse mediante la identificación de personas capaces de brindar acompañamiento, reconocer cambios relevantes y facilitar el acceso oportuno a la atención. La ausencia de condiciones adecuadas de seguridad puede contraindicar el manejo ambulatorio, incluso cuando las manifestaciones iniciales sean aparentemente leves (Lindsay et al., 2020).

La hospitalización permite desarrollar una vigilancia clínica más estrecha, administrar los tratamientos indicados y responder con mayor rapidez ante

posibles complicaciones. Las intervenciones de enfermería comprenden el seguimiento de los signos vitales, la valoración neurológica y respiratoria, la prevención de caídas y lesiones, la administración segura de medicamentos prescritos, el control de la hidratación y la eliminación, así como la identificación de alteraciones del sueño, la conducta y el estado emocional. También resulta fundamental proporcionar apoyo terapéutico, mantener condiciones ambientales adecuadas y documentar sistemáticamente la evolución clínica. El registro de los cambios y la comunicación estructurada durante los relevos de turno contribuyen a la continuidad de la vigilancia y a la detección temprana de situaciones que requieren reevaluación médica.

Desde el ingreso hospitalario deben identificarse las condiciones que pueden dificultar la recuperación y el seguimiento posterior, entre ellas la presencia de comorbilidades, las barreras económicas o geográficas, la insuficiencia de apoyo social y las dificultades de acceso a servicios especializados. Esta valoración permite iniciar oportunamente la planificación del alta y coordinar las intervenciones necesarias para evitar que la estabilización del episodio agudo constituya una atención aislada. La participación de enfermería en este proceso comprende la educación sanitaria, la identificación de necesidades de apoyo y la comunicación con los profesionales y servicios responsables de la continuidad terapéutica.

En las unidades de cuidados intensivos, la valoración del síndrome de abstinencia adquiere especial complejidad debido a la coexistencia de enfermedades graves, procedimientos invasivos y tratamientos farmacológicos que pueden modificar la expresión de los síntomas. La abstinencia puede presentarse simultáneamente con sepsis, traumatismos, alteraciones metabólicas, dolor, delirium, ventilación mecánica o exposición prolongada a sedantes y

opioides. En estas circunstancias, la agitación no debe atribuirse automáticamente a la retirada de sustancias, puesto que también puede relacionarse con hipoxia, dolor insuficientemente controlado, asincronía con el ventilador, retención urinaria, fiebre u otras complicaciones. Del mismo modo, la ausencia de agitación en una persona profundamente sedada no permite descartar alteraciones clínicas subyacentes. Por ello, la vigilancia de enfermería debe integrar la observación continua, el análisis de los antecedentes y la identificación de cambios que requieran una evaluación interdisciplinaria (Devlin et al., 2018; Lewis et al., 2025).

Las recomendaciones clínicas sobre dolor, agitación, sedación, delirium, inmovilidad y alteraciones del sueño, conocidas como PADIS, proporcionan orientaciones para la atención integral del paciente crítico. Su actualización de 2025 refuerza la importancia de valorar sistemáticamente estas dimensiones y de aplicar intervenciones ajustadas a las condiciones individuales. No obstante, dichas recomendaciones no constituyen por sí mismas un protocolo específico para el tratamiento del síndrome de abstinencia. Las decisiones relacionadas con la selección y el ajuste de medicamentos sedantes corresponden al equipo responsable del tratamiento, conforme a la situación clínica y los protocolos institucionales. Desde su ámbito de competencias, enfermería participa en la administración segura de los tratamientos prescritos, la vigilancia del nivel de sedación, la evaluación de la respuesta y la identificación de posibles efectos adversos (Lewis et al., 2025).

Una situación particular en los cuidados intensivos es la abstinencia iatrogénica, que puede aparecer después de la exposición prolongada a opioides o sedantes administrados durante el tratamiento de enfermedades graves. Su identificación requiere diferenciar las manifestaciones asociadas con la interrupción del consumo previo de sustancias

de aquellas relacionadas con la reducción o suspensión de medicamentos utilizados durante la hospitalización. Signos como taquicardia, agitación, insomnio, sudoración o alteraciones gastrointestinales pueden tener múltiples causas en el paciente crítico, por lo que deben interpretarse en relación con los antecedentes, la exposición farmacológica y la evolución clínica. En este proceso, el registro de enfermería debe documentar los cambios en los tratamientos, la aparición de manifestaciones relevantes y la respuesta a las intervenciones, con el propósito de facilitar la valoración interdisciplinaria y prevenir complicaciones.

La continuidad del cuidado después de la hospitalización o de la estancia en cuidados intensivos constituye un componente esencial del proceso de recuperación. La planificación del alta debe considerar el estado clínico, las comorbilidades, el riesgo de retorno al consumo, las necesidades de apoyo psicosocial y las barreras que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud. En los trastornos por consumo de opioides, resulta especialmente importante favorecer la vinculación con tratamientos farmacológicos basados en la evidencia y con intervenciones psicosociales apropiadas, debido a los riesgos asociados con la interrupción del tratamiento y la disminución de la tolerancia. El personal de enfermería puede contribuir mediante la educación sanitaria, el fortalecimiento de la adherencia, la identificación de necesidades y la coordinación de los mecanismos de referencia y seguimiento (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021; World Health Organization, 2023, 2024).

Las prioridades asistenciales varían según el nivel de complejidad, pero mantienen como elementos comunes la valoración integral, la seguridad, la comunicación terapéutica y la continuidad del cuidado. En la atención primaria predominan la detección temprana, la educación y el seguimiento

de los casos apropiados para ese entorno; en la hospitalización adquieren mayor relevancia la vigilancia estrecha y la prevención de complicaciones; mientras que en los cuidados intensivos se requiere una evaluación continua de las alteraciones fisiológicas y de la respuesta a tratamientos de mayor complejidad. La tabla 4.4 presenta una síntesis de los criterios orientativos para cada nivel asistencial, las prioridades de enfermería y las situaciones que requieren intensificar la atención o reconsiderar el entorno de cuidado.

Tabla 4.4. Prioridades de enfermería, criterios de atención y necesidades de escalamiento según el nivel asistencial en el síndrome de abstinencia.

Nivel	Criterios orientativos	Prioridades de enfermería	Señales para escalar atención
APS / ambulatorio seleccionado	Síntomas leves, estabilidad clínica, comunicación adecuada, red segura y seguimiento disponible.	Educación, reevaluación programada, apoyo, identificación de alarmas y coordinación de derivación (Lindsay et al., 2020; World Health Organization, 2023).	Confusión, convulsión, deterioro médico, deshidratación importante, riesgo suicida, red insuficiente o progresión rápida.
Hospitalización	síntomas no tan graves o moderados, comorbilidad no tan importante, a necesidad de indicar tratamiento y a lo mejor necesitar seguimientos frecuentes.	Monitorización, eventos adversos TV, tratamientos, recinto terapéutico y planificaciones en la continuidad (Lindsay et al., 2020).	Delirio, insuficiencia respiratoria, hemodinamia inestable, convulsiones recurrentes o necesidad de soporte avanzado.

UCI	Riesgo vital, ventilación mecánica, delirium grave, comorbilidad crítica o necesidad de sedación/monitorización avanzada.	Evaluación de dolor-agitación-delirium, sedación adecuada, prevención de complicaciones, coordinación interdisciplinaria y vigilancia de abstinencia iatrogénica (Devlin et al., 2018; Lewis et al., 2025).	Desescalamiento cuando existe estabilidad, menor necesidad de soporte y un plan seguro de continuidad.

Fuente: elaborada a partir de Devlin et al. (2018); Lewis et al. (2025); Lindsay et al. (2020); World Health Organization (2023).

4.4. Cuidado sensible al trauma, principios éticos y aplicación clínica en enfermería

En el contexto del sistema de salud ecuatoriano, la atención del síndrome de abstinencia requiere una articulación efectiva entre el primer nivel de atención, los servicios hospitalarios, las unidades especializadas y los recursos comunitarios. Esta coordinación resulta fundamental para garantizar una respuesta asistencial acorde con la gravedad clínica y las necesidades de cada persona. Sin embargo, las diferencias en infraestructura, disponibilidad de profesionales, recursos terapéuticos y capacidad de respuesta entre establecimientos hacen necesario adaptar los procedimientos de vigilancia, referencia y seguimiento a las condiciones reales de cada territorio. En este escenario, el fortalecimiento de las competencias del personal de enfermería en salud mental, valoración clínica, comunicación terapéutica y coordinación asistencial puede contribuir a reducir la fragmentación de los servicios y favorecer una atención integral, segura y centrada en la persona (International Council of Nurses, 2024; World Health Organization, 2023).

La participación de enfermería en los distintos niveles asistenciales debe desarrollarse dentro de las competencias profesionales y de los protocolos institucionales, sin asumir funciones que correspondan a otros integrantes del equipo de salud. Su contribución comprende la identificación temprana de cambios clínicos, la vigilancia de posibles complicaciones, la priorización de la seguridad, la comunicación oportuna de los hallazgos y la coordinación de las intervenciones necesarias. Asimismo, resulta esencial promover una relación terapéutica basada en el respeto, evitar expresiones estigmatizantes y favorecer la participación informada de la persona en las decisiones relacionadas con su cuidado. Desde esta perspectiva, la atención de enfermería trasciende la observación de síntomas aislados y se orienta hacia un acompañamiento clínico continuo que integra seguridad, coordinación interdisciplinaria y continuidad terapéutica (International Council of Nurses, 2024).

- Caso 1. Abstinencia de alcohol y benzodiacepinas con inestabilidad autonómica

Se presenta el caso de un varón de 42 años con antecedentes de consumo prolongado de alcohol y benzodiazepinas, que ingresa en el servicio hospitalario con agitación psicomotora, diaforesis, temblor e hipertensión arterial. La exposición mantenida a ambas sustancias depresoras del sistema nervioso central plantea la posibilidad de un síndrome de abstinencia con riesgo de complicaciones graves, particularmente cuando existe interrupción o reducción reciente del consumo. No obstante, la identificación de estas manifestaciones no permite establecer por sí sola el diagnóstico, por lo que resulta necesario considerar otras posibles causas de deterioro clínico. Desde enfermería, la prioridad inicial consiste en garantizar la seguridad mediante

la valoración de la permeabilidad de la vía aérea, la respiración, la circulación, el nivel de conciencia y la orientación. Asimismo, deben explorarse el riesgo de caídas, los antecedentes de convulsiones o delirium, el momento de la última exposición a las sustancias y la posible utilización concomitante de otros medicamentos o sustancias psicoactivas. Estas actuaciones deben acompañarse de la comunicación inmediata con el equipo médico y del inicio de una monitorización ajustada a la gravedad y evolución del cuadro clínico (Lindsay et al., 2020).

La Escala de Evaluación de la Abstinencia Alcohólica del Instituto Clínico, revisada (CIWA-Ar), puede contribuir a valorar la intensidad de determinadas manifestaciones cuando la persona se encuentra consciente, conserva la capacidad de comunicación y su aplicación está contemplada en los protocolos institucionales (Sullivan et al., 1989). Sin embargo, sus resultados deben interpretarse en relación con los antecedentes, la exploración clínica y la evolución temporal. Una puntuación elevada no confirma por sí sola que todas las manifestaciones correspondan a abstinencia alcohólica, mientras que una puntuación baja en una persona profundamente sedada no garantiza estabilidad clínica.

Cuando aparecen delirium, alteraciones importantes del estado de conciencia o dificultades que impiden obtener respuestas fiables, la utilidad de esta escala disminuye y deben priorizarse la valoración clínica integral y los instrumentos apropiados para el nivel asistencial. En estas circunstancias, el registro de enfermería debe documentar no solo las puntuaciones obtenidas, sino también las tendencias de los signos vitales, los cambios neurológicos y conductuales, las intervenciones realizadas y la respuesta observada, con el propósito de facilitar la identificación temprana de complicaciones y la continuidad del cuidado (Devlin et al., 2018; Lindsay et al., 2020).

- Caso 2. Abstinencia de estimulantes y trauma complejo

Una persona joven con antecedentes de trauma durante la infancia presenta anhedonia, irritabilidad, alteraciones del sueño, ansiedad y episodios de reexperimentación traumática desencadenados por determinados estímulos del entorno hospitalario, después de interrumpir el consumo de estimulantes. En este caso, los principales riesgos no corresponden necesariamente a las complicaciones neurovegetativas graves características de la abstinencia de alcohol o sedantes, sino a la posible descompensación psiquiátrica, la aparición de ideación suicida, el deterioro del autocuidado y la intensificación de respuestas de amenaza asociadas con experiencias traumáticas previas. Estas manifestaciones requieren una valoración integral que permita diferenciar los síntomas relacionados con la abstinencia de otros problemas de salud mental y reconocer oportunamente las necesidades de protección y apoyo terapéutico (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014; World Health Organization, 2023).

La valoración de enfermería debe incluir la exploración directa, respetuosa y sistemática de pensamientos de muerte, ideación suicida, conductas autolesivas, desesperanza, alteraciones perceptivas y síntomas psicóticos, así como de la capacidad de la persona para mantenerse segura y acceder a recursos de apoyo. La atención informada por trauma exige reconocer posibles desencadenantes, explicar anticipadamente los procedimientos, preservar la intimidad y evitar intervenciones coercitivas innecesarias. Cuando existan riesgos inmediatos, las medidas de protección deberán ajustarse a la gravedad de la situación, a los protocolos institucionales y al principio de mínima restricción necesaria. Conforme se alcance la estabilización clínica, el cuidado podrá incorporar estrategias de

autorregulación emocional, identificación de estímulos desencadenantes, establecimiento de rutinas que favorezcan el descanso y elaboración compartida de un plan de continuidad asistencial.

La atención segura del síndrome de abstinencia puede organizarse a partir de tres interrogantes fundamentales: ¿qué sustancia o combinación de sustancias está implicada?, ¿cuál es la gravedad de las manifestaciones clínicas y su evolución? y ¿qué entorno asistencial dispone de las condiciones necesarias para proporcionar una atención segura? Estas preguntas orientan la valoración inicial, la identificación de riesgos y la selección de las intervenciones, sin sustituir el razonamiento clínico ni la evaluación individualizada.

La identificación de las sustancias consumidas permite anticipar manifestaciones probables y reconocer complicaciones asociadas con determinados patrones de consumo, aunque no excluye la presencia de otros diagnósticos. La valoración de la gravedad requiere integrar los signos vitales, el estado neurológico y emocional, los antecedentes clínicos, las comorbilidades y la evolución temporal de los síntomas. Por su parte, la selección del nivel asistencial exige relacionar las necesidades de la persona con la capacidad resolutiva del establecimiento, la disponibilidad de profesionales y los mecanismos de referencia. El manejo ambulatorio únicamente debe considerarse cuando existan condiciones clínicas apropiadas, posibilidades reales de seguimiento, apoyo suficiente y acceso oportuno a servicios de mayor complejidad ante un eventual deterioro (Lindsay et al., 2020; World Health Organization, 2023).

Desde esta perspectiva, la intervención de enfermería debe sustentarse en la observación sistemática, la documentación de los cambios clínicos, la comunicación terapéutica y la coordinación

interdisciplinaria. La utilización de instrumentos estandarizados puede contribuir a organizar la valoración, pero sus resultados deben interpretarse en relación con el contexto y las características individuales. Asimismo, la planificación del cuidado debe contemplar las condiciones ambientales, las experiencias traumáticas previas, los recursos de apoyo y las necesidades posteriores a la estabilización, con el propósito de favorecer una recuperación segura y sostenida.

Puntos clave:

1. La intensidad y las características del síndrome de abstinencia dependen de la sustancia implicada, los patrones de consumo, la posible combinación de sustancias, los antecedentes clínicos y las comorbilidades de cada persona.
2. La abstinencia de alcohol y benzodiazepinas puede producir complicaciones potencialmente mortales, como convulsiones y delirium, que requieren identificación temprana, vigilancia estrecha y acceso oportuno a un nivel asistencial apropiado.
3. Las escalas CIWA-Ar y COWS constituyen instrumentos de apoyo para la valoración clínica, pero no sustituyen el razonamiento profesional, el diagnóstico diferencial ni la reevaluación continua.
4. En las unidades de cuidados intensivos, la agitación requiere una valoración integral que considere el dolor, la hipoxia, el delirium, la sedación, las alteraciones metabólicas y otras posibles causas, evitando atribuirla exclusivamente a la abstinencia.
5. El Modelo de Marea y la teoría ambiental de Nightingale (2010) aportan fundamentos para integrar la experiencia personal, la relación terapéutica y las condiciones del entorno en la organización del cuidado.

6. El Modelo de Entorno Neurorregulador constituye una propuesta conceptual orientada a integrar valoración clínica, adaptación ambiental y acompañamiento terapéutico, cuya eficacia específica requiere validación empírica.
7. La atención informada por trauma, la comunicación no estigmatizante, el respeto a la autonomía y la utilización de medidas de protección proporcionales al riesgo forman parte de la seguridad clínica y de la calidad del cuidado.
8. La estabilización de las manifestaciones agudas debe vincularse con el seguimiento, la atención de las comorbilidades, el acceso al tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

Preguntas de reflexión y autoevaluación

4.1. ¿Qué antecedentes, manifestaciones clínicas y factores de riesgo permiten identificar una posible abstinencia complicada y determinar la necesidad de atención en un nivel asistencial de mayor complejidad?

4.2. ¿En qué situaciones las escalas CIWA-Ar y COWS pueden presentar limitaciones para la valoración del síndrome de abstinencia y qué información clínica debe priorizar el personal de enfermería cuando su aplicación no resulte apropiada?

4.3. ¿Qué intervenciones de enfermería pueden contribuir a adaptar el entorno asistencial para favorecer la seguridad, la orientación, el descanso y la prevención de experiencias potencialmente retraumatizantes?

4.4. ¿Qué diferencias existen entre una propuesta conceptual de enfermería, como el Modelo de Entorno Neurorregulador, y una recomendación clínica sustentada en guías de práctica clínica y resultados de investigaciones?

4.5. ¿Qué aspectos clínicos, educativos, familiares y sociales deben considerarse durante la planificación del alta para garantizar que la estabilización del síndrome de abstinencia se acompañe de continuidad asistencial y acceso al tratamiento?

El síndrome de abstinencia constituye una condición clínica compleja en la que interactúan los procesos de neuroadaptación, las manifestaciones fisiológicas y emocionales, los antecedentes individuales y las circunstancias del entorno asistencial. Su abordaje exige integrar conocimientos fisiopatológicos, valoración sistemática, prevención de complicaciones, comunicación terapéutica y continuidad del cuidado. Reducir la atención a la interpretación de una puntuación clínica o a la administración de medicamentos limitaría la capacidad de reconocer cambios relevantes, identificar diagnósticos alternativos y comprender los factores ambientales, psicológicos y sociales que influyen en la evolución de la persona. De igual manera, una perspectiva exclusivamente humanista, desvinculada de la identificación de riesgos como convulsiones, delirium, compromiso respiratorio o inestabilidad sistémica, resultaría insuficiente para garantizar una atención segura.

La enfermería de precisión, entendida en este capítulo como un enfoque de individualización del cuidado sustentado en datos clínicos, evolución temporal, contexto y respuesta a las intervenciones, permite articular la observación sistemática con el juicio profesional. Instrumentos como CIWA-Ar, COWS, la Escala de Agitación y Sedación de Richmond y las herramientas de valoración del delirium contribuyen a organizar la vigilancia, siempre que se reconozcan sus indicaciones y limitaciones. La seguridad asistencial depende tanto de identificar oportunamente la gravedad del cuadro como de seleccionar un entorno con capacidad efectiva para responder a las complicaciones. En este proceso, la

atención primaria de salud contribuye a la detección, la educación y el seguimiento de los casos apropiados; la hospitalización proporciona vigilancia estrecha y estabilización clínica; y las unidades de cuidados intensivos ofrecen soporte avanzado cuando la complejidad de la condición lo requiere.

El desafío final consiste en vincular la resolución de la crisis aguda con un proceso de recuperación que trascienda la desaparición de los síntomas de abstinencia. Superar este episodio no equivale necesariamente a resolver el trastorno por consumo de sustancias ni las condiciones que pueden favorecer su recurrencia. Por ello, enfermería desempeña un papel fundamental en la educación sanitaria, la reducción de riesgos, la identificación de comorbilidades, la coordinación del seguimiento, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la promoción progresiva de la autonomía. Desde esta perspectiva, la competencia técnica, el razonamiento clínico y la sensibilidad humana no constituyen dimensiones separadas, sino componentes complementarios de una práctica profesional orientada a preservar la seguridad, la dignidad y la continuidad del cuidado.



05 Rehabilitación psicosocial

en salud mental y adicciones: prevención, redes de apoyo y continuidad del cuidado

5.1. Salud mental y adicciones: fundamentos, impacto y determinantes biopsicosociales

En las últimas décadas, las políticas de atención en salud mental han experimentado transformaciones significativas, caracterizadas por el tránsito progresivo desde enfoques predominantemente biomédicos e institucionales hacia modelos integrales, comunitarios y centrados en la persona. Esta evolución responde al reconocimiento de que los trastornos mentales no pueden comprenderse exclusivamente a partir de sus manifestaciones clínicas, sino que requieren considerar las condiciones psicológicas, familiares, sociales y económicas que influyen en su aparición, evolución y recuperación. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (2026) concibe la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida cotidiana, desarrollar sus capacidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad. Esta concepción reconoce la salud mental como una dimensión esencial del bienestar integral, el ejercicio de los derechos y el desarrollo humano.

Históricamente, la atención de los trastornos mentales estuvo marcada por modelos centrados en el diagnóstico, el tratamiento de los síntomas y la hospitalización psiquiátrica. Aunque estas intervenciones mantienen su importancia en determinadas situaciones clínicas, su aplicación aislada resulta insuficiente para responder a las necesidades complejas de las personas. La investigación y las transformaciones de los sistemas sanitarios han favorecido una comprensión más amplia de la salud mental, en la que la recuperación se relaciona no solo con la mejoría sintomática, sino también con la autonomía, la funcionalidad, la participación social y la calidad de vida. En este sentido, Leiva-Peña et al. (2021) destacan la necesidad de superar las interpretaciones exclusivamente

biomédicas y adoptar enfoques que reconozcan la complejidad de los procesos de salud y enfermedad.

Esta perspectiva adquiere especial relevancia en la atención de personas con trastornos mentales y por consumo de sustancias, cuyas necesidades pueden comprender intervenciones farmacológicas, acompañamiento psicológico, apoyo familiar, rehabilitación psicosocial, oportunidades de inclusión y acceso continuo a los servicios sanitarios. La respuesta asistencial, por tanto, debe articular recursos clínicos y comunitarios que permitan atender las manifestaciones de la enfermedad y, simultáneamente, los factores que condicionan la recuperación. De esta manera, el tratamiento deja de concebirse como una intervención limitada al control de los síntomas y se integra en un proceso más amplio de cuidado, acompañamiento y fortalecimiento de las capacidades personales.

La salud mental ocupa actualmente un lugar prioritario en las agendas de salud pública debido a sus repercusiones sobre el bienestar individual, la funcionalidad y el desarrollo social. Los trastornos mentales constituyen una causa importante de discapacidad y se relacionan con consecuencias que trascienden el ámbito clínico, entre ellas la disminución de la participación educativa y laboral, el deterioro de las relaciones interpersonales y el incremento de las necesidades de atención sanitaria. Arias et al. (2022) señalan que estas condiciones representan una carga considerable en términos de discapacidad, mortalidad prematura y costos sociales. Tales repercusiones evidencian la necesidad de considerar la salud mental como un componente fundamental de las políticas públicas y de los sistemas de protección social.

La comprensión contemporánea de la salud mental también reconoce que el bienestar psicológico no equivale únicamente a la ausencia de trastornos

diagnosticados. Comprende la capacidad de afrontar situaciones adversas, establecer relaciones significativas, desarrollar proyectos personales y participar activamente en la vida comunitaria. En correspondencia con esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (2022b) destaca la estrecha relación entre la salud mental, la salud general y las condiciones en que transcurre la vida de las personas. Por consiguiente, su promoción requiere actuaciones que integren la prevención, la atención clínica, la protección de los derechos y la intervención sobre los determinantes sociales.

Entre los referentes contemporáneos de este enfoque se encuentra Patel (2026); y Patel et al. (2023), cuyos planteamientos destacan la necesidad de ampliar el acceso a la atención en salud mental mediante estrategias comunitarias, participación social e integración de recursos profesionales y no especializados debidamente capacitados. Esta orientación adquiere particular importancia en territorios donde la disponibilidad de especialistas es limitada y existen barreras económicas, geográficas o institucionales que dificultan el acceso a los servicios. Desde esta perspectiva, la atención no debe depender exclusivamente de establecimientos especializados, sino articularse con los espacios cotidianos donde las personas estudian, trabajan, conviven y desarrollan sus relaciones sociales.

Asimismo, la educación, el empleo, la vivienda, la seguridad y las condiciones de convivencia constituyen determinantes que pueden favorecer o comprometer el bienestar psicológico. Su reconocimiento permite comprender que las dificultades de salud mental no pueden abordarse de manera suficiente mediante intervenciones clínicas desvinculadas del contexto social. En consecuencia, las estrategias de promoción, prevención y recuperación requieren la participación coordinada de instituciones sanitarias, educativas, sociales y comunitarias, así como el reconocimiento

de las experiencias y decisiones de las personas que reciben atención.

La consolidación de estos enfoques ha fortalecido el reconocimiento del trabajo interdisciplinario y de las redes comunitarias como componentes esenciales de la atención. No obstante, su implementación continúa enfrentando dificultades relacionadas con la fragmentación de los servicios, las estructuras organizativas rígidas, las limitaciones de recursos y la insuficiente coordinación entre profesionales e instituciones. Frente a estas barreras, la Organización Mundial de la Salud (2022b) promueve modelos comunitarios orientados a favorecer la accesibilidad, la continuidad asistencial, el respeto a los derechos y la participación de las personas en sus procesos de recuperación.

En esta misma dirección, Córdoba-Castro y Hernández Holguín (2024) destacan la importancia de la articulación entre profesionales, instituciones y comunidades para desarrollar respuestas que superen la atención exclusivamente institucional. La participación activa de las personas en las decisiones relacionadas con su salud, el fortalecimiento de las redes de apoyo y la integración de los servicios constituyen elementos relevantes para avanzar hacia modelos de atención más inclusivos. Esta orientación no implica prescindir de los recursos especializados, sino utilizarlos de manera coordinada con los servicios de proximidad y las iniciativas comunitarias, de acuerdo con las necesidades clínicas y sociales de cada persona.

Desde el punto de vista económico y sanitario, el impacto de los trastornos mentales y de las adicciones refuerza la necesidad de fortalecer la inversión pública, ampliar la cobertura de los servicios y mejorar la planificación de las intervenciones. Sus consecuencias incluyen costos directos asociados con la atención sanitaria y costos indirectos relacionados

con la pérdida de productividad, las necesidades de cuidado y las dificultades de participación social. El análisis de estas repercusiones permite identificar prioridades, orientar la distribución de recursos y diseñar estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que respondan a las necesidades de la población. En este marco, la integración de la salud mental y la atención de las adicciones en los diferentes niveles asistenciales constituye una condición relevante para avanzar hacia sistemas sanitarios más accesibles, equitativos y centrados en la persona.

Las estimaciones internacionales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (2025), en el informe *World Mental Health Today,* evidencian la magnitud de los trastornos mentales como problema prioritario de salud pública. Según este organismo, más de mil millones de personas viven con algún trastorno mental en el mundo, situación que representa una considerable carga humana, sanitaria, social y económica. Estas condiciones afectan a personas de diferentes edades y contextos socioeconómicos, contribuyen significativamente a los años vividos con discapacidad y pueden comprometer la calidad de vida, la autonomía y la participación social. Sus repercusiones también se manifiestan en el incremento de las necesidades de atención sanitaria, los gastos asumidos por las familias y las pérdidas económicas asociadas con la disminución de la productividad. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2025) señala que aproximadamente 727 000 personas fallecieron por suicidio en 2021, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y atención integral, particularmente entre adolescentes y adultos jóvenes.

A pesar de esta elevada carga sanitaria y social, persisten importantes brechas en el acceso a servicios de salud mental oportunos y de calidad, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

La insuficiente disponibilidad de profesionales especializados, las desigualdades territoriales, las limitaciones económicas y la estigmatización dificultan la identificación temprana de los trastornos y la continuidad del tratamiento. Estas barreras también afectan a las personas con trastornos por consumo de sustancias, cuyas manifestaciones clínicas pueden acompañarse de alteraciones emocionales, conductuales, familiares y sociales. Desde una perspectiva biopsicosocial, las adicciones se comprenden como condiciones complejas en las que interactúan procesos neurobiológicos, factores psicológicos y circunstancias ambientales que influyen en el inicio, mantenimiento y evolución del consumo. En consecuencia, su abordaje requiere intervenciones integrales que articulen la atención sanitaria, el acompañamiento psicológico, la rehabilitación psicosocial y el fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, con el propósito de favorecer la recuperación y la continuidad del cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2025; Organización Panamericana de la Salud, 2026).

5.2. Rehabilitación psicosocial y recuperación integral de las personas con adicciones

La rehabilitación psicosocial constituye un componente fundamental de la atención integral de las personas con trastornos por consumo de sustancias, al favorecer la recuperación de capacidades personales, sociales y ocupacionales que pueden verse comprometidas durante la evolución de estas condiciones. Su propósito trasciende la reducción del consumo y el control de las manifestaciones clínicas, pues comprende el fortalecimiento de la autonomía, la reconstrucción de los vínculos interpersonales y la creación de oportunidades para desarrollar un proyecto de vida significativo. Desde esta perspectiva, la rehabilitación debe concebirse como un proceso individualizado y continuo, en el que las intervenciones terapéuticas se articulan con

los recursos familiares, institucionales y comunitarios disponibles (Moro Inchaurtieta, 2024).

La recuperación integral no puede equipararse exclusivamente con la abstinencia, aunque esta pueda constituir un objetivo terapéutico relevante según las características y necesidades de cada persona. También implica mejorar la funcionalidad cotidiana, recuperar habilidades afectadas, fortalecer la capacidad de tomar decisiones y desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan responder a situaciones de riesgo. Fernández-Blanco (2023) señala que la rehabilitación se orienta a recuperar, desarrollar o compensar capacidades necesarias para el desempeño de las actividades de la vida diaria. En el ámbito de las adicciones, esta concepción adquiere especial importancia porque reconoce que la recuperación requiere intervenciones clínicas, psicológicas, educativas y sociales dirigidas a favorecer la independencia funcional y la participación activa de la persona en su propio proceso terapéutico.

La rehabilitación psicosocial se sustenta en principios que orientan la organización de los servicios y la relación terapéutica. Fernández-Blanco (2023) identifica nueve principios fundamentales: normalización, igualdad, integración comunitaria, individualización, autonomía, apoyo social, promoción, coordinación y perspectiva de género. La normalización promueve el acceso a condiciones y oportunidades de vida comparables con las disponibles para el resto de la comunidad, mientras que la igualdad reconoce el derecho a recibir atención y participar socialmente sin discriminación. La integración comunitaria favorece el desarrollo de las intervenciones en los entornos habituales de convivencia, evitando que la atención se limite a espacios institucionales desvinculados de la realidad cotidiana.

Por su parte, la individualización exige reconocer las necesidades, experiencias, preferencias y

posibilidades de cada persona, de modo que los objetivos terapéuticos respondan a sus circunstancias particulares. La autonomía promueve la participación en la toma de decisiones y el desarrollo progresivo de habilidades para el autocuidado, con los apoyos necesarios según el grado de funcionalidad. El apoyo social reconoce la importancia de las relaciones familiares, comunitarias e institucionales como recursos que pueden contribuir a la estabilidad emocional y a la continuidad del tratamiento. A estos principios se incorporan la promoción de capacidades y derechos, la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y la perspectiva de género, orientada a identificar desigualdades y necesidades específicas que pueden condicionar el acceso, la permanencia y los resultados de la rehabilitación (Fernández-Blanco, 2023).

La aplicación de estos principios requiere comprender los trastornos por consumo de sustancias desde un enfoque biopsicosocial. Saavedra Castillo (2024) destaca la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo y mantenimiento de la dependencia, así como en las posibilidades de recuperación. Esta perspectiva permite superar las explicaciones centradas exclusivamente en los efectos farmacológicos de las sustancias y reconocer que las manifestaciones clínicas se relacionan con procesos neurobiológicos, experiencias personales y condiciones del entorno. En consecuencia, la planificación de la rehabilitación debe integrar estas dimensiones mediante intervenciones coordinadas y adaptadas a las necesidades individuales.

Desde la dimensión biológica, el consumo repetido de sustancias psicoactivas puede producir modificaciones en los sistemas cerebrales relacionados con la recompensa, la motivación, el aprendizaje y la regulación de la conducta. Estos procesos contribuyen, en determinadas circunstancias, al desarrollo de tolerancia, dependencia y dificultades

para controlar el consumo. Su abordaje requiere una valoración clínica que considere el estado general de salud, las comorbilidades, las posibles complicaciones asociadas con la interrupción del consumo y las necesidades de tratamiento. Según las características del caso, pueden indicarse intervenciones farmacológicas, vigilancia médica, apoyo nutricional y otras medidas orientadas a favorecer la estabilización y la recuperación funcional. No obstante, el tratamiento de las manifestaciones físicas constituye solo una parte del proceso rehabilitador (Saavedra Castillo, 2024).

La dimensión psicológica comprende los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que pueden influir tanto en el consumo como en la recuperación. Entre ellos se encuentran las dificultades de regulación emocional, las respuestas ante el estrés, los patrones de pensamiento asociados con el consumo y la presencia de síntomas de ansiedad o depresión. Su identificación permite orientar intervenciones psicoterapéuticas y educativas dirigidas al desarrollo de habilidades de afrontamiento, la autorregulación, la toma de decisiones y la prevención de recaídas. Saavedra Castillo (2024) destaca la importancia de incorporar estrategias que favorezcan la modificación de conductas problemáticas y el fortalecimiento de los recursos personales, reconociendo que las necesidades psicológicas deben abordarse de manera individualizada y en relación con el contexto de vida.

La dimensión social adquiere especial relevancia debido a que los trastornos por consumo de sustancias pueden acompañarse de conflictos familiares, deterioro de las relaciones interpersonales, dificultades laborales, aislamiento y reducción de las oportunidades de participación comunitaria. Estas circunstancias pueden convertirse en barreras para la continuidad del tratamiento y la recuperación. Por ello, la rehabilitación debe favorecer la reconstrucción

de vínculos significativos, el acceso a recursos educativos y ocupacionales, la participación en actividades comunitarias y el fortalecimiento de redes de apoyo. La incorporación de la familia, cuando resulte apropiada y exista consentimiento de la persona, así como la participación en grupos de ayuda mutua, pueden constituir recursos complementarios para sostener los cambios alcanzados y disminuir el aislamiento social (Saavedra Castillo, 2024).

La articulación de las dimensiones biológica, psicológica y social exige una actuación interdisciplinaria en la que participen profesionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y otras áreas, de acuerdo con las necesidades identificadas. La coordinación entre estos profesionales permite establecer objetivos compartidos, evitar intervenciones fragmentadas y facilitar la continuidad del cuidado. En este proceso, enfermería contribuye mediante la valoración de necesidades, la vigilancia del estado de salud, la educación sanitaria, el fortalecimiento del autocuidado, la comunicación terapéutica y la coordinación con los servicios y recursos comunitarios. Su participación resulta especialmente relevante para identificar dificultades de adherencia, reconocer cambios en la evolución clínica y favorecer la implicación activa de la persona en las decisiones relacionadas con su recuperación.

Asimismo, el abordaje integral requiere superar las interpretaciones moralizantes que atribuyen los trastornos por consumo de sustancias exclusivamente a la falta de voluntad o a decisiones individuales. Estas concepciones desconocen la interacción de los procesos neurobiológicos, las experiencias psicológicas y las condiciones sociales que intervienen en su desarrollo. Una atención respetuosa y libre de estigmatización debe reconocer la dignidad de cada persona, evitar generalizaciones sobre sus circunstancias y promover oportunidades reales de recuperación. Desde esta perspectiva, la

rehabilitación no se limita a modificar una conducta de consumo, sino que busca fortalecer capacidades y generar condiciones para una vida con mayor bienestar, participación y autonomía.

De esta forma la rehabilitación psicosocial constituye un proceso terapéutico y social orientado a integrar la estabilización clínica con el desarrollo de capacidades personales y la reconstrucción de oportunidades de participación comunitaria. Su efectividad depende de la adecuación de las intervenciones a las necesidades individuales, la coordinación interdisciplinaria, la disponibilidad de recursos de apoyo y la continuidad de la atención. La recuperación, por tanto, debe comprenderse como un proceso dinámico en el que los avances pueden coexistir con dificultades y necesidades cambiantes, sin que estas invaliden los logros alcanzados. Esta concepción permite situar a la persona como participante activa de su proceso de rehabilitación y reconocer que la autonomía, la inclusión social y la calidad de vida constituyen resultados fundamentales del cuidado integral.

5.3. Prevención de recaídas, resiliencia y fortalecimiento de los recursos personales

La prevención de recaídas constituye un componente esencial de la atención integral de las personas con trastornos por consumo de sustancias, debido a que la recuperación implica un proceso de cambio en el que pueden presentarse situaciones de vulnerabilidad, dificultades de adaptación y episodios de reanudación del consumo. Merchan Arias (2024) destaca los aportes de Marlatt y Gordon (1985), quienes desarrollaron un modelo cognitivo-conductual orientado a identificar las situaciones de alto riesgo y fortalecer las habilidades necesarias para afrontarlas. Este enfoque incorpora estrategias relacionadas con la autoeficacia, la modificación de patrones de pensamiento y conducta, la reorganización del estilo de vida y la toma de decisiones informadas,

en correspondencia con los planteamientos del aprendizaje social y la influencia de las creencias personales sobre la capacidad de actuar ante situaciones difíciles (Bandura, 1997).

Desde esta perspectiva, la prevención de recaídas no se limita a evitar una nueva exposición a las sustancias, sino que comprende el desarrollo progresivo de capacidades para reconocer factores desencadenantes, regular las respuestas emocionales y conductuales, y utilizar recursos de apoyo cuando aparecen dificultades. Su aplicación requiere considerar que los trastornos por consumo de sustancias responden a múltiples determinantes y que las trayectorias de recuperación pueden variar entre las personas. En consecuencia, las intervenciones deben adaptarse a las características individuales, los antecedentes de consumo, las condiciones familiares y las oportunidades de participación social, evitando interpretaciones que atribuyan la recaída exclusivamente a una falta de voluntad o compromiso terapéutico.

La identificación de factores de riesgo y protección constituye una condición fundamental para organizar estrategias preventivas pertinentes. Los factores de riesgo comprenden características o circunstancias personales, familiares y sociales que pueden incrementar la probabilidad de iniciar o mantener patrones problemáticos de consumo. Su influencia no es necesariamente directa ni determinante, pues depende de la interacción entre diferentes condiciones y de los recursos disponibles para afrontarlas. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2022) destaca la importancia de reconocer tempranamente estas circunstancias y fortalecer los entornos protectores, especialmente durante la infancia y la adolescencia, etapas en las que se consolidan habilidades personales, vínculos sociales y patrones de comportamiento relevantes para el desarrollo posterior.

En la dimensión individual, los factores de riesgo pueden comprender impulsividad, dificultades de autorregulación emocional, búsqueda intensa de sensaciones, baja autoestima y presencia de síntomas de ansiedad o depresión. Estas condiciones pueden interferir en la valoración de las consecuencias del consumo, la toma de decisiones y la utilización de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. No obstante, su presencia no implica necesariamente el desarrollo de una adicción, por lo que deben interpretarse en relación con la historia personal y las circunstancias del entorno. Desde el punto de vista preventivo, resulta importante fortalecer las habilidades socioemocionales, la capacidad de resolución de problemas y el reconocimiento de situaciones que incrementan la vulnerabilidad al consumo.

En el ámbito familiar, las dificultades persistentes de comunicación, los conflictos frecuentes, la violencia intrafamiliar y la ausencia de acompañamiento adecuado pueden constituir condiciones de riesgo. Durante la infancia y la adolescencia, la calidad de las relaciones familiares influye en el desarrollo de la seguridad emocional, la regulación de la conducta y la adquisición de habilidades para afrontar situaciones adversas. Por el contrario, la comunicación respetuosa, el establecimiento de límites consistentes, el apoyo afectivo y la participación de los referentes familiares pueden contribuir a la construcción de entornos protectores. En este sentido, las estrategias preventivas deben considerar las características de cada familia y promover intervenciones que fortalezcan sus capacidades de acompañamiento, sin atribuirle de manera exclusiva la responsabilidad del consumo problemático (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2022).

En la dimensión social, la presión de los grupos de pares, la normalización del consumo, la exclusión social y la disponibilidad de sustancias pueden influir

en el inicio y mantenimiento de conductas de riesgo. Estas circunstancias adquieren particular importancia durante la adolescencia, cuando las relaciones interpersonales y la búsqueda de pertenencia pueden condicionar determinadas decisiones. Frente a estos factores, la participación en actividades educativas, recreativas y comunitarias, la disponibilidad de relaciones de apoyo y el desarrollo de habilidades sociales constituyen recursos que pueden disminuir la vulnerabilidad. De igual manera, la autoestima, la autorregulación, la resiliencia y la capacidad para solicitar ayuda contribuyen al fortalecimiento de los recursos personales necesarios para afrontar situaciones de riesgo.

La interacción entre estos factores permite comprender que la recaída no debe interpretarse como un acontecimiento aislado, sino como un fenómeno que puede estar precedido por cambios emocionales, cognitivos, conductuales y contextuales. Fernández-Flores (2024) destaca la influencia de circunstancias internas y externas en este proceso, mientras que Canul Sánchez (2026) plantea la necesidad de comprender los episodios de reanudación del consumo dentro de las trayectorias individuales de cambio. Esta perspectiva no supone considerar la recaída como una etapa inevitable de la recuperación, sino reconocer que, cuando ocurre, requiere una valoración de las circunstancias que la favorecieron y una revisión de las estrategias terapéuticas, sin descalificar los avances previamente alcanzados.

La prevención efectiva exige, por tanto, intervenciones continuas que permitan identificar señales tempranas de riesgo, fortalecer las habilidades de afrontamiento y mantener el acceso a los recursos asistenciales. Arias (2024) señala la importancia de actualizar las estrategias terapéuticas y adecuarlas a las particularidades socioculturales de las poblaciones atendidas. Esta necesidad resulta especialmente relevante en contextos latinoamericanos, donde

las desigualdades en el acceso a los servicios, la disponibilidad de recursos especializados y las condiciones sociales pueden limitar la implementación sostenida de determinados programas. En correspondencia con ello, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2022) enfatiza la identificación temprana de factores de riesgo y el fortalecimiento de los entornos protectores como componentes fundamentales de la prevención.

Dentro de este marco, la resiliencia adquiere especial relevancia como capacidad dinámica para afrontar experiencias adversas, adaptarse a circunstancias cambiantes y movilizar recursos personales y sociales durante la recuperación. No debe entenderse como una característica fija ni como una responsabilidad exclusivamente individual, puesto que su desarrollo se relaciona con las oportunidades de apoyo, las experiencias acumuladas y las condiciones del entorno. Klimenko et al. (2023) examina la relación entre resiliencia y consumo de sustancias psicoactivas, destacando su importancia para comprender las diferencias en los recursos de afrontamiento disponibles. Desde esta perspectiva, el fortalecimiento de la resiliencia puede contribuir a la recuperación al favorecer respuestas más adaptativas frente al estrés y las situaciones de vulnerabilidad.

Cuero Velásquez et al. (2022) abordan la resiliencia como un proceso relacionado con la capacidad de enfrentar situaciones adversas y mantener o reconstruir condiciones favorables para el desarrollo personal. Esta concepción permite reconocer que la adaptación no depende únicamente de las características psicológicas individuales, sino también de las relaciones sociales y de los recursos disponibles. En los procesos de rehabilitación por consumo de sustancias, la resiliencia puede vincularse con la autoeficacia, la regulación emocional, la tolerancia a la frustración y la utilización de estrategias de afrontamiento. Su fortalecimiento

requiere intervenciones que permitan reconocer las capacidades existentes, desarrollar nuevas habilidades y ampliar las oportunidades de apoyo durante las diferentes etapas de la recuperación.

Tarazona Meza et al. (2023) destacan la importancia de desarrollar programas orientados al fortalecimiento de recursos personales y habilidades para afrontar influencias y circunstancias desfavorables. Asimismo, señalan la necesidad de considerar la etapa del ciclo vital y las experiencias acumuladas al diseñar intervenciones de rehabilitación. Desde esta perspectiva, las estrategias preventivas deben reconocer las diferencias entre adolescentes, adultos y personas mayores, así como las particularidades de quienes presentan antecedentes de exclusión, violencia, dificultades familiares o problemas de salud mental. La adecuación de las intervenciones a estas circunstancias favorece una atención más pertinente y evita la aplicación uniforme de programas que no responden a las necesidades individuales.

La perspectiva humanista amplía esta comprensión al situar la dignidad, la autodeterminación y la reconstrucción del sentido de vida como dimensiones relevantes de la recuperación. López Cisneros et al. (2022) relacionan la resiliencia con los procesos de adaptación y fortalecimiento personal ante experiencias adversas, mientras que Carangui Ludizaca (2025) destaca la importancia de la persistencia, la adaptabilidad y el apoyo social. Desde este enfoque, la recuperación no se reduce a la modificación de una conducta de consumo, sino que comprende la posibilidad de reconstruir vínculos, reconocer capacidades, establecer metas significativas y desarrollar una identidad personal que no quede definida exclusivamente por la experiencia de la adicción.

En correspondencia con esta orientación, los entornos terapéuticos basados en la empatía, el respeto, la

aceptación y la comprensión de las experiencias individuales pueden favorecer la participación activa en el tratamiento. El acompañamiento profesional debe reconocer las dificultades de cada persona sin imponer expectativas uniformes sobre el ritmo de recuperación. Klimenko et al. (2023); y López Cisneros et al. (2022) permiten fundamentar la importancia de los recursos personales y relacionales en los procesos de adaptación, mientras que Tarazona Meza et al. (2023) destacan la necesidad de integrar estos componentes en estrategias de rehabilitación ajustadas a las características de la población atendida.

La articulación entre los enfoques cognitivo-conductual y humanista ofrece una perspectiva complementaria para la prevención de recaídas. El primero aporta estrategias dirigidas a identificar pensamientos, emociones y conductas asociados con el consumo, reconocer situaciones de alto riesgo y desarrollar respuestas de afrontamiento y autorregulación. El segundo enfatiza la dignidad, la autonomía, la construcción de relaciones significativas y la recuperación del sentido de vida. Ambos pueden contribuir a una atención integral cuando se aplican de manera individualizada, con objetivos terapéuticos claros y respeto por las decisiones de la persona (Arias, 2024; Tarazona Meza et al., 2023).

En este proceso, la relación terapéutica constituye un componente fundamental para favorecer la participación activa de las personas atendidas, fortalecer su compromiso con la recuperación y contribuir a la continuidad del tratamiento. Desde la práctica de enfermería, la construcción de un vínculo basado en la confianza, el respeto, la empatía y la comunicación libre de estigmas permite reconocer las necesidades individuales, identificar dificultades que puedan comprometer la adherencia terapéutica y promover una participación consciente en las decisiones relacionadas con el cuidado. En este

sentido, la escucha activa, la educación sanitaria y el acompañamiento sistemático facilitan el reconocimiento temprano de situaciones de riesgo y el desarrollo de estrategias personales de afrontamiento orientadas a prevenir recaídas. Asimismo, resulta necesario fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario, estimular progresivamente la autonomía en el proceso de recuperación y garantizar la coordinación del seguimiento con los integrantes del equipo interdisciplinario. Estas intervenciones deben responder a una valoración integral de cada persona, ajustarse a las competencias profesionales de enfermería y desarrollarse conforme a los protocolos asistenciales establecidos, con especial atención a la continuidad, individualización y calidad del cuidado.

La prevención de recaídas constituye un proceso continuo de aprendizaje, fortalecimiento de capacidades y adaptación a las circunstancias personales y sociales. Su desarrollo requiere integrar la identificación de factores de riesgo, la promoción de recursos protectores, las estrategias cognitivo-conductuales y el fortalecimiento de la resiliencia desde una perspectiva humanista. La recuperación sostenida no depende exclusivamente de evitar el consumo, sino también de disponer de herramientas para afrontar dificultades, mantener relaciones de apoyo, acceder oportunamente a los servicios y reconstruir un proyecto de vida significativo. En este sentido, la continuidad del cuidado y la participación activa de la persona constituyen condiciones fundamentales para favorecer su autonomía, bienestar e inclusión social.

5.4. Redes de apoyo, participación familiar e inclusión social en la recuperación

Las redes de apoyo social constituyen un componente fundamental en los procesos de recuperación de las personas con trastornos por consumo de sustancias, debido a su contribución al bienestar emocional, la

participación en el tratamiento y la prevención de recaídas. Desde una perspectiva biopsicosocial, la recuperación no puede comprenderse exclusivamente como resultado de las capacidades individuales, sino como un proceso en el que intervienen las relaciones familiares, los vínculos comunitarios y la disponibilidad de recursos institucionales. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2026) destaca la importancia de integrar las intervenciones sanitarias, psicológicas y sociales, reconociendo que las condiciones del entorno pueden favorecer o dificultar la continuidad del cuidado.

La disponibilidad de redes de apoyo puede contribuir al fortalecimiento de la motivación, la estabilidad emocional y la participación sostenida en las intervenciones terapéuticas. Candelario (2025) destaca la relevancia de los sistemas formales e informales de apoyo en los procesos de recuperación; mientras que Sinclair et al. (2024) subrayan la importancia de las relaciones sociales y comunitarias para mejorar el funcionamiento personal y favorecer cambios sostenibles. Desde esta perspectiva, el apoyo social no constituye un recurso complementario de carácter secundario, sino una dimensión que debe considerarse durante la valoración, la planificación de las intervenciones y el seguimiento posterior al tratamiento.

Las redes de apoyo pueden definirse como el conjunto de relaciones significativas que proporcionan recursos emocionales, informativos y materiales para afrontar necesidades y situaciones adversas. Su importancia no depende únicamente del número de personas que integran la red, sino también de la calidad de los vínculos, la reciprocidad de las relaciones y la posibilidad de acceder efectivamente a los recursos disponibles. Sinclair et al. (2024) destacan que estas relaciones pueden favorecer el bienestar y la recuperación mediante diferentes mecanismos de apoyo. Por su parte, Sánchez Pardo (2024)

reconoce la necesidad de fortalecer los vínculos y las oportunidades de participación social como parte de los procesos de incorporación comunitaria.

Desde una perspectiva relacional, Cornejo (2024) plantea que las redes sociales se construyen mediante interacciones que permiten compartir recursos, establecer vínculos de confianza y acceder a oportunidades que pueden resultar difíciles de alcanzar individualmente. Sin embargo, la existencia de relaciones interpersonales no garantiza necesariamente un apoyo favorable. Algunas redes pueden estar atravesadas por conflictos, violencia, presión para consumir sustancias o dinámicas que incrementan el malestar emocional. Por ello, su valoración debe considerar tanto los recursos protectores como las posibles situaciones de riesgo, evitando asumir que todos los vínculos familiares o comunitarios contribuyen de manera positiva a la recuperación.

Las redes informales están integradas por personas que forman parte del entorno cotidiano, entre ellas familiares, amistades, parejas, vecinos, compañeros de trabajo y personas con experiencias compartidas de recuperación. Estos vínculos pueden proporcionar acompañamiento emocional, ayuda práctica y orientación durante situaciones de dificultad. Fernández-Flores (2024) señala la importancia de las relaciones cercanas en los procesos de recuperación, aunque reconoce que estas pueden verse afectadas por conflictos y tensiones relacionados con el consumo problemático. En consecuencia, las intervenciones deben favorecer el fortalecimiento o la reconstrucción de relaciones protectoras, respetando las preferencias de la persona y evitando promover vínculos que comprometan su seguridad o bienestar.

Dentro de las redes informales, el apoyo entre pares constituye un recurso relevante para fortalecer los procesos de recuperación, al favorecer el

intercambio de experiencias, la identificación con personas que han enfrentado situaciones similares y el reconocimiento de alternativas para afrontar las dificultades asociadas al consumo de sustancias. Estas relaciones pueden contribuir al desarrollo de sentimientos de pertenencia, confianza y esperanza, así como al fortalecimiento de la autoeficacia y la motivación para mantener los cambios alcanzados.

Desde esta perspectiva, el apoyo entre pares se vincula con el capital de recuperación, entendido como el conjunto de recursos personales, familiares, sociales y comunitarios disponibles para iniciar, desarrollar y sostener procesos de transformación favorables. Su integración en los programas de atención comunitaria permite ampliar las oportunidades de acompañamiento, promover la participación activa y fortalecer los vínculos sociales que favorecen la reintegración. No obstante, su implementación requiere respetar la voluntariedad, garantizar la confidencialidad y considerar las necesidades, características y circunstancias particulares de cada persona, evitando que estas formas de apoyo sustituyan la atención profesional cuando resulte necesaria.

Por otra parte, las redes formales comprenden instituciones, servicios y programas que proporcionan atención profesional o apoyo estructurado. Entre ellas se encuentran los establecimientos de salud, los servicios especializados en salud mental y adicciones, los programas de rehabilitación, las organizaciones comunitarias y los dispositivos de apoyo social, educativo, laboral y jurídico. Uribe González et al. (2025) destacan la importancia de estos recursos para facilitar la transición desde el tratamiento hacia la vida comunitaria. Su articulación permite atender necesidades que trascienden el ámbito clínico y favorece la continuidad del acompañamiento durante las diferentes etapas de la recuperación.

La efectividad de las redes formales de apoyo se relaciona con la articulación de los servicios, la continuidad de las intervenciones y la capacidad de ofrecer respuestas integrales ajustadas a las necesidades y circunstancias particulares de cada persona. En la atención de los trastornos por consumo de sustancias, estas redes comprenden recursos sanitarios, sociales, educativos y comunitarios cuya coordinación resulta fundamental para abordar las diferentes dimensiones que intervienen en los procesos de tratamiento, rehabilitación y reintegración social.

Desde esta perspectiva, la derivación entre instituciones debe concebirse como parte de un proceso asistencial continuo, sustentado en mecanismos de comunicación, seguimiento y colaboración interdisciplinaria que faciliten el acceso oportuno a los servicios disponibles. Asimismo, resulta necesario establecer procedimientos que permitan identificar barreras de acceso, reconocer situaciones de vulnerabilidad y ajustar las intervenciones según la evolución de cada persona. La integración de estos recursos contribuye a reducir la fragmentación de la atención, fortalecer la continuidad del cuidado y favorecer condiciones de apoyo sostenido durante las distintas etapas de la recuperación.

El apoyo social puede analizarse a partir de diferentes dimensiones que responden a necesidades específicas. Candelario (2025) lo relaciona con la satisfacción de necesidades de afecto, pertenencia, seguridad, identidad y reconocimiento mediante las interacciones personales. En el contexto de la rehabilitación, estas necesidades adquieren especial importancia debido a que las experiencias de aislamiento, rechazo o deterioro de las relaciones pueden afectar el bienestar psicológico y la participación en el tratamiento. Por ello, la valoración

de las redes debe considerar no solo su disponibilidad, sino también el tipo de ayuda que ofrecen y su correspondencia con las necesidades de la persona.

Entre las principales dimensiones se encuentra el apoyo emocional, expresado mediante la empatía, la comprensión, la escucha y el acompañamiento durante situaciones de crisis. El apoyo instrumental o práctico comprende recursos materiales, ayuda para realizar actividades cotidianas, acompañamiento a consultas y facilidades para acceder a servicios. Por su parte, el apoyo informativo proporciona orientaciones y conocimientos que contribuyen a comprender las alternativas disponibles y tomar decisiones. Delgado Quiroz (2025) destaca la importancia de estas formas de apoyo para afrontar situaciones de vulnerabilidad y fortalecer las capacidades de respuesta. Su integración permite desarrollar estrategias de acompañamiento más completas y ajustadas a las circunstancias individuales.

La reinserción social constituye una dimensión esencial de la recuperación, debido a que implica reconstruir oportunidades de participación en la vida familiar, educativa, laboral y comunitaria. Este proceso no debe entenderse como una actuación puntual posterior al tratamiento, sino como una trayectoria progresiva que puede iniciarse durante la rehabilitación y mantenerse mediante el seguimiento comunitario. Entre las estrategias que pueden contribuir a este propósito se encuentran la formación para el empleo, la continuidad educativa, el acceso a vivienda segura, la participación en actividades comunitarias y el acompañamiento terapéutico. La disponibilidad de estos recursos favorece el desarrollo de capacidades y la construcción de condiciones de vida compatibles con los objetivos personales de recuperación.

No obstante, la reinserción puede verse limitada por el estigma y la discriminación asociados con los trastornos por consumo de sustancias. Uribe González et al. (2025) señalan que las actitudes de rechazo y los prejuicios pueden dificultar el acceso a oportunidades educativas, laborales y comunitarias, además de afectar la autoestima y la disposición a buscar ayuda. Estas experiencias pueden reforzar el aislamiento y generar barreras para mantener la participación en los programas de recuperación. En consecuencia, el fortalecimiento de las redes de apoyo requiere promover relaciones respetuosas y entornos institucionales que reconozcan los derechos, las capacidades y las posibilidades de desarrollo de las personas.

El lenguaje utilizado por los profesionales, las familias y la comunidad también influye en la calidad de las relaciones de apoyo. Humberger (2026) destaca la relevancia de las actitudes y formas de comunicación durante los procesos de recuperación. Desde esta perspectiva, resulta necesario evitar expresiones que reduzcan la identidad de la persona a su condición clínica o que atribuyan el consumo exclusivamente a características morales. El acompañamiento basado en la empatía, el respeto y la validación de las experiencias personales puede favorecer la confianza y la participación terapéutica. Asimismo, Riber del Val (2025) subraya que la calidad y estabilidad de los vínculos constituye una dimensión relevante para sostener los cambios alcanzados.

Las necesidades de apoyo no son homogéneas, sino que pueden variar según la edad, las condiciones de salud, la situación socioeconómica, las experiencias de vida y la etapa del proceso terapéutico. Riber del Val (2025) destaca la importancia de considerar estas diferencias al valorar los recursos sociales disponibles. En consecuencia, las intervenciones deben evitar modelos uniformes y promover estrategias

individualizadas que permitan identificar los vínculos protectores, las necesidades no satisfechas y las oportunidades de participación comunitaria.

La perspectiva de género adquiere especial importancia en este análisis, debido a que las desigualdades sociales y las expectativas culturales pueden condicionar el acceso a las redes de apoyo y la continuidad del tratamiento. Algunas mujeres con trastornos por consumo de sustancias enfrentan dificultades relacionadas con experiencias de violencia, dependencia económica, responsabilidades de cuidado y temor a la discriminación. Estas circunstancias pueden limitar la disponibilidad de tiempo, recursos y condiciones de seguridad para participar en programas de rehabilitación. Por ello, resulta necesario desarrollar intervenciones sensibles a estas desigualdades y garantizar que las estrategias de acompañamiento respondan a las necesidades particulares de cada persona.

En el caso de los hombres, determinadas normas culturales asociadas con la autosuficiencia y la restricción de la expresión emocional pueden dificultar la búsqueda de ayuda y la construcción de relaciones de apoyo significativas. Jiménez-Chicheportiche (2024) examina la influencia de estas expectativas sobre las relaciones sociales y la expresión del malestar psicológico. De manera complementaria, Davies et al. (2026) abordan las dificultades que pueden presentarse cuando la amplitud de las relaciones sociales no se corresponde con la disponibilidad de apoyo emocional efectivo. Estas consideraciones evidencian la necesidad de valorar la calidad de los vínculos y no únicamente su cantidad.

Castaño Vanegas (2023) destaca las dificultades que pueden experimentar las mujeres durante los procesos de rehabilitación y reinserción social, entre ellas las relacionadas con el bienestar emocional, la autoestima y el temor al rechazo. Sin embargo,

estas diferencias deben interpretarse atendiendo a las características de las poblaciones estudiadas y evitando generalizaciones que atribuyan las mismas necesidades a todas las personas de un determinado género. Una atención individualizada requiere reconocer la diversidad de experiencias y considerar cómo interactúan las condiciones personales, familiares y sociales en cada trayectoria de recuperación.

Desde enfermería, la valoración de las redes de apoyo constituye una oportunidad para identificar recursos protectores, necesidades sociales y posibles barreras para la continuidad del cuidado. Esta valoración puede incluir la identificación de personas de confianza, la disponibilidad de acompañamiento para acudir a los servicios, las condiciones de convivencia, las dificultades de comunicación y la existencia de situaciones de violencia o exclusión. A partir de estos elementos, el personal de enfermería puede contribuir a la educación sanitaria, el fortalecimiento del autocuidado, la orientación sobre recursos comunitarios y la coordinación interdisciplinaria, respetando la autonomía, la confidencialidad y las decisiones de la persona atendida.

Las redes de apoyo representan una dimensión esencial de la rehabilitación psicosocial y de la recuperación de las personas con trastornos por consumo de sustancias. Su contribución depende de la calidad de los vínculos, la disponibilidad de recursos formales e informales y la capacidad de los servicios para responder a las necesidades individuales. La participación familiar, el apoyo entre pares, la inclusión social y la perspectiva de género deben integrarse en estrategias de acompañamiento que favorezcan la autonomía, reduzcan las barreras de acceso y fortalezcan la continuidad del cuidado. De este modo, la recuperación puede desarrollarse en condiciones más favorables para el bienestar, la

participación comunitaria y la reconstrucción de un proyecto de vida significativo.

- Estigmatización y barreras para la inclusión social de las personas con adicciones

La estigmatización constituye una de las principales barreras para la recuperación y la inclusión social de las personas con trastornos por consumo de sustancias, debido a que favorece actitudes discriminatorias, limita el acceso a los servicios y dificulta la reconstrucción de relaciones familiares y comunitarias. Desde esta perspectiva, resulta fundamental promover modelos de atención basados en la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y el reconocimiento de los derechos individuales. Las intervenciones de rehabilitación deben evitar prácticas que refuercen etiquetas negativas o establezcan diferencias injustificadas entre las personas con trastornos adictivos y el resto de la población, garantizando su acceso a los recursos sanitarios, educativos, laborales y comunitarios.

La reducción del estigma requiere actuaciones dirigidas tanto a las personas afectadas como a los entornos institucionales y sociales en los que se desarrolla su recuperación. Sánchez Pardo (2024) destaca que la superación de los prejuicios constituye un componente esencial de los procesos de incorporación social, pues permite transformar las percepciones negativas y favorecer relaciones basadas en el respeto y la aceptación. En consecuencia, los equipos profesionales y las organizaciones comunitarias deben promover estrategias educativas, acciones de sensibilización y prácticas de acompañamiento que contribuyan a disminuir las barreras sociales y facilitar la participación de las personas en condiciones de equidad.

El estigma asociado con los trastornos por consumo de sustancias se manifiesta mediante estereotipos

que atribuyen a las personas características como irresponsabilidad, peligrosidad o incapacidad para modificar su comportamiento. Estas representaciones pueden generar rechazo, desconfianza y exclusión en diferentes ámbitos de la vida cotidiana. El Hayek et al. (2024) examinan las consecuencias de estas percepciones sobre la búsqueda de ayuda profesional y el acceso a los servicios de salud. El temor a recibir un trato discriminatorio puede retrasar la solicitud de atención, dificultar la comunicación con los profesionales y comprometer la continuidad del tratamiento.

Una de las manifestaciones más perjudiciales de este fenómeno es el estigma internalizado, que aparece cuando la persona incorpora a su propia identidad los estereotipos negativos presentes en el entorno social. Este proceso puede relacionarse con sentimientos de vergüenza, culpa, desvalorización personal y disminución de la autoestima, afectando la confianza en las posibilidades de recuperación. Por ello, la atención terapéutica debe favorecer el reconocimiento de las capacidades individuales, la participación activa en las decisiones y la construcción de una identidad que no quede definida exclusivamente por el trastorno por consumo de sustancias.

Uribe González et al. (2025) refieren que la estigmatización puede generar consecuencias negativas en la calidad de vida, la búsqueda de atención y la participación en los procesos terapéuticos. Sus repercusiones también se extienden a las relaciones familiares y comunitarias, así como a las oportunidades de incorporación educativa y laboral. Desde esta perspectiva, la exclusión social no debe considerarse únicamente una consecuencia del consumo problemático, sino también una condición que puede dificultar la recuperación cuando limita el acceso a recursos, apoyos y oportunidades de desarrollo personal.

El lenguaje utilizado durante la atención constituye un elemento relevante para prevenir prácticas estigmatizantes. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2026) promueve el empleo de expresiones respetuosas y centradas en la persona, evitando denominaciones que reduzcan su identidad a la condición de consumo. En correspondencia con esta orientación, resulta preferible utilizar términos como *persona con trastorno por consumo de sustancias o persona en proceso de recuperación,* en lugar de expresiones descalificadoras que puedan reforzar prejuicios. Esta forma de comunicación contribuye a establecer relaciones terapéuticas basadas en el respeto, la confianza y el reconocimiento de las posibilidades de cambio.

En el ámbito sanitario, la reducción del estigma exige revisar las actitudes profesionales, garantizar la confidencialidad y evitar juicios morales durante la valoración y el tratamiento. El personal de enfermería desempeña un papel relevante mediante la comunicación terapéutica, la educación sanitaria, el acompañamiento emocional y la defensa de una atención equitativa. Estas actuaciones permiten favorecer entornos asistenciales seguros, donde las personas puedan expresar sus necesidades sin temor al rechazo y participar activamente en las decisiones relacionadas con su recuperación. En consecuencia, la eliminación de las barreras asociadas con la estigmatización constituye una condición necesaria para fortalecer la rehabilitación psicosocial, la continuidad del cuidado y la inclusión comunitaria.

- Participación de la familia en los procesos de recuperación de las adicciones

La familia constituye uno de los principales entornos de socialización y apoyo durante el desarrollo de las personas, por lo que sus relaciones y dinámicas pueden influir en la aparición, evolución

y recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. Su participación adquiere especial relevancia en los procesos de rehabilitación, debido a que puede proporcionar acompañamiento emocional, orientación, apoyo práctico y condiciones favorables para mantener la continuidad del tratamiento. Cornejo (2024) destaca la importancia de las relaciones familiares como recursos que pueden contribuir al fortalecimiento de los procesos terapéuticos, siempre que se desarrollen en un entorno de respeto, comunicación y apoyo.

La influencia familiar debe comprenderse desde una perspectiva biopsicosocial, reconociendo que el consumo problemático no responde a una causa única ni puede atribuirse exclusivamente a las características del hogar. Sin embargo, determinadas condiciones familiares pueden incrementar la vulnerabilidad, entre ellas los conflictos persistentes, la violencia, las dificultades de comunicación y la ausencia de normas de convivencia consistentes. Fernández-Blanco (2023) señala la importancia de considerar estas circunstancias al analizar los factores asociados con el consumo de sustancias. Su identificación permite orientar estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas a fortalecer las relaciones y mejorar las condiciones de acompañamiento.

Por el contrario, las relaciones familiares caracterizadas por el afecto, la comunicación respetuosa, la confianza y el establecimiento de límites adecuados pueden constituir recursos protectores. Estos elementos favorecen la seguridad emocional, la búsqueda de ayuda y el desarrollo de habilidades para afrontar situaciones adversas. En el caso de adolescentes, el acompañamiento familiar y la supervisión apropiada para la etapa del desarrollo pueden contribuir a reducir la exposición a determinados factores de riesgo. En las personas adultas, el apoyo familiar puede facilitar la organización de las actividades cotidianas, la continuidad del tratamiento y la reconstrucción de

vínculos afectados por el consumo problemático (Fernández-Blanco, 2023).

La participación de la familia en la rehabilitación también se relaciona con la transmisión de valores, normas y pautas de convivencia que influyen en las actitudes frente al consumo de sustancias. Cuando determinadas conductas de riesgo se encuentran normalizadas en el entorno cercano, pueden generarse condiciones que dificulten la modificación de los patrones de consumo. No obstante, el acompañamiento familiar debe evitar prácticas de control excesivo, sobreprotección o imposición de decisiones que limiten la autonomía de la persona. Cornejo (2024) destaca la necesidad de promover relaciones equilibradas, en las que el apoyo se articule con el desarrollo progresivo de responsabilidades, habilidades personales y capacidad de autodeterminación.

Además del acompañamiento emocional, la familia puede desempeñar funciones prácticas relacionadas con el acceso a los servicios terapéuticos. En determinadas circunstancias, el apoyo económico, la ayuda para el traslado a las consultas, la organización de actividades cotidianas y la colaboración en el seguimiento de las recomendaciones profesionales pueden favorecer la continuidad asistencial. Fernández-Flores (2024) destaca la importancia de los recursos familiares durante los procesos de recuperación, especialmente cuando existen dificultades sociales o económicas que limitan la participación sostenida en el tratamiento. Sin embargo, la ausencia de apoyo familiar no debe interpretarse como un impedimento para la rehabilitación, pues las redes comunitarias e institucionales pueden proporcionar recursos alternativos de acompañamiento.

La incorporación de la familia al proceso terapéutico requiere considerar las características de las relaciones existentes, las necesidades de la persona

y su consentimiento para compartir información o participar en intervenciones conjuntas. No todas las relaciones familiares son protectoras, especialmente cuando existen antecedentes de violencia, coerción, conflictos graves o situaciones que comprometen la seguridad. En estos casos, el equipo interdisciplinario debe valorar las condiciones de participación y priorizar el bienestar y la autonomía de la persona atendida. Por ello, la intervención familiar no debe aplicarse de manera uniforme, sino ajustarse a las circunstancias particulares y a los objetivos del proceso rehabilitador.

Desde enfermería, el acompañamiento familiar puede comprender acciones educativas orientadas a mejorar el conocimiento sobre los trastornos por consumo de sustancias, identificar señales de riesgo, fortalecer la comunicación y favorecer el autocuidado. Asimismo, resulta importante orientar a los familiares sobre los recursos sanitarios y comunitarios disponibles, promover expectativas realistas sobre la recuperación y prevenir actitudes de culpabilización o rechazo. Estas intervenciones deben desarrollarse mediante una comunicación respetuosa y coordinada con los demás profesionales, reconociendo que las personas cuidadoras también pueden experimentar sobrecarga emocional y necesitar orientación o apoyo específico.

La participación familiar constituye un recurso relevante para la rehabilitación psicosocial cuando se fundamenta en relaciones protectoras, respeto por la autonomía y colaboración con los servicios de atención. Su contribución no depende únicamente de la presencia de familiares, sino de la calidad del acompañamiento y de su capacidad para responder a las necesidades de la persona. En este sentido, el fortalecimiento de las relaciones familiares, junto con la disponibilidad de redes comunitarias e institucionales, favorece la construcción de entornos de recuperación más seguros, inclusivos y sostenibles.

5.5. Atención primaria de salud: prevención comunitaria y continuidad del cuidado en adicciones

El seguimiento de las personas con trastornos por consumo de sustancias desde la atención primaria de salud constituye un componente fundamental de las estrategias de prevención, tratamiento y recuperación de las adicciones. Su proximidad a la comunidad, accesibilidad y orientación integral favorecen la identificación temprana de conductas de riesgo, la realización de intervenciones iniciales y el acompañamiento continuo de las personas que requieren atención. En muchos contextos, este nivel asistencial representa el primer contacto de la población con el sistema sanitario, lo que permite reconocer necesidades clínicas y psicosociales, facilitar el acceso oportuno a los servicios especializados y desarrollar acciones dirigidas a prevenir complicaciones y recaídas.

El abordaje de las adicciones desde la atención primaria de salud favorece una respuesta asistencial centrada en la persona, su familia y el entorno comunitario. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021) destacan que este enfoque permite integrar las intervenciones sanitarias con acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y participación comunitaria. En el campo de las adicciones, estas características adquieren especial relevancia debido a que las necesidades de atención pueden prolongarse en el tiempo y requerir la participación coordinada de diferentes profesionales e instituciones. Asimismo, la cercanía de los servicios con la población puede facilitar la construcción de vínculos terapéuticos estables, disminuir determinadas barreras de acceso y fortalecer la continuidad del cuidado.

Desde una perspectiva conceptual, la atención primaria de salud se reconoce como un enfoque

integral que involucra al conjunto de la sociedad y procura garantizar el acceso equitativo a servicios sanitarios de calidad. Su propósito comprende la atención de las necesidades de salud a lo largo de la vida, mediante intervenciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda. La Organización Panamericana de la Salud (2026) destaca la importancia de este enfoque para organizar respuestas sanitarias accesibles y orientadas a las necesidades de la población. En relación con las adicciones, permite superar una atención limitada al control del consumo y considerar los factores personales, familiares, sociales y ambientales que intervienen en su desarrollo y recuperación.

La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021) identifican tres componentes interrelacionados de la atención primaria de salud: los servicios integrados centrados en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública; las políticas y acciones multisectoriales dirigidas a los determinantes de la salud; y el empoderamiento de las personas y las comunidades. Estos componentes proporcionan un marco para organizar la atención de los trastornos por consumo de sustancias desde una perspectiva preventiva, comunitaria e interdisciplinaria.

El primer componente comprende la integración de los servicios sanitarios y las funciones esenciales de salud pública. En el ámbito de las adicciones, esta orientación favorece la identificación temprana de situaciones de riesgo, la valoración inicial, las intervenciones breves, el seguimiento clínico y la derivación oportuna a servicios especializados cuando las necesidades superan la capacidad resolutiva del primer nivel de atención. Su aplicación requiere mecanismos de coordinación que permitan

mantener la comunicación entre los profesionales, evitar la fragmentación asistencial y garantizar que las personas continúen recibiendo apoyo durante las diferentes etapas del tratamiento y la recuperación.

El segundo componente se relaciona con las políticas y acciones multisectoriales orientadas a intervenir sobre los determinantes sociales de la salud. Factores como la pobreza, el desempleo, la exclusión social, las condiciones de vivienda y la limitada disponibilidad de redes de apoyo pueden influir en la vulnerabilidad frente al consumo problemático y dificultar el acceso al tratamiento. Por ello, la respuesta sanitaria requiere la articulación con sectores como educación, empleo, protección social y desarrollo comunitario. Esta coordinación permite ampliar las oportunidades de prevención y recuperación, reconociendo que las necesidades de las personas con trastornos por consumo de sustancias no pueden resolverse exclusivamente mediante intervenciones clínicas.

El tercer componente comprende el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante el fortalecimiento de su participación y capacidad para tomar decisiones informadas sobre la salud. En la atención de las adicciones, este principio implica reconocer a la persona como participante activa de su proceso terapéutico, promover el desarrollo de habilidades de autocuidado y favorecer la utilización de los recursos comunitarios disponibles. Asimismo, requiere involucrar a las familias y organizaciones sociales en acciones preventivas y educativas, respetando la autonomía, las preferencias y las circunstancias particulares de quienes reciben atención.

La articulación de estos tres componentes permite comprender la atención primaria de salud como un espacio estratégico para integrar la prevención, la intervención temprana y el seguimiento comunitario.

Pascual Pastor (2021) destaca la importancia de organizar respuestas accesibles y continuas frente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Desde esta perspectiva, el primer nivel asistencial debe disponer de procedimientos que faciliten la identificación de necesidades, la orientación terapéutica y la coordinación con otros servicios. La Organización Mundial de la Salud (2022b) también reconoce la importancia de los enfoques comunitarios para ampliar el acceso a la atención en salud mental y responder a las condiciones sociales que influyen en el bienestar de las personas.

La prevención de las adicciones constituye una de las principales responsabilidades de los servicios de atención primaria, debido a su capacidad para desarrollar acciones cercanas a los espacios donde transcurre la vida cotidiana. La identificación de conductas de riesgo, el acompañamiento familiar, la educación sanitaria y la promoción de entornos protectores permiten intervenir antes de que determinadas formas de consumo evolucionen hacia situaciones de mayor gravedad. Estas actuaciones deben adaptarse a las características de cada comunidad y considerar las diferencias relacionadas con la edad, el contexto socioeconómico y las condiciones de vulnerabilidad.

En este marco, resulta necesario diferenciar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias de las adicciones comportamentales. Los primeros comprenden alteraciones asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas, como alcohol, tabaco y otras drogas, mientras que las segundas se relacionan con determinados patrones persistentes de comportamiento que pueden generar deterioro funcional y dificultades para mantener el control. Moro Inchaurtieta (2024) aborda estas manifestaciones desde una perspectiva que reconoce la participación de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

No obstante, debe considerarse que no todas las conductas repetitivas o potencialmente problemáticas constituyen trastornos adictivos clínicamente reconocidos, por lo que su identificación requiere criterios diagnósticos específicos.

La detección temprana de los riesgos asociados con el consumo de sustancias puede apoyarse en instrumentos estandarizados de evaluación. Entre ellos se encuentra la prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias, conocida por sus siglas en inglés como ASSIST, desarrollada en el marco de iniciativas de la Organización Mundial de la Salud. Este instrumento permite explorar patrones de consumo y estimar niveles de riesgo relacionados con diferentes sustancias, facilitando la identificación de personas que pueden beneficiarse de orientación preventiva, intervenciones breves o una evaluación clínica más amplia. Su utilización debe realizarse por personal capacitado y complementarse con la valoración individual, sin sustituir el juicio clínico ni los procedimientos diagnósticos correspondientes.

La valoración inicial de las personas con consumo problemático debe considerar tanto las características del consumo como las condiciones generales de salud, los antecedentes personales y familiares, la presencia de síntomas psicológicos y la disponibilidad de recursos de apoyo. Esta perspectiva permite identificar necesidades que pueden requerir atención inmediata, seguimiento en el primer nivel asistencial o derivación a servicios especializados. La Organización Panamericana de la Salud (2026) destaca la importancia de organizar respuestas integrales que consideren las diferentes dimensiones de la salud y las circunstancias del entorno. En consecuencia, la prevención debe desarrollarse mediante intervenciones individualizadas y acciones comunitarias que fortalezcan los factores protectores.

La participación familiar y comunitaria adquiere especial relevancia durante la infancia y la adolescencia, etapas en las que las relaciones interpersonales, las normas de convivencia y las oportunidades educativas influyen en el desarrollo de conductas saludables. Los programas preventivos pueden incorporar actividades de educación sanitaria, fortalecimiento de habilidades socioemocionales, orientación familiar y promoción de espacios recreativos seguros. Asimismo, deben considerar la participación de instituciones educativas y organizaciones comunitarias para ampliar su alcance y responder a las necesidades de diferentes grupos poblacionales.

La complejidad de los trastornos por consumo de sustancias exige reconocer que su aparición y evolución no responden a una causa única. Moro Inchaurtieta (2024) destaca la interacción de factores genéticos, psicológicos y ambientales, lo que fundamenta la necesidad de intervenciones integrales. En determinadas personas pueden presentarse dificultades para reconocer las consecuencias del consumo o aceptar la necesidad de tratamiento; sin embargo, estas manifestaciones no deben considerarse características universales de quienes presentan un trastorno adictivo. Por ello, la comunicación terapéutica y la valoración individual deben evitar generalizaciones y promover relaciones asistenciales basadas en el respeto y la confianza.

La magnitud internacional del consumo de sustancias y sus consecuencias sanitarias refuerza la necesidad de fortalecer las capacidades preventivas del primer nivel de atención. La disponibilidad de profesionales capacitados, instrumentos de detección, procedimientos de intervención y mecanismos de derivación constituye una condición importante para responder oportunamente a las necesidades de la

población. En este sentido, la atención primaria debe desarrollar estrategias que integren la prevención universal, las intervenciones dirigidas a grupos de mayor vulnerabilidad y el seguimiento de personas que presentan problemas relacionados con el consumo.

Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la identificación de señales de alerta, la valoración de necesidades y el desarrollo de intervenciones adaptadas a las características individuales. En particular, el personal de enfermería contribuye mediante la educación para la salud, la detección de factores de riesgo, la comunicación terapéutica, la promoción del autocuidado y la orientación hacia los recursos disponibles. Su actuación también comprende el seguimiento de las recomendaciones asistenciales, la identificación de dificultades para mantener el tratamiento y la coordinación con otros integrantes del equipo interdisciplinario. Estas funciones favorecen una atención más cercana y continua, especialmente cuando existen barreras sociales o territoriales que dificultan el acceso a los servicios especializados.

La aplicación de los principios preventivos en la atención primaria requiere estrategias fundamentadas en conocimientos científicos y adaptadas a las características de las comunidades. La Organización Mundial de la Salud (2022b) destaca la importancia de fortalecer los servicios comunitarios de salud mental, mientras que la Organización Panamericana de la Salud (2026) promueve la articulación de respuestas sanitarias y sociales. En correspondencia con estos planteamientos, las intervenciones preventivas deben considerar las particularidades culturales, las condiciones de vida y la disponibilidad de recursos institucionales, evitando procedimientos uniformes que no respondan a las necesidades de la población.

El análisis de las adicciones desde la atención primaria también puede enriquecerse mediante modelos teóricos que permitan interpretar las conductas de consumo y orientar las decisiones preventivas. Entre los enfoques utilizados para comprender este fenómeno se encuentran el médico-sanitario, el psicosocial, el sociocultural y el ético-jurídico. Cada uno aporta elementos específicos para analizar los problemas asociados con el consumo de sustancias y sus consecuencias individuales y colectivas. El enfoque médico-sanitario se centra en las repercusiones sobre la salud y las necesidades de atención; el psicosocial examina los procesos personales y relacionales; el sociocultural considera las normas, prácticas y condiciones del entorno; y el ético-jurídico incorpora el análisis de los derechos, las responsabilidades y los marcos normativos.

La consideración conjunta de estos enfoques permite evitar interpretaciones parciales y avanzar hacia intervenciones que reconozcan la complejidad de los trastornos por consumo de sustancias. La *Guía para el abordaje integral de los consumos problemáticos*, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires e Intercambios Asociación Civil (2023), constituye una referencia para comprender la importancia de organizar respuestas territoriales y superar prácticas fragmentadas. Desde esta perspectiva, el enfoque biopsicosocial facilita la articulación de los componentes clínicos, psicológicos y comunitarios, sin desconocer las dimensiones culturales, institucionales y normativas que influyen en la atención.

La integración de los modelos interpretativos permite fundamentar la planificación de estrategias preventivas y orientar la actuación interdisciplinaria. En este sentido, la figura 5.1 presenta una síntesis de los cuatro enfoques utilizados para analizar el fenómeno de las adicciones y su relación con las

intervenciones desarrolladas desde la atención primaria de salud.

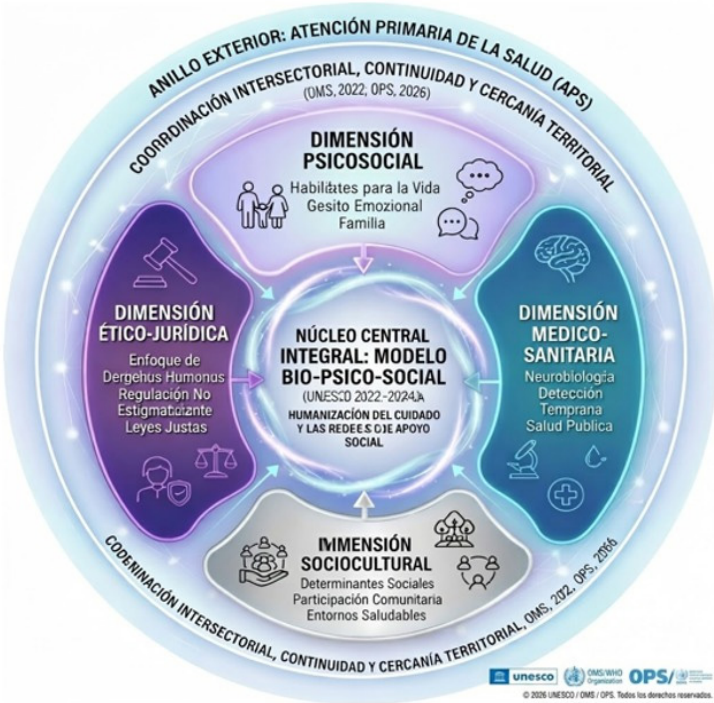


Figura 5.1. Modelos interpretativos para el abordaje de las adicciones desde la atención primaria de salud.

La continuidad del cuidado constituye un principio transversal de las intervenciones desarrolladas desde la atención primaria. Su aplicación requiere establecer mecanismos de seguimiento que permitan valorar la evolución de las personas, identificar nuevas necesidades y mantener la coordinación entre los servicios sanitarios y comunitarios. En el ámbito de las adicciones, este seguimiento resulta especialmente importante debido a que las trayectorias de recuperación pueden presentar dificultades, cambios en las condiciones personales y necesidades variables de apoyo. Por ello, la atención debe favorecer la permanencia de los vínculos terapéuticos, la accesibilidad de los servicios y la

participación activa de las personas en las decisiones relacionadas con su salud.

En síntesis, la atención primaria de salud constituye un componente estratégico para la prevención comunitaria y la continuidad del cuidado de las personas con trastornos por consumo de sustancias. Su contribución se fundamenta en la proximidad a la población, la detección temprana, la intervención oportuna, el seguimiento clínico y la coordinación interdisciplinaria e intersectorial. La integración de los enfoques preventivos, la participación familiar y comunitaria, y el fortalecimiento de las capacidades profesionales permiten avanzar hacia modelos de atención más accesibles, equitativos y centrados en la persona. De este modo, la prevención y el acompañamiento continuo se articulan con los procesos de rehabilitación psicosocial, favoreciendo la recuperación, la autonomía y la inclusión social.

Para comprender la aplicación práctica de los principios básicos de prevención de las adicciones en el primer nivel de atención, resulta necesario analizar cómo las estrategias de intervención varían según el modelo interpretativo adoptado. Cada enfoque proporciona una explicación particular sobre el origen, el desarrollo y las consecuencias de las conductas adictivas, lo que influye en la identificación de los factores de riesgo, la selección de las acciones preventivas y la organización de los servicios sanitarios. En este sentido, el análisis de los modelos médico-sanitario, psicosocial, sociocultural y ético-jurídico permite reconocer sus aportaciones y limitaciones, así como la necesidad de articularlos desde una perspectiva integral y centrada en la persona.

1. Modelo médico-sanitario

El modelo médico-sanitario interpreta los trastornos relacionados con el consumo de sustancias desde sus dimensiones biológicas, clínicas y

epidemiológicas. Tradicionalmente, este enfoque ha recurrido a la tríada epidemiológica integrada por el agente, el huésped y el ambiente, que, aplicada al fenómeno de las adicciones, comprende la sustancia psicoactiva, las características individuales y las condiciones del entorno. Esta perspectiva permite identificar factores asociados con el consumo, reconocer sus consecuencias sobre la salud y orientar intervenciones dirigidas a disminuir los riesgos y prevenir complicaciones.

En la atención primaria de salud, su aplicación se relaciona con la educación sanitaria, la identificación temprana de conductas de riesgo, la evaluación del consumo y la orientación sobre sus posibles efectos orgánicos y neurobiológicos. Asimismo, favorece la utilización de instrumentos de detección, el seguimiento de las condiciones clínicas y la derivación a servicios especializados cuando resulta necesario. Estas actuaciones contribuyen a reconocer oportunamente situaciones que pueden comprometer la salud física y mental de las personas.

No obstante, la aplicación exclusiva de este modelo presenta limitaciones cuando las intervenciones preventivas se concentran únicamente en transmitir información sobre las consecuencias del consumo de sustancias, sin considerar los procesos de aprendizaje y los factores que intervienen en la adopción de comportamientos saludables. En este sentido, Espada Sánchez et al. (2003) destacan la eficacia de los programas escolares de prevención de drogas que incorporan metodologías interactivas, las cuales favorecen la participación activa de los estudiantes y el desarrollo de habilidades relacionadas con la prevención del consumo.

Desde esta perspectiva, las estrategias educativas deben superar la transmisión unidireccional de conocimientos y promover experiencias de aprendizaje que permitan analizar situaciones de riesgo, fortalecer

las habilidades sociales, desarrollar capacidades para la toma de decisiones y afrontar las presiones del entorno. Asimismo, resulta necesario considerar la influencia de los factores emocionales, familiares, sociales y culturales que pueden facilitar o dificultar la adopción de conductas protectoras.

Por consiguiente, la prevención requiere integrar contenidos informativos con procedimientos participativos que favorezcan la reflexión crítica, la apropiación consciente de los conocimientos y el desarrollo de recursos personales para afrontar situaciones relacionadas con el consumo de sustancias. En consecuencia, la educación sanitaria debe complementarse con estrategias que fortalezcan las capacidades personales, la motivación y las condiciones necesarias para sostener decisiones favorables a la salud.

2. Modelo psicosocial

El modelo psicosocial comprende las adicciones a partir de la interacción entre los procesos psicológicos individuales y las relaciones sociales. Desde esta perspectiva, el consumo problemático puede relacionarse con dificultades para afrontar determinadas situaciones, regular las emociones, resolver conflictos o responder a experiencias adversas. Sin embargo, estas circunstancias no constituyen explicaciones universales del fenómeno, debido a que los trastornos por consumo de sustancias presentan múltiples factores asociados y trayectorias individuales diversas.

Este enfoque reconoce la importancia de las relaciones familiares, las amistades y otros vínculos significativos, que pueden actuar como factores protectores o incrementar la exposición a situaciones de riesgo. Por ello, las estrategias preventivas no se limitan a proporcionar información sobre las sustancias, sino que incluyen el fortalecimiento de habilidades personales y sociales, la comunicación

interpersonal, la regulación emocional, la resolución de problemas y la búsqueda oportuna de ayuda.

Castaño Vanegas (2023) destaca la importancia de considerar las condiciones emocionales y sociales que intervienen en los procesos de rehabilitación. En correspondencia con esta perspectiva, la atención primaria de salud puede desarrollar intervenciones orientadas al reconocimiento de situaciones de vulnerabilidad, la promoción de habilidades socioemocionales y el fortalecimiento de redes de apoyo. Estas acciones favorecen una prevención centrada en las necesidades de la persona y en sus posibilidades de afrontar las dificultades sin recurrir al consumo de sustancias.

La aplicación del modelo psicosocial también requiere reconocer que las personas no responden de manera uniforme a las mismas circunstancias. Las experiencias previas, los recursos personales y las condiciones de convivencia pueden influir en la forma de afrontar situaciones adversas. Por ello, las intervenciones deben ajustarse a las características individuales y promover la participación activa en las decisiones relacionadas con la salud.

3. Modelo sociocultural

El modelo sociocultural sitúa el análisis de las adicciones en las condiciones sociales, económicas y culturales que influyen en los comportamientos individuales y colectivos. Desde este enfoque, los patrones de consumo no pueden comprenderse al margen de las normas sociales, las relaciones comunitarias, las desigualdades económicas y las oportunidades disponibles en el entorno. Factores como la exclusión social, el desempleo, la precariedad habitacional y la limitada disponibilidad de espacios de participación pueden configurar condiciones de vulnerabilidad que deben considerarse en la planificación preventiva.

En la atención primaria de salud, este modelo orienta el desarrollo de intervenciones comunitarias dirigidas a fortalecer los factores protectores y modificar condiciones del entorno que favorecen situaciones de riesgo. Su aplicación comprende la educación para la salud, la promoción de espacios comunitarios seguros, la participación de organizaciones sociales y la articulación con instituciones educativas y servicios de protección social. Estas actuaciones permiten ampliar el alcance de la prevención y reconocer la responsabilidad compartida de diferentes sectores en la protección de la salud.

Cornejo (2024) destaca la importancia de las redes sociales y comunitarias en los procesos relacionados con el consumo de sustancias y la recuperación. Desde esta perspectiva, la disponibilidad de vínculos protectores y recursos colectivos constituye un elemento relevante para desarrollar estrategias preventivas ajustadas a las características de cada territorio. En consecuencia, las intervenciones deben partir del conocimiento de las necesidades comunitarias y favorecer la participación de la población en la identificación de problemas, la formulación de alternativas y la evaluación de las acciones desarrolladas.

El modelo sociocultural permite comprender que la prevención no depende exclusivamente de las decisiones individuales, sino también de las condiciones que facilitan o restringen el desarrollo de estilos de vida saludables. Por ello, su integración en la atención primaria contribuye a fortalecer las acciones intersectoriales y a promover entornos que favorezcan el bienestar, la inclusión social y la continuidad del cuidado.

4. Modelo ético-jurídico

El modelo ético-jurídico examina el fenómeno de las adicciones desde las normas, los valores sociales, las responsabilidades institucionales y los marcos

legales relacionados con la producción, distribución y consumo de sustancias. Históricamente, determinadas aplicaciones de este enfoque han priorizado la fiscalización, el control y las sanciones como mecanismos para limitar las conductas consideradas ilícitas. Sin embargo, resulta necesario distinguir entre la regulación jurídica de las sustancias y la atención sanitaria de las personas que presentan trastornos asociados con su consumo.

Cuando las estrategias preventivas se fundamentan exclusivamente en medidas punitivas, pueden producirse consecuencias desfavorables para el acceso a los servicios de salud. El temor a las sanciones, la discriminación y la identificación de las personas con el incumplimiento de normas legales pueden dificultar la búsqueda de ayuda profesional y reforzar situaciones de exclusión. En este sentido, la prevención requiere considerar las implicaciones éticas de las decisiones institucionales y garantizar el respeto de los derechos humanos.

Quinatoa Chasi et al. (2024) examinan las dificultades asociadas con determinados enfoques jurídicos y punitivos en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias. Desde esta perspectiva, resulta necesario evitar que las medidas de control se conviertan en barreras para recibir atención sanitaria, participar en programas de rehabilitación o acceder a oportunidades de reinserción social. La respuesta institucional debe diferenciar las actuaciones de fiscalización de las intervenciones terapéuticas, reconociendo que las personas con trastornos por consumo de sustancias requieren atención integral y un trato digno.

En la atención primaria de salud, la aplicación de una perspectiva ético-jurídica centrada en los derechos implica garantizar la confidencialidad, el consentimiento informado, la no discriminación y el acceso equitativo a los servicios. Asimismo, requiere

promover prácticas profesionales que eviten la culpabilización y respeten la autonomía de las personas. De este modo, los componentes normativos pueden contribuir a la protección de la salud pública sin sustituir las intervenciones preventivas, clínicas y comunitarias.

El análisis de los cuatro modelos permite reconocer que cada uno aporta elementos relevantes para comprender las adicciones, aunque su aplicación aislada puede limitar la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios. El modelo médico-sanitario facilita la identificación de riesgos y consecuencias clínicas; el psicosocial permite abordar las necesidades emocionales y relacionales; el sociocultural incorpora los determinantes sociales y las condiciones comunitarias; y el ético-jurídico contribuye a examinar las responsabilidades institucionales, los marcos normativos y la protección de los derechos individuales.

Desde esta concepción, la prevención y la rehabilitación no deben limitarse a los establecimientos hospitalarios o especializados, sino extenderse a los espacios donde las personas desarrollan sus actividades cotidianas. La familia, las instituciones educativas, las organizaciones comunitarias y los servicios sociales pueden participar en la identificación de necesidades, la promoción de conductas saludables y el acompañamiento durante la recuperación. Esta articulación favorece la continuidad del cuidado y permite responder a situaciones que requieren intervenciones sostenidas más allá de la atención clínica inmediata.

La organización territorial constituye un componente importante de estas estrategias. Canul Sánchez (2026) destaca la relevancia de las acciones comunitarias para fortalecer los procesos preventivos y de recuperación. En este sentido, la participación de promotores de salud, líderes comunitarios y

organizaciones locales puede contribuir a identificar recursos disponibles, desarrollar actividades educativas, promover el uso de espacios públicos y facilitar el acceso a los servicios de atención. Estas iniciativas requieren planificación, coordinación institucional y mecanismos de seguimiento para evitar que se reduzcan a actuaciones aisladas o de corta duración.

Desde enfermería, la integración de los modelos interpretativos permite orientar la valoración de las personas y comunidades mediante la identificación de factores clínicos, emocionales, familiares y sociales. Asimismo, facilita la planificación de actividades educativas, la detección de situaciones de riesgo, la orientación terapéutica y la coordinación con los servicios especializados. La comunicación respetuosa y el acompañamiento continuo constituyen elementos transversales de estas actuaciones, debido a que favorecen la confianza y la participación de las personas en las decisiones relacionadas con su salud.

En consecuencia, la prevención comunitaria de las adicciones requiere una articulación entre los conocimientos científicos, las intervenciones sanitarias y los recursos sociales disponibles. La integración de los enfoques médico-sanitario, psicosocial, sociocultural y ético-jurídico permite avanzar hacia prácticas fundamentadas en la humanización del cuidado, la participación comunitaria y el respeto de los derechos. Desde esta perspectiva, la atención primaria de salud se consolida como un espacio estratégico para desarrollar intervenciones preventivas sostenibles, fortalecer las redes de apoyo y garantizar la continuidad asistencial durante los procesos de rehabilitación y recuperación.

REFERENCIAS

Alqaisi, O., Darwish, S., Harb, F., Dibas, M., Grabovci, L., Hysenaj, M., & Tai, P. (2026). Nurses' stigmatizing attitudes toward patients with substance use disorders and their impact on care quality. *BMC Nursing, 25*. https://doi.org/10.1186/s12912-026-05067-z

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

American Society of Addiction Medicine. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. *Journal of Addiction Medicine, 14*(3S), 1–72. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000668

Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine, 54*, Article 101675. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675

Athey, A., Kilmer, G., Zack, R. M., et al. (2024). Association of substance use with suicide mortality: An updated systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence Reports, 14*, Article 100310. https://doi.org/10.1016/j.dadr.2024.100310

Ayer, L., Horowitz, L. M., Colpe, L., Lowry, N. J., Ryan, P. C., Boudreaux, E., Little, V., Erban, S., Ramirez-Estrada, S., & Schoenbaum, M. (2022). Clinical pathway for suicide risk screening in adult primary care settings: Special recommendations. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry, 63*(5), 497–510. https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.05.003

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/67205

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(3), 171–180. https://doi.org/10.3109/01612840903276696

Bartholow, L. A. M., & Huffman, R. T. (2023). The necessity of a trauma-informed paradigm in substance use disorder services. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 29*(6), 470–476. https://doi.org/10.1177/10783903211036496

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress, 28*(6), 489–498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

Brown, R. L., & Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal, 94*(3), 135–140. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7778330/

Bryan, C. J. (2024). *Examining the effectiveness of suicide risk screening in primary care. The Joint Commission*. https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/blogs/improvement-insights-2024-01-examining-the-effectiveness-of-suicide-risk-screening-in-primary-care

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Eds.). (2024). *Clasificación de intervenciones de enfermería* (NIC) (8.ª ed.). Elsevier.

Candelario, Y. V. (2025). Apoyo social, estrés y satisfacción vital durante el tratamiento de una adicción: Un estudio correlacional [Trabajo de titulación, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna.

Canul Sánchez, J. (2026, 13 de abril). Guía para la prevención de recaídas en adicciones (GPRA). Centros de Integración Juvenil.

Carangui Ludizaca, D. E. (2025). *Depresión y resiliencia en adultos del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones* [Trabajo de titulación, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca.

Castaño Vanegas, A. (2023). *Características en las redes de apoyo, actitudes personales y de intervención desde la psicología* [Trabajo de titulación, Corporación Universitaria Minuto de Dios].

Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *Preventing suicide*. https://www.cdc.gov/suicide/prevention/index.html

Córdoba Castro, E., & Hernández Holguín, D. M. (2024). Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la salud mental comunitaria en Latinoamérica: Revisión integrativa de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud, 22*(3), 1–28. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14251

Cornejo, A. (2024). *Redes de apoyo en los procesos de rehabilitación por adicciones* [Trabajo de titulación, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Cuero Velásquez, E. P., Reyes Angulo, H., & Torres Valencia, L. J. (2022). *Proceso resiliente de adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas y su adaptación a la sociedad* [Trabajo de grado de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia].

Davies, M., Satyen, L., & Toumbourou, J. W. (2026). Recovery after domestic, family and sexual violence: Impact of a holistic clinical support program on victim-survivors. *Frontiers in Psychology, 17*, Article 1742876. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1742876

Delgado Quiroz, D. Y. (2025). Las redes de apoyo en la reintegración social y familiar de las personas en situación de consumo de la clínica de rehabilitación Volver a Vivir [Trabajo de titulación, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí].

Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2021). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders*. https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochwerg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., . . . Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Critical Care Medicine, 46(9), e825–e873. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299

Dowdell, E. B., Alderman, S. E., Foushee, N., Holland, E., & Reedy, E. A. (2022). Expressions of compassion fatigue by emergency department nurses caring for patients with opioid and substance use disorders. *Journal of Emergency Nursing, 48*(6), 688–697. https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.07.006

El Hayek, S., Foad, W., de Filippis, R., Ghosh, A., Koukach, N., Mahgoub Mohammed Khier, A., Pant, S. B., Padilla, V., Ramalho, R., Tolba, H., & Shalbafan, M. (2024). Stigma toward substance use disorders: A multinational perspective and call for action. *Frontiers in Psychiatry, 15*, Article 1295818. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1295818

Espada Sánchez, J. P., Rosa Alcázar, A. I., & Méndez Carrillo, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas, 3*(2), 61–81. https://www.redalyc.org/pdf/839/83930205.pdf

Fernández Blanco, J. (2023). Recuperando la rehabilitación. Edupsykhé. *Revista de Psicología y Educación, 20*(3), 20–40. https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v20i3.4586

Fernández-Flores, A. A., Ochoa-Meza, G., & Castro-Valles, A. (2024). Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas en usuarios drogodependientes: Una revisión sistemática. *Psicología y Salud, 34*(1), 37–47. https://doi.org/10.25009/pys.v34i1.2842

Foli, K. J., Choflet, A., Matthias-Anderson, D., Mercer, M., Thompson, R. A., & Squires, A. (2023). The power of the language we use: Stigmatization of individuals and fellow nurses with substance use issues. *Research in Nursing & Health, 46*(1), 3–8. https://doi.org/10.1002/nur.22295

Fuster, D., Zuluaga, P., & Muga, R. (2024). Trastorno por uso de sustancias: Epidemiología, complicaciones médicas y tratamiento. *Medicina Clínica, 162*(9), 431–438. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.11.016

Gorshkalova, O., & Munakomi, S. (2025). *Duty to warn*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542236/

Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024–2026 (13.ª ed.). Elsevier.

Humberger, M. (2026). La asociación entre lenguaje afirmativo, autocompasión, estigma y capital de recuperación para aquellos afiliados a programas universitarios de recuperación. *Journal of American College Health, 74*(4), 925–934. https://doi.org/10.1080/07448481.2025.2503838

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 167*(7), 748–751. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379

International Council of Nurses. (2024). *Guidelines on mental health nursing*. https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-mental-health-nursing

Jiménez-Chicheportiche, A. V. (2024). *Diferencias de género en personas en tratamiento con trastorno por consumo de sustancias: Exploración de ansiedad, depresión e impulsividad* [Tesis de maestría, Universidad Internacional de La Rioja].

Jobes, D. A. (2023). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (3rd ed.). Guilford Press.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231–244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

Klimenko, O., Hernández-Flórez, N., Gómez-Galindo, C., Moreno-Amaya, L., Nieto-Bustos, E., Pérez-Medina, W., & Alfredo-Hernandez, J. (2023). La resiliencia y estrategias de afrontamiento en una muestra de consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Revista Estudios Psicológicos, 3*(3), 60–73. https://doi.org/10.35622/j.rep.2023.03.005

Koob, G. F. (2020). Neurobiology of opioid addiction: Opponent process, hyperkatifeia, and negative reinforcement. *Biological Psychiatry, 87*(1), 44–53. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.05.023

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(8), 760–773. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D. S., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., . . . Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606–613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Krystkiewicz, M., & Soyka, M. (2025). Suicide risk in alcohol use disorders: Literature review and study protocol with preliminary data for a study in treatment-seeking inpatients. *Healthcare, 13*(5), Article 535. https://doi.org/10.3390/healthcare13050535

Kusdemir, S., Oudshoorn, A., & Ndayisenga, J. P. (2022). A critical analysis of the Tidal Model of Mental Health Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing, 36*, 34–40. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.012

Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: Políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 45*, Article e158. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158

Lewis, K., Balas, M. C., Stollings, J. L., McNett, M., Girard, T. D., Chanques, G., Kho, M. E., Pandharipande, P. P., Weinhouse, G. L., Brummel, N. E., Chlan, L. L., Cordoza, M., Duby, J. J., Gélinas, C., Hall-Melnychuk, E. L., Krupp, A., Louzon, P. R., Tate, J. A., Young, B., . . . Aldrich, J. M. (2025). A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine, 53*(3), e711–e727. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006574

Lindsay, D. L., Freedman, K., Jarvis, M., Lincoln, P., Williams, J., Nelson, L. S., & Safarian, T. (2020). Executive summary of the American Society of Addiction Medicine (ASAM) clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. *Journal of Addiction Medicine, 14*(5), 376–392. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000732

López Cisneros, M. A., Noh Moo, P. M., Matos Ceballos, J. J., Mato Medina, O. E., & Telumbre Terrero, J. Y. (2022). Resiliencia y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria. *Universidad y Sociedad, 14*(3), 792–798. https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2928

Lucas-Guerra, C., González-Ordi, H., & del-Gallego-Lastra, R. (2024). Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: Una revisión sistemática. *Enfermería Clínica, 34*(4), 271–292. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.03.006

Luderer, M., Stockreiter, D., Binder, A., Müller, L., Burger, F., Stüben, N., & Reif, A. (2026). Stigma from healthcare professionals and care-limiting behaviors in individuals with substance use disorders: A mixed-methods study. *The Lancet Regional Health – Europe, 63*. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101587

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* Guilford Press.

Merchan Arias, H. A. (2024). Las intervenciones de prevención de recaídas de consumo de drogas: Revisión sistemática. *Revista Psicología UNEMI, 8*(15), 88–101. https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol8iss15.2024pp88-101p

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). Guilford Press.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires & Intercambios Asociación Civil. (2023). Guía para un abordaje integral de los consumos problemáticos en el sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2023/09/Gu%C3%ADa-para-un-Abordaje-Integral-de-los-Consumos-Problem%C3%A1ticos-en-el-Sistema-de-Salud-de-la-Provincia-de-Buenos-Aires.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos: Guía de práctica clínica*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/GPC_Depresion.pdf

Moro Inchaurtieta, Á. (2024). *Salud mental y adicciones: nuevos perfiles en la intervención en drogodependencias : avances en drogodependencia.* Publicaciones de la Universidad de Deusto.

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Coexisting severe mental illness and substance misuse: Community health and social care services (NICE Guideline NG58).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng58

National Institute on Drug Abuse. (2018). *Commonly abused drugs.* National Institutes of Health. https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/commonly_abused_drugs.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction

National Institute on Drug Abuse. (2024). *Co-occurring disorders and health conditions*. https://nida.nih.gov/research-topics/co-occurring-disorders-health-conditions

National Institute on Drug Abuse. (2026). *Words matter: Terms to use and avoid when talking about addiction*. https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction

Nightingale, F. (2010). *Notes on nursing: What it is, and what it is not.* Cambridge University Press.

Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Marco operacional para la atención primaria de salud: Transformar la visión en acción.* https://iris.who.int/handle/10665/351718

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11.ª rev.). https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos.* https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: Urge ampliar los servicios*. https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up

Organización Mundial de la Salud. (2026). *Salud mental*. https://www.who.int/es/health-topics/mental-health

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. https://www.paho.org/sites/default/files/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: Perfil de país - Ecuador.* https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Ecuador%20esp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas.* https://iris.paho.org/bitstreams/7a792d70-d033-435f-abdd-220d2536e5d3/download

Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Drogas y sustancias psicoactivas.* https://www.paho.org/es/temas/drogas-sustancias-psicoactivas

Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Los trastornos por consumo de drogas, una creciente preocupación de salud pública en las Américas, según estudio de la OPS.* https://www.paho.org/es/noticias/14-1-2026-trastornos-por-consumo-drogas-creciente-preocupacion-salud-publica-americas

Pascual Pastor, F. S. (2021). El papel de la atención primaria de salud en los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos adictivos. *Revista Información Científica, 99.* https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2020/rics201c.pdf

Patel, V. (2026). The global burden of mental health disorders: Interview with Vikram Patel. *EMJ, 11*(2), 31–37. https://doi.org/10.33590/emj/4J232E1F

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., Kola, L., Chang, O., Charlson, F., O'Neill, K., & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: Principles and policy recommendations. *The Lancet, 402(*10402), 656–666. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00918-2

Quinatoa-Chasi, W. D., Cepeda-Valente, W. M., Chasi-Chela, A. V., Chasi-Chela, N. F., & Casanova-Villalba, C. I. (2024). *Fronteras del futuro: Innovación y desarrollo en ciencia y tecnología*. Editorial Grupo AEA.

Riber del Val, L. (2025). La intervención social en adicciones con perspectiva de género: Un enfoque desde el trabajo social [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid.

Rushton, C., Kelly, P. J., Raftery, D., Beck, A., & Larance, B. (2023). The effectiveness of psychosocial interventions for family members impacted by another's substance use: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review, 42*(4), 960–977. https://doi.org/10.1111/dar.13607

Saavedra Castillo, A., Cachay, C., Angeles, V., Sanez, Y., Magan, M., Ponce, M., Lavarelo, H., Gonzales, B., Valdivieso, G., & Zumarriba, G. (2024). Modelo biopsicosocial para el afronte de pacientes farmacodependientes. *Anales de Salud Mental, 7*(1–2), 47–60. https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/188

Sánchez Pardo, L. (2024). *Manual para el abordaje de los procesos de incorporación social de las personas con trastornos adictivos.* Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2024_SanchezPardo_ManualAbordajeProcesos.pdf

Schimmels, J., Kunkel, M., Waite, R., et al. (2023). American Academy of Nursing Expert Panel Consensus Statement on leveraging equity in policy to improve recognition and treatment of mental health, substance use disorders, and nurse suicide. *Nursing Outlook, 71*(3), Article 101970. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101970

Sinclair, D. L., Chantry, M., De Ruysscher, C., Magerman, J., Nicaise, P., & Vanderplasschen, W. (2024). Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry, 15*, Article 1352818. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1352818

Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors, 7*(4), 363–371. https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092–1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F., Marshall, B. D. L., Tyndall, M., & Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 6*(1), Article 3. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0137-5

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *Addressing suicidal thoughts and behaviors in substance abuse treatment* (Treatment Improvement Protocol Series 50). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64022/

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services* (Treatment Improvement Protocol Series 57). https://library.samhsa.gov/product/tip-57-trauma-informed-care-behavioral-health-services/sma14-4816

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Medications for opioid use disorder* (Treatment Improvement Protocol Series 63). https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep21-02-01-003.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health*. https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-annual-national-report

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024). *Screening, brief intervention, and referral to treatment* (SBIRT). https://www.samhsa.gov/substance-use/treatment/sbirt

Sufrate-Sorzano, T., Bellon, F., Blanco-Blanco, J., Juárez-Vela, R., & Molina-Luque, F. (2023). Interventions of choice for the prevention and treatment of suicidal behaviours: An umbrella review. *Nursing Open, 10*(8), 4959–4970. https://doi.org/10.1002/nop2.1820

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction, 84*(11), 1353–1357. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x

Tarazona Meza, A. K., Loor Salmon, L. R., Pedroso Roller, T., & Palomeque Zambrano, J. Y. (2023). Resiliencia con enfoque humanista en pacientes con consumo problemático de sustancias. *Revista de Ciencias Sociales, 29*(8), 119–135. https://doi.org/10.31876/rcs.v29i.40942

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet, 387*(10024), 1227–1239. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022.* https://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2022

Uribe González, A. G., Ramos Zúñiga, R., & Villaseñor Cabrera, T. (2025). *Las adicciones: Panorama neurocientífico*. Academia Nacional de Medicina de México.

Volkow, N. D., Gordon, J. A., & Koob, G. F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology, 46*, 2230–2232. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4

Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *Journal of Psychoactive Drugs, 35*(2), 253–259. https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400007

World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2020). Operational framework for primary health care: Transforming vision into action. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832

a) World Health Organization. (2010). *The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Manual for use in primary care*. https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2

World Health Organization. (2012). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241599399

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders (3rd ed.)*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278

World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745

World Health Organization. (2025). Over a billion people living with mental health conditions: Services require urgent scale-up [Press release]. https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up

AUTORES



Corangel María Fernández Moreno

Médica cirujana graduada de la Universidad de Oriente, Venezuela, especialista en Puericultura y Pediatría y en Cirugía Pediátrica. Posee el título de magíster en Educación, con mención en Docencia e Investigación en Educación Superior, otorgado por la Universidad Estatal de Milagro, Ecuador. Su trayectoria profesional integra la atención médica especializada, la docencia universitaria y la investigación científica en los campos de la pediatría, la cirugía pediátrica y las ciencias de la salud, con experiencia académica y asistencial en Venezuela y Ecuador. Desde enero de 2024 se desempeña como docente a tiempo completo en la Universidad Metropolitana del Ecuador, principalmente en la carrera de Enfermería, donde contribuye a la formación integral de profesionales de la salud mediante la articulación de conocimientos clínicos, científicos y pedagógicos. Es autora del capítulo dedicado a la clasificación, el diagnóstico clínico y la valoración enfermera de los trastornos por consumo de sustancias.

ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5404-7512



Lissete Zambrano Sanguinetti

Licenciada en Enfermería y especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico por la Universidad de Los Andes, Venezuela. Cuenta con una trayectoria profesional que integra la práctica asistencial especializada, la docencia universitaria, la investigación y la gestión académica en el ámbito de las ciencias de la salud. Desde 2022 se desempeña como docente y coordinadora de la carrera de Enfermería de la Universidad Metropolitana del Ecuador, sede Quito, donde participa en la formación de profesionales de enfermería, la coordinación de procesos académicos y el fortalecimiento de la calidad educativa. Su experiencia incluye la tutoría de investigaciones y la participación como conferencista en espacios de intercambio científico, entre ellos el Congreso Virtual de Enfermería «Enfermería sin Fronteras» (2025). Es autora principal de la presente obra y responsable del contacto editorial, además de autora del capítulo dedicado a la depresión y el consumo de sustancias en la práctica de la Atención Primaria de Salud.

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6479-2295



Ruth Virginia González Noriega

Licenciada en Enfermería y magíster en Educación, con mención en Docencia e Investigación en Educación Superior, por la Universidad Estatal de Milagro, Ecuador. Cuenta con más de 25 años de experiencia profesional en el sector de la salud, desarrollada en Venezuela y Ecuador, con una trayectoria que comprende la atención de enfermería clínica, quirúrgica y pediátrica, la coordinación de servicios hospitalarios y la atención primaria y comunitaria. En Ecuador se ha desempeñado como enfermera rural del Ministerio de Salud Pública en la provincia de Zamora Chinchipe, experiencia que ha fortalecido su vinculación con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades. Desde 2022 desarrolla funciones en la Universidad Metropolitana del Ecuador, sede Quito, como técnica de laboratorios de la Facultad y tutora docente del internado rotativo de Enfermería, contribuyendo a la formación práctica y al desarrollo de competencias profesionales de los estudiantes. Asimismo, ha ejercido la docencia en la carrera de Enfermería de PUCE TEC. Es autora del capítulo dedicado al cuidado de enfermería en la Atención Primaria de Salud y coeditora académica de la presente obra, con responsabilidad en la revisión, articulación y coherencia de su contenido final.

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1571-3866



Juleiky García Beracierto

Doctor en Ciencias, Licenciado en Enfermería y Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Cuenta con una amplia trayectoria profesional en los ámbitos asistencial, docente, investigativo y de gestión académica, desarrollada en Cuba, Nicaragua y Ecuador. Su experiencia comprende la atención de urgencias y emergencias médicas, los cuidados intensivos, la atención primaria de salud y la gestión de servicios sanitarios, con especial énfasis en el cuidado integral de pacientes en situaciones clínicas complejas. En el ámbito universitario, desarrolla actividades de docencia, tutoría de posgrado y dirección de proyectos de investigación, contribuyendo a la formación de profesionales de la salud y al fortalecimiento de la producción científica. Está acreditado por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación del Ecuador como Investigador Auxiliar 1. Es autor y coautor de publicaciones científicas relacionadas con la enfermería, la educación, la salud mental y la atención al paciente crítico.

ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2748-0895



Luz Marina Vera

Licenciada en Enfermería y especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico por la Universidad de Los Andes, Venezuela. Cuenta con una trayectoria profesional en el ámbito asistencial y académico, con experiencia en atención primaria de salud, servicios de emergencias, hospitalización y cuidados intensivos. Su desempeño profesional se ha orientado al cuidado integral de pacientes en diferentes niveles de atención, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de la calidad de los servicios de enfermería. En Ecuador ejerció como enfermera rural del Ministerio de Salud Pública en el Distrito 17D10 Cayambe–Pedro Moncayo, donde desarrolló actividades vinculadas con la atención sanitaria comunitaria y el cuidado de poblaciones en el primer nivel de atención. Actualmente se desempeña como docente a tiempo completo en la Universidad Metropolitana del Ecuador, contribuyendo a la formación académica y práctica de futuros profesionales de enfermería mediante la integración de conocimientos científicos, clínicos y comunitarios. Es autora del capítulo dedicado a la rehabilitación psicosocial, la prevención de recaídas, las redes de apoyo y la continuidad del cuidado, en el que aborda aspectos fundamentales de la atención integral y el acompañamiento de personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9817-1614

Comprender las adicciones significa mirar más allá del consumo de sustancias y reconocer las complejas relaciones entre la salud mental, el sufrimiento humano, los factores biopsicosociales y las oportunidades de recuperación. Esta obra ofrece una perspectiva científica, integral y humanizada sobre los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, su vínculo con la depresión y la conducta suicida, las manifestaciones del síndrome de abstinencia y los desafíos de la rehabilitación psicosocial. Desde el enfoque de la atención primaria de salud, profundiza en el papel esencial de enfermería en la identificación temprana de riesgos, la valoración clínica, la comunicación terapéutica, la prevención de complicaciones y la continuidad de los cuidados. Mediante fundamentos teóricos, instrumentos de evaluación, casos clínicos y orientaciones para la práctica profesional, proporciona herramientas para comprender situaciones complejas y desarrollar intervenciones individualizadas, éticas y fundamentadas en evidencias científicas. Asimismo, destaca la importancia de prevenir recaídas, fortalecer la resiliencia, combatir la estigmatización y promover la participación familiar y comunitaria como componentes indispensables de la recuperación. Dirigida a profesionales, docentes, investigadores y estudiantes de las ciencias de la salud, esta publicación invita a transformar el conocimiento en acciones capaces de proteger la vida, fortalecer la autonomía y ampliar las posibilidades de inclusión social. Su principal contribución radica en reconocer que el cuidado de las personas con adicciones exige tanto competencia clínica como sensibilidad humana, porque detrás de cada diagnóstico existe una historia que merece comprensión, acompañamiento, respeto y nuevas oportunidades para construir un futuro con dignidad y esperanza.

Editorial UMET

ISBN: 978-9907-9623-2-1