



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**Internamiento compulsivo de personas con
trastorno por uso de sustancias en centros de rehabilitación de la ciudad de
Cuenca en el periodo junio a agosto del 2013**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Psicólogos Clínicos**

Autores: Lourdes Aguilar Ugalde

Mauricio Quezada Maruri

Director: Dr. Patricio Cabrera

Cuenca, Ecuador

2013

Agradecimientos:

Agradecemos a todos aquellos que de una u otra forma han participado a nivel profesional, académico y personal en el desarrollo de nuestra investigación.

A nuestros padres porque fueron los cimientos sólidos de apoyo en el transcurso de los arduos años de estudio, de igual manera un soporte en la realización de este proyecto.

A nuestro Director el Dr. Patricio Cabrera, quien nos supo ayudar de forma desinteresada desde un inicio tanto como profesor en los años de estudio y ahora como Director de nuestra investigación, guiándonos en los mínimos detalles para consolidar una estructura firme en la elaboración y presentación del proyecto.

A los Centros de Rehabilitación quienes nos dieron la apertura y aprobación para poder desarrollar nuestro trabajo. De igual manera a los pacientes, que participaron en el estudio, por su admirable esfuerzo y dedicación en la participación de forma totalmente incondicional.

Lourdes y Mauricio

Contenido

Agradecimientos:	ii
Resumen:	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	i
CAPITULO 1.....	3
1.1- Adicción.....	3
1.1.1.- Concepto.....	3
1.1.2.- Factores que aumentan el riesgo de una adicción.....	4
1.2.- Sustancias Psicoactivas	4
1.2.1.- Concepto.....	4
1.2.2- Conceptos Básicos.....	5
1.2.2.1. Dependencia psíquica.....	5
1.2.2.2.Dependencia física.....	5
1.2.2.3.Abuso	5
1.2.2.4. Síndrome de abstinencia.....	5
1.2.2.5. Síndrome de querencia.....	5
1.2.2.6. La tolerancia	6
1.2.2.7. Privación	6
1.2.2.8. Sobredosis	6
1.3.- Clasificación de sustancias psicoactivas.....	7
1.3.1. Depresoras del sistema nervioso.....	7
2.3.2. Estimulantes del sistema nervioso.....	7
2.3.3. Las que alteran la percepción.....	7
1.4.- Criterios Diagnósticos	8
1.4.1.- Abuso de sustancias:.....	8
1.4.2- Dependencia de sustancias	9
1.4.3.- Comorbilidad psiquiátrica	9
1.5.- Internamiento Compulsivo.....	10
1.5.1.- Concepto.....	10

CAPITULO 2.....	13
2.1- El modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente.....	13
2.2.- Estadios de Cambio.....	13
2.2.1. Etapa de Precontemplación.....	14
2.2.2.Etapa de Contemplación.....	14
2.2.3. Etapa de preparación	15
2.2.4. Etapa de Acción	15
2.2.5. Etapa de Mantenimiento	15
2.2.6. Etapa de Terminación o Recaída.....	16
2.3.- Los Procesos del Cambio:	17
2.4.- Niveles de Cambio	18
CAPITULO 3.....	20
3.- Metodología, proceso de la investigación, Diagnóstico de pacientes.....	20
3.1.- Universo y Muestra:	20
3.2.- Reseña de los Centros donde se realizó la investigación.....	20
3.2.1. CREIAD	20
3.2.2. CRA	22
3.2.3. Hacia Una Nueva Vida.....	23
3.3.- Proceso de la Investigación	23
3.4.- Instrumentos de recolección de datos	24
CAPITULO 4.....	30
4.- Análisis Estadístico Programa: SPSS.....	30
4.1. Tipos de internamiento (voluntario-compulsivo)	30
4.2.- Fechas de internamiento	31
4.3.- Rasgos de personalidad	32
4.4.- primera aplicación	33
4. 5.- Terminación y Abandono del tratamiento	34
4.5.1. Pacientes que Culminaron y Abandonaron el Internamiento de 90 días.....	35
4.6.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 aplicaciones en la etapa Precontemplativa	36
4.7.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 etapas aplicaciones, en la etapa contemplativa.....	37

4.8.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 aplicaciones en la etapa de acción.....	38
4.9.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 etapas de mantenimiento.....	39
4.10.- Cuadros comparativos en EXCEL.....	40
Primera Aplicación.....	40
Segunda Aplicación.....	42
Tercera Aplicación.....	44
CAPITULO 5.....	48
5. CONCLUSIONES.....	48
CAPITULO 6.....	50
6.- Recomendaciones.....	50
Bibliografía.....	51

Resumen:

Nuestra investigación es sobre el internamiento compulsivo en adictos en tres centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca, se basó en el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente, el cual divide al proceso de cambio de la adicción en cinco etapas: Pre contemplativa, contemplativa, preparación, mantenimiento y recaída. Realizamos una encuesta a internos a su inicio del internamiento, 30 días aproximadamente después y antes de su salida, tomamos pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias exclusivamente. Sacamos conclusiones estadísticas de las etapas que pasan y comparamos, el retroceso, estancamiento y avance de su internamiento en los diferentes centros.

ABSTRACT

COMPULSIVE INTERNMENT OF PEOPLE SUFFERING FROM SUBSTANCE- USE DISORDER IN REHABILITATION CENTERS IN THE CITY OF CUENCA DURING JUNE TO AUGUST 2013 PERIOD

Our research is about the compulsive internment of addicts in three rehabilitation centers in the city of Cuenca. We based our investigation on Prochaska and DiClemente trans theoretical model, which divides the process of changing addiction in five stages: Pre contemplative, contemplative, preparation, maintenance and relapse.

We conducted a survey to the patients at the beginning of their internment, approximately 30 days after, and before they are discharged. We analyzed patients from different centers who were diagnosed only with substance dependency, and drew statistical conclusions of the stages they go through, comparing their deterioration, stagnation and improvement.



Mauricio Quezada Maruri.
Author



Lourdes Aguilar Ugalde
Author



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

Los trastornos por uso de sustancias psicoactivas constituyen un serio problema de salud pública a nivel mundial, traducidos en diversos problemas médicos y psicológicos.

Para un tratamiento en adicciones, el objetivo es cambiar los hábitos de la conducta adictiva, romper ese vínculo que crea la sustancia adictiva con el paciente y modifica su comportamiento en todos los niveles de vida. Existen varios tipos de terapia, por lo general se realiza un internamiento de 3 a 6 meses. Cuando un paciente no tiene la capacidad de dar un consentimiento para este internamiento y la decisión es tomada por terceras personas, se llama internamiento compulsivo. Es justificado cuando la desestabilización del paciente, puede crear una situación de peligro evidente para el paciente o para los demás.

En la actualidad “al menos 14 millones de personas a nivel mundial, utilizan drogas legales e ilegales cada semana. Algunos expertos han estimado que aproximadamente un 2,3% de individuos mayores de 12 años tienen ya un problema grave con las drogas, suficientemente importante como para justificar tratamiento”¹ (Beck, 1999)

En el tratamiento de las adicciones, se observa que el internamiento es un proceso de adaptación severo y desagradable para el adicto. Menos del uno por ciento de los pacientes acuden de manera voluntaria, los demás acuden en contra de su voluntad, por la razón de que la negación es el principal mecanismo de defensa del adicto. (CREIAD, 2010)

Prochaska y Di Clemente estudiaron pacientes que dejaron de usar sustancias psicoactivas, y se encuentran en una rehabilitación, hicieron estudios en donde comprobaron que el cambio en los pacientes con este problema, se daba por etapas: Etapa Pre contemplativa, contemplativa, de decisión, acción, mantenimiento y la recaída. Estas etapas describen el proceso de recuperación de un adicto, dejando de

¹ (Beck, 1999)

lado el tipo de plan de rehabilitación utilizado. Tomaremos este esquema de etapas en nuestra investigación como fundamento teórico y punto de partida del estudio.

No hay un estudio en nuestro medio que exponga la prevalencia estadística de la resistencia a un internamiento y a un proceso terapéutico por parte de un adicto. En nuestra investigación: evaluamos al paciente al ingreso, a los 40 días aproximadamente y a los 3 meses de internamiento. Con el fin de generar conclusiones interesantes sobre las estadísticas de las etapas de Prochaska y Di Clemente en el internamiento de adictos en 3 centros de la ciudad de Cuenca.

La mayor parte de profesionales que se dedican a la práctica de la rehabilitación de adictos en centros de internamiento, por experiencia conocen la resistencia del adicto al problema, los fenómenos sociales y psicológicos que comprenden los trastornos por adicción dentro de un internamiento generan interesantes conclusiones sobre su estado compulsivo a la recuperación, al aislamiento, síndrome de abstinencia, craving, cambio de hábitos, etc. Se puede observar varios cambios en el transcurso de su adaptación al tratamiento. Pero no existe evidencia de esto, no encontramos un estudio estadístico sobre el internamiento compulsivo que viven los adictos en dicho proceso durante los tres meses. Por lo que vemos necesario realizar una evaluación con un número significativo de pacientes, con el objetivo de obtener información respecto a la efectividad de una intervención en personas con problemas adictivos que ingresan en contra de su voluntad, diagnosticando una dependencia de la sustancia y a continuación evaluando el proceso de cambio.

CAPITULO 1

1.1- Adicción

1.1.1.- Concepto

“Dependencia del organismo de alguna sustancia (droga) a la que se ha habituado“² (WordReference, 2013) Es el no tener la capacidad de moderar o suprimir el consumo de una droga, volviéndose una necesidad agravante. Viene determinada por fenómenos psíquicos y físicos, Cambios de hábitos y problemas en cualquiera de los ámbitos: personal, social, laboral o familiar. La adicción es una enfermedad crónica del cerebro, se caracteriza por la búsqueda y/o el uso compulsivo de una o varias drogas, a pesar de las consecuencias nocivas para la persona o su alrededor. (NIDA, 2008) Altera el sistema nervioso central, modificando el comportamiento y las conductas y disminuye el metabolismo cerebral.

Hay que diferenciar entre uso, abuso y dependencia.

Los Consumidores de drogas se los puede separar en:

- Experimentadores: cuando el consumo se da por curiosidad, experimentación, o por sentirse aceptado en un grupo.
- Sociales: Se consume participando en reuniones sociales, pero no crea un consumo imperioso. Existen también los consumidores duales, como el consumir por un intento de controlar síntomas de angustia, estrés, depresión, etc.
- Funcionales: La droga se convierte en el centro de su vida y el motor de la toma de decisiones, es un fundamento para rendir mejor.
- Disfuncionales: Cuando presenta problemas personales, familiares, sociales y/o laborales. Se puede decir que tiene una enfermedad de adicción y necesita un tratamiento.

² Diccionario WordReference.com Real Academia de la Lengua. España 2013

1.1.2.- Factores que aumentan el riesgo de una adicción

Los riesgos de ser un adicto son afectados por la constitución biológica de la persona, pudiendo verse influenciado por la genética, herencia, sexo, etnia, religión, por la etapa de desarrollo en que se encuentra y por su entorno social.

Hay estudios donde se muestra que el 40 al 60% de la vulnerabilidad a una adicción son constituidos por factores genéticos, incluyendo la epigenética, como cambios causados por el ambiente en su expresión y función. Los adolescentes y las personas con trastornos mentales tienen mayor riesgo para el abuso de drogas en comparación con la población en general.

Las interacciones más tempranas de los niños con sus familias y/o cuidadores son esenciales para un desarrollo saludable y un mecanismo de defensa al riesgo de abuso de drogas. Los padres o personas mayores de la familia que abusan de una droga, pueden aumentar el riesgo de que los niños desarrollen sus propios problemas con las drogas. Los amigos y “conocidos” son los que ejercen la mayor influencia en la adolescencia. La carencia de buenas habilidades sociales, un duelo patológico, conflictos sin resolver o trastornos de personalidad aumentan el riesgo de abuso de una droga.

1.2.- Sustancias Psicoactivas

1.2.1.- Concepto

Una droga, puede ser cualquier sustancia química de origen natural o sintético con efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno, que, al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce efecto sobre el sistema nervioso central. El consumo reiterado puede provocar adicción o dependencia. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

Estas sustancias se distinguen entre sí por efectos psicoactivos específicos y por su capacidad para producir trastornos.

1.2.2.- Conceptos Básicos

1.2.2.1.- Dependencia psíquica:

“Es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar”.³ (Psicoactiva, 2013)

1.2.2.2.- La dependencia física:

Es cuando una sustancia se administra repetidamente, el organismo se acostumbra y funciona a base de esta. Existe la aparición de trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la misma.

1.2.2.3.- Abuso:

El abuso de una droga se da como su nombre lo dice, cuando se abusa de una sustancia, el consumo es en grandes cantidades diferente de lo aceptado médica y socialmente en determinada cultura.

1.2.2.4.- Síndrome de abstinencia:

Cuando ya existe una dependencia física y/o psíquica, la falta de la droga deja aparecer síntomas físicos y psíquicos temporales, con drogas depresoras: aparecen síntomas como temblores, ansiedad, irritabilidad y a veces reacciones psicóticas. En drogas estimulantes: los síntomas son fatiga, somnolencia, estado de ánimo deprimido y aumento del apetito. La duración de los síntomas depende de la eliminación de la droga y la adaptación del organismo a esta, así como también de la frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

1.2.2.5.- Síndrome de querencia:

“Son los síntomas psicológicos que aparecen antes de que el síndrome de abstinencia y después de que desaparezcan los efectos de la última toma de droga, consisten en la

³ (Psicoactiva, 2013)

vivencia de angustia generalizada, intensa necesidad de la toma de la droga con el consecuente desarrollo de una conducta de búsqueda”⁴. (Psicoactiva, 2013)

1.2.2.6.- La tolerancia:

“Puede objetivarse en la necesidad de aumentar la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado, o en una disminución del efecto con el uso de la misma cantidad”⁵. Cuando se consume una droga de manera habitual, el organismo tolera su efecto, ocurre porque el sistema nervioso se activa, produciendo el efecto rebote con más rapidez, es decir el cerebro se vuelve hipersensible a esa droga. Por otro lado el cuerpo metaboliza la droga con mayor rapidez, al ser eliminada más rápido, produce menor efecto. La tolerancia en el proceso adictivo es una anomalía precoz, exponiendo a la persona al aumento del uso de la sustancia.

1.2.2.7.- Privación:

El síndrome de privación es la irresistible búsqueda y necesidad de consumir, manifestándose una hiperexcitabilidad del sistema nervioso, llegando hasta al delirium o a las convulsiones. Se da como una disminución de la actividad del sistema nervioso y clínicamente como una depresión y fatiga importante, con alto riesgo de conductas autodestructivas y suicidas. Estos síntomas desaparecen con la administración de la droga consumida. No ocurre con todas las sustancias, pero pueden delatar una dependencia y gravedad.

1.2.2.8.- Sobredosis

“Es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo”⁶. (Psicoactiva, 2013)

⁴ (Psicoactiva, 2013)

⁵ (Psicoactiva, 2013)

⁶ (Psicoactiva, 2013)

1.3.- Clasificación de sustancias psicoactivas

1.3.1.- Depresoras del sistema nervioso:

Son las que disminuyen la actividad del sistema nervioso central, sus efectos son sedantes o hipnóticos, crea una sensación de adaptación a situaciones estresantes.

- Opiáceos: opio, morfina, heroína, metadona.
- Bebidas alcohólicas
- Hipnóticos, sedantes, barbitúricos, benzodiazepinas, fármacos depresores

1.3.2.- Estimulantes del sistema nervioso:

Aumentan la actividad del sistema nervioso central. (Euforia, Alerta, sensación de bienestar.) disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía.

- Anfetaminas, cocaína (sus derivados).
- Café, té, cacao, tabaco (nicotina).

1.3.3.- Las que alteran la percepción:

Modifican el nivel de conciencia y las sensaciones, las percepciones, Tienen efectos en el humor y los procesos de pensamiento. Dando experiencias cognitivas. Actúan en el Parasimpático. Pueden generar hipermanía.

- Alucinógenos serotoninérgicos: LSD, mescalina (peyote), Psilocibina (hongos)
- Metanfetaminas (drogas del diseño): MDMA o éxtasis, MDA (droga del amor), MDE (Eva).
- Anestésicos disociativos, como la PCP y la ketamina (vitamina K).
- Cannabis
- Inhalantes: disolventes, pegamentos, etc.

1.4.- Criterios Diagnósticos

“Los criterios diagnósticos de abuso y dependencia están centrados en la conducta adictiva, en las complicaciones derivadas del consumo y no directamente en las cantidades de sustancia utilizada” (Seguel Lizama, 1999). Una de las clasificaciones más aceptadas es el DSM IV

1.4.1.- Abuso de sustancias:

- A. Un patrón des adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses.
- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
 - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
 - Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
 - Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
- B. Los síntomas no han cumplido los criterios para dependencia de sustancias.

*(DSM-IV, 2002, España) (Toro & Yepes, 2004)

1.4.2.- Dependencia de sustancias

A. Un patrón des adaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia.
- Abstinencia
- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia

*(DSM-IV, 2002, España) (Toro & Yepes, 2004)

1.4.3.- Comorbilidad psiquiátrica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. ((OMS), 2010)

En esta investigación se ha excluido a pacientes con enfermedades con comorbilidad psiquiátrica, por lo que no se indagará este tema mayormente.

1.5.- Internamiento Compulsivo

1.5.1.- Concepto

Un internamiento compulsivo son los casos en los que “el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y se lleva a cabo por decisión de otras personas distintas al enfermo”⁷ (Clínica el SERANIL). Es necesario tener criterios de diagnóstico para justificar el internamiento y la necesidad de una terapia. Se establece desde la peligrosidad evidente para el paciente o para los demás: riesgo de auto agresividad, pérdida o grave disminución de la autonomía personal con incapacidad para cuidar de sí mismo.

Estudios recientes indican que si antes la edad promedio de consumo era desde los catorce años, en la actualidad va de los 7 a 12 años. El artículo 364 de la Constitución de la República del Ecuador, año 2008, ha calificado a las adicciones como un problema de salud pública, en concordancia con lo establecido por la organización mundial de la salud, que define como una enfermedad de alta complejidad, crónica. Los pacientes con dicha enfermedad no deben sufrir por esta causa con la necesidad de un programa para su tratamiento. En ningún caso se permitirá el maltrato, (tomado como la criminalización del respeto humano), ni se quebrantarán sus derechos constitucionales.

En la Reforma del Código Orgánico Integral Penal, en su artículo 201 propone que: “No será punible la tenencia o posesión de cualquier droga cuando su destino sea para el exclusivo consumo personal y su cantidad no exceda de una la siguiente dosis: 1. Marihuana o hachís hasta 10 gramos, 2. Pasta base de cocaína 2 gramos, 3. Clorhidrato de cocaína 1 gramo, 4. Diacetilmorfina o Heroína hasta 0.1 gramos , 5. MDS, MDMA 0.015 gramos, 6. Anfetaminas 0.040 gramos...”⁸ (Ecuador C. N., 2004)

En un artículo del diario “la hora” de fecha octubre, 2012 citan a Guillermo Aguilar, jefe del departamento de Vigilancia Sanitaria de la Dirección de Salud, en donde señala que en los centros de rehabilitación, “todos los pacientes son ingresados contra su voluntad” y cuyos familiares cancelan un valor mensual por su ‘atención’ y

⁷ (Clínica el SERANIL)

⁸ (Ecuador C. N., 2004)

rehabilitación. En los estudios hechos en el problema de las adicciones, nombran como característica principal la negación como mecanismo de defensa de los enfermos adictos. Tomando a dicha enfermedad como una enfermedad de la mente y el cerebro. En nuestra investigación no logramos obtener pacientes que han sido ingresados voluntariamente en los centros de rehabilitación donde se aplicó la exploración.

En la LEY DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS de la Constitución del Ecuador en el título “USO INDEBIDO DE SUSTANCIAS SUJETAS A FISCALIZACION Y DE LA REHABILITACION DE LAS PERSONAS AFECTADAS” podemos encontrar textualmente:

- Art. 27.- el uso indebido de sustancias sujetas a fiscalización se entiende todo aquel que no sea terapéutico.
- Art. 28.- Examen y tratamiento obligatorio.- Los miembros de la Fuerza Pública están obligados a conducir de inmediato a cualquier persona que parezca hallarse bajo los efectos nocivos de una sustancia sujeta a fiscalización a un hospital psiquiátrico o centro asistencial, con el objeto de que los médicos de la correspondiente casa de salud verifiquen si se encuentra bajo el efecto de esas sustancias. Si fuere así, evaluarán si hay intoxicación y el grado que ha alcanzado. Si éste fuere el caso, ordenarán inmediatamente el tratamiento adecuado. El tratamiento que debiere efectuarse en centros especiales se realizará en los que fueren previamente calificados y autorizados por la Secretaría Ejecutiva, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública. Art.
- 29.- Casos de menores y extranjeros.- Si quien hubiere sido encontrado bajo el influjo de sustancias sujetas a control fuere un menor de edad, será puesto de inmediato a órdenes del Juez de la Niñez y Adolescencia de la respectiva jurisdicción.
- Art. 30.- Prohibición de detención del usuario.- Ninguna persona será privada de su libertad por el hecho de parecer encontrarse bajo los efectos de sustancias sujetas a fiscalización. Si una persona afectada por el uso de sustancias sujetas a fiscalización hubiere sido conducida a un centro de detención, el Director o funcionario responsable del mismo deberá enviarla, dentro de las seis horas siguientes a su ingreso, al instituto asistencial

correspondiente, con notificación al Juez de la Niñez y Adolescencia, si se tratare de un menor de edad, o a la oficina más cercana de la Dirección de Migración, si se tratare de un extranjero. Art. 32.- Información sobre casos.- Los directores de hospitales, clínicas y otros centros de salud en los cuales se trate a personas afectadas por el uso de sustancias sujetas a fiscalización informarán mensualmente a la Secretaría Ejecutiva del CONSEP sobre las actividades cumplidas por el servicio especializado y el número y características de los casos tratados. Los establecimientos privados que realicen programas de tratamiento y rehabilitación serán autorizados por la Secretaría Ejecutiva del CONSEP en la forma prevista por el inciso tercero del artículo 28 y estarán sujetos a su vigilancia y control.

- Art. 34.- Solicitud de tratamiento.- La asistencia médica a las personas dependientes del uso de sustancias fiscalizadas podrá ser solicitada por ellas, sus representantes legales, sus parientes, su cónyuge, el Ministerio Público, el Juez de la Niñez y Adolescencia correspondiente, la Secretaría Ejecutiva del CONSEP o los jueces que conozcan el caso.” (Ecuador C. N., 2008)

CAPITULO 2

2.1.- El modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente

Definimos un Hábito como la “manera de actuar adquirida por la repetición regular de un mismo tipo de acto o por el uso reiterado y regular de una cosa”⁹ (RAE, 2001), volviéndose compleja la acción de modificar, cambiar, iniciar o eliminar un hábito. En 1982, James Prochaska y Carlo Diclemente, expusieron un modelo para comprender el cambio intencional de conductas habituales, explicando que se logran a través de un proceso dinámico, una sucesión de etapas más o menos estandarizadas. Este modelo, tiene una visión del individuo como ser activo; capaz de elegir y determinar sus propias acciones (locus de control interno). Se aplica a conductas sencillas, como a conductas que repercuten en la salud del individuo. Inicialmente fue utilizado en el abandono del tabaquismo, Sin embargo, se utiliza en ludopatía, trastornos de la conducta alimentaria u otras patologías, disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio físico, dieta saludable, etc. En este trabajo nos centraremos en las Adicciones.

No todos están preparados para cambiar en cualquier momento, una persona querrá un cambio cuando suponga un problema. Prochaska y Di Clemente, plantean que hay variables del sujeto que intervienen en esta situación, la **Motivación** (no tiene una evolución constante, por lo que el modelo no será lineal, se observarán avances y retrocesos), una resistencia a la terapia, habilidades del paciente, la confianza, la capacidad para conseguir un cambio, técnicas inadecuadas de tratamiento, etc.

El modelo transteórico, intenta dar respuesta al curso de modificación de una conducta adictiva y se compone por estadios, procesos y niveles.

2.2.- Estadios de Cambio

Prochaska y Diclemente, dividieron el modelo en seis estadios de cambio según la actitud mental del paciente, es decir, identificar de manera jerárquica el momento del

⁹ (RAE, 2001)

cambio en que se encuentra. (Un adicto pasa por estas etapas definidas y el tipo de intervención de un terapeuta dependerá de la etapa en la que se encuentre el paciente).

2.2.1.- Etapa de Precontemplación

En esta etapa el paciente no ve necesario un cambio, no ve un problema. Lo que en las adicciones llamamos “la negación”. No se da cuenta de las consecuencias de su conducta. La mayor parte de abandono del proceso de recuperación de una adicción se da en este estadio, puede ser por ignorancia al problema, o que ya hubo un intento inválido de cambio.

“Pese a no tener conciencia del problema, algunos de ellos acuden a tratamiento por presiones familiares, sociales, judiciales, laborales, etc. Es importante detectar aspectos personales que puedan servir de punto de encuentro o de vinculación a la terapia”¹⁰ (Mayor Martinez & López Camps, 1998) Es necesario entender el paso por esta etapa, el paciente tiene una distorsión de los hechos, la negación no es consciente ni intencional, está convencido de no tener un problema de adicción o/y de no querer un cambio.

2.2.2.- Etapa de Contemplación

Comienza una incertidumbre en el paciente, reconoce la existencia de un problema sin una certeza, se hacen evidentes los daños de la conducta adictiva, comienza a informarse sobre la situación pero fluctúa el momento de iniciar un cambio, duda de sus beneficios. Tienen una ambivalencia entre los pros y contras del cambio y es la etapa en la que suelen estar por más tiempo, aplazando motivos.

Tienen el pensamiento de algún momento cambiar, pero no se da ningún tipo de acción.

¹⁰ (Mayor Martinez & López Camps, 1998)

2.2.3.- Etapa de preparación

El paciente piensa seriamente modificar su conducta (30 días), se da una reflexión y algunos pasos de consciencia hacia el objetivo, ya ha realizado alguna acción o intención leve de dejar la adicción, comienza a tener estrategias a seguir, se da una toma de decisiones. El hecho de que un individuo se esté preparando para actuar, no quiere decir que se dará el cambio, pero es más probable que elimine su conducta a partir de ciertas modificaciones que ya se realizan en esta etapa.

Prepara el terreno y eso incluye en la mayoría de casos de un adicto con diagnóstico de dependencia, un síndrome de abstinencia que le puede desmotivar.

2.2.4.- Etapa de Acción

Se hace evidente los pasos que se toman para conseguir un cambio, el problema está identificado, ya hay modificaciones específicas de la conducta, el paciente está en acción. Se cree que para las adicciones en esta etapa, tiene que darse una abstinencia absoluta, es la etapa de mayores dificultades por lo tanto en la que más apoyo se necesita. El adicto debe mantenerse seis meses mínimos en el cambio, sin consumir, para estar en este estadio.

Como un ejemplo importante: “Algunos datos significativos pueden clarificar esta situación: de un 7 a un 10% de fumadores preparados para la acción, un 25/35% son contempladores y un 60/65% se encuentran en el estadio de precontemplación, es decir, casi el 90% de los fumadores no se encuentra preparado para la acción”¹¹ (Mayor Martínez & López Camps, 1998)

2.2.5.-Etapa de Mantenimiento

Se estima que este estadio dura de 6 meses a 5 años para hablar de una remisión estable o recuperación. Se fundamenta en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y hábitos, tienen una mayor autoeficacia. Se trabaja en la prevención de recaídas. Después de una conducta adictiva, siempre

¹¹ (Mayor Martínez & López Camps, 1998)

queda la tentación de un consumo, para lo que se requiere un continuo esfuerzo de evitar las situaciones de riesgo, se necesita mantener el patrón de comportamiento alcanzado y hacerlas un hábito. Tienen una seguridad “desconfiable” de no volver a consumir.

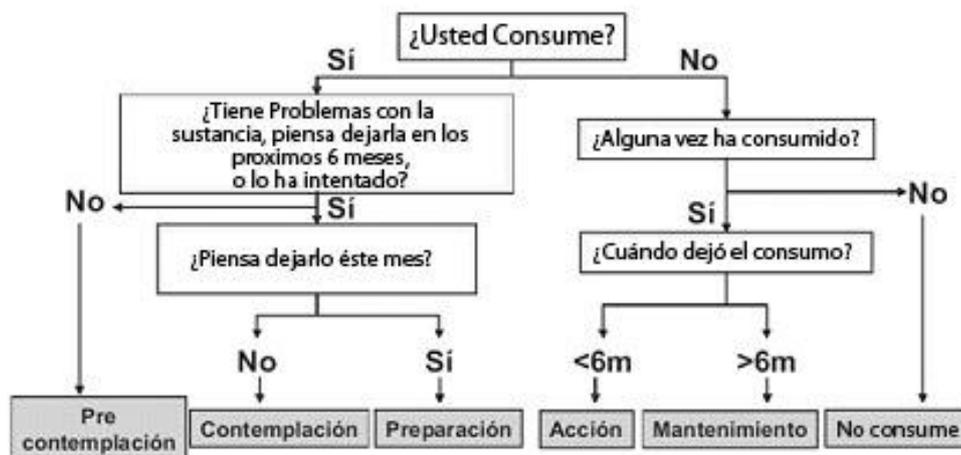
2.2.6.-Etapa de Terminación o Recaída

Se creía que era el fracaso del tratamiento, ahora se sabe que es parte importante del proceso de la recuperación, es una recidiva de las características de la enfermedad, después de una mejoría que se dio en etapas anteriores, un “tropiezo” temporal, nos sirve para reforzar los puntos débiles y fallos del cambio de conducta, los pacientes incorporan nuevas estrategias y conocimientos a partir de una recaída. No es una etapa obligatoria, pero los que pasan por esta suelen regresar a la de contemplación o preparación. Se necesita ayudar al paciente a no desmoralizarse y retomar el proceso.

El modelo de Prochaska y Diclemente, no se detiene en las técnicas que el adicto utilice para entrar a una u otra etapa, si se da un cambio por sí mismo o a través de un tratamiento profesional. Independientemente del modelo de terapia que se adopte el proceso es común para la recuperación, son los nombrados estadios de cambio, ayudan al terapeuta a descubrir que material teórico o empírico ayudo a la modificación de conducta de cada paciente.

Como se dijo anteriormente, el cambio no sigue un patrón lineal, se puede retroceder o regresar a etapas que han sido pasadas ya. En esta investigación no tomaremos los estadios de recaída no de preparación, por cuanto la exploración se da en un internamiento compulsivo o no compulsivo cual fuera el caso.

Para entender el proceso de paso de un estadio a otro, se puede ver en el algoritmo a continuación, el cual ha sido modificado del utilizado por la "Guía Nacional de Tratamiento de la adicción al tabaco" tomándolo de manera general en la adicción a sustancias psicoactivas y se basa en el tiempo de consumo o abstinencia que el paciente presente.



2.3.- Los Procesos del Cambio:

Así Prochaska y Diclemente dejen de lado el tipo de terapia utilizada para la recuperación, hablan de ciertas herramientas cognitivas utilizadas por cada paciente para solucionar el problema, es lo que hace que se muevan de una etapa a otra, esto son los procesos del cambio:

1. Concientización: es la toma de conciencia de las experiencias cognitivas y afectivas, el reducir las defensas hacia un cambio con actividades que aumentan el grado de información y conocimiento del problema, pueden ser la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la interpretación, observación y la confrontación.
2. Auto reevaluación: “es la reflexión sobre la necesidad de cambiar o no las cosas, el conflicto con su sistema de valores y los posibles beneficios y desventajas. Es común que el sujeto sienta que, si bien las cosas mejorarían con el cambio, este tendría un costo”¹² (Alonso, 2012) se da una percepción diferente y más amplia sobre el problema y las soluciones.

¹² (Alonso, 2012)

3. Reevaluación ambiental: el cambio promueve un entorno más saludable, sus relaciones interpersonales mejorarían, las consecuencias de sus actos.
4. Relieve Dramático: el expresar emociones producidas por distorsiones del pensamiento.
5. Auto liberación: saber que se tiene la capacidad de un cambio, y saber que los esfuerzos son lo básico para la superación de un problema
6. Liberación Social: actividades que ayuden al paciente a ver mas caminos para elegir. Alternativas sociales no de riesgo.
7. Manejo de Contingencias o contra condicionamiento: es un proceso conductual que consiste en la modificación de una respuesta condicionada provocada por estímulos, y dan una respuesta específica que se encuentra reforzada por los demás o por sí mismo. (técnicas de control de ansiedad, como los ejercicios de relajación y respiración).
8. Relación de Ayuda: saber que a veces uno solo no puede y confiar en personas que pueden ayudar. Es el apoyo que proveen los profesionales, familia, amigos...
9. Manejo de lo eventual: es el generar respuestas diferentes ante los estímulos condicionados en la conducta adictiva.
10. Control de estímulos: es el evitar estímulos que recuerden la conducta adictiva. Hay que re estructurar el ambiente.

2.4.- Niveles de Cambio

En una conducta adictiva hay ciertas áreas psicológicas donde se puede intervenir para producir un cambio, sabiendo que cada paciente realiza su proceso de manera individual y diferente. Se presentan por varios niveles interrelacionados y jerárquicos de cambio que abarcan los problemas susceptibles al tratamiento.

1. Síntoma/Situación.
2. Cogniciones des adaptativas.
3. Conflictos actuales interpersonales.
4. Conflictos familiares/sistemas.
5. Conflictos intrapersonales.

“En cuanto a la primera cuestión, los autores defienden que las variables estudiadas tradicionalmente (personalidad, variables sociodemográficas, nivel intelectual, variables de consumo, etc.) son de tipo rasgo y, por tanto, poco sensibles al cambio, lo que contradice el planteamiento dinámico del modelo, por tanto les han prestado poca atención. Sugieren como variables compatibles con el modelo la motivación al cambio o toma de decisiones y las expectativas de autoeficacia, por ser las de mayor poder explicativo y predictivo”.¹³ (Mayor Martínez & López Camps, 1998)

La motivación para el cambio en un adicto es la fuerza que pone en intentar un cambio, el Balance de decisión evalúa la importancia que da el paciente a las ventajas y desventajas del cambio de conducta. Esto depende del estadio en el que se encuentre la persona, la motivación va aumentando según el proceso pase a la siguiente etapa, bajando de nuevo su nivel en la recaída.

Un punto importante que debemos tomar es la Autoeficacia, que se refiere a la confianza de la persona en sí mismo, en la habilidad para conseguir un cambio. Es la capacidad para responder ante el proceso.

¹³ (Mayor Martínez & López Camps, 1998)

CAPITULO 3

3.- Metodología, proceso de la investigación, Diagnóstico de pacientes.

La investigación que se realizó es de tipo Exploratorio, debido al número de la muestra se realizó un análisis cuantitativo.

3.1.- Universo y Muestra:

El universo está comprendido en total de 23 pacientes internados en 3 clínicas y centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca: CREAD, Hacia Una Nueva Vida y CRA.

La muestra discrimina a pacientes con una enfermedad dual. Para la clasificación y homogenización de los pacientes en estudio, se realizó el diagnóstico de su enfermedad, tomando los pacientes con una dependencia de sustancias exclusivamente, los criterios diagnósticos fueron basados en el DSM-IV especificados anteriormente. No se excluye la forma de ingreso al centro (voluntario, involuntario).

3.2.- Reseña de los Centros donde se realizó la investigación.

3.2.1.- CREIAD

Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcohólicos y Drogadictos.

Según el sitio web del CREIAD, podemos ver que es una institución de tratamiento para adicciones y trastornos de conducta como ansiedad, timidez, angustia, depresión problemas conyugales y familiares.

“Está dirigido a hombres y mujeres de todas la edades, el modelo de atención combina la participación de adictos en recuperación con años de sobriedad debidamente capacitados y entrenados en guiar el cambio conductual de otros adictos, junto a profesionales en salud mental especializados en adicciones. Diseñado con herramientas y metodología de los DOCE PASOS de Narcóticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, Comunidad Terapéutica y otras técnicas provenientes de la

psicología y la psiquiatría con adaptaciones a la realidad sociocultural de nuestro país”.¹⁴ (CREIAD, 2013)

El Trabajo que realiza el centro comienza en “saber con certeza si un adicto desea realizar un proceso de rehabilitación o tan solo desligarse de su situación inmediata. No es tarea fácil. El adicto es capaz de manipular cualquier situación, con el fin de lograr la segunda intención bajo la apariencia de la primera. Así es necesario con toda claridad y firmeza que el asistido sepa que el fundamento de toda la asistencia es lograr una motivación, para iniciar su rehabilitación” (CREIAD, 2013).

El trabajo de motivación del centro, “comienza por ayudar al adicto a asumir que su situación actual e inmediata es efecto de la droga y que una ayuda positiva constituye el ir a la raíz del problema para que no se repita el ciclo de la droga y sus consecuencias familiares y sociales. Se realiza mediante una serie de entrevistas personales, que se describen de la siguiente manera: Búsqueda de motivación

Entrevista clínica, Determinación del uso del tiempo en su vida, Relación del adicto con la familia, Realidad psico-socio-cultural, Exposición del programa, Determinación de entrar en él.

En el caso afirmativo, presentan los objetivos del programa para su aprobación. De la misma forma, con la familia del adicto, se establece un contacto que se oriente a los siguientes logros: Tomar conocimiento de la relación que mantienen. Que la familia asuma un compromiso de ayuda para cuando el ex adicto termine con su proceso de rehabilitación; Comprometer a la familia para que se integre a los grupos y se sume al plan de terapia familiar como lo demanda el programa.

Si el individuo no tuviese familia se buscan tutores que puedan participar como responsables.

Una vez aprobado el ingreso del adicto al programa, se le realizarán una serie de análisis para posteriormente elaborar un plan de seguimiento médico personalizado que se aplicará en todo el período que dure el tratamiento.

¹⁴ (CREIAD, 2013)

Acompañamientos parciales o de 24 horas dentro del hogar, en salidas laborales, recreativas, deportivas, médicas, psicológicas, vacacionales, viajes al interior del país, acompañamientos, salidas culturales (asistir a espectáculos).

En este centro se realizan toda clase de actividades de contención, seguimiento cuerpo a cuerpo, vigilancia y atención tanto diurnas como nocturnas para pacientes en crisis, depresivos, bipolares, psicóticos, maníacos, individuos con intentos de suicidio o con conductas psicopáticas, rebeldes, violentos, y agresivos, adictos en recaídas tanto alcohólicos como drogadependientes..”¹⁵ (CREIAD, 2013)

3.2.2.- CRA

Dentro de su página web especifica lo siguiente: “es un centro hospitalario que desde 1967 ofrece atención en las diferentes áreas de la salud mental: Alcoholismo, Farmacodependencia, Transtornos psiquiátricos, Desajustes Psicosociales.

El centro cuenta con un equipo Terapéutico Multidisciplinario. Son también un centro de Investigación y docencia Universitaria de pre y post-grado y una institución de beneficio social sin fines de lucro, autofinanciada.

Brindan capacitación sobre alcoholismo, drogas y salud mental. Funcionan las 24 horas del día, los 365 días del año, y cuentan con: Hospitalización Completa en Adicciones y Psiquiatría, Hospital de día, Hospital de noche, Hospital de larga estancia, Programa de recuperación para adicciones, Consulta Externa: Alcoholismo, Farmacodependencia, Psiquiatría General, Psiquiatría Infantil, Geronto-Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Capacitación y prevención sobre alcoholismo, drogas y salud mental. Los recursos terapéuticos son múltiples: Evaluación psicológica, Motivación, Terapia de grupo, Asesoría familiar, Terapia de estrés y relajación, Hipnoterapia, Seguimiento de casos, Apoyo vivencial”¹⁶ (CRA, 2009)

¹⁵ (CREIAD, 2013)

¹⁶ (CRA, 2009)

3.2.3.- Hacia una Nueva vida

En la página web del centro HUMV se especifica que “Trabajan con el paciente, la familia y ayudan de esta manera el crecimiento personal del enfermo” (HUNV, 2009).

“Durante los diez años de existencia han logrado éxitos en la recuperación de muchos adictos, por lo que continúan sirviendo a la sociedad informando y tratando a los consumidores, en un internamiento por el lapso de noventa días. Están aquí, con la capacidad y recursos, pueden ayudar a los demás a superar los obstáculos que les impiden tomar conciencia de si mismo.

El esquema de tratamiento del centro: Explicación, Motivación, Alternativa.

Primero la desintoxicación luego se hace la valoración médica psiquiátrica, psicológica y diagnóstico personal del paciente. Cambiar actitudes para enfrentar los problemas, capacidad de tolerancia, Asumir responsabilidades, espiritualidad, luchar contra frustraciones, Se da un seguimiento en donde Acuden los pacientes rehabilitados dos veces a la semana a las terapias de seguimiento, y se realiza un reporte del desenvolvimiento. Se mantiene con la familia un compromiso firme de asistir a las terapias que coadyuvará al éxito del tratamiento

El objetivo del centro: Brindar un proceso de tratamiento interdisciplinario con enfoque de comunidad terapéutica que es un grupo de personas que viven juntas, se brindan apoyo mutuo, para intentar modificar la personalidad, se discuten los problemas de relación y se ayudan unos a otros a encontrar alternativas y resolver sus problemas”¹⁷ (HUNV, 2009)

3.3.- Proceso de la Investigación

Para nuestra investigación hicimos la búsqueda y aprobación de los centros autorizados para realizar un internamiento de adictos. Consideramos suficiente los

¹⁷ (HUNV, 2009)

tres centros: CREIAD, Hacia Una Nueva Vida y CRA, por cuanto conocemos su labor y nos dieron apertura.

1. Para el desarrollo del trabajo, se realizó la selección de pacientes ingresados recientemente a los centros antes mencionados. Los pacientes tenían menos de 15 días de ingreso y estaban en estado de desintoxicación, aptos para contestar un test de preguntas o encuesta.
2. Se explicó a los pacientes los objetivos de nuestra presencia y se aceptó la colaboración con nosotros.
3. Se recopiló los datos de las historias clínicas necesarios para nuestra investigación, datos de filiación. Estos datos fueron aseverados por cada paciente.
4. Selección y exclusión de pacientes por diagnóstico. Como se dijo anteriormente tomamos pacientes con dependencia de sustancias y que no tengan una dualidad con otra enfermedad psiquiátrica.
5. Se realizó la primera aplicación del test de ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO.
6. Se realizó la Aplicación del test de personalidad en el caso de los pacientes que faltaban diagnóstico de personalidad. La información fue facilitada por cada centro.
7. La Aplicación de la segunda etapa de la encuesta de ESCALA DE EVALUACION DEL CAMBIO, a los 35 días posteriores a la primera aplicación, aproximadamente.
8. Se realizó la tercera aplicación del test de ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO, aproximadamente a los 30 días posteriores a la segunda aplicación. (esto supone unos días antes de la salida del paciente, en los centros que el internamiento dura 3 meses).

Se tomó en cuenta pacientes que por cualquier causa no pueden terminar el internamiento y por lo tanto la aplicación de la investigación.

3.4.- Instrumentos de recolección de datos

- Primero realizamos una entrevista clínica, por medio de la cual se recopiló información necesaria para un posible diagnóstico.

- Las Historias clínicas facilitadas por los centros.

Dentro de los Tests que utilizamos están:

- Test de Personalidad SEAPSI y MMPI. Nos ayudaron con test ya aplicados por los centros. Hubieron pacientes que aún no tenían diagnóstico de personalidad, a los cuales les aplicamos el test MMPI.

En el caso del centro CREIAD, no pudieron ayudarnos con copias de los test ya aplicados, por lo que nos facilitaron el diagnóstico y fue confirmado con nuestra evaluación clínica en cada paciente. Tomando los criterios diagnósticos del DSM-IV

- Encuesta:

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND

(Tomado de J. Trujols, A. Tejero y E. Bañuls, 2003)

Fecha _____

Nombre _____

Apellidos _____

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases.

En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con la sustancia.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. Bastante en desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Bastante de acuerdo.

5. Totalmente de acuerdo.

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

6. Me preocupa la posibilidad de dar un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

10. A veces mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene que ver conmigo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

22. Puede que ahora necesite empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

Baremos para su calificación y la designación de la etapa que está cursando el paciente según la teoría de Prochasca y Di Clemente. En caso de un doble resultado se tomará la primera etapa mayor.

- **Pre-contemplación** : 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31
- **Contemplación** : 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24
- **Acción** : 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30
- **Mantenimiento** : 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32

(Encuesta tomada del Manual de consejo psicológico y terapia motivacional en casos de drogodependencias de MILTON ROJAS VALERO publicado en el año 2006)

Según este test los valores en los baremos, los resultados fueron ingresados al programa de estadísticas SSPI, el cual nos ayudó con los cuadros y análisis estadístico. Algunos cuadros los realizamos en EXCEL.

CAPITULO 4

4.- Análisis Estadístico Programa: SPSS

4.1. Tipos de internamiento (voluntario-compulsivo)

<u>PACIENTES</u>		Tipo de internamiento:	
		(Voluntario, Compulsivo)	
		NO	SI
		Recuento	Recuento
<u>CREIAD</u>	C. T	1	0
	J.R	1	0
	F.F	1	0
	J.C	1	0
	H.L	1	0
<u>HUNV</u>	J.S	1	0
	D.R	1	0
	H.O	1	0
	F.Far	1	0
	R.P	1	0
	J.Z	1	0
	J.R	1	0
<u>CRA</u>	X.N	1	0
	J.P	1	0
	B.A	1	0
	J.L		1
	L.G	1	0
	E.A	1	0
	C.J	1	0
	G.V	1	0
	C.C	1	0
	M.L	1	0
	W.A	1	0

Tabla1.- El tipo de internamiento según la muestra tomada en los 3 centros. De lo cual el cien por ciento de la muestra fue por internamiento involuntario o compulsivo.

Media de la edad de los pacientes:

35,67

4.2.- Fechas de internamiento

CENTROS	PACIENTES	FECHA DE INGRESO
<u>CREIAD</u>	C. T	30-jun
	J.R	29-jun
	F.F	23-jun
	J.C	21-jun
	H.L	09-jul
<u>HUNV</u>	J.S	28-may
	D.R	29-may
	H.O	29-may
	F.Far	2-jun
	R.P	29-may
	J.Z	30-may
	J.R	15-jun
<u>CRA</u>	X.N	09-jul
	J.P	09-jul
	B.A	06-jul
	J.L	25-jun
	L.G	21-jun
	E.A	17-jun
	C.J	20-jun
	G.V	12-jun
	C.C	12-jun
	M.L	14-jun
	W.A	12-jun

Tabla2.- Las fechas de ingreso de los pacientes fueron en periodos comprendidos desde el 28 de Mayo hasta el 9 de julio.

4.3.- Rasgos de personalidad

CENTROS	PACIENTES	PERSONALIDAD
<u>CREIAD</u>	C. T	LIMITE
	J.R	HISTRIONICO
	F.F	HISTRIONICO
	S.C	TOC
	H.L	TOC
<u>HUNV</u>	H.S	NARCISTA
	D.R	HISTRIONICO
	H.O	EVITATIVO
	F.Far	LIMITE
	R.P	LIMITE
	J.Z	NARCICISTA
	J.R	NARCICISTA
<u>CRA</u>	X.N	ANTISOCIAL
	J.P	LIMITE
	B.A	LIMITE
	J.L	TOC
	L.G	LIMITE
	E.A	ANTISOCIAL
	C.J	HISTRIONICO
	G.V	HISTRIONICO
	C.C	ESQUIZOIDE
	M.L	EVITATIVO
	W.A	ESQUIZOTIPICO



GRAFICO 1.- En total hubo 8 tipos de rasgos de personalidad. Una mayor prevalencia con la personalidad histriónica y una mínima en los esquizos.

4.4.- primera aplicación mes de junio (etapas de Prochaska y Di Clemente)

PACIENTES	PRECONTEMPLATIVA	CONTEMPLATIVA	ACCION	MANTENIMIENTO
	Suma	Suma	Suma	Suma
B. A.	16	35	35	29
C. T.	15	38	36	35
C. C.	19	38	29	24
C. J.	12	39	39	35
D. R	21	37	36	30
E A	10	34	34	30
F. F	25	24	27	20
F. Far	35	35	34	32
G. V	22	38	34	33
H. S	15	37	34	34
H. L	12	37	33	31
H. O.	24	33	31	25
J R	19	27	40	25

J Z	12	39	40	39
J L	20	40	39	35
J P	12	35	32	37
J R	15	31	33	35
L G	16	40	34	35
M L	16	35	32	34
R P	17	40	38	30
S. C	32	14	18	21
W. A.	15	40	38	38
X. N.	12	35	38	32

TABLA 4.- En la tabla se puede observar los puntajes de cada paciente según la encuesta en las diferentes etapas de Prochaska y Di Clemente en la primera aplicación. Los valores resaltados indican el puntaje mayor y la etapa en la que se presume que se encuentra cada paciente al inicio del internamiento.

4. 5.- Terminación y Abandono del tratamiento

PACIENTES QUE CULMINARON EL INTERNAMIENTO

NUMERO	CENTROS	PACIENTE
1	CRA	B.A
2	CRA	J.L
3	CRA	E.A
4	CRA	G.V
5	CRA	J.P
6	CRA	L.G
7	CRA	W.A
8	CRA	X.N

PACIENTES QUE ABANDONARON EL INTERNAMIENTO

NUMERO	CENTRO	PACIENTE
1	HUNV	H.S
2	HUNV	R.P
3	HUNV	F.FAR
4	CRA	C.C
5	CRA	C.J

9	CRA	M.L
10	HUNV	H.O
11	HUNV	J.R
12	HUNV	J.Z
13	CREAID	J.R
14	CREAID	S.C
15	CREAID	H.L
16	CREAID	F.F
17	CREAID	C.T

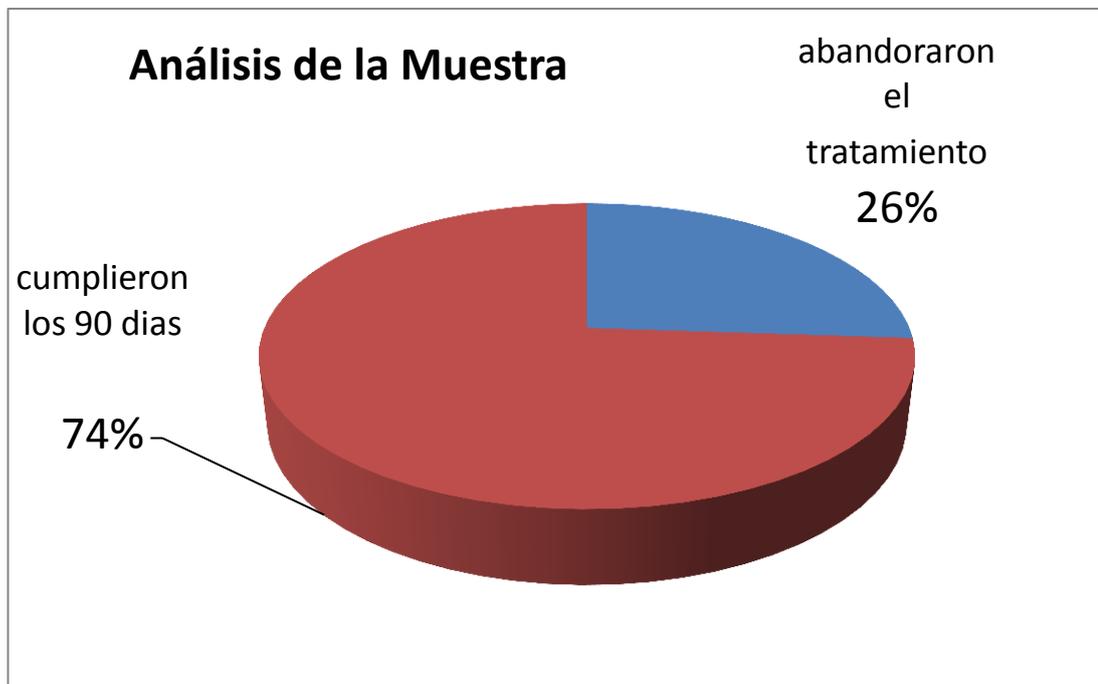


GRÁFICO 2.- Nos indica que 17 pacientes culminaron el internamiento de los 90 días, lo que refleja el 74%, mientras que 6 pacientes abandonaron por diferentes causas.

4.5.1.- Pacientes que culminaron y abandonaron el internamiento de 90 días

Se hizo una nueva tabla con los pacientes que culminaron el internamiento de los 90 días para poder comparar posteriormente las diferentes etapas de Prochaska y Di Clemente, como también se hizo un cuadro de quienes abandonaron el proceso y en qué centro.

4.6.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 aplicaciones en la etapa Precontemplativa

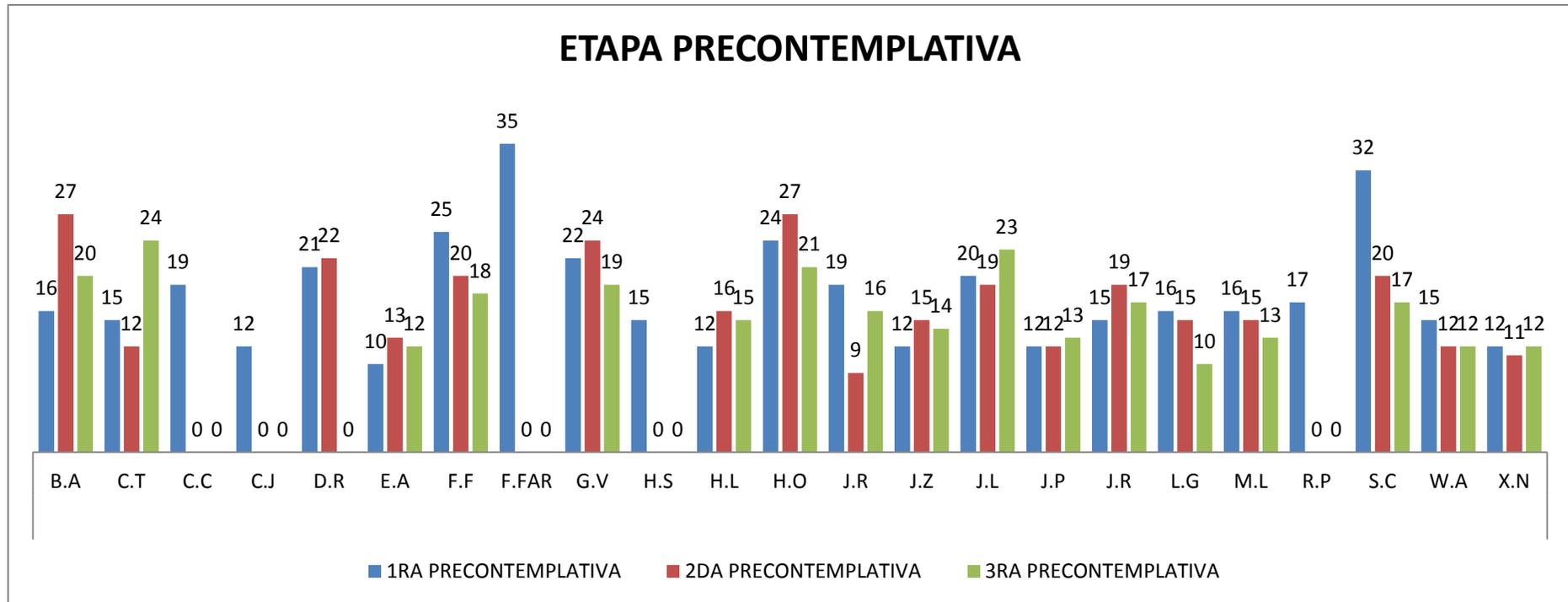


GRAFICO 3.- Se observa en la tabla los distintos avances y retrocesos que tuvieron los pacientes en la etapa Precontemplativa en las tres aplicaciones de test.

4.7.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 etapas aplicaciones, en la etapa contemplativa

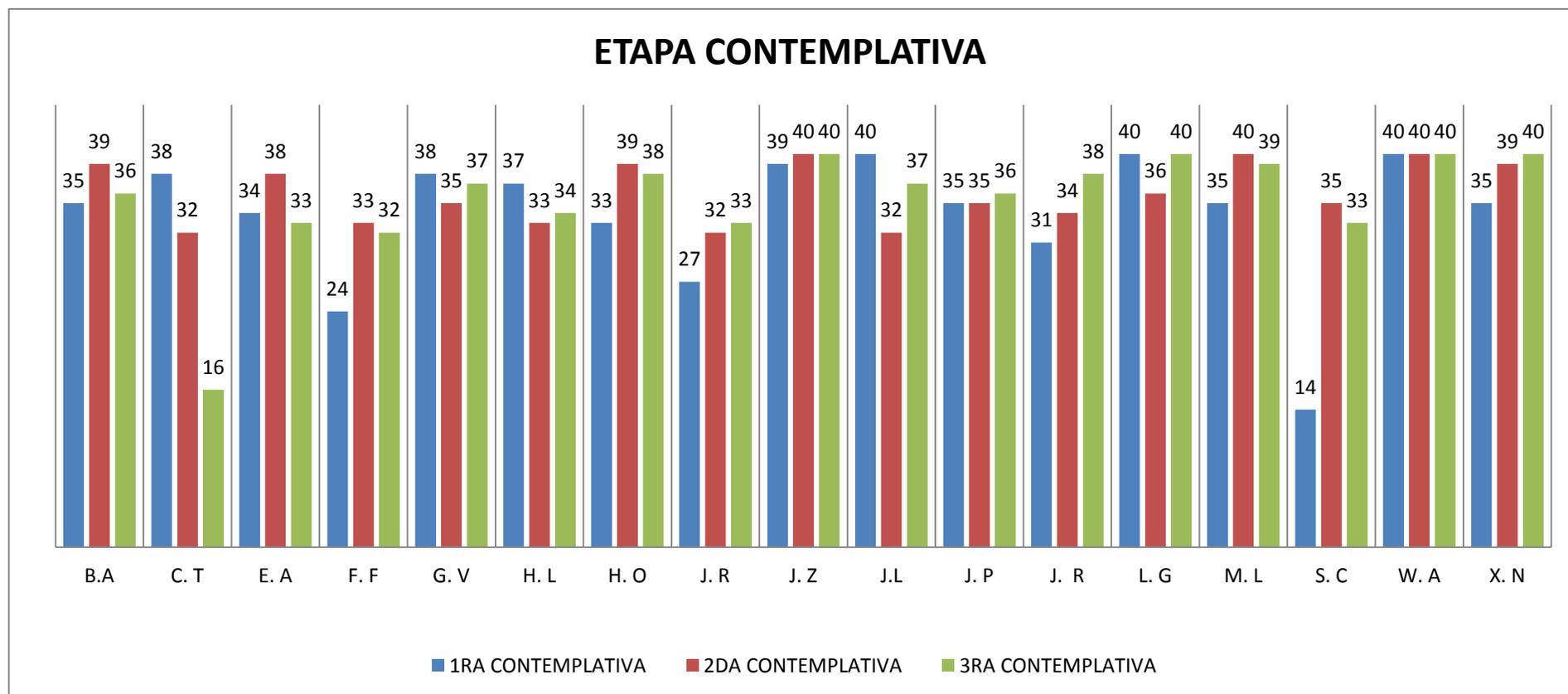


GRÁFICO 4.- Se observa en la tabla los distintos avances y retrocesos que tuvieron los pacientes en etapa contemplativa.

4.8.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 aplicaciones en la etapa de acción.

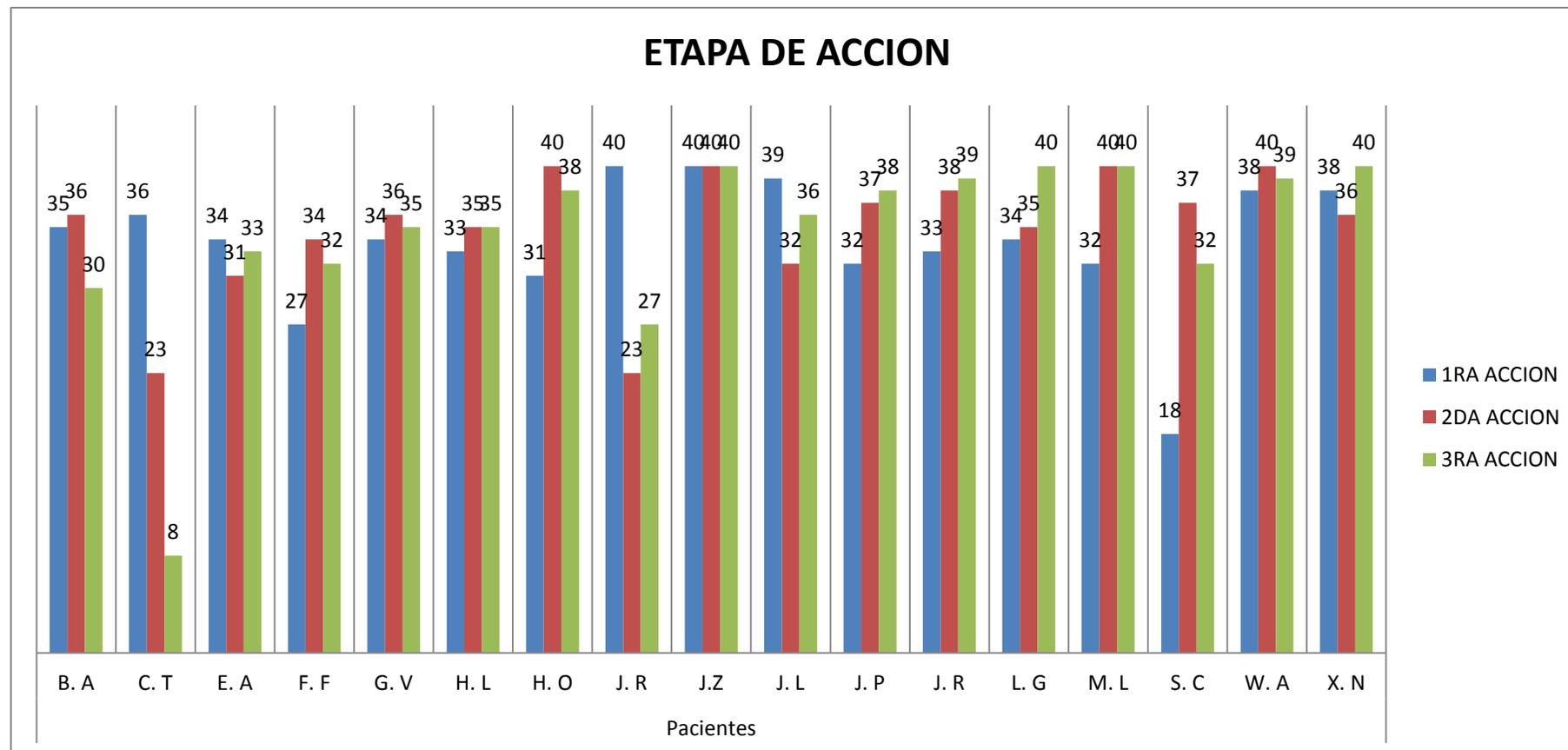


GRÁFICO 5.- Se observa en la tabla los distintos avances y retrocesos que tuvieron los pacientes en la etapa de acción.

4.9.- Comparación de los resultados obtenidos en las 3 etapas de mantenimiento

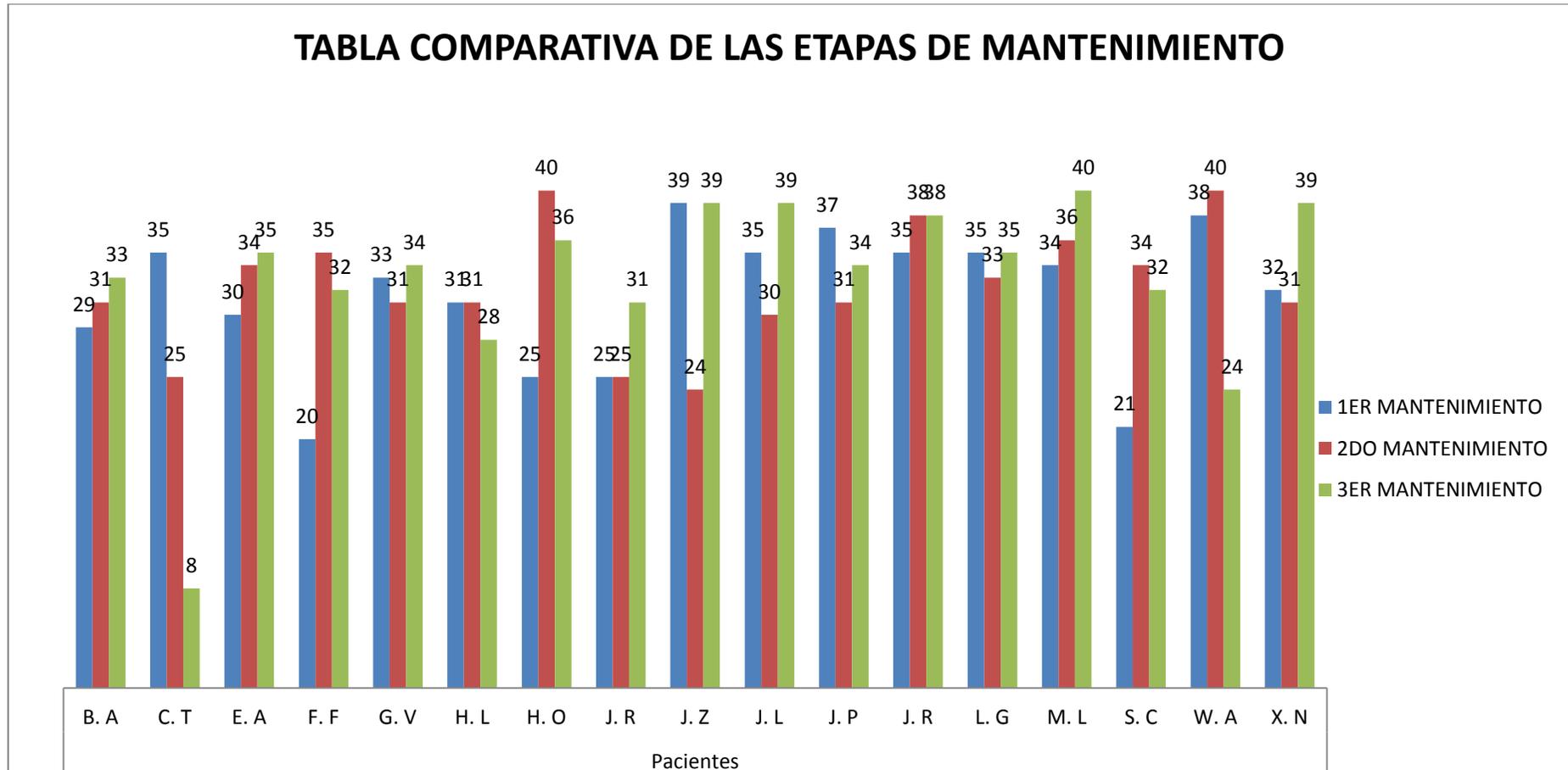


GRÁFICO 6.- Se observa en la tabla los distintos avances y retrocesos que tuvieron los distintos pacientes en las diferentes etapas de mantenimiento.

4.10.- Cuadros comparativos en EXCEL.

Primera Aplicación:

CREIAD

ETAPA	Nº Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	1	20%
Contemplativa	2	40%
Acción	2	40
Mantenimiento	0	0
Total	5	

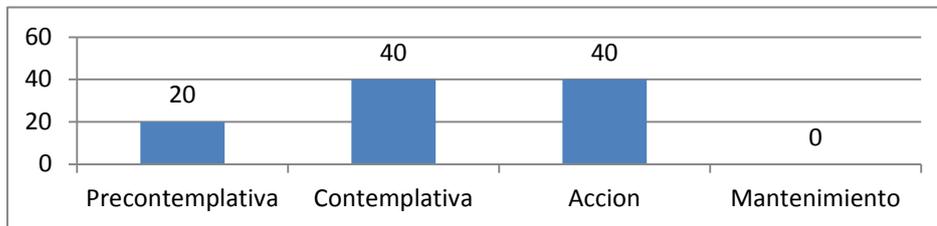


GRÁFICO 7.- Porcentaje de cada etapa en la clínica CREIAD en la primera Aplicación

HUNV

Etapa	Nº Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	5	71,43
Acción	1	14,29
Mantenimiento	1	14,29
Total	5	

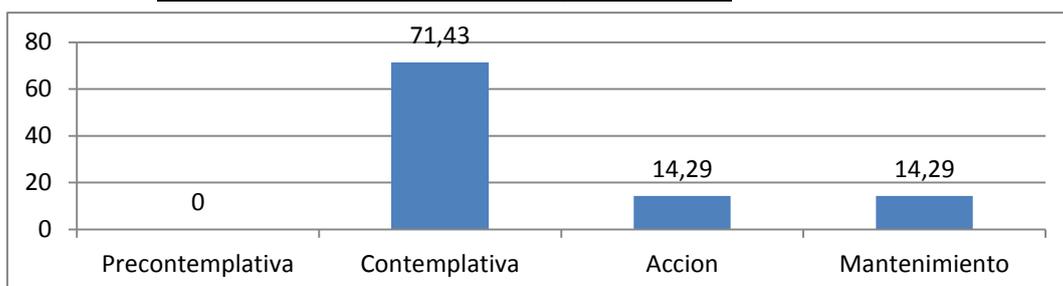


GRÁFICO 8.- Porcentaje de cada etapa en la clínica HUNV en la primera Aplicación

CRA

Etapa	Nº Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	8	66,67
Acción	2	16,67
Mantenimiento	1	8,33
Total	11	

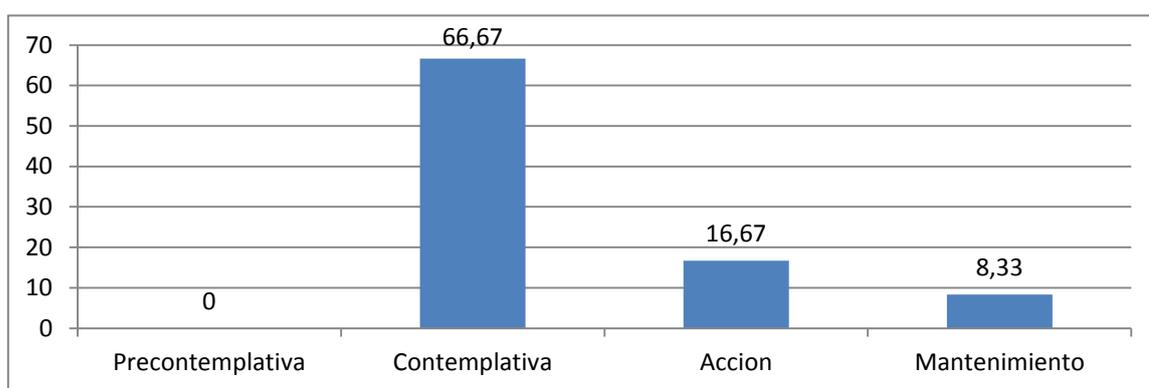


GRÁFICO 9.- Porcentaje de cada etapa en la clínica CRA en la primera Aplicación

Porcentajes de los pacientes en cada etapa de la primera aplicación

Etapa	Nº Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	1	4,35%
Contemplativa	15	65,22%
Acción	5	21,74%
Mantenimiento	2	8,70%
Total	23	

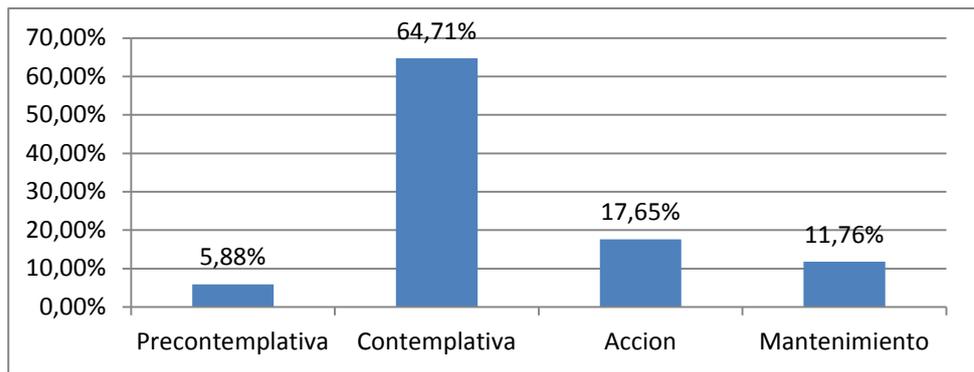


GRÁFICO 10.- Porcentajes de los pacientes en cada etapa de la primera aplicación

Segunda Aplicación

CREIAD

Etapa	Nº Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	2	40
Accion	2	40
Mantenimiento	1	20
Total	5	

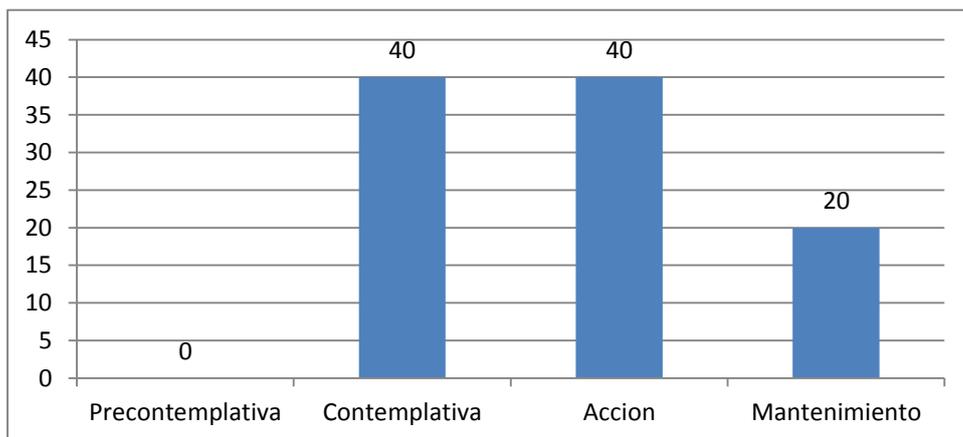


GRÁFICO 11.- Porcentaje de cada etapa en la clínica CREIAD en la segunda Aplicación

HUNV

Etapa	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	1	25
Acción	3	75
Mantenimiento	0	0
Total	4	

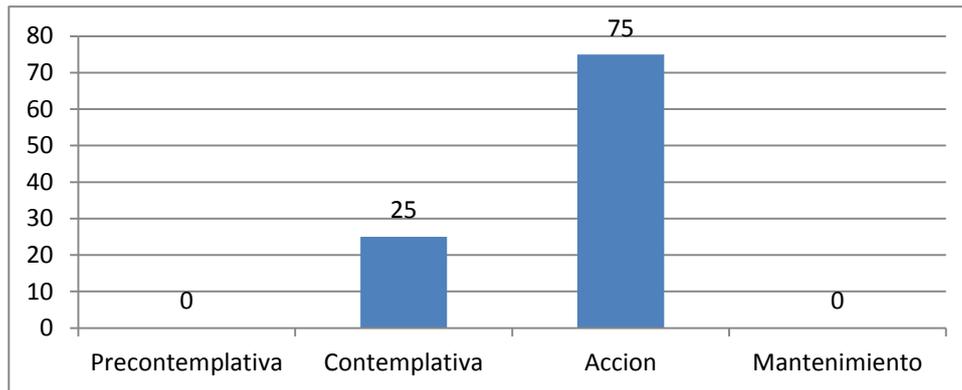


GRÁFICO 12.- Porcentaje de cada etapa en la clínica HUNV en la segunda Aplicación

CRA

Etapa	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	6	66,67
Acción	2	22,22
Mantenimiento	0	0
Total	8	

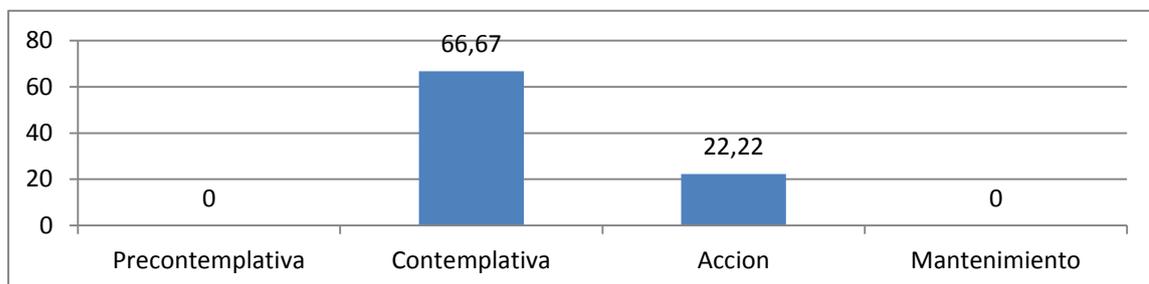


GRÁFICO 13.- Porcentaje de cada etapa en la clínica CRA en la segunda Aplicación

Porcentajes de los pacientes en cada etapa de la segunda aplicación

Etapa	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0,00%
Contemplativa	9	52,94%
Accion	7	41,18%
Mantenimiento	1	5,88%
Total	17	

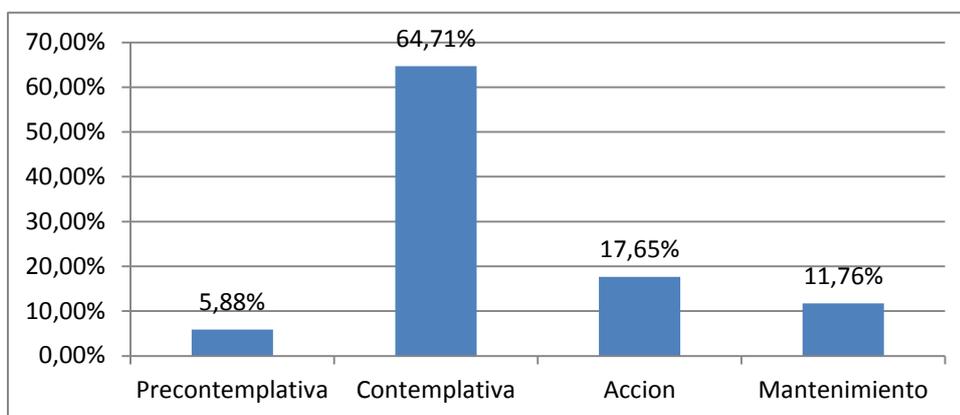


GRÁFICO 14.- Porcentajes de los pacientes en cada etapa en la segunda aplicación, la muestra en el segundo periodo de aplicación bajo a 17 pacientes en total debido a que hubo abandono del tratamiento.

Tercera Aplicación

CREIAD

Etapa	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	1	20
Contemplativa	3	60
Accion	1	20
Mantenimiento	0	0
Total	5	

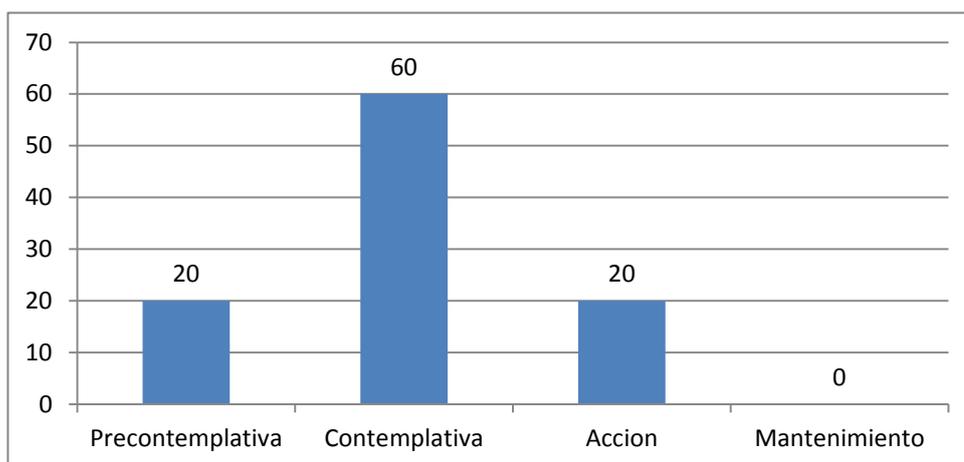


GRÁFICO 15.- Porcentaje de cada etapa en la clínica CREIAD en la tercera Aplicación.

HUNV

Etapa	Nº Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	2	66,67
Accion	1	33,33
Mantenimiento	0	0
Total	3	

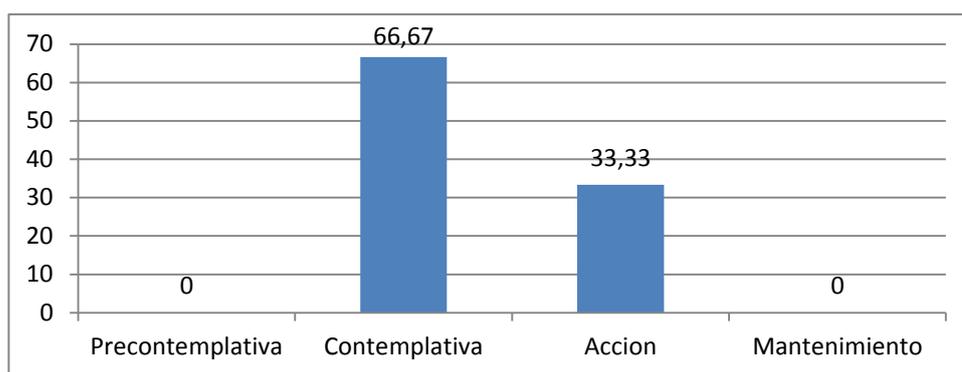


GRÁFICO 16.- Porcentaje de cada etapa en la clínica HUNV en la tercera Aplicación

CRA

Etapa	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	0	0
Contemplativa	6	60
Accion	1	10
Mantenimiento	2	20
Total	9	

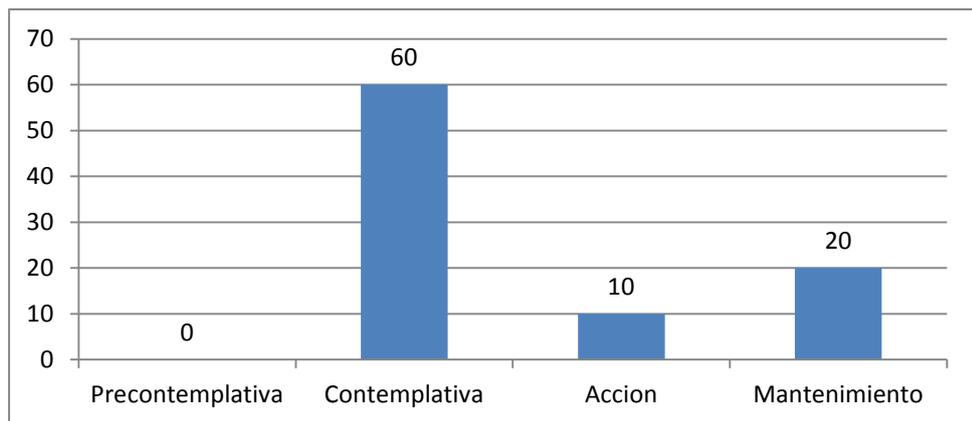


GRÁFICO 17.- Porcentaje de cada etapa en la clínica CRA en la tercera Aplicación

Porcentajes de los pacientes en cada etapa de la tercera aplicación

Etapa	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	1	5,88%
Contemplativa	11	64,71%
Accion	3	17,65%
Mantenimiento	2	11,76%
Total	17	

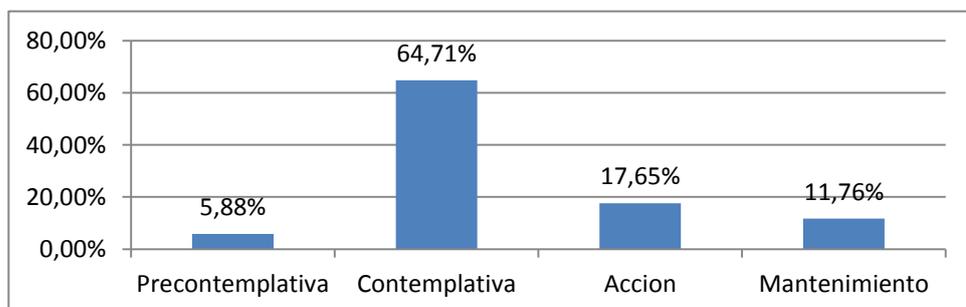


GRÁFICO 18.- Porcentajes de los pacientes en cada etapa de la tercera aplicación

Porcentaje de las etapas en todas las aplicaciones y tomando a todos los pacientes.

Etap	N° Pacientes	Porcentaje
Precontemplativa	2	3,51%
Contemplativa	35	61,40%
Accion	15	26,32%
Mantenimiento	5	8,77%
Total	57	

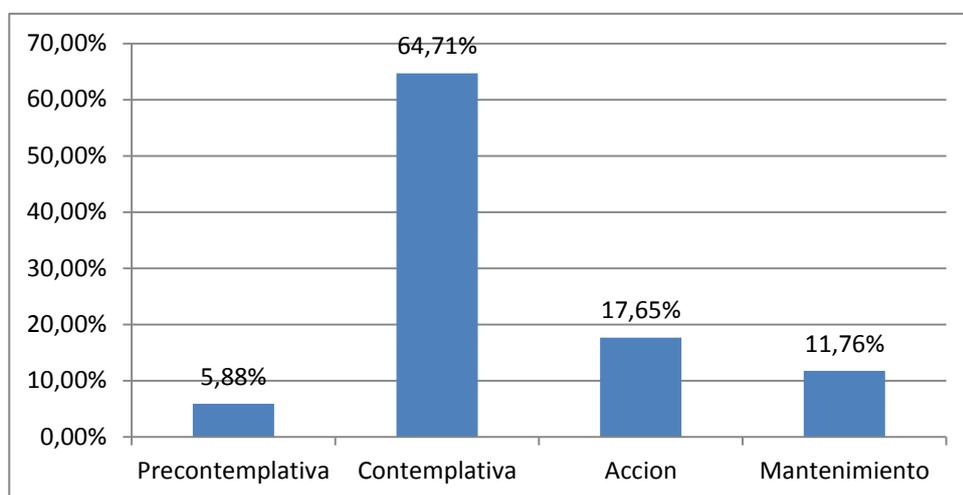


GRÁFICO 19.- Porcentaje de las etapas en todas las aplicaciones y centros.

CAPITULO 5

5. CONCLUSIONES

Para el desarrollo de nuestra investigación tomamos tres centros autorizados para realizar un internamiento y rehabilitación: CREIAD, Hacia una nueva vida y CRA, quienes nos dieron apertura y apoyo.

Tomamos los pacientes que habían ingresado en el periodo de estudio. La muestra se redujo como se dijo anteriormente, por descartar a pacientes duales y tomar solo pacientes con diagnóstico de dependencia de sustancias. Fueron tomados también como parte de la estadística a todos los pacientes que dejaron el tratamiento.

Para la evaluación de las etapas, no tomamos la etapa de recaída y preparación de Prochaska y Di Clemente, por cuanto la encuesta de ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO no tomaba a estos estadios para la acumulación estadística. Nuestro trabajo finaliza en el internamiento; hay la posibilidad de seguir con la fase de la recaída con un seguimiento de los pacientes posterior a la terminación de su internamiento, esto puede ser utilizado para una continuación de esta tesis, como una nueva investigación.

Dado el conocimiento y cantidad de información acerca del tema de investigación, se nos fue fácil encontrar la bibliografía necesaria para proceder al marco teórico y comprensión de los temas tratados, tanto de la enfermedad de la adicción como de la teoría de Prochaska y Di Clemente. Con esto pudimos unir la teoría con las estadísticas.

Con las estadísticas podemos ver de manera cuantitativa los cambios de los pacientes en cada etapa, un retroceso, el estancamiento y el avance de cada uno. Esto puede servir a cada centro para sacar hipótesis de cómo está funcionando su tratamiento.

Dentro de las aplicaciones concluimos que: En la primera aplicación contamos con 23 pacientes en total, por el abandono del tratamiento en la segunda y tercera etapa contamos con 17 pacientes dando un 74% de pacientes que terminaron el tratamiento de los 90 días.

Se pudo constatar que en el periodo de Mayo a Junio donde realizamos la toma de muestra de pacientes aptos para nuestra investigación, el 100% tuvieron un internamiento compulsivo, es decir todos los pacientes fueron internados en contra de su voluntad por algún familiar o persona con un vínculo cercano al paciente.

Como resultado estadístico de la primera etapa el 65,22% de la muestra de los 23 pacientes se encontraban en la etapa contemplativa, a los 30 días aproximados en la segunda aplicación un 52,94% están en la etapa contemplativa y en la tercera aplicación, un 64,71% terminan en la misma etapa (Contemplativa), por lo que se puede ver que en el internamiento de tres meses los datos estadísticos nos muestran que siguen en una etapa intermedia, pasaron de la negación de su problema que caracteriza a la primera etapa (la pre contemplativa), tienen conciencia de una enfermedad y un problema (etapa Contemplativa) pero siguen con una incertidumbre de cómo cambiar y pasar a una acción, no tienen los pasos a seguir para realizar un cambio.

En la etapa de Mantenimiento encontramos en el centro CRA, el 20% de pacientes al finalizar su internamiento, cualitativamente genera una disyuntiva con la teoría ya que para encontrarse en esta etapa tiene que haber pasado un año sin la sustancia y con cambios totales de sus hábitos de consumo, nos da la hipótesis de que los internamientos fueron para fortalecer conocimientos sin haber existido consumo. El centro nos asegura esta falacia ya que todos los ingresados pasan por fase de desintoxicación al comienzo del internamiento.

Para nuestro criterio nuestra tesis justificó el objetivo planteado que es sacar datos estadísticos sobre la validación de un internamiento compulsivo, podemos concluir que con esta investigación, un internamiento compulsivo no asegura una rehabilitación, tomando la teoría de Prochaska y Di Clemente. Los resultados estadísticos solo nos dan hipótesis de la situación parcial o momentánea del como supone que está o cree estar cada paciente y que los resultados no son la verdad del paciente en su conducta, solo refleja el pensamiento del momento de la aplicación de la encuesta.

CAPITULO 6

6.- Recomendaciones

Intentamos con esta investigación dejar una opción en los centros de rehabilitación de adictos, en cuanto a un análisis sobre el internamiento y el modelo que se utiliza para el tratamiento y sus resultados, lo necesario de abordar la problemática que engloba la enfermedad y su tratamiento para lograr una rehabilitación total del paciente y no solo resultados parciales.

Bibliografía

- (OMS), O. M. (2010). Organización Mundial de la salud. Obtenido de Comorbilidad y salud: www.who.int/entity/mental_health/adic/q8
- Alonso, A. (2012). Psyciencia. Obtenido de El modelo de Prochaska y Diclemente: un modelo de cambio: <http://psyciencia.com/2012/12/26/el-modelo-de-prochaska-y-diclemente-un-modelo-de-cambio/>
- Beck, A. (1999). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias . Paidós.
- Clínica el SERANIL, h. P. (s.f.). Tratamientos. Obtenido de Internamiento Compulsivo: <http://www.seranil.com/es/tramites-informacion-de-ingreso-/internamiento-involuntario-no-consentido-o-compulsivo>
- CRA. (2009). Centro de Reposo y Adicciones, Psiquiátrico hospital especializado . Obtenido de Historia: <http://www.cra.org.ec/>
- CREIAD. (2013). Centro de Rehabilitación e Internamiento de Alcoholismo y Drogadictos. Obtenido de Principios: <http://www.creiad.com/principios>
- D.R.A. (29 de Octubre de 2012). MSP, cero tratamiento para adictos. Diario LA HORA, <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101414948/-1/MSP,%20cero%20tratamiento%20para%20adictos.html#.Um2CCIPNkvB>.
- Ecuador, C. N. (2004). LEY DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS. Quito, Ecuador: Registro Oficial Suplemento 490.
- Ecuador, C. N. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito, Ecuador.
- González, S. (2010). Universidad de Cantabria. Obtenido de Promoción de salud. El Modelo Transteórico: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/tema-3.-el-modelo-transteorico/skinless_view
- HUNV. (2009). Clínica de Rehabilitación de Alcoholismo y Drogadicción. Obtenido de nuestra filosofía: <http://alcoholicosydrugadictoshanuvi.blogspot.com/>
- MANCIA. (2009). mancia.org salud. Obtenido de etapas de Prochaska: <http://www.mancia.org/foro/deja-cigarrillo/31717-etapas-prochaska.html>

- Mayor Martinez, L., & López Camps, R. (1998). Fundacion Universitaria Luis Amigo. Obtenido de EL MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE:
http://virtual.funlam.edu.co/farmacodependencia/semestre2/Reinsercion/Modelo_Transteorico_Prochaska_y_Diclemente.pdf
- NIDA, N. (febrero de 2008). Las drogas el cerebro y el comportamiento. Obtenido de The science of drug abuse & addiction:
<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/el-abuso-de-drogas-y-la-adiccion>
- Pereiro Gomez, C. (2009). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid.
- Prieto Fernandez, A., Jover Ibarra, J., & Herrero Yuste, N. (2005). Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. Obtenido de Drogas depresoras del sistema nervioso central: http://www.madridsalud.es/temas/conocer_permite_actuar5.php
- Psicoactiva. (2013). Psicoactiva. Obtenido de Las Drogas:
<http://www.psicoactiva.com/drogas.htm>
- RAE. (2001). REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Obtenido de Diccionario: <http://rae.es/>
- Ramirez Huesca, E. (2012). Adicciones. . Obtenido de bienestartelmex:
http://www.bienestartelmex.com/PDFS/PRESENTACION_ADICCIONES_EN_LA_ADOLESCENCIA.pdf
- Rojas Valero, M. (2006). Manual de consejo psicológico y terapia motivacional en drogodependencia . Island.
- Seguel Lizama, D. (1999). Abuso y dependencia de sustancias Psicoactivas. Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 113-118.
- Sueca", ". P. (2013). Psicología Online. Obtenido de Trastornos relacionados con sustancias: modelo Prochaska y Diclemente: <http://www.psicologia-online.com/pir/modelo-de-prochaska-y-diclemente.html>
- Toro , R. J., & Yepes, L. E. (2004). Fundamentos de Medicina, PSIQUIATRÍA. Medellín, Colombia.

Trujols , J., & Bañuls, E. (2003). Adiccion al Tabaco. En U. D. ISLAND, escala de evaluación del cambio. Rhode Island.

Turroja Serra, M. (s.f.). La rueda del cambio. Alpsicoctua, <http://www.actualpsico.com/la-rueda-del-cambio/>.

Wolfgang , H., & Magalhães Silveira, C. (2004). cisa.org. Obtenido de Dependencia alcohólica: aspectos clínicos y diagnósticos: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-es-cap3.pdf>

WordReference. (2013). Word Reference Diccionario de la Salud. Obtenido de www.wordreference.com/definicion