

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **SOFÍA ALEJANDRA AGUAS BUCHELI**, con CC. **171763734-0**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"INFLUENCIA DE LOS RASGOS PREDOMINANTES DE PERSONALIDAD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADICTOS A LA PASTA BASE DE COCAÍNA"**. Estudio realizado desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en adultos-jóvenes en el período noviembre 2017-enero 2018 en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón-Quito., previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2018



SOFÍA ALEJANDRA AGUAS BUCHELI
CC. 171763734-0



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGA CLÍNICA

**INFLUENCIA DE LOS RASGOS PREDOMINANTES DE PERSONALIDAD EN
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADICTOS A LA
PASTA BASE DE COCAÍNA.**

**Estudio realizado desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en
adultos – jóvenes en el período noviembre 2017 – enero 2018 en el Instituto
Psiquiátrico Sagrado Corazón – Quito.**

AUTOR/A: SOFÍA ALEJANDRA AGUAS BUCHELI

DIRECTOR/A: MSC. SASKIA CALAHORRANO

Quito, 2018

DEDICATORIA

A mi hija, quien es el principal motor de mi vida, por quien pienso seguir preparándome
para darle todo lo que ella se merece.

A mi esposo, con quien quiero compartir y alcanzar todas las metas propuestas, para
fortalecer nuestra familia.

A mi hermana, quien me motivó a elegir esta carrera.

A toda mi familia, ya que, todos los logros que consiga serán para buscar su bienestar.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, gracias por su constante apoyo; especialmente agradezco a mi Madre, quien me ha enseñado que hay que seguir adelante a pesar de cualquier circunstancia.

A mi esposo, quien me ha motivado constantemente, gracias por darme ánimos cuando más lo necesitaba.

A mi hermano, al cual admiro por sus méritos, gracias por todo ese apoyo para alcanzar esta meta.

A los profesionales del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, gracias por su gran ayuda para la realización de esta investigación.

A los pacientes de este estudio, gracias por participar y por su apertura para brindar datos a este estudio.

A mi tutora y a todos los profesores que me han formado a lo largo de la carrera, gracias por su excelente manera de educar y de brindar sus conocimientos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	v
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	3
MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD	3
1.1. Definición.....	3
1.2. Antecedentes.....	4
1.3. Bases Filosóficas y Epistemológicas.....	6
Gráfico 1: Humanismo en el contexto psicoterapéutico.....	6
1.4. Bases metodológicas.....	9
1.5. Bases Teóricas.....	10
Gráfico 2: Características del componente Afectivo.....	13
Gráfico 3: Características del componente Cognitivo.....	14
Gráfico 4: Características del componente Comportamental.....	14
Gráfico 5: Características del componente Interpersonal.....	14
1.6. Formas de acercamiento a la Personalidad y la Adherencia al tratamiento.....	18
1.7. Cuestionario SEAPsI.....	19
CAPÍTULO 2	21
ADICCIÓN A LA PASTA BASE DE COCAÍNA	21
2.1 Definición.....	21
2.2 Definición de Pasta Base de Cocaína.....	24
2.3 Efectos de la Pasta Base de cocaína.....	30
2.4 Criterios de diagnóstico- CIE 10.....	34
CAPÍTULO 3	36
ADHERENCIA Y TIPOS DE TRATAMIENTO EN LA ADICCIÓN A LA PASTA BASE DE COCAÍNA	36
3.1 Definición de tratamiento.....	36
3.2. Tipos de tratamiento.....	39
3.3. Adherencia al tratamiento.....	47
CAPÍTULO 4	55

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	55
4.1 Revisión de Historias clínicas	56
4.2 Aplicación del Cuestionario SEAPsI.....	57
4.3 Aplicación de una encuesta a pacientes.....	59
4.4 Realización de entrevistas a profesionales	63
4.5 Resultados de la aplicación del Test Urica para evaluar las fases de cambio de Prochaska y DiClemente.....	65
4.6 Relación de datos obtenidos sobre la adherencia al tratamiento y correlación con los rasgos predominantes de la Personalidad.	68
4.7 Discusión	70
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Primer esfuerzo para buscar la integración	5
Tabla 2: Segundo esfuerzo para buscar la integración.....	5
Tabla 3: Tercer esfuerzo para buscar la integración.....	5
Tabla 4: Cuarto esfuerzo para buscar la integración.	6
Tabla 5: Características que se reconocen en la personalidad.....	12
Tabla 6: Personalidades con predominio afectivo.	16
Tabla 7: Personalidades con predominio Cognitivo.	16
Tabla 8: Personalidades con predominio Comportamental.....	17
Tabla 9: Personalidad con déficit relacional: esquizoide y evitativa,	17
Tabla 10: Personalidades con déficit relacional: dependiente y esquizotípica.....	18
Tabla 11: Modalidades y vías más usadas para el consumo de los derivados de la cocaína. 26	
Tabla 12: Efectos físicos del consumo de cocaína.	31
Tabla 13: Efectos psicológicos de la cocaína.....	32
Tabla 14: Comorbilidad Psiquiátrica en la adicción a la cocaína.....	33
Tabla 15: Criterios de inclusión Unidad CITA BM.....	37
Tabla 16: Criterios de exclusión Unidad CITA BM.	38
Tabla 17: Factores relacionados con la no adherencia terapéutica.	50
Tabla 18: Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.	52
Tabla 19: Tratamiento recibidos por los pacientes.....	56
Tabla 20: Resultados de la aplicación del cuestionario SEAPsI.	57
Tabla 21: Criterio sobre el nivel de adherencia por parte de Psiquiatría	64
Tabla 22: Criterios sobre el nivel de adherencia por parte de Psicología	64
Tabla 23: Criterio sobre el nivel de adherencia por parte de Terapia Familiar.....	64
Tabla 24: Criterio sobre el nivel de adherencia por parte de Terapia Ocupacional.	65
Tabla 25: Evaluaciones Test Urica Paciente 001.....	65
Tabla 26: Evaluaciones Test Urica paciente 002.....	66
Tabla 27: Evaluaciones Test Urica paciente 003.....	66
Tabla 28: Evaluaciones Test Urica paciente 004.....	67
Tabla 29: Evaluaciones Test Urica paciente 005.....	67
Tabla 30: Niveles de adherencia obtenidos en la investigación	69
Tabla 31: Correlación rasgos predominantes de personalidad y adherencia al tratamiento 70	

RESUMEN

La expresión de los rasgos predominantes de personalidad permite pensar, actuar, sentir, y relacionarse con los demás de una manera particular. Por lo cual, en esta investigación se demuestra la importancia de la influencia que tienen los rasgos de personalidad al momento de adherirse a un tratamiento, específicamente de adicciones.

Existen rasgos que facilitan la adherencia, ya que, pueden trabajar de mejor manera con las condiciones que el tratamiento ofrece; en cambio, hay rasgos que obstaculizan la adherencia, debido a que, sus características predominantes no permiten acoplarse con el tratamiento que reciben.

Para lo cual, se busca identificar los rasgos de personalidad de los pacientes adictos a la Pasta Base de cocaína y su adherencia al tratamiento, a través del uso de instrumentos psicométricos y recursos psicológicos.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca en demostrar la influencia de los rasgos predominantes de personalidad de los adultos – jóvenes consumidores de Pasta Base de cocaína en la adherencia a su tratamiento de conductas adictivas, lo cual permite entender lo importante que es considerar el aspecto particular de la personalidad y su relación con los niveles de adherencia a este tipo de tratamiento. Por ello, se trabaja en base al Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, ya que, su teoría tiene como eje central la personalidad, siendo su sustento teórico la base para identificar los rasgos de personalidad que predominan en los sujetos adictos a la Pasta Base.

Los objetivos de este estudio consisten en identificar los tipos de tratamiento, los niveles de adherencia, y la influencia que tienen los rasgos de personalidad para que un paciente logre adherirse a su tratamiento. Mostrando que, algunos rasgos pueden facilitar la adherencia y otros obstaculizar. Por ello, en esta investigación se abordarán temas como: el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, la adicción a la Pasta Base de cocaína, la adherencia y los tipos de tratamiento en este tipo de adicción, y el análisis de los resultados obtenidos en el estudio.

Esta investigación se realiza con pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Quito, los cuales se encontraron institucionalizados en la Unidad CITA BM (Centro Integral de Tratamientos de Adicciones Benito Menni) perteneciente a este instituto, por un tiempo de 3 meses. Los pacientes adictos a la Pasta Base, se encuentran inmersos en una severa adicción que desencadena una gran cantidad de efectos físicos como psicológicos, por ello, su ingreso a un tratamiento y su adherencia al mismo, no siempre finaliza con el abandono total del consumo. La Pasta Base es una sustancia altamente adictiva y tóxica, siendo una de las drogas más consumidas en nuestro país, junto al alcohol, la marihuana y la heroína.

Por ello, la meta principal de un tratamiento de adicciones es lograr que el paciente adicto cese su consumo, para lo cual, es necesario que el sujeto se adhiera a su tratamiento, para conseguir un resultado eficaz. Ampliar la visión sobre la importancia de la personalidad permite pensar en nuevas estrategias de intervención que sean más efectivas y con mayor alcance en este tipo de tratamientos.

CAPÍTULO 1

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

1.1. Definición

El Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad es propuesto por el Dr. Lucio Balarezo, presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPsI). Es un modelo psicoterapéutico que tiene como eje central la *personalidad*, considerada como el núcleo básico del sujeto.

Para empezar, se necesita definir lo integrativo, lo cual como menciona Balarezo (2014), corresponde a una totalidad dinámicamente articulada de partes que buscan que el resultado final sea diferente, más complejo, completo y útil que los elementos por sí solos. Por ello, este enfoque implica el “proceso de integrar en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales” (Balarezo, 2014, pág. 49).

El estudio es sobre los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento, para lo cual es necesario un enfoque que se fundamente en la personalidad.

La visión de este enfoque permite entender el tratamiento integral en el caso de las adicciones. Cuando se trabaja con pacientes adictos a la Pasta Base; el tratamiento que se propone a seguir es multidisciplinario, lo cual incluye la intervención en el ámbito social, familiar, biológico y personal de los sujetos. Por ello, se trabaja en los diferentes ámbitos: Psicoterapia Individual, Terapia Familiar, Terapia ocupacional y Tratamiento Farmacológico.

En el caso del tratamiento en adicciones, es de gran importancia que se genere un ambiente favorable entre los terapeutas y los pacientes; pero el establecimiento de este tipo de relaciones también debe incluir entre pacientes, ya que, son ellos los que conviven a diario y los que se convierten en un apoyo a lo largo del proceso terapéutico. Los

pacientes pertenecen a un grupo, el cual busca alcanzar un mismo objetivo, que es la “cura”, el abandono del consumo.

El Modelo Integrativo entiende la cura, como la supresión de síntomas y la potencialización de componentes básicos de personalidad; ambos responden al objetivo terapéutico (Balarezo, 2014).

Este modelo propuesto por un autor ecuatoriano, tomando en cuenta las condiciones idiosincráticas de nuestro pueblo, ubica a la personalidad como un eje importante y que debe ser tomado en cuenta al momento de una intervención terapéutica. Entender al sujeto desde todos los ámbitos o contextos en el cual se está desarrollando, nos permite ampliar la visión del trabajo psicológico y permite planificar las acciones que se pueden optar en cada caso. Integrar técnicas necesarias desde otros enfoques a este modelo, permite tener una mayor cantidad de recursos para el trabajo del profesional de la salud mental. En el tratamiento integral de adicciones, es necesario vincular las intervenciones en los distintos niveles, lo que significa utilizar todas las herramientas, para que el sujeto pueda dejar su adicción.

1.2. Antecedentes

Los antecedentes que marcaron el camino hacia la integración y hacia la propuesta del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad se detallan en este apartado.

Desde la tercera década del siglo anterior, se comienza con la búsqueda de aproximaciones, convergencias y similitudes entre las teorías psicológicas y los diversos sistemas psicoterapéuticos (Balarezo, 2014). Se destacan cuatro esfuerzos importantes para buscar la integración:

Primer esfuerzo – búsqueda de relaciones entre corrientes	
1933	French - Psicólogo, intentaba establecer nexos entre el Psicoanálisis y la teoría de Pavlov. Mencionaba las similitudes entre la represión freudiana y los conceptos de extinción e inhibición. Además, vinculaba la sublimación psicoanalítica con los principios del Conductismo en el aprendizaje y diferenciación.
1950	Dollar y Miller, buscaban desarrollar una teoría que pueda asociar el Conductismo con el Psicoanálisis, mediante los vínculos entre los conceptos analíticos de la represión, regresión y desplazamiento con la teoría del aprendizaje del Conductismo.

1987	Watchel, en su obra titulada “Acción and insight”, hablaba de las convergencias de los procedimientos clínicos de la corriente psicoanalítica y conductista para la eficacia de las intervenciones terapéuticas
1992	Golfried, logra activar el movimiento hacia la integración publicando una obra llamada “El manual de integración en Psicoterapia”, en la cual destaca los aportes de French

Tabla 1: Primer esfuerzo para buscar la integración (Balarezo, 2014, págs. 12,13).

Elaborado por: Sofía Aguas.

Segundo esfuerzo – dilucidar los factores comunes en el proceso psicoterapéutico	
1936	Rosenzweig, a través de la publicación de un artículo, especifica tres factores en común entre las corrientes psicoterapéuticas que influyen en la eficacia del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad del terapeuta se relaciona con la capacidad de transmitir esperanza a los pacientes; • Interpretación del terapeuta favorece la comprensión y brinda alternativas al problema del paciente; • Efectos sinérgicos que provoca el trabajo en una determinada zona sobre las demás áreas
1961	Frank, en su libro “Salud y persuasión” analiza caracteres similares en la psicoterapia: <ul style="list-style-type: none"> • La confianza del paciente en la competencia del terapeuta; • Entornos terapéuticos como espacios de curación; • Mitos sobre la salud y la enfermedad, lo comparten el paciente y el terapeuta.
1966	Harper, identifica las siguientes características comunes en los enfoques psicoterapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> • Persona en condición de paciente y de terapeuta; • Recolección de la información; • Establecer una relación positiva; • Utilizar técnicas específicas, como verbales; • La psicoterapia entendida como un proceso.

Tabla 2: Segundo esfuerzo para buscar la integración (Balarezo, 2014, págs. 13,14).

Elaborado por: Sofía Aguas.

Tercer esfuerzo – integración en el campo práctico	
1967	Lazarus, alienta a las demás escuelas, movimientos o sistemas a utilizar procedimientos que demuestren efectividad empírica.
1980	Bandura, desarrolla un modelo del determinismo recíproco que, consistía en incluir elementos ambientales, cognitivos y conductuales, en la teoría.
1986	Beutler, propone la “Psicoterapia ecléctica sistemática”. Esto permite a muchos psicoterapeutas que pertenecen a una determinada corriente, utilicen procedimientos que corresponden a otros enfoques, en algunas ocasiones.

Tabla 3: Tercer esfuerzo para buscar la integración (Balarezo, 2014, pág. 14).

Elaborado por: Sofía Aguas.

Cuarto esfuerzo – aspectos teóricos que sustentan el ejercicio terapéutico	
1986	Prochaska y DiClemente, proponen un modelo comprensivo del cambio terapéutico, desde su enfoque Transteórico.
1992	Fernández-Álvarez, expone su teoría sobre los “Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia”.
1992	Opazo, publica un libro llamado “Fuerza de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo”.
2001	Opazo, también publica “Psicoterapia integrativa: delimitación clínica”.
2002	Se desarrolla en Modelo Integrativo focalizado en la personalidad en el Ecuador.

Tabla 4: Cuarto esfuerzo para buscar la integración (Balarezo, 2014, pág. 14).
Elaborado por: Sofía Aguas.

A lo largo del tiempo, todos estos autores han contribuido a la creación de un modelo integrativo que permita trabajar en el campo psicoterapéutico, con teoría y herramientas de diversos enfoques, que al integrarse permiten actuar con mayor eficacia en el trabajo psicológico. A través de sus publicaciones, donde muestran sus puntos de vista sobre la integración, han permitido la reflexión sobre un nuevo enfoque de trabajo en este campo y además han ampliado la visión de trabajar en conjunto con otras corrientes. El objetivo principal de la integración es mejorar la propuesta de tratamiento. En el trabajo integral de adicciones, se busca obtener mejores resultados, para el nuevo estilo de vida del sujeto.

1.3. Bases Filosóficas y Epistemológicas

Base Filosófica

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad tiene como base filosófica el *Humanismo*. Debido a que, la condición natural del trabajo que desempeña el psicólogo, le permiten ubicarse en el ámbito de la ayuda y el servicio. Por ello, como menciona Balarezo (2014), existen premisas reseñadas sobre el humanismo en el contexto psicoterapéutico, entre ellas tenemos:

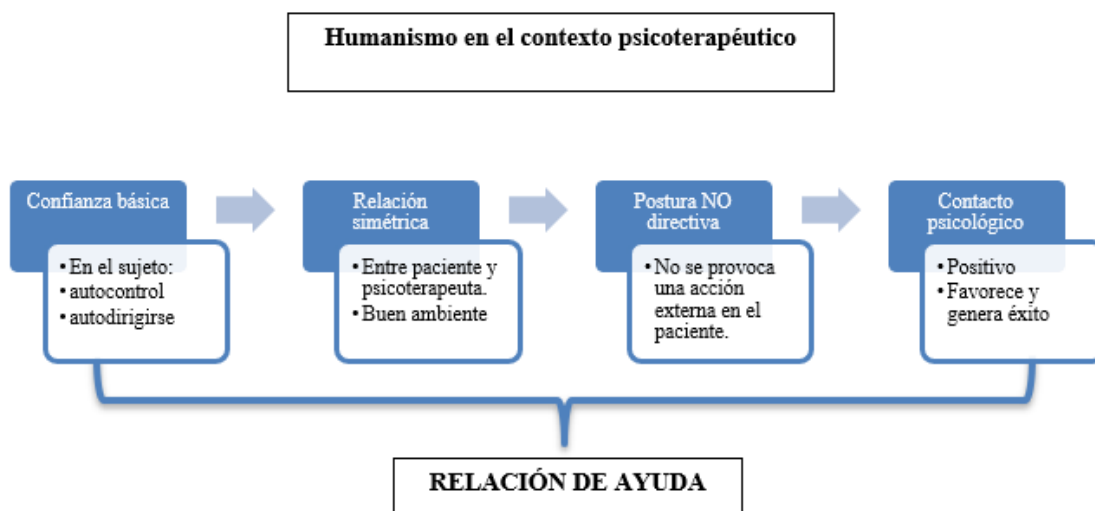


Gráfico 1: Humanismo en el contexto psicoterapéutico (Balarezo, 2014).
Elaborado por: Sofía Aguas. .

Por lo cual, el humanismo retorna al ser humano creyendo en su autodirección (Balarezo, 2014). Le permite al paciente involucrarse activamente en su proceso terapéutico y ser responsable de la evolución del mismo. Le otorga al paciente la responsabilidad frente a su proceso.

En el caso del tratamiento en adicciones, desde la perspectiva del Humanismo, también el paciente adicto es un sujeto que puede auto controlarse y auto dirigirse en su entorno, y especialmente al optar por un tratamiento para abandonar la adicción. Después de que el paciente atraviese el proceso de desintoxicación de la sustancia, puede decidir si ingresa a un proceso de deshabituación, en el cual será indispensable que exista la motivación y el esfuerzo por parte del sujeto en cumplir el tratamiento. Esto será influyente en los resultados de este proceso. El terapeuta brindará las herramientas necesarias al paciente para que, él pueda por sus propios medios reinsertarse al medio social, familiar y laboral.

Base Epistemológica

La base epistemológica del Modelo Integrativo es el *Constructivismo Moderado o Relativo*. El constructivismo se enfoca en saber cómo se conoce y cómo se llega a conocer, dando como respuesta que el conocimiento es el resultado de la construcción que cada persona efectúa sobre la realidad externa. El sujeto es activo en la percepción y parcialmente construye lo percibido, en conjunto con nuestras modalidades biológicas para percibir y modalidades de lenguaje para concebir. El Constructivismo Moderado valida la percepción de cada sujeto como un ser humano que cuenta con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo. Su particular y singular percepción del mundo, se elabora sobre una base de significados que, a través del lenguaje, se construye la realidad, la cual está determinada y procesada dentro de un contexto familiar y social, en el cual se desenvuelve el sujeto. Esto se convierte en un proceso permanente de interacción e intercambio que modifica la conducta y la actitud ante la vida a través del tiempo (Balarezo, 2014).

El sujeto adicto a la Pasta Base, construye su propio mundo, el cual se encuentra alrededor del consumo, donde se percibe la realidad de diferente manera a como se la percibía sin el uso de la droga. Muchos son los factores que desencadenan el consumo,

por ejemplo, el estilo de vida de la mayoría de las personas está atravesado por situaciones estresantes, desbordantes, y complicadas, frente a las cuales se torna difícil encontrar una salida o respuesta adecuada. Una de las maneras, es el consumo. La droga se posiciona como un objeto que cumple con la función de aliviar estos malestares, y sus efectos son la respuesta. Esto cambia la percepción del sujeto frente a su realidad, se logra construir nuevas percepciones alrededor del consumo, como: atribuir un factor curativo a la sustancia, aprobar su uso, destacar y engrandecer los efectos de la droga. Por ejemplo, uno de los efectos de la Pasta Base es la euforia excesiva, muchos pacientes que han consumido esta sustancia en momentos donde se han encontrado en un estado de ánimo negativo, buscan aliviar sus sentimientos, y la sustancia se convierte en su opción. Esta nueva forma de percibir permite que el sujeto modifique su conducta frente al que se convierte su nuevo estilo de vida. Vivir implica consumir.

Por ello, el Modelo Integrativo permite que el contacto con el paciente sea de manera más cálida, cercana y directa a la propia realidad. Ayuda a discernir con mayor claridad e intentar entender el estilo de vida y la forma de concebir el mundo, como lo hace el paciente. Esta actitud es la que aproxima al cambio y permite diferenciar los elementos y los factores que deben actuar en un proceso terapéutico. Esto amplía la perspectiva sobre la problemática del sujeto y la utilización de diversas herramientas terapéuticas (de distintos enfoques), las cuales deben ser aplicables en cada caso particular. Esta manera nos ayuda a obtener logros y resultados más eficaces (Balarezo, 2014).

El Constructivismo Moderado permite trabajar el caso por caso, sin generalizar ni comparar las situaciones de cada paciente. Cada sujeto tiene su propia historia, sus características tanto biológicas y psicológicas diferentes, se desenvuelve en contextos sociales distintos; lo cual implica que su situación es distinta y debe ser evaluada y tomada en cuenta al momento de comprender la situación del paciente.

Cada paciente, tiene rasgos que predominan en su personalidad y los cuales le permiten actuar, pensar, sentir y relacionarse con los demás. La expresión de estos rasgos en un determinado momento son los que le permiten mantener o dejar una conducta adictiva. En el caso de las personalidades con predominio Afectivo, una de sus características principales es la búsqueda de elogios y de ser el centro de atención, el

consumo puede ser un reforzador de esta particularidad, ya que, el consumir le puede dar una posición privilegiada al sujeto, de ser “el adicto” que llama la atención por su problema de consumo; además, la manera de consumir también refleja esta característica, por ejemplo, su elección de consumir en lugares públicos y vistosos. Pero esta expresión de sus rasgos también puede hacer que el sujeto busque ser elogiado por ser la persona que dejará el consumo, manteniendo esta dinámica por su personalidad. En un sujeto con personalidad con predominio Cognitivo, se observa un consumo más planificado, es decir, se llega a establecer un día, una hora, un lugar específico, la dosis de consumo, se escoge con quién consumir, de tal manera que, se organiza el consumo incluyéndolo en el estilo de vida del sujeto. En una personalidad con predominio Comportamental, el consumo puede ser menos planificado, más impulsivo, con una mayor desorganización; existiendo una falta de preocupación respecto al lugar de consumo, a las dosis adquiridas, etc. Y en personalidades con Déficit relacional, se puede observar una tendencia al aislamiento al momento de consumir, evitando el contacto con otras personas.

1.4. Bases metodológicas

El modelo Integrativo focalizado en la Personalidad logra desenvolverse en dos campos en su ejercicio de ayuda, la Psicoterapia y el Asesoramiento, los cuales son diversos pero complementarios (Balarezo, 2014). A continuación, se define cada uno de ellos:

La Psicoterapia se define como un “método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta” Balarezo (2003) en (Balarezo, 2014, pág. 140).

En cambio, el Asesoramiento o Consejería se considera como “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos” Balarezo (2010) en (Balarezo, 2014, pág. 140).

A partir de estas definiciones, se puede recalcar la importancia de diferenciar estos dos campos: la Psicoterapia y el Asesoramiento. En el primero, se trabajan con diversas

dificultades relacionadas a trastornos mentales o problemas emocionales, lo cual se realiza con mayor profundidad. En el segundo, se puede mencionar que se trabaja con una dificultad en particular, usando recursos necesarios para trabajar esa dificultad, enfocándose únicamente en ello. Ambos campos de ayuda, necesitan generar un ambiente favorable, empático y de confianza con los pacientes, de esto dependerá el éxito en su ejercicio de ayuda.

También, dentro del Modelo Integrativo, se delimita el transcurso del tratamiento a través de cinco etapas, denominadas las Etapas del proceso. A continuación, se explica brevemente cada etapa:

1. Primera etapa - Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso: Se realiza la evaluación sobre la demanda y las expectativas del paciente como del terapeuta y del entorno;
2. Segunda etapa – Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno: es un estudio transversal y longitudinal del sujeto y su problemática, mediante la entrevista, la observación y los reactivos psicológicos, lo cual se orienta hacia el diagnóstico de la demanda y las características de pre morbilidad de la personalidad;
3. Tercera etapa – Planificación del proceso: es la planificación del tratamiento, proponiendo objetivos y aplicando técnicas que se ajusten a las necesidades del paciente;
4. Cuarta etapa – Ejecución y aplicación de técnica: es la aplicación de las estrategias definidas en la planificación, las cuales se aplican durante el proceso, realizando diversas adaptaciones de acuerdo a cada uno de los casos;
5. Quinta etapa - Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados: es un examen crítico de todo lo que ha ocurrido desde la primera hasta la última sesión, recalando los éxitos y las dificultades encontradas, buscando ampliar la experiencia en el terapeuta (Balarezo, 2014).

1.5. Bases Teóricas

1.5.1. Personalidad

El Modelo Integrativo define a la personalidad como: “estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” Balarezo 2008 en (Balarezo, 2014, pág. 72). Esta definición considera los siguientes aspectos de la personalidad:

- Es una organización de componentes cognitivos, comportamentales, afectivos y relacionales; lo cual lo constituye como un sistema complejo;
- No es estática ni inmutable. Está sujeta a su propio dinamismo y de las influencias externas; también de factores biológicos y socioculturales lo cual conforma como resultante lo psíquico;
- Es una estructura dinámica interna que determina una forma específica de mantener de relación con los demás y el entorno;
- Permite tipificar y predecir en forma relativa la manera de ser (Balarezo, 2014, pág. 73).

El Modelo Integrativo distingue a la personalidad ajustada de un trastorno de personalidad, esto quiere decir, la primera hace referencia a que cualquiera que fuera el estilo tipológico de personalidad, el sujeto logra desenvolverse en diversos medios y personalmente no genera experiencias de sufrimiento; en cambio, se considera trastorno cuando sufre alteraciones o hace sufrir a otros (Balarezo, 2014). Además, la personalidad puede tipificarse desde la niñez, ya que, se forma desde el mismo momento de la concepción y en su transcurso de las etapas vitales se encuentra sometida a la influencia de factores externos que pueden reforzar o modificar la estructura básica, pero manteniendo el mismo patrón básico (Balarezo, 2014).

El adulto -joven pertenece a la etapa de desarrollo llamada adultez temprana, que comprende la edad de 20 a 40 años. Esta etapa se caracteriza por: mayor estabilidad emocional, mayor proyección en cuanto a metas, y mayor autonomía. Sus capacidades físicas alcanzan el máximo de efectividad; respecto al desarrollo cognitivo, hay mayor flexibilidad en el pensamiento; la identidad se encuentra consolidada y esto le permite tener la capacidad de relacionarse y comprometerse con los demás. De acuerdo a la teoría

Psicosocial propuesta por Erikson, en esta etapa se enfrenta a la intimidad versus el aislamiento (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003).

1.5.2. Estructura de la Personalidad en el modelo Integrativo

La personalidad es considerada el núcleo integrador de las funciones psíquicas tanto en su organización como en su funcionamiento (Balarezo, 2014, pág. 73). Su estructura está conformada por componentes biológicos, ambientales - socioculturales y psicológicos; todo esto permite la expresión de la personalidad (véase anexo 1).

Desde una perspectiva biopsicosocial integradora, este modelo reconoce la existencia de lo consciente e inconsciente, para entender el dinamismo de la personalidad. Además, se toma en cuenta los factores biológicos y la genética del comportamiento normal y patológico, lo cual genera obstáculos como también brinda facilidades en el ejercicio psicoterapéutico. De igual manera, se valida la influencia ambiental y sociocultural (Balarezo, 2014). Este modelo reconoce en la personalidad lo siguiente:

- El valor del pasado influye en la formación de la personalidad y en la génesis de los trastornos. Aunque el modelo trabaja en el presente, se recurre al pasado para entender la estructura de la personalidad.
- El valor de las motivaciones y la vida afectiva en su construcción y expresión;
- El valor de lo cognitivo en la estructuración de la personalidad ajustada y en la patológica
- El valor de los principios del aprendizaje, lo normal y lo patológico. Los resultados del proceso terapéutico se convierten en nuevos estilos de aprendizaje;
- El valor de la relación individuo-grupo-sociedad

*Tabla 5: Características que se reconocen en la personalidad (Balarezo, 2014, pág. 74).
Elaborado por: Sofía Aguas. .*

En algunos casos el valor del pasado y de las crisis que atraviesa una persona influye en el consumo. Si una persona atravesó por episodios difíciles en su vida, ubicándolo en esos momentos en un estado de vulnerabilidad, o un historial familiar de consumo, esto se convierte en un empuje que lleve a consumir, ya que, a través de eso se puede conseguir escapar de esa difícil realidad que está atravesando. En otros casos, el consumo de drogas puede estar asociado a diversas necesidades, por ejemplo, la necesidad de poder, sentir este poder al consumir drogas, ya sea, por efecto de la misma, por una falsa creencia, o por la posición de poder que le ubica en un grupo social; la necesidad de afiliación, consumir para pertenecer a un grupo; entre otros. La perspectiva

cognitiva y sistémica, forma parte de la construcción de la realidad de la persona, desde el análisis individual de cada uno hasta la comunicación con su ambiente.

Desde el punto de vista socio cultural, los factores ambientales y los fenómenos de socialización también generan y mantienen una adicción. Si la persona que consume Pasta Base, se desenvuelve en un contexto que acepta este consumo y lo normaliza, es probable que se consuma. De igual manera, si se relaciona la persona con un grupo que consume droga, puede que, por sentido de pertenencia, por afiliación social y los lazos que mantiene esta relación con el grupo, se consuma. El grupo influye a los sujetos y ellos a su vez al grupo.

Como menciona Balarezo (2014):

“La personalidad promueve una adecuada delimitación del problema o trastorno y las formas como actúa en el apareamiento de los desajustes productores del sufrimiento humano... facilita asumir una postura equilibrada frente al manejo de la relación y la aplicación de técnicas...con respeto a la individualidad del sujeto” (pág. 74).

1.5.3. Componentes de la personalidad

A continuación, se muestran los componentes de la personalidad:

Componente Afectivo:



Gráfico 2: Características del componente Afectivo (Balarezo, 2014).

Elaborado por: Sofía Aguas. .

Componente Cognitivo:

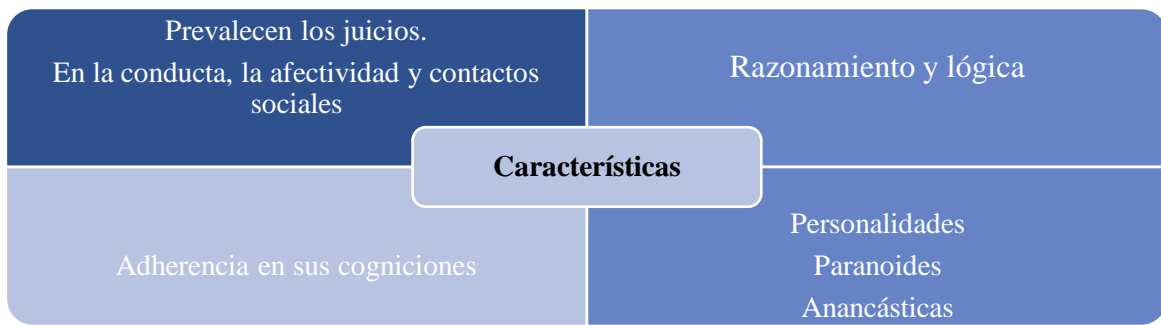


Gráfico 3: Características del componente Cognitivo (Balarezo, 2014).
Elaborado por: Sofía Aguas. .

Componente Comportamental:

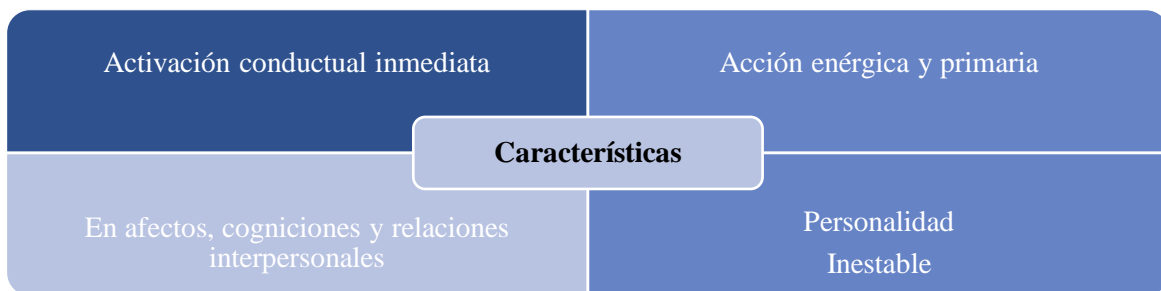


Gráfico 4: Características del componente Comportamental (Balarezo, 2014).
Elaborado por: Sofía Aguas.

Componente Interpersonal – Déficit relacional:

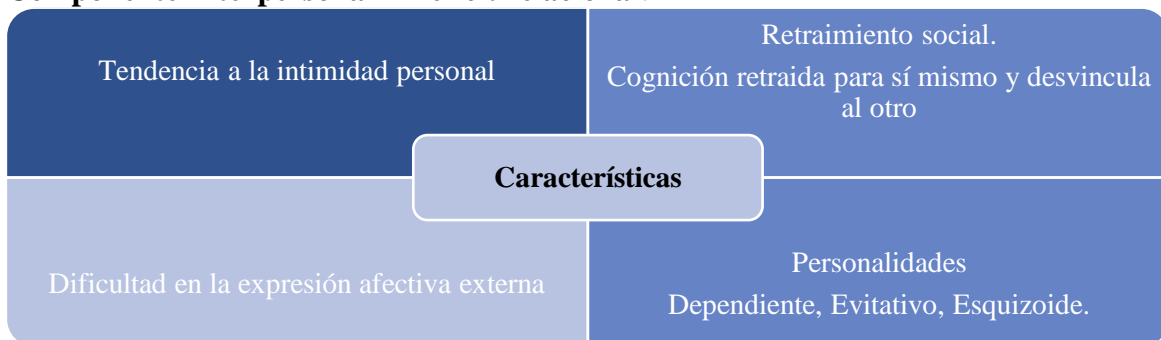


Gráfico 5: Características del componente Interpersonal (Balarezo, 2014).
Elaborado por: Sofía Aguas.

Bajo el consumo específico de Pasta Base, el actuar, sentir, pensar, percibir y relacionarse se ve afectado, porque en el sujeto se encuentra alterado el nivel de conciencia, lo que le permite desenvolverse de diferente manera mientras la sustancia permanece en su cuerpo. Un sujeto bajo los efectos de esta sustancia puede desarrollar ideas paranoides, alucinaciones, euforia excesiva, verborrea, lo que le permitirá por

momentos aislarse y relacionarse en su consumo. Sujetos que han consumido Pasta Base manifiestan que en una fase eufórica tienden a ser más sociables, extrovertidos, generosos, y se les facilita el contacto con los demás. Se exageran sus rasgos, lo cual genera maneras de expresarse diferente, y desarrollan conductas negativas a favor del consumo, como mentir, robar, vender droga y se elaboran muchos pretextos para desligarse de las responsabilidades. Además, se aumentan las habilidades para consumir.

1.5.4. Tipología de la personalidad

Cada sujeto posee la individualidad como característica esencial de su actividad psíquica, pero a pesar de esto, existen construcciones que se asemejan con los demás individuos, lo cual se encuentra vinculado con la experiencia social y familiar. Todo esto ha permitido tomar referentes de agrupación que son válidos en el ejercicio de ayuda (Balarezo, 2014).

Según Balarezo (2014) todos los sujetos poseen las cuatro áreas básicas de la personalidad y sus diferencias individuales se marcan por la expresión de estos rasgos con una inclinación hacia alguno de los componentes y déficit en otros. A continuación, se muestran los tipos de personalidad correspondientes a cada componente junto a sus rasgos predominantes:

Personalidades con predominio Afectivo

Personalidad Histriónica	Personalidad Ciclotímica
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda constante de apoyo y elogio. • Incomodidad ante situaciones donde no es el centro de atención. • Vanidad en apariencia y conducta. • Utilización del aspecto físico para llamar la atención. • Exageración en expresión de emociones. • Comportamiento pintoresco o dramático, tendencia a la teatralidad. • Inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional. • Cambios de humor. • Escasa tolerancia a la frustración. • Sugestionable, influenciable. • Relaciones interpersonales superficiales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oscilaciones de su estado de ánimo. • Períodos de lentificación orgánica y psíquica. • Períodos de aceleramiento funcional y psíquico. • Contacto social fácil, agradable, alegre y francos con períodos de retraimiento social. • Hipersensibilidad. • Colaboración y preocupación por los demás. • Generosidad espontánea. • Bajo nivel de tolerancia.

<ul style="list-style-type: none"> • Expresión emocional cambiante. • Interacción caracterizada por comportamiento seductor o provocador. • Generosidad expresada para ser elogiado. • Manipulación a través de la verbalización. • Forma de hablar excesivamente subjetiva y con matices expresivos. • Relaciones íntimas consideradas más de lo que son. 	<ul style="list-style-type: none"> • En estado afectivo positivo: activo, trabajador, optimista, fácil conversación, participativo, organizador. • En estado afectivo negativo: triste, pasivo, despreocupado de su aspecto personal, negativista, retraído.
--	--

Tabla 6: Personalidades con predominio afectivo (Balarezo, 2014, págs. 85,86).
Elaborado por: Sofía Aguas. .

Personalidades con predominio Cognitivo

Personalidad Paranoide	Personalidad Anancástica
<ul style="list-style-type: none"> • Inferencias sobre engaños. • Desconfianza ante nuevas amistades. • Propensión a los celos. • Tendencia al rencor. • Expansividad del Yo. • Reacción ante la humillación y ofensa. • Características de liderazgo. • Generosidad por poder. • Sospechas sin base suficiente acerca de los demás. • Dificultad para olvidar insultos, injurias o desprecios. • Preocupación por dudas no justificadas. • Tendencia a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes. • Frialidad, egocentrismo, rigidez. • Interesados por el poder y el rango social. • Muy competentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de perfección que interfiere en la actividad práctica. • Rectitud y escrupulosidad. • Predominio del super yo. • Preocupación por los detalles, orden y reglas, horarios. • Empeño por el sometimiento de los demás a sus criterios y pensamientos. • Apego al trabajo y productividad. • Escrupulosidad e inflexibilidad con la limpieza. • Falta de generosidad. • Represión afectiva. • Tendencia a conductas rígidas. • Preocupación por sus propias normas. • Indecisión. • Aspectos que amenacen su rutina les causa ansiedad. • Dificultad para desprenderse de objetos.

Tabla 7: Personalidades con predominio Cognitivo (Balarezo, 2014, págs. 86,87).
Elaborado por Sofía Aguas. .

Personalidades con predominio Comportamental

Personalidad Inestable	Personalidad Disocial
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales intensas e inestables. • Impulsividad en reacciones cotidianas. • Tolerancia alta al dolor. • Preferencia por actividades de riesgo y competencia. • Esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta irresponsable. • Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, fugas del hogar, absentismo escolar, crueldad física. • Fracaso en la actividad laboral. • Irritabilidad, agresividad. • Despreocupación por la seguridad personal o ajena. • Falta de remordimiento.

<ul style="list-style-type: none"> • Alternancia entre la idealización y devaluación. • Alteración de la identidad con autoimagen acusada. • Sentido de sí mismo inestable. • Impulsividad en: gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida. • Inestabilidad afectiva, • Sentimientos crónicos de vacío. • Manifestaciones explosivas hasta violentas al ser criticado por sus actos impulsivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición de culpar a los demás. • Falta de empatía. • Incapacidad para mantener relaciones interpersonales. • Tolerancia muy baja a la frustración. • Fracaso al someterse a las normas sociales. • Carencia de aprendizaje por experiencia. • Incapacidad para planificar el futuro.
---	---

Tabla 8: Personalidades con predominio Comportamental (Balarezo, 2014, págs. 88,89).
Elaborado por: Sofía Aguas.

Personalidades con Déficit Relacional

Personalidad Esquizoide	Personalidad Evitativa
<ul style="list-style-type: none"> • Elección de actividades solitarias. • Frialdad afectiva, falta de expresión de sentimientos. • No disfruta de relaciones estrechas. • Dificultad para experiencias interpersonales y sexuales. • Indiferencia en la aprobación y crítica de los demás. • Afectividad reprimida y distante. • Tendencia a la fantasía. • Incapacidad para sentir placer. • Escasa amistad íntima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a los contactos interpersonales. • Pocas relaciones íntimas y confidentes. • Establece vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro. • Evita actividades sociales complejas. • Reservado. • Tendencia a rehuir dificultades, riesgos y peligros físicos. • Represión en las relaciones íntimas por miedo de ser avergonzado o ridiculizado. • Preocupación por la crítica y rechazo. • Sentimientos de inferioridad.

Tabla 9: Personalidad con déficit relacional: esquizoide y evitativa, (Balarezo, 2014, págs. 89,90).
Elaborado por Sofía Aguas.

Personalidad Dependiente	Personalidad Esquizotípica
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para tomar decisiones si no son reafirmadas por los demás. • Aquiescencia a los demás. • Poca iniciativa, dificulta la organización de proyectos o actividades. • Realización de tareas desagradables para ser aceptado. • Incomodidad ante la soledad. • Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas. • Temor al abandono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas de referencia. • Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento. • Experiencias perceptivas inhabituales, ilusiones corporales. • Pensamiento y lenguaje: raro, vago, circunstancial, metafórico o estereotipado. • Ideación paranoide. • Afectividad inapropiada. • Apariencia y comportamiento excéntrico.

<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad a la crítica y desaprobación. • Conducta dependiente y sumisa. • Subordinación de las necesidades propias. • Colaboración y disciplina. • Búsqueda inmediata de otra relación cuando termina un vínculo importante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de amigos íntimos. • Ansiedad social excesiva asociada a pensamientos paranoides.
--	--

Tabla 10: Personalidades con déficit relacional: dependiente y esquizotípica (Balarezo, 2014, págs. 90,91).

Elaborado por: Sofía Aguas.

1.6. Formas de acercamiento a la Personalidad y la Adherencia al tratamiento

Este modelo especifica las formas de acercamiento que se establecen de acuerdo a la personalidad. A continuación, se detallan cuáles son:

En las personalidades afectivas, Histriónica y Ciclotímica, para lograr un acercamiento efectivo se debe utilizar los fenómenos afectivos, ya que, son el eje fundamental y predominante. Balarezo (2014) especifica las tácticas que se recomienda usar, en el caso de la Personalidad Histriónica son la distancia emocional, apoyos iniciales y la estimulación del juicio; en la Personalidad Ciclotímica, de igual manera, la distancia emocional, considerando el estado de ánimo.

En las personalidades cognitivas, Paranoide y Anancástico, es importante considerar como estrategia el empleo de juicios y razonamientos. Las tácticas que se emplean de acuerdo a la Personalidad Paranoide son el respeto a las resistencias, la franqueza, la confianza y la lógica; en la Personalidad Anancástica son la puntualidad, la permisividad, la organización y la lógica (Balarezo, 2014).

En las personalidades comportamentales, como la Inestable, la estrategia que se utiliza son las propuestas concretas y directas. Las tácticas que se utilizan en la Personalidad Inestable son la claridad y los objetivos precisos; en la Personalidad Disocial son la normación y la rigidez (Balarezo, 2014).

En las personalidades con déficit relacional, Esquizoide, Evitativo y Dependiente, la estrategia que se recomienda utilizar es el manejo amistoso, distante y tolerante. La táctica en la Personalidad Esquizoide es el respeto a la intimidad, en la Personalidad Evitativa la

confianza y el apoyo emocional, y en la Personalidad Dependiente el control de la directividad (Balarezo, 2014).

Todas estas formas de acercamiento son estrategias terapéuticas y al aplicarlas tomando en cuenta el tipo de personalidad de los sujetos, facilita una mejor adherencia al tratamiento, debido a que, se trabaja haciendo énfasis en características afectivas, cognitivas, comportamentales y relacionales, las cuales van acorde a la forma individual de percibir, pensar, sentir, actuar y relacionarse de cada persona. El tratamiento individualizado y planificado en base a la condición del sujeto, permite que el sujeto entienda el objetivo de su tratamiento y utilice sus recursos psicológicos, para que, en este caso, pueda modificar su conducta adictiva.

1.7. Cuestionario SEAPsI

El cuestionario SEAPsI es un “instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades, las mismas que contienen 10 ítems de alternativa selección”. Las frases que se encuentran en este cuestionario son expresiones cognitivas, afectivas y comportamentales correspondientes a cada tipo de personalidad (SEAPsI, 2004).

Es importante mencionar que, es aplicable a partir de la edad de 15 años, ya que, desde esta edad se comienza a consolidar la personalidad, hay una búsqueda constante de la propia identidad, en la cual se integran las experiencias vividas y los patrones conductuales de la familia y la sociedad; por ello, pueden distinguir y reconocer situaciones con las que se identifiquen. Además, se puede aplicar a personas de ambos géneros.

Los objetivos principales de este cuestionario son:

- Identificar rasgos predominantes en cada tipo de personalidad;
- Generar un perfil de rasgos de personalidad;
- Orientar modalidades de intervención terapéutica a partir de la identificación de rasgos;
- Manejar el cuestionario en el contexto terapéutico (SEAPsI, 2004).

Se lo puede hacer de forma individual o colectiva, dando la instrucción de “leer cada frase y señalar con la que más se identifique”. No existe un tiempo determinado para su realización. Pero si es necesario, que se aplique en un lugar tranquilo y sin estímulos relevantes. Posteriormente, la calificación, la cual está medida en una escala del 1 al 10, se realiza el conteo y se identifican los rasgos con mayor puntaje.

CAPÍTULO 2

ADICCIÓN A LA PASTA BASE DE COCAÍNA

2.1 Definición

2.1.1 Droga

Se define como toda sustancia que, al ser introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central de un individuo. Puede tener efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno. Además, puede crear dependencia física, psicológica o ambas (NIH, 2012). Comúnmente, el término droga se asocia y se refiere al término sustancia psicoactiva

Dentro de las sustancias psicoactivas se consideran tanto las legales, como el alcohol, el tabaco, algunos tipos de fármacos; y las ilegales como el cannabis, la cocaína, la heroína y las anfetaminas (NIH, 2012).

A partir de estas definiciones, se puede recalcar que el término droga hace referencia a cualquier tipo de sustancia que produce una alteración a nivel físico y psicológico, alterando principalmente el sistema nervioso central; lo cual se denomina comúnmente como sustancia psicótropa o psicoactiva. La Pasta Base de cocaína pertenece a este tipo de sustancias.

2.1.2 Adicción

La adicción se refiere al consumo repetitivo de una o varias sustancias psicoactivas, en el cual el consumidor llega a intoxicarse periódicamente, mostrando un deseo compulsivo de seguir consumiendo la sustancia o sustancias. Se presenta una gran dificultad para interrumpir el consumo de manera voluntaria o modificarlo; lo que conlleva a obtener las sustancias por cualquier medio (UNODC, 2018). Generalmente, la vida de un adicto se encuentra dominada por el consumo de la sustancia, hasta el punto de llegar a excluir todas sus actividades y responsabilidades.

La palabra adicción no figura entre los términos diagnósticos del CIE-10, pero su utilización sigue siendo utilizada por los profesionales como por la sociedad en general.

Actualmente, el término “adicción” sigue utilizándose, pero a su par se ha implementado el término “dependencia”, para tomar en cuenta su gravedad. La adicción se puede definir como consumo continuo de una sustancia psicoactiva, presentando un deseo de consumir y la dificultad de controlar este consumo; ocasionando varias complicaciones a nivel personal, familiar, laboral y social.

2.1.3 Uso

Se define la palabra “uso” como el consumo de una sustancia que no produce consecuencias graves ni negativas en el sujeto. Este tipo de consumo es uno de los más habituales, cuando el consumo de la sustancia se realiza de forma esporádica (Becoña, y otros, 2010).

2.1.4 Abuso

La palabra abuso se define como el patrón de uso de una determinada sustancia que produce perturbaciones o también limitaciones clínicamente significativas (NIH, 2012).

Este término está relacionado con el “abuso de sustancias psicoactivas”, lo cual se define como un modelo desadaptativo del uso de una sustancia psicoactiva que se caracteriza por un consumo continuo, con previo conocimiento del sujeto sobre los problemas que conlleva en el ámbito social, laboral, psicológico y físico. Desde otro punto, este término no ha sido considerado en el CIE-10, excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia; por ello términos como “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” se consideran equivalentes en la terminología de la OMS (UNODC, 2018).

2.1.5 Dependencia

Se define como un grupo de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento de diversa intensidad, en el cual el consumo de una o algunas drogas psicoactivas tienen gran prioridad para el sujeto. La dependencia implica la necesidad de consumir dosis de droga de forma repetitiva, manifestando un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia (UNODC, 2018).

Según el NIH (2012), la dependencia se muestra como un “estado psíquico...y también físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y una droga, y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones” (pág. 4). En este estado, aparece el deseo de ingerir la sustancia de forma periódica o continua, con el objetivo de experimentar sus efectos nuevamente, como también evitar el malestar provocado por la falta de consumo (NIH, 2012).

En el CIE-10 se menciona el *síndrome de dependencia*, el cual se conceptualiza de la siguiente manera:

“Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento... La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas” (Becoña, y otros, 2010, págs. 24-25).

La dependencia de sustancias significa literalmente depender de la sustancia para un fin específico e incluir el consumo como parte de su vida cotidiana. Existe un deseo persistente y compulsivo de consumir, lo cual desencadena en complicaciones en el estilo de vida del sujeto.

2.1.6 Síndrome de Abstinencia

Se considera síndrome de abstinencia al conjunto de síntomas que por su grado de intensidad y agrupamiento aparecen en el momento en el cual se suspende o se reduce el consumo de una sustancia psicoactiva, la cual ha sido consumida de forma repetitiva, durante largos períodos de tiempo, y en dosis altas (UNODC, 2018). Las manifestaciones

de la abstinencia estarán relacionadas con el modo de acción en el Sistema Nervioso Central de la o las drogas que el sujeto consuma. Las características de este síndrome son: la cronicidad del consumo, los patrones de uso, el estado de salud y la personalidad del sujeto, el estado emocional actual y los componentes ambientales (Jiménez, 2018).

2.1.7 Intoxicación

Se define la intoxicación como un estado transitorio consecutivo a la ingesta de sustancias psicoactivas, lo cual produce alteraciones del nivel de conciencia, de la percepción, del estado del ánimo, de la cognición, del comportamiento, y de otras funciones o respuestas fisiológicas y psicológicas. Esto depende del tipo de sustancia y dosis consumida, como también, del nivel de tolerancia del sujeto (Becoña, y otros, 2010).

2.1.8 Tolerancia

La tolerancia se define como la disminución de la respuesta a una dosis específica de una droga o medicamento que se produce por su uso continuo. Se necesitan dosis más altas de alguna sustancia para conseguir los mismos efectos que se obtenían con dosis más bajas (UNODC, 2018).

En la Pasta Base la tolerancia implica un incremento de las dosis que van a ser fumadas, con el objetivo de volver a experimentar el mismo nivel de placer que obtuvo al ingerir la primera vez la sustancia. Si el sujeto al principio se fumaba una sola dosis, necesitará más de dos para conseguir el efecto.

2.2 Definición de Pasta Base de Cocaína

La cocaína es el alcaloide que se obtiene de las hojas de la planta de coca, llamada *Erythroxylon coca*; este arbusto se cultiva especialmente en la zona occidental de América del Sur, en países como Colombia, Perú y Bolivia. La única parte donde contiene cocaína es en sus hojas. Su sabor es amargo, y produce ligeramente en la lengua una sensación de anestesia local. En los países andinos se utilizaba para soportar los inconvenientes de las grandes altitudes, se mascaba las hojas junto con una pequeña piedra caliza. Al masticar

las hojas, la cantidad de cocaína ingerida es mínima, lo cual podría compararse con el efecto de ingerir dos tazas de café (Infodrogas, 2018).

Esta sustancia es un potente estimulante del sistema nervioso central. Los estimulantes son sustancias que aceleran la actividad de este sistema nervioso, aumentando la acción de los neurotransmisores como la dopamina en el cerebro, lo que genera un aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y la disminución del apetito, como también provoca euforia, menor control emocional, desinhibición, agresividad, irritabilidad, disminución del sueño, inquietud, menor fatiga y excitación motora; dentro los cuales está la cocaína y sus derivados (NIH, 2012).

La presentación de la cocaína puede ser en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo; generalmente se encuentra adulterada con diversos azúcares o anestésicos locales. Dentro de los derivados de la cocaína están: Crack, Base Libre, Clorhidrato de cocaína, Pasta Base de cocaína (PBC) (UNODC, 2013).

La Pasta Base de cocaína (PBC) “es un polvo de color blanco mate, cremoso o pajizo, que usualmente forma grumos que se disgregan con la presión” (UNODC, 2013, pág. 51). Es insoluble en el agua y soluble en solventes orgánicos. En su composición, se mezcla con diversas sustancias que se producen durante el proceso de extracción de los alcaloides de las hojas de coca. Su componente principal es la cocaína y se encuentra en un 80% del total de su masa. La PBC en su elaboración se ubica en la fase intermedia, antes de llegar al clorhidrato de cocaína. Es una sustancia sublimable y volátil, esto significa que pasa de la fase sólida directamente a la fase gaseosa. Para su consumo, se suele colocar la sustancia en un cigarrillo o mezclarla con marihuana. Su modalidad de consumo es mediante la inhalación de bocanadas de humo (UNODC, 2013).

En su elaboración, se utiliza queroseno, ácido sulfúrico, carbonato sódico; en algunos casos estos químicos suelen ser sustituidos por gasolina, benceno, hidróxido sódico (Infodrogas, 2018). Existen tipos o calidades de PBC que se describen a continuación:

Según Nizama en 1985 en UNODC (2013), hay tres tipos de PBC:

- PBC pura: hay algunas variedades como: la “palo de rosa” que no genera paranoia; la “roja” que produce hiperactividad; la “chiclosa” que es mezclada con tabaco y marihuana; la “blanca” y la “amarilla” entre las más consumidas.
- PBC impura: adulterada con almidón, tiza, aspirina, yeso, entre otras cosas;
- PBC lavada: producto previo resultante al proceso de cristalización de la cocaína (UNODC, 2013).

Las pautas de consumo de la PBC generalmente se caracterizan por el poli consumo o el uso concomitante de una o más drogas dentro de su consumo habitual. En este caso específicamente se mencionan cuatro combinaciones en el consumo:

1. Con tabaco;
2. Con alcohol. Se justifica su consumo: durante el consumo reduce los efectos de la droga, como suavizar la rigidez muscular, reducir la angustia y la paranoia; y antes del consumo, reducir los efectos de la embriaguez;
3. Con marihuana. De igual manera reduce la angustia que provoca la PBC;
4. Con medicamentos. No es muy frecuente. Se mezcla la PBC con analgésicos, con fármacos que reduzcan las náuseas y el vómito, etc. Estas combinaciones se han observado en graves cuadros de comorbilidad psiquiátrica; (UNODC, 2013).

A continuación, se presenta un cuadro de la modalidad y la vía más usada para el consumo de la Pasta Base de cocaína:

Tipo de sustancia	Concentración de cocaína	Vía de administración	Velocidad de la aparición de los efectos	Duración de los efectos	Probabilidad de dependencia
Pasta Base de cocaína	40% – 85%	Fumada	Muy rápida	5 a 10 minutos	Severa adicción a corto plazo.

Tabla 11: Modalidades y vías más usadas para el consumo de los derivados de la cocaína, (UNODC, 2013). Elaborado por: Sofía Aguas.

La absorción de la cocaína depende de la vía de administración, lo cual determina la velocidad y la duración de sus efectos, como su concentración en la sangre. Las vías respiratorias presentan una velocidad de absorción más rápida; pero la duración de sus efectos es menor. Todo esto permite identificar la capacidad adictiva. Por lo cual, la

probabilidad de dependencia es severa a corto plazo. La adicción puede desencadenarse por el alto grado de concentración de cocaína y por su mezcla con las sustancias químicas que utilizan para elaborarla, como el ácido sulfúrico, gasolina, querosene, etc.

2.2.1 Etiología de la adicción a la Pasta Base de cocaína desde la perspectiva de la Psicoterapia Integrativa

Factores biológicos

Uno de los mecanismos a nivel cerebral que participa en las conductas adictivas es el sistema mesocorticolímbico, el cual se encuentra formado por estructuras pertenecientes al cerebro medio como, el Área Tegmental Ventral (ATV) y la sustancia negra, y del cerebro anterior como la amígdala, el tálamo, el hipocampo, la corteza cingulada y la corteza prefrontal. Todo este conjunto se lo denomina circuito de placer o de recompensa (Becoña, y otros, 2010).

Por lo cual, el objetivo del sistema de recompensa es “perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer” (Becoña, y otros, 2010, pág. 35). Y este placer está asociado al incremento del neurotransmisor básico de este circuito, que es la dopamina. El consumo de la Pasta Base implica el incremento de este neurotransmisor, por ello el efecto hedónico que aparece, lo hace de manera amplificada. Es la estimulación del Área Tegmental Ventral lo que libera la dopamina, provocando euforia y placer (Becoña, y otros, 2010). Esta sensación placentera es la que permite que el sujeto vuelva a consumir.

Además de la dopamina, están involucrados otros neurotransmisores como la serotonina y el GABA. La serotonina regula el circuito de recompensa a través de su acción en el hipotálamo; el GABA lo hace sobre el ATV y el núcleo del placer (Becoña, y otros, 2010).

Existe otra vía de perpetuación de la condición adictiva, la cual se establece a través del efecto de la sustancia sobre los sistemas hormonales, especialmente sobre el eje hipotálamo – hipófisis adrenal (HHA). La hiperactivación en este sistema facilita el

mantenimiento de la adicción debido a que, deteriora el estado físico e inmunológico del sujeto adicto. Su mecanismo de acción se centra en la inhibición de la bomba de recaptación de dopamina, incrementando la cantidad y el tiempo de exposición de la sustancia. En el caso de la cocaína, los lugares de acción son el núcleo accumbens, corteza prefrontal media, núcleo caudado y putamen e hipocampo (Becoña, y otros, 2010).

En el área de la Genética, según Caballero (2005), se han encontrado al menos 400 genes que podrían estar relacionados con la transformación de un consumidor ocasional en un adicto. Cada droga en particular logra esta modificación de forma diferente, incluyendo los sistemas dopaminérgicos.

Según Paz y Miño (2015), los estudios de gemelos idénticos y no idénticos revelan que, en el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y heroína, los genes predisponen a los sujetos en un 40% a 60% de casos. En el consumo de cocaína se encuentra un 72% de heredabilidad. Además, en estudios genéticos clásicos se ha descubierto que algunos genes de vulnerabilidad a las adicciones se localizan en los cromosomas 1, 2, 4, 7, 8 y 16. A nivel molecular, existen genes candidatos asociados al metabolismo de la dopamina en el cromosoma 11. El gen que se ubica en este cromosoma es el DRD2, el cual codifica el receptor de dopamina D2. Este gen tiene conexión con la dependencia a cocaína y otras sustancias (Torres, 2015).

Factores conductuales

Según la UNODC (2013), se habla de un proceso psicopático generado por el consumo de Pasta Base, el cual se manifiesta por la pérdida de la capacidad de autocontrol que, a su vez, evidencia un deterioro de los valores y los principales hábitos que tenía el sujeto. El deterioro en los valores sociales se manifiesta como comportamientos deshonestos, chantajes, robos, mentiras frecuentes, entre otros. Estas conductas permiten que el consumo continúe. Con la intensificación del consumo, estas conductas antisociales se agravan, y pueden llegar a cometer actos delictivos de mayor gravedad; por ejemplo, incursionar en la venta de drogas.

En los consumidores de esta sustancia, se observa un abandono global de las obligaciones educativas, laborales, familiares y de toda responsabilidad que se ejecutaba

antes del consumo (UNODC, 2013). Este abandono e improductividad puede ocasionar que los consumidores cambien de estilo de vida. Además, otra consecuencia de este consumo es la anhedonia, la incapacidad para sentir placer en cualquier situación, se muestra indiferencia. Este autor también menciona que, hay un impacto devastador en la autoestima de los sujetos.

Factores afectivos

En los consumidores de Pasta Base, las relaciones afectivas se tornan más frágiles, se observa la incapacidad para la toma de decisiones; las relaciones interpersonales, sociales y familiares se deterioran y se mantienen relaciones superficiales que tienen como único objetivo mantener el consumo (UNODC, 2013).

De acuerdo a Bosque y otros (2014), mencionan que en el caso de la cocaína se han relacionado los trastornos del control de impulsos, la depresión, y con sentimientos de fracaso, castigo, decepción, culpa y principalmente autocrítica.

Factores cognitivos

En el consumidor de cocaína se mantiene un concepto negativo de sus relaciones interpersonales y de sí mismo, se perciben a los amigos como no confiables y la autopercepción se asocia a la agresividad e insatisfacción (Bosque, y otros, 2014).

La mayoría de estudios sobre el consumo de cocaína, muestran la presencia de alteraciones en funciones como la atención, la memoria, las habilidades psicomotoras y las funciones ejecutivas, como la inhibición de respuesta, flexibilidad y toma de decisiones (García F., García, & Secades, 2011).

Factores familiares

De acuerdo a Caballero (2005), los adictos a la cocaína dentro de su familia establecen una relación de demanda de cuidados, como también, control y una dependencia con sus parejas.

Según lo descrito por Bosque y otros (2014), el consumidor de cocaína mantiene un concepto negativo de su familia, la cual es percibida como agresiva y no confiable. Además, se presentan antecedentes de violencia física, emocional y sexual, esta última solo en algunos casos. Esto se asocia con conductas delictivas y violentas por parte del consumidor. También, se evidencia una insatisfacción de las necesidades básicas relacionadas con la seguridad emocional, la tranquilidad y la confianza.

Factores socioculturales

Según el CONSEP (2007), dentro de los factores socio culturales que se relacionan con el consumo de este tipo de drogas, se detallan los siguientes:

- Disponibilidad;
- Leyes y normas que regulan el uso de la droga;
- Precio y oferta de la droga;
- Carencia de alternativas educativas, laborales, recreativas y culturales;
- Privación económica y social;
- Redes de producción, distribución y consumo;
- Nuevas modalidades de iniciación en las drogas;
- Desempleo;
- Programas de prevención insuficientes;
- Deficiente vinculación social (págs. 54-55).

De acuerdo a la cuarta Encuesta Nacional sobre el uso de drogas en población de 12 a 65 años, realizada en el 2014, hay mayor facilidad para conseguir Pasta Base en la región Costa, seguido de la región Sierra. Los hombres tienen mayor acceso frente a las mujeres. La edad expuesta se encuentra en el rango de 18 a 45 años (CONSEP, 2014).

2.3 Efectos de la Pasta Base de cocaína

La dependencia a la Pasta Base de cocaína tiene diversas consecuencias psicológicas y físicas. Según Navarra en 1992 citado en UNODC (2013) afirma que, las

consecuencias del consumo de esta sustancia dependen de un número indeterminado de factores, entre los cuales se encuentran: personalidad premórbida del dependiente, dosis de consumo, deterioro familiar y la accesibilidad de la droga. En este capítulo se especifican los efectos físicos y psicológicos de la PBC.

2.3.1 Efectos físicos

Entre los efectos físicos que producen la cocaína y sus derivados, como la pasta base, tenemos:

EFFECTOS FÍSICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Elevación de la frecuencia cardíaca. • Elevación de la presión arterial. • Reducción del sueño, insomnio. • Inhibición del apetito. • Aumento de la actividad muscular. • Aumento de la temperatura corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios de convulsiones. • Sudoración, temblor y fatiga muscular. • Vómito, diarrea. • Deterioro dental. • Desnutrición y deshidratación. • Agotamiento

Tabla 12: Efectos físicos del consumo de cocaína, (Infodrogas, 2018), (UNODC, 2013).
Elaborado por: Sofía Aguas.

Los riesgos que aparecen por su consumo son:

- Problemas cardiovasculares: hipertensión, arritmias cardíacas, infartos de miocardio, ruptura de la aorta;
- Problemas pulmonares: hemorragia en los alveolos pulmonares, trombosis pulmonar, hipersensibilidad pulmonar;
- Problemas en el embarazo: aborto espontáneo, muerte fetal, prematuridad, infartos placentarios;
- Problemas renales: insuficiencia renal;
- Problemas otorrinolaringológicos: rinitis crónica, erosiones o perforaciones del tabique nasal;
- Infecciones por la vía del consumo: SIDA, hepatitis B;
- Anorexia; (Infodrogas, 2018).
- Anemia;
- Tuberculosis;

- Daño orgánico cerebral;
- Infecciones cutáneas (UNODC, 2013).

Es importante aclarar que, la cocaína y sus derivados, son sustancias inmunodepresoras, por lo cual expone al consumidor a procesos infecciosos. En este contexto, también pueden desarrollarse infecciones en el tracto respiratorio, como también ocasionar daños en las cuerdas vocales (UNODC, 2013).

Los efectos y problemas asociados al consumo de esta sustancia psicoactiva son varios y de diversos niveles de gravedad, abarcando complicaciones en el sistema respiratorio, óseo, muscular, nervioso, circulatorio, es decir, en la mayoría de los sistemas del cuerpo humano; ocasionando enfermedades graves.

2.3.2 Efectos psicológicos

Los efectos psicológicos derivados del consumo de cocaína son:

EFECTOS PSICOLÓGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de euforia y excitación; • Elevación del estado de ánimo; • Verborrea; • Episodios de agresividad; • Irritabilidad; • Impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia (fase crónica); • Agitación psicomotriz; • Estado confusional • Mayor interés sexual; • Mayor sociabilidad • Alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas

Tabla 13: Efectos psicológicos de la cocaína, (Infodrogas, 2018), (UNODC, 2013). Elaborado por: Sofía Aguas.

Según Navarro en 1992 y Rojas en 2007, citados en UNODC (2013), mencionan que, una de las consecuencias más destacables en el ámbito psicológico, debido al consumo crónico, son la internalización y perpetuación de los siguientes mecanismos psicológicos o de defensa:

- Racionalización: elaborar y emitir argumentos o juicios falsos que justifican y prolongan el consumo;
- Negación: minimizar o negar la existencia de la adicción a la sustancia;

- Autoengaño: sobre el control sobre la sustancia, el consumidor está convencido que puede controlar su consumo (UNODC, 2013).

A largo plazo pueden aparecer problemas psiquiátricos como: depresión, psicosis (esquizofrenia paranoide) y comportamientos agresivos (Infodrogas, 2018). Sin dejar a un lado el trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de cocaína y sus derivados. Por ello, existe comorbilidad psiquiátrica en la adicción a la cocaína y sus derivados, con mayor frecuencia se encuentran los siguientes trastornos:

COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA ADICCIÓN A COCAÍNA	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos afectivos (bipolaridad y estacionales); • Psicosis cocaínica; • Alcoholismos y otras adicciones; • Trastornos de ansiedad (crisis de angustia, fobia social); • Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del control de los impulsos (bulimia, tricotilomanía, ludopatía); • Trastornos de la personalidad (antisocial, límite, narcisista); • Estados disociativos; • Alteraciones cognitivas; • Disfunciones sexuales

Tabla 14: Comorbilidad Psiquiátrica en la adicción a la cocaína, (UNODC, 2013, pág. 138).
Elaborado por: Sofía Aguas.

Es importante recalcar en este apartado, los rasgos de personalidad que han sido asociados al consumo de cocaína. Por ello, se mencionan estudios y aportes de algunos autores que nos permiten destacar los rasgos más comunes en este tipo de adicción.

El primer aporte es un estudio elaborado por López & Becoña (2006), su objetivo fue conocer las prevalencias de patrones de personalidad que evalúa el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-II), cuestionario utilizado en la evaluación de la personalidad en el caso de las drogodependencias; y su relación con las diversas características demográficas y de consumo de drogas. En este estudio participaron 102 sujetos, de los cuales 87 fueron hombres y 15 mujeres, con la condición que sean diagnosticados con dependencia a la cocaína y que estén en tratamiento. Se tomó en cuenta a pacientes que no hayan consumido la sustancia hace tres semanas como mínimo y de seis como máximo.

Los resultados que mostraron este estudio fueron los siguientes: en un mayor porcentaje se encontraron los trastornos o rasgos: pasivos-agresivos, antisocial, histriónica, límite, dependiente y paranoide (López & Becoña, 2006).

El segundo aporte menciona que, existen algunas características individuales y ciertos factores de vulnerabilidad que facilitan o predisponen al consumo. Entre estas características individuales están los rasgos de personalidad. Por ello, Grant (2004) afirma que los trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas están relacionados con la personalidad histriónica, antisocial y dependiente (González, Espada, Guillén, Secades, & Orgilés, 2016).

El tercer aporte señala que la incidencia de trastornos de personalidad o rasgos en sujetos consumidores de cocaína difiere dependiendo del patrón de consumo. Cuando se trata de abuso de cocaína, se encuentran trastorno o rasgos: paranoide, límite, dependiente y evitativo. En cambio, cuando es un trastorno por dependencia, es más frecuente lo histriónico, antisocial y narcisista (Martínez, 2011).

2.4 Criterios de diagnóstico- CIE 10

El CIE-10 es la décima revisión del manual de clasificación internacional de enfermedades. Consta de XXII capítulos. Los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran especificados en el capítulo V, los cuales se codifican desde el F00 al F99. Los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas se encuentran codificados desde el F10 al F19 (véase anexo 2) (OMS, 1992).

El código correspondiente a los trastornos asociados al consumo de cocaína y sus derivados, incluyendo a la pasta base, base libre, crack y el clorhidrato de cocaína, será el F14. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

Pautas de diagnóstico

Dentro de las pautas para el diagnóstico en este tipo de trastornos, se debe identificar primero la sustancia psicoactiva involucrada, lo cual se hace mediante los datos que proporciona el propio sujeto; de análisis de muestras de orina o sangre; o de cualquier otra fuente como síntomas y signos clínicos o información proporcionada por terceros, o de sustancias encontradas en las pertenencias del sujeto. Es importante recalcar que, la

mayoría de consumidores de sustancias psicoactivas no consumen únicamente una sola sustancia, por lo cual, la clasificación diagnóstica debe hacerse de acuerdo con las sustancias o la clase de sustancias consumidas que sean más importantes (OMS, 1992). Hay que tener en cuenta la sustancia que causa el trastorno presente en ese momento y la que se consume con más frecuencia, cuando se trate de un consumo cotidiano o continuo.

En el caso de que exista un consumo indiscriminado y errático, o en los que se recurre a una mezcla inseparable de diferentes sustancias, se puede codificar con F19, trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias psicótropas. Si el consumo es de varias sustancias concretas, se codifica todas ellas (OMS, 1992).

En esta investigación tres de cinco participantes tienen su diagnóstico codificado con el F19, trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas, ya que, su consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC) estuvo acompañado de otra sustancia, en este caso específicamente con alcohol. Cabe recalcar, que la sustancia predominante y por la cual ingresan al tratamiento, es la PBC.

Los cuadros clínicos concretos que aplican a los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de cocaína se mencionan a continuación:

- F14x.0** Intoxicación aguda (Véase anexo 3);
- F14x.1** Consumo perjudicial (Véase anexo 4);
- F14x.2** Síndrome de dependencia (Véase anexo 5);
- F14x.3** Síndrome de abstinencia (Véase anexo 6);
- F14x.4** Síndrome de abstinencia con delirium (Véase anexo 7);
- F14x.5** Trastorno psicótico (Véase anexo 8);
- F14x.6** Síndrome amnésico (Véase anexo 9);
- F14x.7** Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas (Véase anexo 10);
- F14x.8** Otros trastornos mentales o del comportamiento;
- F14x.9** Trastorno mental o del comportamiento sin especificación (OMS, 2000).

CAPÍTULO 3

ADHERENCIA Y TIPOS DE TRATAMIENTO EN LA ADICCIÓN A LA PASTA BASE DE COCAÍNA

3.1 Definición de tratamiento

La palabra tratamiento proviene del latín, del verbo “tractare” que se traduce como “tratar”, y del sufijo “-miento”, que es sinónimo de “resultado o instrumento”. Se define el tratamiento como un conjunto de medios que son utilizados para curar o aliviar una enfermedad, como también, para llegar a la esencia de aquello que es desconocido, y transformar algo (Pérez & Merino, 2013). Esta palabra es usada en el ámbito de la salud. Por lo tanto, su objetivo consiste en disminuir y/o eliminar los síntomas que han sido detectados por medio de un diagnóstico.

Específicamente, el tratamiento en adicciones o drogodependencias tiene como objetivo principal modificar la conducta patológica que experimenta la persona adicta, lo cual permitirá darle al sujeto la capacidad de controlar las situaciones, tanto personales y ambientales que inducen al consumo de la sustancia psicoactiva. Este tipo de tratamientos son procesos generalmente largos, en los cuales se producen recaídas, necesitando varios intentos para conseguir el abandono del consumo (Lorenzo, 2009). Si bien es cierto, la meta ideal es la erradicación de la sustancia de la vida del sujeto, sin embargo, puede ser un trabajo complicado, por ello, este objetivo debe perdurar a largo plazo; siendo el trabajo de los profesionales de la salud en esta área el minimizar el daño que el consumo causa, hasta lograr eliminar el consumo por completo, todo esto a través del tratamiento.

Como menciona Lorenzo (2009), el éxito del tratamiento en adicciones es la convicción y la voluntad del paciente para resolver este tipo de problema. Y cabe agregar también la motivación, que permite generar en el paciente un mayor compromiso con su situación actual y reconocer su capacidad de responsabilizarse por sí mismo. Al ser un tratamiento complejo y multidimensional, deben tomarse en cuenta la situación personal del paciente, su contexto social y familiar, y a partir de ello, planificar un plan de tratamiento individualizado.

Es importante mencionar que, hay que diferenciar los procesos de desintoxicación y deshabitación. La desintoxicación es uno de los primeros pasos del tratamiento, que consiste en retirar la sustancia o droga del cuerpo, este retiro puede desencadenar en un síndrome de abstinencia, el cual podrá ser tratado por medios farmacológicos y soportes psicoterapéuticos. Posteriormente, el tratamiento debe continuar y el proceso más complejo que hay que seguir es la deshabitación, que se enfoca en enfrentar el problema del consumo de la droga (Lorenzo, 2009).

Esta investigación se realiza en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, específicamente en Unidad CITA BM-V, el cual es un centro masculino, que atiende únicamente a pacientes con trastornos por uso de sustancias, basado en el criterio diagnóstico del manual CIE-10. La capacidad máxima en esta unidad es de 22 hombres (IPSC, 2017-2018). En el Instituto, el proceso de desintoxicación es un requisito previo e indispensable para ingresar a esta Unidad; los pacientes que ingresan con el objetivo de llevar a cabo un tratamiento para su adicción, deben primero entrar por la Unidad de Intervención en Crisis, lugar donde se realiza este procedimiento. La estancia del paciente en esta área es de un mes. Una vez que el paciente se encuentre desintoxicado, decide si continuar con el proceso de deshabitación, el cual se realiza en la Unidad CITA BM y dura tres meses. Previamente, el paciente debe pasar la fase de Pre Comunidad, que significa que pasará en la Unidad por horas. Posteriormente, debe cumplir ciertos parámetros necesarios para ser aceptados la segunda fase del tratamiento que es el internamiento en la Unidad, los cuales se mencionan a continuación:

Criterios de Inclusión

CRITERIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Personas con trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas; • Hombres desde los 18 años de edad • De nacionalidad ecuatoriana o extranjeros con pasaporte o identificación 	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento voluntario (excepción por orden judicial o médica que justifique el riesgo vital o de daño al mismo paciente o a terceros);

Tabla 15: Criterios de inclusión Unidad CITA BM (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

Criterios de Exclusión

CRITERIOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de riesgo de auto y hetero agresión que comprometa la integridad del paciente; • Trastorno de personalidad disocial grave, justificado por valoración psicológica y psiquiátrica; • Psicosis aguda no superada o sintomatología psicótica grave justificada por valoración psiquiátrica y psicológica; • Personas con complicaciones mentales como: Trastorno depresivo con sintomatología psicótica, Ideación suicida moderada o grave, Producción psicótica no compensada 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad moderada o grave no superada; • Enfermedades infecciosas que compliquen la convivencia con la comunidad terapéutica; Problemas intelectuales severos, como retraso mental moderado y profundo, se exceptúa retraso mental leve, previo estudio del equipo terapéutico; • Deterioro Cognitivo; • Menores de edad, incluso en casos que tengan orden judicial

Tabla 16: Criterios de exclusión Unidad CITA BM (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

Si el paciente cumple con estos criterios y el equipo interdisciplinario lo considera adecuado, lo admiten para que inicie su tratamiento. Para ello, el paciente firma un contrato terapéutico en el cual se compromete a cumplir ciertas obligaciones, de lo contrario, deberá abandonar la Unidad. Dentro de las obligaciones se encuentran: no utilizar y ni poseer ningún aparato electrónico, cumplir con las tareas asignadas en la Unidad, evitar el contacto con los pacientes de otras áreas, no ocasionar conflictos internos, respetar las normas de convivencia.

La deshabitación es un proceso multidimensional que a través de estrategias logrará neutralizar los factores que lleven al consumo de una droga, para ello se necesita un abordaje farmacológico, psicoterapéutico y social. Todo este proceso necesita de un ambiente adecuado y en la mayoría de casos es importante optar por el internamiento del paciente. Al final, su eficacia se observará cuando la persona adicta se reinserte nuevamente en su entorno (Lorenzo, 2009).

Tanto el proceso de desintoxicación y deshabitación son importantes para un efectivo tratamiento en adicciones, pero este debe culminar con la reinserción, tanto familiar, social y laboral. Esto debe permitirle a la persona adicta adoptar un nuevo estilo de vida, en el cual el objetivo principal sea evitar el consumo.

En el Instituto Psiquiátrico, se realiza un proceso de reinserción parcial en el ámbito familiar, en el momento en el cual el paciente está cerca de finalizar su proceso de internamiento, o en casos de fuerza mayor. El paciente no puede dormir fuera del centro, sus salidas debe hacerlas durante el día. Uno de los primeros pasos que anteceden a la reinserción familiar son las llamadas telefónicas, las cuales son permitidas pasado los primeros quince días de internamiento, y la duración de las mismas es de máximo cinco minutos. Los contactos telefónicos deben ser previamente autorizados por el Equipo Terapéutico y se rigen bajo un horario controlado por el área de Terapia Ocupacional. De igual manera, el derecho a recibir visitas es después de los quince días, y dependen del comportamiento del paciente en la Unidad. Generalmente, las visitas se realizan los fines de semana y feriados, y con una duración de tres horas. De igual forma, el Equipo Terapéutico se encarga de autorizar a las personas que pueden visitar, tomando en cuenta la situación del paciente. Por último, la reinserción parcial consiste en otorgarle al paciente uno o dos días para que pueda salir del centro y pasar con su familia, teniendo un horario de salida y de regreso.

En el caso de la reinserción social la Trabajadora Social del Instituto Psiquiátrico es un medio de ayuda para mantener contacto con los ámbitos académicos y laborales del paciente, si es el caso; lo cual se convierte en un proceso a seguir diferente y que no incluye en el tratamiento.

Con todo lo que incluye el proceso de tratamiento en adicciones, cabe recalcar que, en este tipo de tratamientos no se puede hablar de una cura definitiva; aunque sea esto lo que se espera; ya que, especialmente la dependencia psicológica puede permanecer en el sujeto y cualquier suceso puede desencadenar nuevamente el consumo. Por ello, los profesionales del ámbito de la salud encargados de este tratamiento como: psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales; y como también, la familia y amigos; deben realizar un seguimiento para evitar recaídas (Lorenzo, 2009).

3.2. Tipos de tratamiento

Los tipos de tratamiento en el caso de las adicciones dependen del enfoque que tengan los centros o instituciones que brinden este servicio. El enfoque se refiere al camino o la dirección que se opte para tratar la adicción.

Uno de los enfoques más comunes es la Comunidad Terapéutica (CT), la cual son centros residenciales que siguen un programa terapéutico, que requiere el internamiento del sujeto, de tal manera que se separe de su medio cotidiano. El tiempo de estancia es de 6 a 12 meses. Estos centros brindan atención psiquiátrica y psicológica permanente, además cuenta con otras áreas que son indispensables para este tipo de tratamiento como la terapia ocupacional (Lorenzo, 2009).

Otro aspecto importante de la CT es que todas las actividades que se realizan en su programa terapéutico son en torno a su rehabilitación y responden a un objetivo específico: “Fomentar el crecimiento personal. Este se alcanza mediante el cambio de estilo de vida individual a otro comunitario de personas interesadas, que trabajan unidas para ayudarse a sí mismas y a los demás” (López D. , 2004, pág. 204).

La Unidad CITA BM, es una unidad hospitalaria de tratamiento que utiliza a nivel grupal los métodos de comunidad terapéutica, y en el tratamiento individualizado se basa en ejes teóricos específicos, para personalizar el tratamiento. Estos ejes son: Evaluación y tratamiento Psicológico de tipo Cognitivo – Conductual, Tratamiento Médico-psiquiátrico y la Terapia Familiar Sistémica. En estos ejes se debe incluir la Terapia Ocupacional. Este tipo de intervenciones permite la atención global del paciente adicto y la familia, por esto, el servicio cuenta con los siguientes profesionales: un médico psiquiatra, dos psicólogos clínicos, un terapeuta sistémico familiar, un terapeuta ocupacional, y un médico general para problemas médicos y emergencias. También, cuenta con un equipo de apoyo que incluye: practicantes universitarios de la carrera de Psicología, Personal de enfermería, Nutricionista, Trabajo Social, (IPSC, 2017-2018).

Este modelo que sostiene este programa de tratamiento es multidisciplinario, ya que, se interrelacionan la Psiquiatría, la Psicología y la Terapia Ocupacional; todas estas disciplinas se articulan y tienen como denominador común la comunidad terapéutica.

El modelo de Comunidad Terapéutica de base en la unidad CITA BM es el propuesto por George De Leon, en el cual la estrategia básica es “tratar a la persona en su totalidad a través de comunidades de personas con los mismos problemas” (De Leon, 2004, pág. 25).

La comunidad terapéutica se define como la “metodología de auto -ayuda única, social y psicológica, para el tratamiento de la adicción a sustancias químicas y sus problemas relacionados” (De Leon, 2004, pág. 57). El término “terapéutica” hace referencia a los objetivos psicológicos y sociales de estas comunidades, las cuales modifican el estilo de vida y la identidad del sujeto. La metodología de tratamiento de la Comunidad Terapéutica consiste en cuatro perspectivas interrelacionadas: el trastorno del consumo de drogas, la persona, la recuperación y la vida correcta (De Leon, 2004).

Dentro de la organización de la Comunidad Terapéutica de la Unidad, se propone que cada paciente pasado los quince días, adopte un nuevo nombre, el cual debe elegirse de acuerdo a un valor que desee recuperar o mejorar, este debe unirse a la palabra “hermano”; ya que, todos los pacientes al formar parte de una comunidad se tratan bajo el nombre de hermanos. Por ejemplo, si el paciente escoge como valor la honestidad, se llamará “Hermano Honestidad”. Y todos los miembros de la comunidad incluyendo a los profesionales, deberán llamarlo de esa manera. El objetivo de esto, es que el paciente logre identificarse con ese valor que desea cambiar o mejorar, y que al ser llamado de esa manera, eso se convierta en un impulso o un aspecto motivacional para su cambio.

A continuación, se describen los principales tratamientos realizados en la Unidad CITA BM.

3.2.1. Tratamiento Psicológico

Unos de los objetivos principales del tratamiento psicológico es conseguir que el paciente tome conciencia de su conducta patológica, la cual le induce al consumo de la droga. Desde la perspectiva cognitivo-conductual este tipo de tratamiento se enfocaría en lograr que el sujeto adopte nuevas estrategias de afrontamiento y adquiera nuevos patrones de conducta que le permitan manejar el problema de su adicción y que esto a su vez le ayude a evitar futuras recaídas.

Como menciona López & Becoña (2006), es importante valorar los patrones de personalidad de quienes demandan este tipo de tratamiento, ya que, a través de esto se logrará planificar los objetivos terapéuticos en función de las características de personalidad, tomando en cuenta que para cada persona el consumo de sustancias tiene una función diferente.

Los rasgos de personalidad que se relacionan con la adicción, ya sean en la posición de antecedentes, coexistentes o consecuentes, permiten informarnos de las vulnerabilidades, los factores de mantenimiento o las alteraciones que pueden provocar en el proceso de tratamiento.

Dentro del tratamiento psicológico, se interviene a nivel individual, grupal y familiar. Por ello, a continuación, se define y se especifica la función de cada psicoterapia en el caso de las adicciones.

3.2.1.1. *Psicoterapia Individual y Grupal*

En la Psicoterapia Individual según López (2004), el énfasis del tratamiento individual consiste en reducir y detener el consumo de drogas, abarcando las áreas que han sido afectadas. Esto permite desarrollar habilidades de afrontamiento y recursos para lograr abstenerse y mantenerse alejado del consumo. También, se trabaja la motivación del paciente y sus recursos para afrontar los problemas sin la necesidad de consumir alguna sustancia.

Dentro de la Psicoterapia Individual, de enfoque Cognitivo- Conductual (Véase anexo 11), se abre el espacio para trabajar, a través de la Entrevista Motivacional.

La Entrevista Motivacional como menciona Becoña y otros (2010), es un estilo de relación entre paciente y terapeuta, en el cual se desarrolla en un clima empático, libre de juicios moralizantes, y el terapeuta opta por un rol directivo. El objetivo es promover la motivación del paciente, fomentando la exploración de las razones que justifican y promueven el cambio de su conducta adictiva.

En el caso de la adicción a la Pasta Base, este tipo de intervención permite ayudar al paciente a buscar una motivación que le impulse abandonar el consumo y continuar con el proceso de deshabitación. Los efectos de la PBC son de alto alcance, es decir, afecta física como psicológicamente en gran magnitud, su adicción es potente y fuerte, por lo cual se dificulta abandonarla. Por ello, se necesita usar una mayor cantidad de recursos psicológicos, que permitan contrarrestar con las consecuencias del consumo y uno de ellos es la Entrevista Motivacional.

En cambio, en la Psicoterapia Grupal como menciona López (2004), tiene las siguientes ventajas:

- Facilitación de contacto entre personas que tienen el mismo problema.
- Superación del aislamiento (en el caso de internamiento);
- Beneficiarse de la experiencia de otros;
- Ayuda mutua;
- Encontrar nuevas formas de expresión y de reflexión de conflictos;
- Fuente de esperanza;
- Permite el intercambio de información;
- Proporciona modelos de conducta.

La Psicoterapia Grupal en la Unidad CITA BM-V se realiza a través de la exposición de temas relacionados con aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, los cuales deben asociarse al consumo de drogas. Esto lo realizan los Psicólogos Clínicos encargados de la Unidad y los pasantes de Psicología Clínica. Además, se trabaja en grupos de Confrontación y Apoyo. En el primero, los pacientes se reúnen y trabajan temas que hayan ocasionado problemas o inconvenientes en la convivencia de la Comunidad, llegando a acuerdos y compromisos por parte de los miembros, que impliquen la mejora de una determinada situación. El grupo de Apoyo, de igual manera, es una reunión de los pacientes, donde se brinda apoyo a un determinado paciente que lo necesite o que esté atravesando un mal momento.

Además, se trabaja el Manejo Emocional en el caso de las adicciones, ya que, el sujeto genera un tipo de dependencia emocional con la sustancia. El afecto se liga a la

droga, por ello, los pacientes suelen tratar de manera “cariñosa” a la sustancia y a los objetos que sirven como instrumento para consumirla, colocándole sobrenombres o dándoles un lugar especial; lo que significa que se genera un vínculo afectivo con la sustancia.

3.2.2. Psicoterapia Familiar

En el Instituto Psiquiátrico se trabaja con la Terapia Familiar Sistémica, que se refiere a un:

“Abordaje integral y eficaz...el cual está basado en la observación, comprensión e intervención desde una perspectiva relacional del adicto y sus familiares, dónde los síntomas son considerados el producto de una secuencia circular de interacción y de intercambios disfuncionales del pasado y/o del presente entre cada uno de los miembros del sistema” (Brik & Cuellar, 2017).

Según este tipo de terapia, cada uno de los miembros de la familia de un adicto, desempeña un papel fundamental en el tratamiento. La Psicoeducación y el involucramiento permiten generar una forma de ayuda eficaz a la persona adicta. Las familias son las primeras que recurren a los centros de rehabilitación en adicciones, en la búsqueda de ayuda para su familiar adicto, esta disposición facilita promover el compromiso y la adherencia al tratamiento (Brik & Cuellar, 2017).

La familia del paciente adicto por lo general, se constituye como la red de apoyo principal, en la cual el sujeto puede sostenerse a través de los vínculos generados dentro su ambiente familiar. En el caso de las adicciones, las familias suelen estar afectadas y desgastadas, por lo que, dependiendo de las circunstancias, suelen desligarse de los tratamientos. Por ello, vincular a la familia resulta un proceso complicado y que necesita la atención y el tratamiento a través de este tipo de psicoterapia.

La Terapia Familiar Sistémica tiene las siguientes ventajas:

- Aumentar el compromiso y la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y los familiares;
- Disminuir el número de recaídas después de finalizar el tratamiento;

- Reducir los comportamientos asociados a la adicción en los entornos familiares y sociales;
- Mejorar las relaciones familiares, sociales y laborales; y el clima emocional (Brik & Cuellar, 2017).

3.2.3. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico es el abordaje médico que se basa en la utilización de fármacos antagonistas o sustitutivos de la adicción; como también la utilización de estrategias que permitan la reducción de los daños (López D. , 2004).

Como se mencionó en apartados anteriores sobre la cocaína y sus derivados, la dopamina es el neurotransmisor implicado en su consumo. La adicción a esta sustancia se ha constituido en un problema mundial de salud pública, por ello el desarrollo de medicamentos que permitan actuar directamente como un receptor específico para la cocaína se ha convertido en una tarea difícil, por lo cual el uso de estos fármacos permite mediar las respuestas de tipo dopaminérgico (Secretaria de Salud de México, 2018).

A continuación, se especifican los medicamentos que son suministrados a los pacientes adictos a la Pasta Base que participan en esta investigación:

Antipsicóticos

- **Quetiapina:** Antipsicótico atípico que interacciona con un amplio rango de receptores neurotransmisores. Presenta afinidad por serotonina cerebral y receptores de dopamina (VidalGroup, 2010). Bloquea los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos. Sus efectos secundarios son: sequedad de boca, aumento de peso, estreñimiento, hipotensión, vértigo (Bravo, 2013).

Antidepresivos

- **Sertralina y Fluoxetina:** son inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, actuando en los receptores presinápticos. Sus efectos secundarios son:

náuseas, diarrea, insomnio, irritabilidad, agitación, cefaleas, temblores, eyaculación retardada (Bravo, 2013).

- **Bupropión:** actúa sobre la dopamina y la noradrenalina. Su mecanismo de acción es ser inhibidor de la recaptación de estos dos neurotransmisores. Como efectos secundarios presenta: sequedad de la boca, cefalea, náuseas, insomnio (Becoña, y otros, 2010).

Los fármacos mencionados pertenecen al grupo de los antidepresivos y antipsicóticos, los cuales actúan sobre la dopamina y la serotonina. Como se había mencionado en el capítulo 3, la dopamina es el principal neurotransmisor asociado a la adicción a la Pasta Base, pero también, está relacionada la serotonina y la noradrenalina. La primera, por su regulación del circuito de recompensa, y la segunda, por la alteración de sus niveles normales a causa del consumo.

Respecto al tratamiento farmacológico, cabe recalcar que es un abordaje necesario, pero no el único en estos casos de dependencia a sustancias. La administración de medicamentos permite controlar los síntomas de la abstinencia que aparecen al cesar el consumo. Además, hay que tomar en cuenta que en algunos casos existe una dependencia a nivel psíquico, lo cual debe ser manejado a través de la Psicoterapia.

3.2.4. Terapia ocupacional

La Terapia ocupacional (TO) es “una disciplina con base científica, que tiene como objetivo la ocupación humana en la vida diaria y su rehabilitación cuando algún trastorno provoca su alteración” (Rojo, 2013, pág. 1). Desde este punto de vista, la adicción es un trastorno comportamental, el cual sufre alteraciones en el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales, ocasionando una alteración en el funcionamiento cotidiano, lo que provoca consecuencias negativas que mantienen y empeoran el problema (Rojo, 2013). Por ello, las TO utilizan diversas actividades para conseguir objetivos ocupacionales (véase anexo 12).

En el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, el área de Terapia Ocupacional enfoca su trabajo en áreas de desempeño, entre las cuales están:

- Vida diaria;
- Productividad y trabajo;
- Educativa;
- Vocacional;
- Juego y ocio (IPSC, 2017-2018).

Para lo cual, las principales actividades que abarcan estas áreas y que son realizadas por los pacientes son:

- Lumbricultura;
- Deportes;
- Huerto;
- Participación social;
- Taller de habilidades (explora y potencia hábitos de trabajo);
- Exposición semi formal (tema conocido por el paciente);
- Actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (higiene personal, de áreas de la Unidad como la cocina, baño);
- Estimulación cognitiva.

Todas estas actividades deben ayudar al paciente a encontrar el nexo que existe entre lo que realiza y su recuperación, con lo cual podrá aprender a comprender por sí mismo cuán importante es realizar estas actividades. Si bien es cierto, la Terapia Ocupacional permite trabajar en la recuperación y potenciación de habilidades y recursos individuales de cada paciente, pero, además, brinda al sujeto actividades que pueden ocupar el tiempo que se utilizaba en el consumo. Estas mismas actividades también pueden ser aprovechadas para incursionar en un ámbito laboral, el cual suele estar afectado por la adicción.

3.3. Adherencia al tratamiento

Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia al tratamiento se define como el cumplimiento del mismo. Este concepto se enfoca en la toma de la medicación de acuerdo a las dosis necesarias y a lo largo del tiempo (Pfizer, 2009). Pero, la adherencia

no solo engloba al tratamiento farmacológico, sino que incluye los diferentes tipos de tratamiento.

Otro concepto sobre la adherencia al tratamiento menciona lo siguiente:

“Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario... además se añade la implicación, el compromiso del paciente con su enfermedad, con su tratamiento y con su médico, en un proceso continuo “feed back” en el que el flujo de información permite mejorar la eficiencia del tratamiento y el seguimiento del paciente” (Farmaindustria, 2016, pág. 5).

Desde el punto de vista de la Psicología, se habla de la Adherencia Terapéutica, la cual es considerada como una conducta compleja que combina aspectos comportamentales, relacionales y volitivos que conducen a la comprensión del tratamiento y la participación por parte del paciente para cumplir con el mismo; siendo una respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos que le permiten alcanzar el resultado esperado del tratamiento (La Rosa, Martín, & Bayarre, 2007). Es decir, implica la realización de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer; lo que significa que es un trabajo a nivel conductual (Oviedo, 2018).

De esta manera, se puede recalcar el rol activo que tiene cada paciente en su proceso. Como es en el caso del tratamiento en adicciones. Cada paciente de manera voluntaria decide ingresar en el mismo; su avance dependerá de su nivel de adherencia, es decir, de cumplir con las indicaciones dadas por sus médicos y su compromiso con su tratamiento. En el caso de las adicciones el tratamiento es integral, se trabaja en el área psicológica, farmacológica, familiar y ocupacional. Por ello, su adherencia se verá reflejada en el compromiso que tenga para seguir cada tratamiento y el cumplimiento del mismo.

La adherencia se puede comprender mejor como una actividad que refleja todo el proceso de los esfuerzos que ocurren en el transcurso de una enfermedad, con el fin de satisfacer las demandas comportamentales que se relacionan con el tratamiento impuesto. Desde esta conceptualización comportamental, nos permite definir la adherencia desde el

tipo de tratamiento, la frecuencia, la coherencia, intensidad y exactitud. Es importante mencionar que la naturaleza y el significado de la adherencia cambian según las exigencias de un determinado tratamiento según un protocolo particular. Su evaluación y las estrategias de intervención difieren según las circunstancias la intensidad de las recomendaciones dadas por los profesionales encargados (Sabaté, 2004).

Existen factores relacionados con la adherencia al tratamiento que determinan un mejor o peor cumplimiento, entre los cuales se considera:

Características relacionadas con el tratamiento: es determinante el tipo de tratamiento, ya que, su complejidad puede interferir con los hábitos de la vida cotidiana de los pacientes; además la presencia de efectos adversos o la falta de eficacia. Los tratamientos farmacológicos han mostrado mayor adherencia respecto a los no farmacológicos, sobre todo en los que se necesita realizar un cambio en los hábitos (Farmaindustria, 2016).

Características asociadas con el comportamiento y actitudes del paciente: en la adherencia al tratamiento también se involucran los comportamientos y las actitudes que presenta el paciente ante su enfermedad y tratamiento. El compromiso del paciente al asumir su enfermedad y esforzarse por mejorar su situación, dependen también de sus redes de apoyo, como lo familiar, lo asistencial que disponga (Farmaindustria, 2016).

Desde el punto de vista psicológico, se pueden incluir aspectos que permitirán identificar factores influyentes en la adherencia al tratamiento, como:

- Intervenciones específicas a nivel cognitivo, motivacional y comportamental, con el objetivo de aumentar la capacidad de los pacientes para entender y atender su propia enfermedad, y reducir su riesgo;
- Prevención de la recaída, para lograr el mantenimiento a largo plazo del tratamiento;
- Intervenciones de sistemas con el objetivo de mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los tipos de tratamiento (Sabaté, 2004).

Además, existen factores relacionados con la no adherencia terapéutica, tanto referidas al sujeto como al tratamiento:

Referidas al sujeto	Referidas al tratamiento
Personalidad, Historia de consumo, motivación para el tratamiento, características sociodemográficas y otras psicopatologías.	Relación terapéutica, contexto terapéutico, apoyo familiar, tipos de tratamiento, tipos de fármacos y las dosis, estabilidad de los miembros del equipo terapéutico, recursos del tratamiento y orientación teórica.

Tabla 17: Factores relacionados con la no adherencia terapéutica (Secades & Fernández, 2000). Elaborado por: Sofía Aguas.

3.3.1. Evaluación de la Adherencia al tratamiento

3.3.1.1. Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón utiliza el enfoque del Modelo Transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente para evaluar el cambio de los pacientes a lo largo del tratamiento: Esto les permite observar la adherencia terapéutica y la eficacia del tratamiento.

Este modelo fue propuesto por James O. Prochaska y Carlo C. DiClemente en 1984. Se define como: “modelo tridimensional que proporciona una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el campo de las conductas adictivas, que intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva” (Vallejos, Orbegoso, & Capa, 2007, pág. 53).

La premisa básica de este modelo se fundamenta en que el cambio comportamental es un proceso, en el cual las personas pueden tener diversos niveles de motivación, como de intención de cambio (Vallejos, Orbegoso, & Capa, 2007).

Este modelo explica el cambio espontáneo como inducido del comportamiento a través de cinco variables o constructos teóricos, que son: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia. Cabe mencionar que, en el caso de las adicciones, es importante la toma de conciencia progresiva del problema y la necesidad de cambio de parte de los pacientes, pues esto influye en su motivación para ir hacia la

recuperación sostenida (Vallejos, Orbegoso, & Capa, 2007). Según Tejero (2001) en Vallejos, Orbegoso & Capa (2007), el modelo transteórico permite ver que la motivación no se considera como una cualidad estática, sino que es un recurso psicológico dinámico, el cual puede incrementarse a medida que el sujeto tome conciencia de su problema.

Etapas de cambio

Las etapas o estadios de cambio permiten identificar los diferentes niveles de predisposición al cambio que se muestra cuando se plantea modificar una conducta adictiva. Determinar la etapa donde se encuentra el sujeto, permite evaluar cuándo pueden ocurrir cambios de intenciones, actitudes y conductas (Becoña, y otros, 2010). A continuación, se describe los estados evolutivos de cambio propuestos por este modelo:

Etapa	Características
Pre- contemplación	<ul style="list-style-type: none"> - No hay intención de cambiar. - No hay conciencia del problema, ni de las consecuencias. - Menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos del problema. - La fase gratificante del consumo tiene más peso que los aspectos negativos. - Acuden a un tratamiento bajo presión. - Posición defensiva frente a cualquier presión externa hacia el cambio. - No hay suficiente información sobre la conducta adictiva.
Contemplación	<ul style="list-style-type: none"> - Más conciencia sobre los problemas derivados del consumo. - Hay la posibilidad de dejar el consumo. - Cambio a nivel intencional. - Equilibrio entre las consecuencias positivas y negativas del consumo, existe ambivalencia. - Necesidad de hablar sobre el problema, para comprender la adicción, causas, consecuencias y posible tratamiento.
Preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Toma la decisión (intención) y realiza pequeños cambios en su conducta adictiva (conducta manifiesta). - Decide abandonar el consumo. - Su progreso depende de cómo se siente y cómo se valora el estilo de vida vinculado al consumo.
Acción	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio importante en su conducta, cesa el consumo. - Cambio en la conducta latente y manifiesta en relación al consumo. - Cambia los condicionantes que afectan la conducta adictiva. - Se establece un compromiso frente al abandono del consumo. - Apoyo social refuerza los cambios realizados. - Hace referencia a los seis primeros meses de cambio.
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar los logros obtenidos y prevenir una recaída. - Inicia a partir de los seis meses de iniciado el cambio. - Búsqueda de la máxima estructuración en un nuevo estilo de vida.

Tabla 18: Etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (Becoña, y otros, 2010). Elaborado por: Sofía Aguas.

En el caso de las personas drogodependientes, el avance a través de las etapas motivacionales no es de forma lineal, es decir, pueden encontrarse varias veces en la misma fase, hasta conseguir mantenerse en abstinencia. Por ello, los pacientes pueden recaer en varias ocasiones, hasta dejar el consumo de forma definitiva. La recaída se considera como el regreso a una etapa motivacional inferior, y se puede presentar en cualquiera de ellas. Esta ocurre cuando las estrategias empleadas por el paciente fallan; pero esto es parte del proceso de cambio, por ello, no significa que se abandonará el tratamiento, sino que puede impulsar para continuar con el cambio deseado. Son pocos los pacientes que regresan al estadio de pre contemplación (Becoña, y otros, 2010).

Según Prochaska y DiClemente, es poco probable que una persona se desvincule definitivamente de todo lo que conlleva su conducta adictiva, para ellos la finalización se alcanza cuando se cumplen estos dos criterios: deja de existir deseo de consumir en cualquier situación o problema y la autoeficacia, en un 100%, lo que quiere decir que, existe confianza y seguridad de no consumir drogas en cualquier situación (Becoña, y otros, 2010).

Procesos de cambio

Los procesos de cambio se definen como: “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (Becoña, y otros, 2010, pág. 70). En el proceso de modificación del hábito adictivo, las actividades cognitivas como conductuales, permiten al sujeto avanzar en este proceso. Cabe mencionar que, los procesos de cambio cognitivos se asocian con las primeras etapas de cambio como: Pre contemplación, Contemplación y Preparación; los procesos de cambio conductuales se asocian con las etapas de: Acción y Mantenimiento (Becoña, y otros, 2010).

Los procesos de cambio asociados a las etapas de Pre contemplación, Contemplación y Preparación: aumento de concienciación, auto reevaluación, reevaluación ambiental, alivio dramático. Los procesos asociados a las etapas de Acción

y Mantenimiento son: auto liberación, liberación social, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contra condicionamiento y control de estímulos (véase anexo 13) (Becoña, y otros, 2010).

Niveles de cambio

De acuerdo a Prochaska y DiClemente, se propone cinco niveles de cambio que se encuentran interrelacionados, ya que, el cambio en uno de ellos puede llegar a repercutir en los otros. Los niveles de cambio son:

- Síntoma/situación;
- Cogniciones desadaptativas;
- Conflictos interpersonales actuales;
- Conflictos familiares;
- Conflictos intrapersonales (Becoña, y otros, 2010).

Los niveles de cambio nos permiten entender hasta donde es necesario trabajar con el paciente, para que este pueda iniciar y consolidar su cambio, identificando cuáles son los cambios que se necesitan realizar para abandonar la conducta adictiva.

3.3.1.2. *Test Urica*

Las etapas de cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente pueden ser evaluadas por el Test Urica, que es la escala de evaluación de cambio de la Universidad de Rhode Island, propuesto por los mismos autores en 1983. Esta escala permite identificar las etapas de cambio actuales del paciente.

El test Urica es un cuestionario que permite evaluar la situación del sujeto frente a su disposición al cambio propuesto por el Modelo Transteórico. Contiene 32 ítems, evalúa cuatro etapas: Pre contemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento, con 8 ítems en cada etapa. Cada ítem es una frase, en la cual el sujeto debe indicar su grado de acuerdo, siendo 5 estar “completamente de acuerdo” y 1 estar “completamente en desacuerdo” (Universidad Complutense de Madrid, 2006).

Su aplicación debe realizarse en tres momentos: pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento. Su tiempo de administración es de 10 a 15 minutos. Y su objetivo principal es evaluar la presencia de comportamientos o cogniciones que pertenezcan a una etapa de cambio. El análisis de cada ítem, permite identificar los elementos que se podrían trabajar en el tratamiento. Este cuestionario nos permite obtener información específica de cada etapa, ya que, cada una de ellas tiene un puntaje específico (Universidad Complutense de Madrid, 2006).

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Esta investigación se realiza en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón en Quito, durante el período de noviembre 2017 a enero 2018 (véase anexo 13). Es una investigación de tipo hipotético deductivo, y utiliza un muestreo no probabilístico por conveniencia, mediante criterios de inclusión y exclusión. Los participantes de la investigación son adultos - jóvenes adictos a la Pasta Base de Cocaína, que se encuentren institucionalizados en la Unidad CITA BM; de género masculino y que no presenten ninguna comorbilidad.

El tamaño de la muestra consta de cinco pacientes, los cuales se encontraron en la Unidad en el período de tiempo mencionado y aceptaron participar voluntariamente (véase anexo 14). Se cumplieron con los parámetros éticos para la investigación con seres humanos como: el consentimiento informado (véase anexo 15), el manejo confidencial de la información, la participación voluntaria, el derecho del participante de abandonar la investigación cuando lo desee, y el salvaguardar la integridad psíquica y física de los participantes.

Para la obtención de datos sobre los rasgos de personalidad y la adherencia al tratamiento, se aplica a los participantes el Cuestionario de Personalidad SEAPSI y la encuesta sobre la Adherencia al tratamiento. Además, se realiza entrevistas estructuradas a los profesionales que llevan a cabo este tratamiento; y se revisan las historias clínicas, donde se toma en cuenta la información obtenida del Test Urica, el cual indica el avance de los pacientes a través de las fases de cambio de Prochaska y DiClemente, lo que muestra el nivel de adherencia.

El plan de análisis de datos se basará en porcentajes, tablas de presentación de datos, y gráficos en barras; los cuales se trabajan utilizando programas como Excel y SPSS para Windows (versión 23).

Por ello, se proponen los siguientes objetivos en esta investigación:

Objetivo General: Demostrar la influencia de los rasgos predominantes de la personalidad en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos-jóvenes adictos a la Pasta Base de cocaína.

Objetivos Específicos:

- Determinar los tipos de tratamiento.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento.
- Identificar los rasgos predominantes de personalidad y su influencia en la adherencia al tratamiento en este tipo de adicción.

La pregunta de investigación es: ¿Cómo influyen los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento?

La hipótesis que se propone es la siguiente: Los rasgos de personalidad con predominio afectivo, cognitivo, comportamental y con déficit relacional facilitan la adherencia al tratamiento en pacientes adultos – jóvenes adictos a la Pasta Base de cocaína.

4.1 Revisión de Historias clínicas

4.1.1 Tratamientos recibidos por los pacientes

Número de paciente	Tratamiento Psicológico			Tratamiento Farmacológico	Terapia Ocupacional
	Psicoterapia Individual	Psicoterapia Grupal	Terapia Familiar		
001	X	X	X	X	X
002	X	X	X	X	X
003	X	X	X	X	X
004	X	X	X	X	X
005	X	X	X	X	X

Tabla 19: Tratamiento recibidos por los pacientes (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

Los tratamientos recibidos por los pacientes son los siguientes:

- Tratamiento Farmacológico: está a cargo del área de Psiquiatría del Hospital. Se realizan consultas diarias a los pacientes.
- Tratamiento Psicológico: incluye la Psicoterapia Individual con una sesión a la semana, la Psicoterapia Grupal con varias sesiones a la semana (de acuerdo al horario establecido en la Unidad), y Terapia Familiar, con una sesión a la semana, dependiendo de la asistencia de los familiares.
- Terapia Ocupacional: se realizan varias actividades en la semana, de acuerdo al horario establecido en la Unidad.

4.2 Aplicación del Cuestionario SEAPSI

El cuestionario SEAPSI (véase anexo 16) tiene la finalidad de identificar los tipos de personalidad y sus rasgos predominantes. Fue estandarizado y validado por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI). La aplicación se realiza de forma individual y una sola vez.

A continuación, se muestran los resultados, se ha dividido por cada área que compone la personalidad y por los puntajes obtenidos por cada participante de esta investigación:

Cada inicial indica un tipo de personalidad, este es su significado:

C: ciclotímica. H: Histriónica
 A: Anancástico P: Paranoide
 I: Inestable DS: Disocial
 Ev: Evitativa D: Dependiente
 E: Esquizoide Ez: Esquizotípica

Número de Paciente	Personalidades Afectivas		Personalidades Cognitivas		Personalidades Comportamentales		Personalidades con déficit en la relación			
	C	H	A	P	I	DS	EV	D	E	EZ
001	1	3	6	7	5	2	6	7	5	1
002	2	3	0	1	2	1	1	7	6	1
003	8	8	7	5	6	3	3	4	7	8
004	1	3	7	5	1	1	0	4	0	0
005	9	7	4	4	4	4	4	2	3	2

Tabla 20: Resultados de la aplicación del cuestionario SEAPSI. Elaborado por: Sofía Aguas.

Como se puede observar en esta tabla, los puntajes obtenidos por cada paciente indican el tipo de personalidad de cada uno de ellos. En el caso de los pacientes 001 y 003, se obtuvieron puntajes iguales en varios tipos de personalidad, por lo cual se realizó una entrevista para definir cuál es el tipo de personalidad que prevalece. Al conocer el tipo de personalidad de cada participante se puede identificar sus rasgos predominantes.

En el paciente 001, se concluye que el tipo de personalidad es Paranoide, debido a que, las características que sobresalen al momento de la entrevista permiten observar que hay mayor predominancia en este tipo que en el tipo Dependiente. Los rasgos predominantes encontrados fueron: desconfianza ante nuevas amistades, tendencia al rencor, propensión a los celos, preocupación acerca de la lealtad de los amigos o conocidos, propensión a ser muy competentes, y tendencia al egocentrismo y rigidez.

En el paciente 002, el tipo de personalidad es el Dependiente. Los rasgos predominantes que se presentan en este participante son: incomodidad ante la soledad, sensibilidad frente a la desaprobación de los demás, conducta colaboradora, disciplinada y en algunos casos, sumisa frente a las autoridades; búsqueda urgente de otra relación cuando se ha perdido un vínculo importante; y tendencia a permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes en su propia vida.

En el paciente 003, se concluye que el tipo de personalidad es Ciclotímica, ya que, existen un mayor número de características que lo asocian a este rasgo más que en el tipo Histriónico y Trastorno Esquizotípico. Los rasgos predominantes encontrados son: oscilación del estado de ánimo, hipersensibilidad a las situaciones de sufrimiento o malestar ajeno, en un estado afectivo positivo se muestra activo, generoso, agradable y se puede establecer un contacto social fácil; en un estado negativo, se torna triste y hay retraimiento social.

En el paciente 004, el tipo de personalidad es Anancástico, el cual evidencia las siguientes rasgos predominantes: búsqueda de perfección, preocupación por las fallas y los detalles de lo que se realiza, represión afectiva, dificultando la expresión de emociones y sentimientos; preocupación por el orden, dificultad para desprenderse de ideas o pensamientos, y empeño para que los demás se acoplen a su manera de hacer las cosas.

En el paciente 005, el tipo de personalidad es Ciclotímica. Los rasgos predominantes que muestra son: oscilaciones del estado del ánimo, hipersensibilidad a las situaciones que causan malestar o sufrimiento, en un estado afectivo positivo, se muestra activo, alegre, bromista, optimista y participativo; en un estado negativo, se torna triste y retraído; se presenta un contacto social fácil y agradable.

A partir de estos resultados, se puede concluir que los rasgos predominantes de personalidad de los participantes son los siguientes: hipersensibilidad a las situaciones de sufrimiento ajeno, contacto social fácil y agradable, generosidad, colaboración y disciplina, ser participativos, búsqueda de la perfección, preocupación por los detalles y fallas, cumplimiento del orden, sensibilidad a la desaprobación, conductas obedientes, en ciertas ocasiones retraimiento social y represión afectiva, desconfianza, tendencia al rencor, ser muy competentes, propensión a los celos, rigidez y egocentrismo, y preocupación por la lealtad.

4.3 Aplicación de la encuesta sobre la adherencia al tratamiento a pacientes

La encuesta (véase anexo 17) tiene como finalidad conocer el nivel de adherencia de los pacientes a su tratamiento, desde su propio criterio. Para lo cual, se han propuesto 13 preguntas, cada una de ellas, responde a cada tipo de tratamiento. La encuesta se aplica una sola vez y en forma individual. La consigna es: señalar la opción más adecuada de acuerdo a la situación actual de su tratamiento.

A continuación, se muestran los resultados de algunas de las preguntas pertenecientes a esta encuesta, las cuales tienen una mayor relevancia para el cumplimiento de objetivos, las preguntas restantes se encuentran en el Anexo 18.

Pregunta 5: ¿Toma sus medicamentos en el horario indicado?

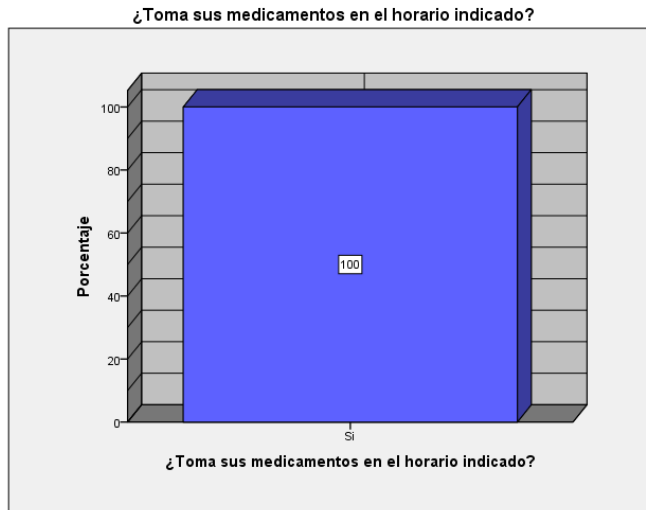


Gráfico 6: Resultados pregunta 5. Elaborado por: Sofía Aguas.

La quinta pregunta se refiere a la toma de medicamentos en el horario indicado. En el cual el 100% de pacientes afirman que toman su medicación en el horario establecido por el médico (véase anexo 18). Las causas por las cuales cumplen son: para sentir mejoría, por ser recomendable y por ser un horario ya establecido. El cumplimiento da cuenta de una buena adherencia al tratamiento farmacológico.

Pregunta 6: ¿Asiste a las sesiones de Psicoterapia Individual de manera puntual?

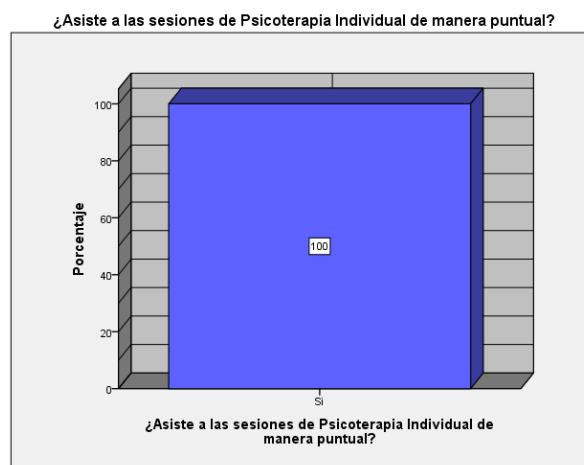


Gráfico 7: Resultados pregunta 6. Elaborado por: Sofía Aguas.

La sexta pregunta se refiere a la puntualidad en las sesiones de Psicoterapia Individual. En un 100%, es decir, todos los pacientes asisten de manera puntual a sus sesiones, cumpliendo con esta parte del tratamiento (véase anexo 18). Entre las causas mencionadas tenemos: por necesidad, por trabajar conflictos personales con más tiempo

y atención, por interés, por sabes otro tipo de cosas y por el horario. La puntualidad da cuenta del cumplimiento al tratamiento, y esto evidencia una buena adherencia.

Pregunta 7: ¿Con qué frecuencia recibe Terapias Familiares?

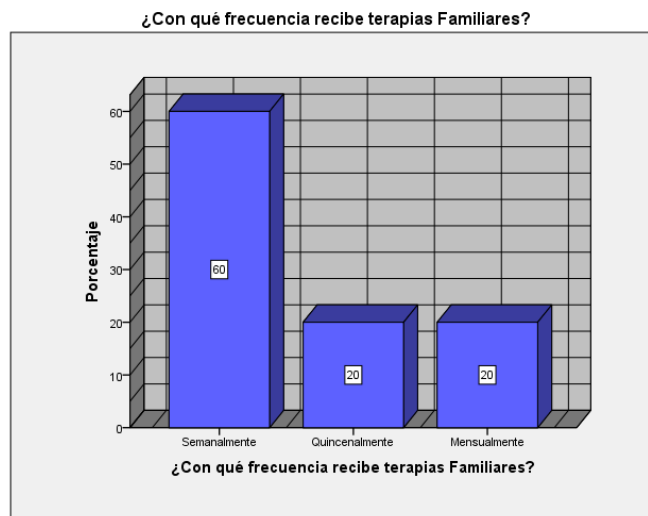


Gráfico 8: Resultados pregunta 7. Elaborado por: Sofía Aguas.

La séptima pregunta se enfoca en la frecuencia de las Terapias Familiares (véase anexo 18). El 60% de los pacientes recibe este tipo de terapia semanalmente, el 20% quincenalmente y mensualmente. La frecuencia de las sesiones depende también de la asistencia de los familiares del paciente. Las sesiones se realizan con el paciente y el familiar, por ello, varía la frecuencia de sesiones entre un paciente y otro.

Pregunta 8: ¿Asiste a las sesiones de Psicoterapia Grupal de manera puntual?

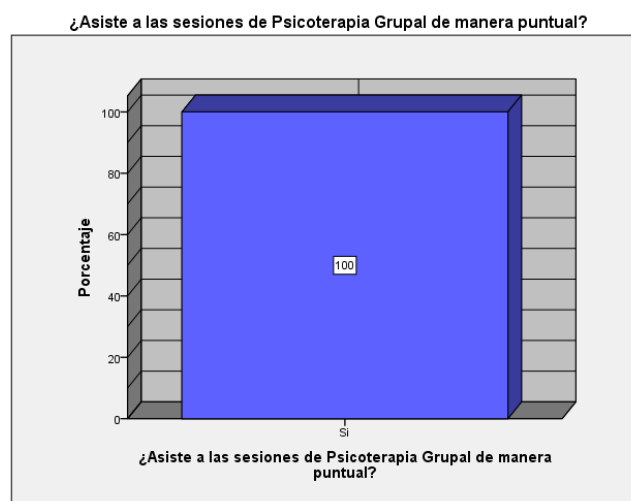


Gráfico 9: Resultados pregunta 13. Elaborado por: Sofía Aguas.

La octava pregunta se refiere a las asistencias puntuales a las sesiones de Psicoterapia Grupal (véase anexo 18). El 100% de los pacientes afirman que asisten puntualmente. Las causas que mencionan son las siguientes: por necesidad, por la recuperación, evitar llamados de atención y conflictos, por puntualidad, y para trabajar en escenarios sociales y la conducta en diferentes situaciones. Como se mencionó anteriormente, la puntualidad es un criterio para valorar el cumplimiento del tratamiento y su adherencia.

Pregunta 9: ¿Cumple con las tareas asignadas dentro de la Unidad?

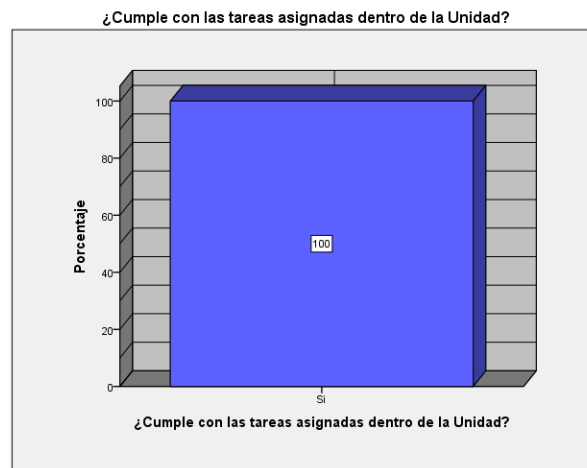


Gráfico 10: Resultados pregunta 9. Elaborado por: Sofía Aguas.

La novena pregunta se refiere al cumplimiento de las tareas que son asignadas a cada paciente dentro de la unidad CITA BM, con un 100% los participantes afirman su cumplimiento. Los motivos por los cuales cumplen son: por responsabilidad, por ser terapéutico, favorable para la recuperación, normas ya establecidas, evitar llamados de atención, y por ser una manera de crear hábitos y rutinas responsables (véase anexo 18). De esta manera, se cumple con esta parte del tratamiento.

Pregunta 10: ¿En la Terapia Ocupacional, Ud. Realiza todas las tareas indicadas?

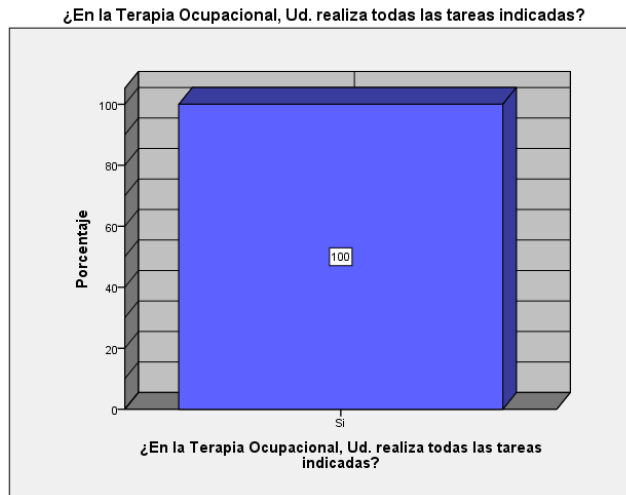


Gráfico 11: Resultados pregunta 10. Elaborado por: Sofía Aguas.

La décima pregunta se enfoca en la Terapia Ocupacional y en el cumplimiento de las tareas asignadas (véase anexo 18). El 100% de los participantes indican que cumplen con esta parte del tratamiento. Entre las causas mencionan: evitar llamados de atención, por responsabilidad, por ser terapéutico, por ser una tarea productiva, distrae a la mente del consumo y mantenerse físicamente bien. Esto quiere decir, que los pacientes cumplen con este tipo de tratamiento.

4.4 Realización de entrevistas a profesionales

La entrevista (véase anexo 19) tiene como finalidad conocer las características más relevantes del tratamiento realizado por cada profesional y su criterio sobre el nivel de adherencia de cada participante. Es de gran importancia la información obtenida por medio de esta técnica, ya que, permite corroborar la información obtenida en la encuesta y comparar con los resultados del Test Urica.

A continuación, se muestran las respuestas a la pregunta 6 de la entrevista, el contenido completo de las entrevistas se puede revisar en el anexo 20.

4.4.1 Entrevista a la Dra. Alejandra Espinosa – Psiquiatra de la Unidad CITA BM.

Pregunta 6: Según su criterio, ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de los siguientes pacientes?: 001, 002, 003, 004, 005.

Paciente	Nivel de adherencia
001	Mala adherencia
002	Muy buena adherencia
003	Buena adherencia
004	Buena adherencia
005	Buena adherencia

Tabla 21: Criterio sobre el nivel de adherencia por parte de Psiquiatría. Elaborado por: Sofía Aguas.

4.4.2 Entrevista al Dr. Germán Mármol – Psicoterapeuta Individual y Grupal de la Unidad CITA BM

Pregunta 6: Según su criterio, ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de los siguientes pacientes?: 001, 002, 003, 004, 005.

Paciente	Nivel de adherencia – Fases Prochaska y DiClemente
001	Pre contemplación
002	Acción
003	Acción
004	Contemplación
005	Acción

Tabla 22: Criterios sobre el nivel de adherencia por parte de Psicología. Elaborado por: Sofía Aguas.

4.4.3 Entrevista a la Dra. Alexandra Padilla – Terapeuta Familiar de la Unidad CITA BM

Pregunta 6: Según su criterio, ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de los siguientes pacientes?: 001, 002, 003, 004, 005.

Paciente	Nivel de adherencia
001	Mala adherencia
002	Mala adherencia
003	Mala adherencia
004	Mala adherencia
005	Buena adherencia

Tabla 23: Criterio sobre el nivel de adherencia por parte de Terapia Familiar. Elaborado por: Sofía Aguas. .

4.4.4 Entrevista a la Lic. Liliana Vallejo – Terapeuta Ocupacional de la Unidad CITA BM

Pregunta 6: Según su criterio, ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento de los siguientes pacientes?: 001, 002, 003, 004, 005.

Paciente	Nivel de adherencia
001	Buena adherencia
002	Muy buena adherencia
003	Buena adherencia
004	Regular adherencia
005	Buena adherencia

Tabla 24: Criterio sobre el nivel de adherencia por parte de Terapia Ocupacional. Elaborado por: Sofía Aguas.

4.5 Resultados de la aplicación del Test Urica para evaluar las fases de cambio de Prochaska y DiClemente

El test Urica (véase anexo 14) tiene como finalidad evaluar cuatro etapas de cambio de Prochaska y DiClemente: Pre contemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Tiene una validez y confiabilidad de .70 de Alpha de Cronbach. A continuación, se muestran las tres evaluaciones realizadas a lo largo de tres meses, que corresponde al tiempo de internamiento de cada paciente. La primera evaluación se realiza el primer día de ingreso a la unidad CITA BM, la segunda evaluación después de mes y medio, y la tercera evaluación al concluir el tiempo de tratamiento. Los resultados que se muestran son individuales:

Paciente 001

Fases de Cambio	Pre contemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento
# de evaluaciones				
Evaluación 1	28	40	32	27
Evaluación 2	18	39	30	36
Evaluación 3	16	40	37	32

Tabla 25: Evaluaciones Test Urica Paciente 001 (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

Según los datos, en la primera evaluación, este paciente obtiene el puntaje más alto que corresponde a 40 puntos en la fase de Contemplación. En la segunda evaluación,

vuelve a obtener el puntaje más alto con 39 puntos en la misma fase. Y en la tercera y última evaluación, de igual manera obtiene el puntaje más alto con 40 puntos, en esta fase.

Esto quiere decir, que a lo largo del tratamiento el paciente se ha mantenido en la fase de Contemplación, que significa que comienza a tomar conciencia sobre los problemas que se derivan del consumo, equilibrando las consecuencias positivas y negativas, lo que permite generar un cambio intencional al optar por el tratamiento. Todavía resulta difícil pensar en el abandono definitivo de la sustancia. De tal manera, no existe un avance en su proceso terapéutico a lo largo de su internamiento.

Paciente 002

Fases de Cambio	Pre	Contemplación	Acción	Mantenimiento
# de evaluaciones	contemplación			
Evaluación 1	27	40	35	27
Evaluación 2	16	39	32	34
Evaluación 3	12	40	39	31

Tabla 26: Evaluaciones Test Urica paciente 002 (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

El paciente 002 obtiene en su primera evaluación un alto puntaje con 40 puntos en la fase de Contemplación. En su segunda evaluación, obtiene alto puntaje con 39 puntos en la misma fase. Y en la tercera evaluación, con el puntaje más alto de 40 puntos, se ubica en esta fase.

Esto significa que, a lo largo de los tres meses de tratamiento, este paciente ha permanecido en la misma fase de cambio. No se evidencian avances en el tiempo.

Paciente 003

Fases de Cambio	Pre	Contemplación	Acción	Mantenimiento
# de evaluaciones	contemplación			
Evaluación	30	37	35	24
Evaluación 2	13	37	39	32
Evaluación 3	12	37	40	30

Tabla 27: Evaluaciones Test Urica paciente 003 (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

Según estos resultados, el paciente 003 en la primera evaluación obtiene el puntaje más alto con 37 puntos en la fase de Contemplación. En la segunda evaluación, obtiene

39 puntos con el más alto puntaje y se ubica en la fase de Acción. Y en la tercera evaluación, el puntaje más alto con 40 puntos, se ubica en la misma fase.

Esto significa, que este paciente comienza su tratamiento en la fase de Contemplación, a lo largo de los tres meses logra avanzar y ubicarse en la fase de Acción. En esta fase se recalca el compromiso para abandonar el consumo, las conductas se centran en dejar de consumir y reestablecer su estilo de vida. Se puede evidenciar, que ha existido un cambio a lo largo de su proceso terapéutico.

Paciente 004

Fases de Cambio	Pre	Contemplación	Acción	Mantenimiento
# de evaluaciones	contemplación			
Evaluación 1	27	38	35	27
Evaluación 2	16	38	40	34
Evaluación 3	16	34	36	34

Tabla 28: Evaluaciones Test Urica paciente 004 (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

En la primera evaluación, el paciente 004 obtiene el puntaje más alto con 38 puntos en la fase de Contemplación. En la segunda evaluación, el mayor puntaje con 40 puntos, se ubica en la fase de Acción. Y en la tercera evaluación, con 36 puntos, siendo el puntaje mayor, se encuentra en la misma fase.

Esto quiere decir, que, a lo largo del tiempo de internamiento, el paciente empieza su proceso terapéutico ubicándose en la fase de Contemplación, avanzando los meses posteriores y ubicándose en la fase de Acción. Logra avanzar en su tratamiento.

Paciente 005

Fases de Cambio	Pre	Contemplación	Acción	Mantenimiento
# de evaluaciones	contemplación			
Evaluación 1	26	35	29	26
Evaluación 2	17	35	33	31
Evaluación 3	14	37	38	30

Tabla 29: Evaluaciones Test Urica paciente 005 (IPSC, 2017-2018). Elaborado por: Sofía Aguas.

El paciente 005, obtiene en su primera evaluación el mayor puntaje con 35 puntos en la fase de Contemplación. En la segunda evaluación, el puntaje más alto es de 35

puntos, que corresponde a esta misma fase. Y en la tercera evaluación, el mayor puntaje es de 38 puntos en la fase de Acción.

Esto significa que, el paciente en los primeros meses de su tratamiento se encuentra en la fase de Contemplación, posteriormente avanza hacia la fase de cambio de Acción, logrando avanzar en su proceso terapéutico.

4.6 Relación de datos obtenidos sobre la adherencia al tratamiento y correlación con los rasgos predominantes de la Personalidad.

Para obtener el nivel de adherencia global de los participantes se toma en cuenta los datos obtenidos de la encuesta, la entrevista y el Test Urica. En el caso de la entrevista se considera el nivel de adherencia al tratamiento Psiquiátrico y Psicológico. Se excluyen los datos de: Terapia Familiar y Terapia Ocupacional; debido a que, en el primer caso, la adherencia al tratamiento no depende exclusivamente del paciente, sino también del compromiso por parte de la familia para asistir a las sesiones, deben involucrarse ambas partes. Y en el segundo caso, las terapias ocupacionales son complementarias al tratamiento, enfocan su trabajo en la reinserción del paciente después de su proceso de internamiento, más no trabajan directamente con el abandono de la adicción.

Cabe recalcar que, para determinar los niveles de adherencia al tratamiento se utilizan los siguientes criterios en la encuesta y la entrevista: Muy Buena, Buena, Regular y Mala. En el Test de Urica se utiliza: Pre Contemplación, Contemplación, Acción y Mantenimiento. Por ello, para una mejor explicación se traduce los criterios del Test Urica a los términos ocupados en los demás datos:

- Fase de Acción y Mantenimiento = Buena. Explicación: se toma conciencia sobre la adicción, se decide abandonar el consumo, se establecen compromisos y se realizan cambios de conducta. Se facilita el cumplimiento de un tratamiento.
- Fase de Contemplación = Regular. Explicación: se establece la posibilidad de dejar el consumo, mayor conciencia del problema y se comienzan a realizar cambios intencionales. Hay ambivalencia frente al tratamiento.

- Fase de Pre Contemplación = Mala. Explicación: no hay conciencia del problema, ni intención ni motivación de dejar la conducta adictiva, dificultad para seguir un tratamiento.

A continuación, se muestran los niveles de adherencia obtenidos:

Paciente	Nivel de adherencia				Nivel de adherencia global
	Encuesta	Entrevista		Test Urica	
		Psiquiatría	Psicología		
001	Buena	Mala	Pre contemplación (Mala)	Contemplación Regular	Mala - Regular
002	Buena	Buena	Acción (Buena)	Contemplación - Regular	Buena
003	Buena	Buena	Acción (Buena)	Acción - Buena	Buena
004	Buena	Buena	Contemplación (Regular)	Acción - Buena	Buena
005	Buena	Buena	Acción - Buena	Acción-Buena	Buena

Tabla 30: Niveles de adherencia obtenidos en la investigación. Elaborado por: Sofía Aguas.

Correlación de los rasgos predominantes de personalidad y el nivel de adherencia al tratamiento.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en esta investigación:

Pacientes	Tipo de Personalidad	Rasgos predominantes	Nivel de adherencia
001	Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza. • Tendencia al rencor. • Propensión a los celos y a ser muy competentes. • Rigidez y egocentrismo. • Preocupación por la lealtad. 	Mala – Regular
002	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad frente a la desaprobación. • Conducta colaboradora. • Disciplina. • Conductas obedientes. 	Buena
003 y 005	Ciclotímica	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a las situaciones de sufrimiento ajeno. • Contacto social fácil y agradable. • Generosidad. • Ser participativos. 	Buena

		<ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento social en ciertas ocasiones. 	
004	Anancástico	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la perfección. • Preocupación por los detalles y las fallas. • Cumplimiento del orden. • Represión afectiva. 	Buena

Tabla 31: Correlación rasgos predominantes de personalidad y adherencia al tratamiento. Elaborado por: Sofía Aguas.

De acuerdo a los resultados mostrados en esta investigación, los pacientes con determinados rasgos predominantes pertenecientes a las personalidades Ciclotímicas, Dependientes y Anancásticas, muestran una buena adherencia a este tipo de tratamiento recibido; en cambio, los rasgos predominantes pertenecientes a la Personalidad Paranoide, no muestran una buena adherencia, siendo mala -regular.

4.7 Discusión

Con respecto a la hipótesis planteada: “Los rasgos de personalidad con predominio Afectivo, Cognitivo, Comportamental y con Déficit relacional facilitan la adherencia al tratamiento en pacientes adultos – jóvenes adictos a la Pasta Base de cocaína”; se concluye que: únicamente los rasgos de personalidad pertenecientes a personalidades con predominio Afectivo, Cognitivo y con Déficit relacional que aparecieron en este estudio, cumplen con el criterio planteado en la hipótesis, facilitando la adherencia al tratamiento. No se obtiene una muestra de pacientes con rasgos pertenecientes a personalidades con predominio Comportamental, debido a que, los criterios de exclusión que maneja la Unidad CITA BM no permiten el ingreso a sujetos adictos con este tipo de personalidad, especialmente con trastorno Disocial. Por ello, no se puede encontrar rasgos de este componente que faciliten o dificulten la adherencia.

La pregunta de investigación planteada es la siguiente: ¿Cómo influyen los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento? Respecto a esto, se puede observar que los rasgos predominantes pertenecientes a las personalidades Ciclotímicas, Anancásticas y Dependientes de esta investigación influyen para un mayor nivel de adherencia, debido a que, presentan estas características: hipersensibilidad a las situaciones de sufrimiento

ajeno, contacto social fácil y agradable, generosidad, colaboración y disciplina, ser participativos, búsqueda de la perfección, preocupación por los detalles y fallas, cumplimiento del orden, sensibilidad a la desaprobación, conductas obedientes, y en ciertas ocasiones retraimiento social y represión afectiva; las cuales se acoplan a las condiciones del tipo de tratamiento brindando en la Unidad CITA BM en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, como: la utilización de técnicas Cognitivo-Conductuales, el Manejo Emocional y la organización a través de la Comunidad Terapéutica. Los rasgos predominantes pertenecientes a personalidades Paranoideas presentes en este estudio influyen para un bajo nivel de adherencia, ya que, presentan estas características: desconfianza, tendencia al rencor, ser muy competentes, propensión a los celos, rigidez y egocentrismo, y preocupación por la lealtad; las cuales impiden que el paciente se acople a las condiciones de la Unidad. Los rasgos predominantes en esta investigación influyen en la adherencia al tratamiento, unos ayudan y otros lo obstaculizan.

De acuerdo a un estudio realizado en Colombia, en el año 2012, titulado: “Factores Psicosociales, Cognitivos, y de Personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en Comunidades Terapéuticas”, se puede destacar características de la personalidad que se asocian a la adherencia a este tipo de tratamientos. Este estudio se realiza con 443 participantes, de los cuales 373 fueron hombres y 70 mujeres, con un rango de edad de 11 a 50 años. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de adherencia al tratamiento propuesta por León, Melnick, Kressel y Jainchill en 1994; Young Schema Questionnaire; y Creencias centrales de los trastornos de personalidad. Los resultados de este estudio, fueron las siguientes características de la personalidad: perfeccionismo, solución de problemas, reevaluación positiva y vulnerabilidad, las cuales favorecen la adherencia en una Comunidad Terapéutica; en cambio, la elevada autonomía, la desconfianza, no favorecen la adherencia (Hernández Serrano & Londoño, 2012).

Algunas de estas características de personalidad resultantes del estudio mencionado son similares a las encontradas en esta investigación actual, como el perfeccionismo o búsqueda de perfección, rasgo que permite una mejor adherencia; y el rasgo de desconfianza que impide una buena adherencia al tratamiento.

De acuerdo a otra investigación realizada en Chile, en el año 2014, titulada: “Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes”. Fue aplicada en un

centro de tratamiento especializado en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, llamado “Conexión”. La muestra fue de 50 pacientes, de un rango de edad de 16 a 70 años, con un total de 41 pacientes hombres y 9 mujeres. El instrumento utilizado fue el cuestionario Big Five, adaptado por Castro Solano en el 2005. Los resultados de este estudio fueron: en consumidores de cocaína se encontraron niveles altos del rasgo de Extraversión, que implica que son personas sociables, enérgicas, optimistas y activas; y en Agradabilidad, este último referido a las relaciones interpersonales, específicamente a conductas dependientes (Martin, 2014).

Estos resultados coinciden con algunos rasgos de personalidad encontrados en esta investigación actual, como: sociabilidad o el contacto social fácil y agradable; activo o participativo; y conductas dependientes.

Si bien es cierto, no se encuentran investigaciones similares que hayan demostrado la influencia de los rasgos de personalidad en la adherencia al tratamiento en la adicción a la Pasta Base. Los estudios anteriormente mencionados no tienen una alta similitud con los resultados encontrados en esta investigación, pero permiten cotejar los rasgos de personalidad pertenecientes a los sujetos adictos a sustancias psicoactivas como la Pasta Base de cocaína.

CONCLUSIONES

- El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón maneja los siguientes tratamientos: tratamiento Farmacológico; tratamiento Psicológico como la Psicoterapia Individual, Grupal y Terapia Familiar; y la Terapia Ocupacional.
- El nivel de adherencia al tratamiento y los rasgos de personalidad se pueden determinar a través de una evaluación clínica completa, con la utilización de instrumentos psicométricos y recursos psicológicos.
- Los rasgos predominantes de personalidad hallados en esta investigación influyen en la adherencia al tratamiento, los rasgos que facilitan un mayor nivel de adherencia son: hipersensibilidad a las situaciones de sufrimiento ajeno, contacto social fácil y agradable, generosidad, colaboración y disciplina, ser participativos, búsqueda de la perfección, preocupación por los detalles y fallas, cumplimiento del orden, sensibilidad a la desaprobación, conductas obedientes, en ciertas ocasiones retraimiento social y represión afectiva; en cambio, los que obstaculizan la adherencia son: desconfianza, tendencia al rencor, ser muy competentes, propensión a los celos, rigidez y egocentrismo, y preocupación por la lealtad.
- El tratamiento brindado en la Unidad trabaja desde el enfoque Cognitivo – Conductual y con el Manejo Emocional, esto facilita una mejor adherencia por parte de sujetos con rasgos pertenecientes a personalidades Cognitivas y Afectivas. Además, utilizan el modelo de Comunidad Terapéutica, lo cual permite que se adhieran de mejor manera los rasgos pertenecientes a personalidades Dependientes encontradas en este estudio. Cabe mencionar que, al final la Adherencia Terapéutica no solo depende de las condiciones del tratamiento sino de la expresión de los rasgos de personalidad.
- En la presente investigación, surgieron ciertas limitaciones como la baja cantidad de pacientes institucionalizados con adicción a la Pasta Base en la Unidad CITA BM, lo cual redujo el tamaño de la muestra, e impidió obtener resultados más representativos.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere mantener un abordaje integral en el tratamiento en adicciones, el cual es necesario para trabajar los diferentes aspectos afectados por la adicción.
- Se recomienda utilizar para la evaluación de la personalidad y la adherencia terapéutica, los instrumentos psicométricos y recursos psicológicos de esta investigación.
- Se sugiere que, para un efectivo tratamiento en adicciones, se considere la importancia de los rasgos de personalidad y sus formas de acercamiento.
- Se recomienda fortalecer desde una visión individual los tratamientos en adicciones, con el objetivo de obtener mayores ventajas con la intervención terapéutica.
- Sería oportuno realizar una investigación futura, ampliando la muestra para corroborar los resultados de este estudio y ver si se cumple el parámetro en el componente Comportamental de la Personalidad propuesto en la hipótesis.

REFERENCIAS

- Balarezo, L. (2014). *Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad*. Quito: UNIGRAF.
- Becoña, E., Cortés, T., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., . . . Villanueva, V. (19 de agosto de 2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación*. Barcelona, España: SOCIDROGALCOHOL. Obtenido de www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf
- Bosque, J., Mairena, A., Bruno Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 381-389. Recuperado en 06 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500004&lng=es&tlng=es.
- Bravo, M. F. (abril de 2013). *Psicofarmacología para psicólogos*. Obtenido de Psyciencia: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/04/Psicofarmacolog%C3%83%C2%ADa.pdf>
- Brik, E., & Cuellar, B. (09 de marzo de 2017). *ITAD - Instituto de Formación, Tratamientos en Terapia Familiar Sistémica y Adicciones*. Obtenido de La Terapia Familiar Sistémica en la Adicción a la Cocaína: <https://itadsistemica.com/tratamiento/terapia-familiar-sistemica-adiccion-cocaina/>
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Rumagraf, S.A. Obtenido de www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/144.pdf
- CONSEP. (2007). *Guía del Ecuador: Implementación de estrategias de prevención a través de Municipios*. Ecuador. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/guias/GUIA%20DE%20DROGAS%20ECUADOR%20ABRIL%202007.pdf
- CONSEP. (01 de enero de 2014). *IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*. Obtenido de Dirección Nacional del Observatorio de Drogas - Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupeficientes y Psicotrópicas:

<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>

De Leon, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones: Teoría, Modelo y Método*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Farmaindustria. (2016). *Encuesta sobre adherencia terapéutica en España*. Madrid. Obtenido de www.farmaindustria.es/web/wp-content/.../Informe-Estudio-de-adherencia-anx.pdf: Sociología y Comunicación.

García F., G., García, O., & Secades, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, Vol (32) 2, 159-165. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/778/77818544005/>.

González, M., Espada, J., Guillén, R., Secades, R., & Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, vol. 28, 8. Obtenido de: www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/777/733.

Hernández Serrano, M., & Londoño, N. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29, (1), 47-63. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21323171004.pdf>

Infodrogas. (2018). *Infodrogas - Gobierno de La Rioja*. Obtenido de Infodrogas: Información y prevención sobre drogas: <http://www.infodrogas.org/>

IPSC. (Noviembre, Diciembre, Enero de 2017-2018). IPSC - Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. *Revisión de historias clínicas*. Quito, Pichincha, Ecuador.

Jiménez, F. (2018). *IAFA (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia)*. Obtenido de Síndromes de Intoxicación y Abstinencia a drogas psicoactivas: Recomendaciones para su manejo.: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/normas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-intoxicacion-y-abstinencia-a-drogas-iafa.pdf>

- La Rosa, Y., Martín, L., & Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1). Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi06107.htm
- López, A., & Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, Vol. 18(Vol. 18, nº 3), 577-582. Obtenido de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3256>. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3256>
- López, D. (2004). *Relaciones humanas y Psicoterapia*. Sevilla: Jerez de la Frontera.
- Lorenzo, P. (2009). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid, España: Médica Panamericana S.A. Obtenido de <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/3749/Drogodependencias.html>
- Martin, C. (2014). *Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes*. Mendoza, Argentina: Universidad del Aconcagua. Obtenido de Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes.: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/448/tesis-3714-dimensiones.pdf
- Martínez, J. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: Variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 10. Obtenido de www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1951.pdf.
- NIH. (diciembre de 2012). *National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es>
- OMS. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Méditor. Obtenido de <http://www.who.int/iris/handle/10665/40510>
- OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

- OMS. (2000). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid, España: Médica Panamericana. Obtenido de apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- Oviedo, M. (2018). Psicología de la salud y adherencia al tratamiento. *Boletín Científico de la Escuela Superior de Atotonilco de Tula*. Obtenido de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/article/download/2879/2902?inline=1>
- Paz y Miño, C. (2015). I Congreso Internacional de Salud Mental Benito Menni: Patología Dual Adicción y Comorbilidad. *Génética y Adicciones*, (pág. 2). Quito.
- Pérez, J., & Merino, M. (2013). *Definición.de: Definición de tratamiento*. Obtenido de Definición.de: <https://definicion.de/tratamiento/>
- Pfizer. (2009). *La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Madrid. Obtenido de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2003). *Autocuidado en el ciclo vital*. Obtenido de Autocuidado en el ciclo vital: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/index.html
- Rojo, G. (2013). Terapia Ocupacional en adicciones: revisión de bases de datos internacionales. *TOG (revista de internet)*, 15. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original3.pdf>.
- Sabaté, E. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>. Obtenido de <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- SEAPsI. (2004). Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa . *Instructivo para la calificación del Cuestionario de Personalidad SEAPsI*.

- Secades, R., & Fernández, J. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*. v.12, n.3, 353 -363. Obtenido de <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/646/635>>. Fecha de acceso: 15 jun. 2018.
- Secretaría de Salud de México. (2018). Obtenido de Secretaría de Salud de México: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/adic_cVII.pdf
- Torres, J. M. (10 de septiembre de 2015). *lasdrogas.info*. Obtenido de lasdrogas.info: <http://www.lasdrogas.info/noticias/31070/genetica-y-adiccion.html>
- Universidad Complutense de Madrid. (2006). *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica*. Obtenido de Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica: http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20RELACIONADOS%20CON%20SUSTANCIAS/URICA/URICA_F.PDF
- UNODC. (abril de 2013). Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. *Pasta Básica de Cocaína: cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos*. Lima, Perú. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones_2013/LIBRO_PBC.pdf
- UNODC. (mayo de 2018). Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. *Terminología e información sobre drogas. Tercera edición*. New York, Estados Unidos. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_Sp.pdf
- Vallejos, M., Orbegoso, C., & Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): Validez y Confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*, 8. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a05.pdf
- VidalGroup, V. S. (03 de diciembre de 2010). *Vademecum.es*. Obtenido de Vademecum.es: https://www.vademecum.es/medicamentos-a_1