



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“PERFIL CLÍNICO EN MUJERES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS QUE SE
ENCUENTRAN INTERNADAS EN LOS CENTROS CANTÓN CUENCA”

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

AUTOR:

GABRIELA TATIANA BRITO ANDRADE

DIRECTOR:

MST: SEBASTIÁN HERRERA PUENTE

CUENCA, ECUADOR

2016

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a mi director de tesis Mst. Sebastián Herrera por su apoyo cariño y paciencia en la elaboración de este trabajo.

A cada una de las instituciones de tratamiento de las drogodependencias que facilitaron la recolección de datos para la elaboración de este proyecto.

A mi familia, amigos y a todos quienes colaboraron para que se desarrolle esta investigación.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a la razón de mi vida Jesús, a mi hermana que ha sido mi compañera de lucha y a mis padres a los cuales honro profundamente, y a las mujeres que no necesitan tener mi sangre para ser mi familia Paola, Luciana y Valentina.

RESUMEN

La presente investigación busca determinar el perfil clínico de pacientes mujeres que se encuentran internadas en las clínicas de rehabilitación del cantón Cuenca, además de revisar el número de mujeres que presentan adicción a sustancias en cada centro de rehabilitación, establecer las variables clínicas que presentan las pacientes que están sujetas a este estudio y relacionar estadísticamente los perfiles con más prevalencia en las pacientes que participaron del estudio. Para el efecto se aplicó el test PAI para la evaluación de la personalidad a 25 pacientes, también se realiza un análisis estadístico de frecuencias y tablas de contingencia con el respectiva prueba de chi-cuadrado para ver cuales variables tienen una asociación con los problemas de alcohol y drogas. En los resultados de podemos apreciar que rasgos antisociales, esquizofrenia, y rasgos límites tienen una clara asociación con el problema de abuso de drogas.


Palabras Clave: Perfil clínico, test PAI, trastornos de personalidad, drogodependencia.

ABSTRACT

This investigation seeks to determine the clinical profile of female patients who are hospitalized in rehabilitation clinics in the canton Cuenca. Additionally, it aims to review the number of women with substance addiction in each rehabilitation center, establish the clinical variables evidenced in the patients under this study, and statistically link the most prevalent profiles in the patients who participated in the study. For this purpose, the PAI (Personality Assessment Inventory) test was applied to 25 patients. Also, a statistical analysis of frequency and contingency tables with the respective chi-square test were also performed in order to see which variables have an association with alcohol and drugs problems. In the results we observe that antisocial features, schizophrenia, and borderline features have a clear association with the problem of drug abuse.

Keywords: Clinical Profile, PAI Test, Personality Disorders, Drug Dependency.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. CAPÍTULO I: DROGODEPENDENCIA.....	9
1.1. Introducción	9
1.2. Concepto de drogodependencia	11
1.3. Criterios diagnósticos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) DSM-5.....	12
1.3.1. Trastorno por consumo de alcohol.....	12
1.4. Causa y efectos de la drogodependencia	14
1.4.1. Componente Socio-cultural	14
1.4.2. Componente Familiar.....	15
1.4.3. Componente Neuro-Biológico	15
1.4.4. Componente individual o de la personalidad.....	17
2. CAPÍTULO II: CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MUJERES-VARIABLES CLINICAS.....	18
2.1. Introducción	18
2.2. Consumo de sustancias en mujeres	18
2.3. Perfiles clínicos	19
2.4.1. Trastorno de personalidad.....	19
2.4.2. Trastorno clínicos.....	21
2.4. Comorbilidad entre consumo de sustancias y variables clínicas.....	23
3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	26
3.1. Introducción	26
3.2. Metodología	26
3.2.1. Tipo de estudio:	26
3.2.2. Participantes:	26
3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.	26
3.2.4. Instrumentos:	27
3.2.5. Procedimiento.....	28
3.3. Análisis de resultados: análisis estadísticos del test PAI	28
4. CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	61
4.1. Introducción	61
4.2. Discusión de resultados: Análisis Chi Cuadrado (X^2) e inferencia estadística.	61
4.3. Conclusiones generales y recomendaciones	65

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
6. ÍNDICE DE ANEXOS	73
Anexo No. 1: Diseño de tesis	73
Anexo No. 2: Modelos de test aplicados.....	73
Anexo No. 5: Tablas y Gráficos del análisis de resultados.....	74

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Número de personas encuestadas por Centro de Rehabilitación.....	30
Gráfico N° 2 Frecuencia de Edades.....	31
Gráfico N° 3 Estado Civil.....	32
Gráfico N° 4 Nivel de Estudio.....	33
Gráfico N° 5 Actividad Laboral.....	34
Gráfico N° 6 Escala de validez. Inconsistencia.....	35
Gráfico N° 7 Escala de validez. Infrecuencia.....	36
Gráfico N° 8 Escala de validez. Imprecisión negativa.....	37
Gráfico N° 9 Escala de validez. Impresión positiva.....	38
Gráfico N° 10 Escalas clínicas. Quejas somáticas.....	39
Gráfico N° 11 Escalas clínicas. Ansiedad.....	40
Gráfico N° 12 Escalas Clínicas. Trastornos relacionados con la ansiedad.....	41
Gráfico N° 13 Escalas Clínicas. Depresión.....	42
Gráfico N° 14 Escalas clínicas. Manía.....	43
Gráfico N° 15 Escalas clínicas. Paranoia.....	44
Gráfico N° 16 Escalas clínicas. Esquizofrenia.....	45
Gráfico N° 17 Escalas clínicas. Rasgos límites.....	46
Gráfico N° 18 Escalas clínicas. Rasgos antisociales.....	47
Gráfico N° 19 Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.....	48
Gráfico N° 20 Escalas clínicas. Problemas con las drogas.....	49
Gráfico N° 21 Escala relacionadas con el tratamiento. Agresión.....	50
Gráfico N° 22 Escala relacionadas con el tratamiento. Ideación Suicida.....	51
Gráfico N° 23 Escalas relacionadas con el tratamiento. Estrés.....	52
Gráfico N° 24 Escalas relacionadas con el tratamiento. Falta de apoyo social.....	53
Gráfico N° 25 Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento.....	54
Gráfico N° 26 Escalas de relación interpersonal. Dominancia.....	55
Gráfico N° 27 Escalas de relación interpersonal. Afabilidad.....	56

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 Descripción de edad	30
TABLA N° 2 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Problemas con las drogas. Pruebas de chi-cuadrado.	57
TABLA N° 3 Pruebas de chi-cuadrado problemas con el abuso del alcohol y depresión.....	58
TABLA N° 4 Pruebas de chi-cuadrado problemas con el abuso de drogas y depresión.....	58
TABLA N° 5 Pruebas de chi-cuadrado Problemas con las drogas y rasgos antisociales.....	59
TABLA N° 6 Pruebas de chi-cuadrado Problemas con el alcohol y rasgos antisociales.	59
TABLA N° 7 Asociación de personas con problemas con alcohol y las drogas con otras escalas clínicas.	60
TABLA N° 8 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Problemas con las drogas.....	74
TABLA N° 9 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas Clínicas. Depresión.	76
TABLA N° 10 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Rasgos antisociales.	78
TABLA N° 11 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Quejas somáticas.	80
TABLA N° 12 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Quejas somáticas.	82
TABLA N° 13 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Ansiedad.	84
TABLA N° 14 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Ansiedad.	86
TABLA N° 15 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Manías.....	88
TABLA N° 16 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Paranoia.	90
TABLA N° 17 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Paranoia.	92
TABLA N° 18 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Esquizofrenia.	94
TABLA N° 19 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Esquizofrenia.	96
TABLA N° 20 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Manías.....	98
TABLA N° 21 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento.....	100

INTRODUCCIÓN

Esta investigación está focalizada a mujeres con problemas de dependencia a sustancias dentro del cantón Cuenca.

Existen diversas posibilidades de que un individuo de haga dependiente a una o más sustancias y estas obedecen a la interacción entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en el que vive. En cuanto al consumidor y su ambiente, varios factores explican el abuso o dependencia a sustancias siendo de tipo psicogénico, biológico, genético, familiar y sociocultural. Dos son las razones básicas según los factores personales por las cuales un individuo consume sustancias. La primera con el fin de experimentar sensaciones nuevas o placenteras que no experimentan en situaciones de sobriedad. La segunda es, utilizar la o las sustancias como una alternativa para aliviar desde síntomas puntuales originados por factores perturbadores externos hasta trastornos psiquiátricos específicos como trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o de un trastorno psicótico en sus inicios.

Estudios e investigaciones han evidenciado que una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de alcohol y drogas proceden de patrones disfuncionales de la personalidad pudiendo ser factores que mantegan, tanto la persistencia de la conducta adictiva, y en consecuencia, el fracaso de las estrategias encaminadas a su control.

En el primer capítulo se exponen los conceptos concernientes a las drogodependencias, criterios diagnósticos, causas, efectos y tratamiento. El segundo capítulo se centra en resaltar todos los elementos relacionados al consumo de sustancias en mujeres, comorbilidad entre consumo de sustancias y variables clínicas así como las características del Inventario de personalidad PAI. En el tercer capítulo se presentan las características metodológicas de la investigación y los resultados obtenidos. Finalmente se hace énfasis en dar a conocer los análisis comparativos o discusión, conclusiones y recomendaciones resultantes de la investigación.

1. CAPÍTULO I: DROGODEPENDENCIA

1.1. Introducción

Haciendo un análisis de todas las investigaciones se ha concluido en que las drogodependencias forman parte de los cuadros más complejos que pueden encontrarse en el campo de la salud mental. Estos cuadros, en la práctica clínica, se configuran como patologías bio-psico-social complejas y deteriorantes que representa dificultades para los profesionales comprometidos en su tratamiento. El adicto escapa con gran facilidad a las formas tradicionales de diagnóstico y abordaje, debido a su compleja multi-causalidad y patologías asociadas, de tal manera que incluso hoy continua siendo matriz de desacuerdo en los consensos científicos que buscan definirlo y conceptualizarlo (Toro Greiffenstein & Yepes Roldán, 2004)

Podemos evidenciar que en la actualidad, las drogodependencias son uno de los mayores problemas sociales y de salud pública de todos los tiempos, que afecta diariamente a millones de personas en el mundo y se expande entre las diversas formas de organización social.

La posibilidad de que un individuo se haga dependiente a una o más sustancias obedece a la interacción entre la sustancia consumida, el consumidor y el ambiente en el que vive. En el consumidor y su ambiente, varios factores explican el abuso o dependencia a sustancias siendo de tipo psicogénico, biológico, genético, familiar y sociocultural. Dos son las razones básicas según los factores personales por las cuales un individuo consume sustancias. La primera con el fin de experimentar sensaciones nuevas o placenteras que no experimentan en situaciones de sobriedad. La segunda es, utilizar la o las sustancias como una alternativa para aliviar desde síntomas puntuales originados por factores perturbadores externos hasta trastornos psiquiátricos específicos como trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o de un trastorno psicótico en sus inicios (Toro Greiffenstein & Yepes Roldán, 2004).

Como lo menciona (Pérez P. , 2003) en la introducción de su investigación sobre la prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencia: “la investigación ha puesto de manifiesto es que una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de sustancias como alcohol y drogas proceden de patrones disfuncionales de la personalidad, pudiendo ser factores que mantengan tanto la persistencia de la conducta adictiva, y en consecuencia, el fracaso de las estrategias encaminadas a su control.”

Por otra parte, el impacto que causa el uso de sustancias psicoactivas en mujeres se produce de muchas maneras, que son únicas del género, la salud física de las mujeres se encuentra severamente más afectada y en un período más corto de tiempo por el abuso intensivo de la sustancia. Las mujeres alcanzan niveles más altos de alcohol en sangre. Se reporta además que la regular duración de exceso de bebidas da antes las primeras señales de desórdenes del hígado, hipertensión, obesidad, anemia, desnutrición, hemorragia gastrointestinal y úlceras que requieren la cirugía, y es corta para las mujeres (Schliebner, 1994).

“La fisiología reproductiva de las mujeres se observa singularmente más afectada y esto se da por el abuso de la sustancia. Las consumidoras excesivas pueden afectar el ciclo menstrual, el desarrollo fetal, nacimiento del niño, la menopausia y sensibilidad sexual” (Finkelstein & Camp, 1997).

Así mismo (Narvarte Venturo, 2006) en el artículo *Mujer y Adicciones* en su publicación sobre el impacto del abuso de sustancias en mujeres cita que “entre las mujeres, los desórdenes de salud mental se encuentran normalmente asociados con la exacerbación por el abuso intenso de la sustancia. Casi dos tercios de mujeres alcohólicas presentan problemas de salud mental (Halzer y Pryabech citado por Beckman, 1994). Los desórdenes más comunes son ansiedad, depresión, fobias y trastornos de pánico. Las mujeres alcohólicas también informan haber experimentado mayores síntomas depresivos (aunque el alcohol tiene un efecto depresor). Sin embargo, los síntomas depresivos pueden persistir después de la sobriedad (Turnbull y Gomberg citado en McCrady y Raytek, 1993)”.

Según (Hernández G., Montino R., Kimelman J., Orellana V., Núñez M., & Ibáñez H., 2002) en el artículo “Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile” publicada por la Revista médica de Chile, en mujeres la asociación de cuadros por consumo de sustancias con otros cuadros psiquiátricos es mayor que en los hombres sin ser significativa. Sí resulta significativa la diferencia con que mujeres y hombres han recibido asistencia psiquiátrica. Entre las mujeres con algún trastorno por uso de sustancias, casi la mitad ha solicitado y recibido asistencia por problemas de salud mental, y la mayoría por causas distintas a las derivadas del consumo de sustancias. Esto es coincidente a la opinión de otros autores respecto a qué condiciones psicopatológicas preexistentes o simultáneas sean parte de la explicación para el inicio o mantención del consumo en las mujeres. Este dato además, deja abierta la posibilidad que la ayuda profesional brindada haya resultado insuficiente, y al haber

incluido la prescripción, o auto prescripción de fármacos ansiolíticos haya dado lugar a conductas de abuso o a cuadros de dependencia a benzodiacepinas.

1.2. Concepto de drogodependencia

Al iniciar este tema es necesario dar una explicación de lo que es droga y/o sustancias, debido a que en torno a ésta se estructura un cuadro de complicaciones patológicas, fisiológicas y psicológicas.

Según (Guajardo & Kushner, 2004) citado por (Ochoa Ramírez, 2013)“definen a la droga como aquellas sustancias que tienen la capacidad de modificar las funciones del organismo y que influyen sobre la conducta, juicio, comportamiento y percepción o estado de ánimo de un individuo”.

Conceptualizada la droga, la siguiente definición que debemos analizar es el de drogadicción. En este sentido, la definición básica de la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM señala que:

La drogadicción es un patrón des adaptativo de consumo de sustancias que se mantiene durante al menos 12 meses, y que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, caracterizado por síntomas de tolerancia, abstinencia, incumplimiento de obligaciones importantes; realización de actividades físicamente peligrosas bajo sus efectos; problemas legales relacionados con la sustancia; problemas sociales e interpersonales derivados de sus efectos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Por otra parte en el CIE-10 se define a la drogadicción como:

Un 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. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. (OMS, 1992)

Según (Ochoa Ramírez, 2013), “autores del enfoque integrativo de la psicología sintetizaron las descripciones previas llevados por su marcado interés y conocimiento en las ciencias neurobiológicas, por lo que definieron a la drogodependencia como: una enfermedad cerebral que se genera por un abuso en el consumo de sustancias, alterando circuitos neuronales que

tienen que ver con el placer, la percepción, control de impulsos y la manera de conectarse con el mundo (Guajardo & Kushner, 2004); (Yarúa, 2005)”.

“Como se puede observar en el concepto previamente citado, se realza la importancia neurobiológica involucrada en el cuadro de las adicciones, dándole un papel preponderante; debido a que cada vez son más las evidencias, de distintos estudios enfocados en la neurobiología de las adicciones, acerca de la implicancia cerebral como principal variable involucrada en el proceso de las adicciones.” (Ochoa Ramírez, 2013).

“Los autores antes citados hacen poca referencia a todo el movimiento familiar y social que acompaña la patología del individuo para formar su definición. En este punto tampoco habremos de referirnos al área socio-familiar para formar una definición; abarcaremos dicho tema con mayor profundidad en los siguientes apartados” (Ochoa Ramírez, 2013).

“Con los antecedentes antes expuestos, se hace evidente que la adicción, independientemente de las variaciones explicativas de cada enfoque, se presenta como un abuso excesivo de sustancias que afecta al sistema nervioso central y comienza desde el momento mismo en que decidimos usarlas, alterando nuestra forma de percibir y conectarnos con el mundo. Este abuso conlleva a una dependencia caracterizada por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia, más una gran variedad de problemas psicológicos, familiares y sociales. (Guajardo & Kushner, 2004); (Yarúa, 2005) citado por (Ochoa Ramírez, 2013)

1.3. Criterios diagnósticos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) DSM-5

1.3.1. Trastorno por consumo de alcohol

A) Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses.

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prologado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - Se consume alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

La (OMS, 1992) en el CIE-10 sugiere un grupo de pautas diagnósticas similares a las descritas anteriormente. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a.** Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b.** Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol (unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo).
- c.** Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia por reducción o cese del consumo de la misma.
- d.** Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e.** Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

- f. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Estos criterios diagnósticos son de gran valía debido a su descripción objetiva de los signos comunes observados en cualquier individuo que este padeciendo de una drogadicción.

1.4. Causa y efectos de la drogodependencia ¹

Las drogodependencias no poseen una única fuente etiológica, sino más bien son fruto de una interacción de sus componentes biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales, que se alternan como variables generadoras, desencadenantes y mantenedoras a lo largo del proceso adictivo.

Es por esta razón que a continuación exponemos los distintos componentes que suelen configurarse como el origen de una drogodependencia:

1.4.1. Componente Socio-cultural

Según (Ochoa Ramírez, 2013), a nivel social, (Yaría, 2005) sugiere que:

“La drogodependencia es signo de una descomposición social que surge de la retroacción de tres elementos: vulnerabilidades (individuales, familiares y comunitarias), sobreoferta de drogas legales e ilegales y aceptación social del consumo a través de un circuito de representaciones sociales que minimizan los daños, fomentan el uso recreativo y asocian a las drogas legales con sensaciones de invulnerabilidad, o a situaciones amorosas o a la vida deportiva. Dicha epidemia social se asocia al incremento de distintas problemáticas tales como: el VIH, las enfermedades mentales, la accidentología y la criminalidad. (Yaría, 2005).”

(Ochoa Ramírez, 2013) cita a (Puentes, 2009) quien “manifiesta que el consumo de drogas ilegales ha crecido exponencialmente en los últimos años y que en los años 90, el consumo de drogas ocupaba el tercer lugar en el horizonte preocupaciones del español en tanto que hoy por

¹ Tomado de (Ochoa Ramírez, 2013)

hoy ocupa el puesto diecisiete; esto significa que el contexto socio cultural que nos rodea se está volviendo más permisivo e indulgente con respecto al consumo de drogas lo que fomenta el incremento de las drogodependencias.”

1.4.2. Componente Familiar

“Cuando encaramos la adicción no sólo como una predisposición fisiológica o biológica sino como un fenómeno familiar, debemos preguntar en que difieren estas familias de otras; de la misma manera cabe preguntarse por qué se escoge este síntoma, y que función cumple.” (Ochoa Ramírez, 2013).

“Siguiendo a Yaría, notamos que la adicción es una muestra evidente de los trastornos de filiación y de transmisión que se visualiza en las organizaciones familiares tales como: las monoparentales, tradicionales, ensambladas, multiproblemáticas, disfuncionales e inexistentes. Sugiere además la existencia de signos comunes que se anuncian con frecuencia en las historias clínicas de los drogodependientes como: la ausencia del padre biológico y/o de su función en la educación en los primeros momentos de la vida; miembros de familias multi problemáticas con disolución de las identificaciones parentales, ausencia de límites intergeneracionales, bajo grado de cohesión y abandono precoz de los niños. Siguiendo a (Yaría, 2005) según (Ochoa Ramírez, 2013)

(Ochoa Ramírez, 2013) “Desde esta perspectiva, la familia constituye un componente determinante en el origen y evolución de una drogodependencia, a tal punto que en algunos casos incluso se llega a configurar como una patología independiente, como lo es en el cuadro de los miembros co-dependientes. Dichos miembros nutren sus propias disfunciones clínicas o de personalidad a través de la adicción del paciente depositario. Para ejemplificar lo antes expresado, (Puentes, 2009) menciona un caso familiar que se escucha a menudo: la madre se queja del hijo adicto que no trabaja ni estudia, pero cuando su hijo consume y vuelve drogado a cualquier hora, ella lo deja dormir porque “pobrecito, lo necesita” El miembro codependiente refuerza posiciones patologizantes tanto en sí mismo como en el dicho paciente adicto.”

1.4.3. Componente Neuro-Biológico

“Son varios los análisis que continúan con la búsqueda incansable de determinar si es la herencia o el ambiente el máximo responsable de la aparición de la drogodependencia. Desafortunadamente, los resultados siguen sin dar a luz una respuesta definitiva y lo único que

cada día va adquiriendo mayor claridad es, tal y como lo dice Guajardo, “existe la certeza de que las drogas alteran el funcionamiento cerebral modificando la producción, liberación o degradación de neurotransmisores cerebrales de tal forma que se produce una modificación en el proceso natural de su intercomunicación, producción y receptación” (Guajardo & Kushner, 2004)”

“Basándonos en las recopilaciones de Yaría, observamos que en la base de nuestro cerebro se encuentran dos núcleos que tienen gran importancia en los procesos adictivos y que cumplen entre sí un rol de opuestos complementarios (Yaría, 2005)”

“Estos núcleos y sus vías de conexión van a tener una influencia determinante en algunas conductas humanas. Los dos núcleos a los que estamos haciendo referencia son el núcleo acumbens y la amígdala, dos pequeñas acumulaciones de neuronas que se encuentran ubicadas en la base del cerebro y que presentan una respecto a la otra una acción antagónica.”

“El acumbens es un núcleo que a través de sus neurotransmisores, en especial la dopamina, produce efectos de gratificación o de recompensa, lo que significa que estimulado nos va a dar una sensación de placer y satisfacción; este es comúnmente activado por actividades como el comer, la sexualidad, etc. La amígdala, en cambio, produce un efecto contrario al acumbens; como son la ansiedad y la angustia, inclusive el pánico, efectos que son mediados por otros neurotransmisores. (Yaría, 2005)

“Las drogas producen un alivio de esta ansiedad y angustia al bajar la actividad del núcleo amigdalino. “En el proceso de las adicciones las sustancias psicoactivas permiten lograr lo que se llama la satisfacción inmediata; es decir tienen la capacidad de producir un paraíso artificial en forma veloz y sin otro requisito que la administración de la sustancia, algo que resulta muy atractivo” (Yaría, 2005)”

“Todas las sustancias de abuso tienen la propiedad de estimular el núcleo acumbens y producir el efecto que hemos descrito. Así, el alcohol, la cocaína, la marihuana, la nicotina, la morfina, etc., accionan sobre esta vía común. Sin embargo, hay que recalcar que dichos circuitos neurológicos para transformarse anatómicamente y fisiológicamente tardan entre dos y tres años, es decir que para poder pensar en una recuperación real del circuito adictivo se requiere de una abstinencia de, al menos, ese tiempo.”

1.4.4. Componente individual o de la personalidad

“En la actualidad cada día hay mayor consenso en relación a que la constitución previa del individuo determina en gran medida el tipo y grado de dependencia que un sujeto dado presenta en la adicción. “La constitución previa son todas aquellas estructuras psicológicas que se han ido formando e interiorizando en la psique de un individuo a partir de sus experiencias tempranas, relaciones objetales, diálogos internos, etc” (Puentes, 2009).”

“Puentes (2009) en su libro “Estrategia Terapéutica en la Drogadicción” sugiere un grupo de rasgos comúnmente encontrados en pacientes drogodependientes:

- Baja tolerancia a la frustración.
- Fragilidad afectiva.
- Incapacidad para demorar la satisfacción.
- Impulsividad.
- Rasgos depresivos y de baja autoestima.
- Manifestaciones auto agresivas y hétero agresivas.
- Utilización perversa del propio cuerpo.
- Teatralidad, manipulación, estigma y rechazo.
- Vivencia social de marginación.
- Deterioro de los vínculos afectivos, sociales y terapéuticos.
- Deterioro físico y psicológico.

“Se otorga así un papel preponderante a la personalidad como generadora y mantenedora de la adicción. Cada personalidad no obstante habrá de formarse y tomar posiciones distintivas dependiendo de las múltiples situaciones en las que se ha desarrollado. Prestar atención a las características de la personalidad al momento de tratar a un paciente adicto es elemental, pues tal y como lo dice Puentes, “la gran pregunta a trabajar es: ¿Por qué se droga? Habiendo hecho esto no habremos solo de sanar los síntomas propios de la adicción sino que habilitaremos un cambio de estilo y sentido de vida para dicho paciente”. (Puentes, 2009)

2. CAPÍTULO II: CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MUJERES-VARIABLES CLINICAS

2.1. Introducción

El consumo de sustancias en mujeres tiene particularidades muy distintas a la de los hombres en elementos como los desencadenantes, la dinámica progresiva del consumo.

Las variables Clínicas están muy relacionadas con el consumo permitiendo explicar a través de ellas muchas de las motivaciones para empezar, y sostener el consumo.

2.2. Consumo de sustancias en mujeres

Según un estudio realizado por (Moya, Zurián, Caramés, Navarro, & Mosterin, 2008) de la universidad de Valencia – España, quien realizó una investigación que tenía como objetivo general el análisis comparativo de los comportamientos sociales de las mujeres alcohólicas respecto a las cocainómanas, el estudio fue realizado en seis mujeres alcohólicas y seis mujeres cocainómanas en tratamiento ambulatorio y utilizando la técnica del relato de vida donde la información fue analizada utilizando la Grounded Theory, esta investigación obtuvo como resultado que:

a) Las mujeres alcohólicas adquieren la dependencia a través de un consumo progresivo, mientras que las cocainómanas se inician a partir de un hecho concreto, relacionándolo con la pareja consumidora y/o la búsqueda de placer. Un estigma social, que se manifiesta en las mujeres adictas, es el relacionado con el incumplimiento de las tareas y roles que la sociedad asigna a la mujer, siendo más evidente en las alcohólicas.

b) También el concepto de enfermedad se muestra con mayor frecuencia en los discursos de las mujeres alcohólicas que las cocainómanas.

c) Por otra parte, las familias de origen aparecen con un doble significado: por un lado, suelen ser las primeras en recibir las consecuencias derivadas del consumo, a través de engaños, pequeños hurtos o agresiones verbales, y por otra parte, son un apoyo importante para el inicio y proceso de tratamiento.

Las conclusiones a las que se ha llegado es que las consecuencias que se derivan de los consumos de diferentes sustancias tienen repercusiones sociales específicas que deben ser tomadas en consideración para poder establecer mecanismos de ayuda idóneos. (Moya, Zurián, Caramés, Navarro, & Mosterin, 2008).

Según el Instituto Nacional sobre el abuso de alcohol y alcoholismo (NIAAA) principal agencia federal para la investigación biomédica, las mujeres están en mayor riesgo que los hombres para el desarrollo de problemas relacionados al alcohol, debido a que los hombres pesan más que las mujeres y las mujeres tienen menos cantidad de agua en sus cuerpos, por lo tanto el cerebro de una mujer y otros órganos están expuestos a más alcohol y más de los subproductos tóxicos que se producen cuando el cuerpo descompone y elimina alcohol. Las mujeres en la edad adulta es decir las mujeres jóvenes entre veinte y treinta años de edad son más propensas a beber que las mujeres mayores, además este estudio demuestra que el consumo excesivo de alcohol es más común entre las mujeres que nunca se han casado, vive con una pareja no casada, o están divorciados o separados.

Muchos estudios han encontrado que las mujeres que sufrieron abuso sexual en la infancia son más propensas a tener problemas con la bebida. La depresión está estrechamente relacionada con consumo excesivo de alcohol en las mujeres y las mujeres que beben solas en casa son más propensas que otras a tener más problemas con la bebida. Por otra parte, para edades comprendidas entre los 20 y 24 años, sí se observan cambios en función del sexo, siendo los chicos más precoces (15.7 años) que las chicas (16.4 años) (Observatorio Español sobre Drogas, 2001 y 2003).

2.3. Perfiles clínicos

2.4.1. Trastorno de personalidad.

Tal como lo define el DSM-V un trastorno de personalidad es un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.

La clasificación de este tipo de trastornos que hacen tanto el DSM-V como la CIE-10 parte de una perspectiva categorial, cuyo antecedente se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider, en el sentido de considerar "los trastornos de la personalidad como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí". Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas.

El DSM-V define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales". El trastorno de la personalidad se da

cuando estos rasgos, que son egosintónicos (es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse), se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

(DSM V, APA 2013)

En el DSM-V, se distinguen diez tipos de trastornos de personalidad, reunidos en tres grupos, por las similitudes de sus características:

a. Raros o excéntricos:

- **Paranoide** (desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva)
- **Esquizoide** (dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica)
- **Esquizotípico** (anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia)

Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

b. Dramáticos, emotivos o inestables:

- **Antisocial** (conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta)
- **Límite** (inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal)
- **Histriónico** (conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación)
- **Narcisista** (sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal)

Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

c. Ansiosos o temerosos:

- **Evitativo** (hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza; retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima)
- **Dependiente** (pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de confianza en sí mismo)
- **Obsesivo-compulsivo** (perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento; dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas)

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

2.4.2. Trastorno clínicos²

Quejas Somáticas: esta variable refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud. Los ítems recogen diversas formas de presentación somatomorfa. Abarcan desde problemas repetidos de malestar físico relativamente menor (p. ej., dolores de cabeza) a disfunciones mayores en varios órganos o conjunto de órganos (p. ej., parálisis)

Ansiedad: esta escala mide el grado de tensión y emoción negativa experimentado por el evaluado y que puede aparecer en diferentes categorías diagnósticas. Por lo tanto no son síntomas específicos de una única categoría diagnóstica (en la escala trastornos relacionados con la ansiedad pueden encontrarse aspectos más comportamentales de la ansiedad que pueden servir para realizar diagnósticos concretos). El contenido de los ítems de esta escala abarca diferentes formas de expresar la ansiedad, incluyendo ña presencia de preocupación constante, los sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como los signos físicos de nerviosismo y estrés.

² Definiciones transcritas del Inventario de la evaluación de la personalidad (Morey, Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal, & Sánchez, 2009).

Trastornos relacionados con la ansiedad: Esta escala mide características clínicas y conductuales a tres áreas de sintomatología asociadas a trastornos específicos de ansiedad. El contenido de los ítems incluye miedos específicos asociados a objeto o situaciones que implican fobias, pensamientos y comportamientos obsesivo-compulsivos, así como experiencias problemáticas asociadas a algún evento traumático.

Depresión: esta escala evalúa las características clínicas comunes al síndrome de depresión. El contenido de los ítems abarca tanto los diferentes elementos del síndrome depresivo como los distintos niveles de gravedad en que pueden aparecer, evaluando un amplio abanico de aspectos relacionados con la severidad de estos síntomas. Así, el contenido de los ítems incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos subjetivos de tristeza y apatía y síntomas físicos tales como la falta de energía o las alteraciones del sueño o del apetito.

Manía: esta escala evalúa características de la presentación clínica de la manía y la hipomanía. El contenido de los ítems abarca varias características de estos síndromes, incluyendo la presencia de una elevación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad, e hiperactividad además de irritabilidad e impaciencia.

Paranoia: esta escala está enfocada a los síntomas y características persistentes de la paranoia. El contenido de los ítems se orienta hacia la vigilancia y el control excesivo del entorno por temor a posibles peligros, la tendencia al resentimiento y al rencor y la predisposición para detectar injusticias por parte de los otros.

Esquizofrenia: El contenido de los ítems incluye creencias y percepciones inusuales, una escasa competencia social y anhedonia por las relaciones sociales, además la ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos.

Rasgos Límites: Evalúa los atributos indicativos de la personalidad límite, entre los que se incluyen las relaciones interpersonales inestables y fluctuantes, la impulsividad, la inestabilidad, la labilidad emocional y la ira incontrolada.

Rasgos antisociales: Evalúa el historial de actos ilegales y problemas con la autoridad así como el egocentrismo, la falta de empatía y lealtad, la inestabilidad y la búsqueda de sensaciones.

Problemas con el alcohol: Evalúa las consecuencias negativas del consumo de alcohol y los rasgos indicativos de su dependencia.

Problemas con las drogas: Evalúa las consecuencias negativas del uso de drogas y los rasgos indicativos de su dependencia.

2.4. Comorbilidad entre consumo de sustancias y variables clínicas

Lo primero a reconocer en el escenario de drogas es que la comorbilidad más frecuente lo constituye la adictiva; es decir la asociación de otra adicción en la dependencia actual del paciente. “La asociación más reconocida en nuestro medio es la del consumo de alcohol con otras drogas (marihuana, cocaína, PBC, inhalantes, alucinógenos) que en los estudios nacionales oscila entre el 85% y el 100% de los casos. A su vez, la asociación entre alcoholismo y otras dependencias en los estudios clínicos nacionales fluctúa entre el 50% y el 70% de los casos” (Saavedra, 1997).

Según explica (Saavedra, 1997) las razones para la asociación entre diversas drogas se resumen de la siguiente manera:

- a) Para contrarrestar los efectos de una de las drogas como por ejemplo, el uso de alcohol para contrarrestar la sobrestimulación por la cocaína o en su defecto el uso de la pasta básica de cocaína para contrarrestar los efectos sedativos intoxicantes del alcohol.
- b) Como efecto sinérgico del uso de ambas drogas.
- c) Por tendencia a experimentar nuevas sensaciones

La comorbilidad psiquiátrica es más frecuente en drogodependientes que en la población general. Existen asociaciones entre el uso de alcohol, cannabis, cocaína y heroína con la psicopatología y los trastornos de la personalidad.

En el estudio “Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias” realizado por (Guisado Macías, Vaz Leal, Fernández-Gil, Peral Pacheco, & López-Ibor Aliño, 2000) se valoraron 51 pacientes en una unidad de drogodependencias. Se valoró la psicopatología, rasgos de personalidad, subtipo de drogodependencia y el consumo de heroína, cocaína, cannabis y alcohol. Los resultados obtenidos en las escalas de obsesivo-compulsivo, hostilidad, depresión y ansiedad y los rasgos de personalidad paranoide, dependiente y límite fueron los hallazgos más frecuentes.

También se ha encontrado asociación entre la dependencia/abuso de alcohol y los rasgos dependientes, los opiáceos y cocaína con rasgos antisociales y el cannabis con psicoticismo.

En resumen las conclusiones son que en el grupo de los alcohólicos se ocupa el lugar de menor deterioro global, mientras que los de dependencia de múltiples sustancias tienen un lugar de mayor nivel de deterioro, estando la dependencia de cocaína, cannabis y heroína en posición intermedia. Estos hallazgos indican la importancia de un adecuado entrenamiento para valorar la psicopatología y los trastornos de la personalidad en drogodependientes antes de iniciar el tratamiento.

La comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales presenta una importante prevalencia; se ha reportado que ésta es mayor en los centros de tratamiento psiquiátrico (20-50%) y para las adicciones (50-75%) en comparación con la población abierta. Una modalidad de Ayuda-Mutua para la atención de las adicciones común en México es la de los Centros Residenciales y Casas de Recuperación para las adicciones, también llamados "anexos".

“Por lo tanto el objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en una muestra de participantes de sexo masculino adscritos a los Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA). Captando a un total de 535 participantes, de los cuales 346 cumplieron los criterios de inclusión y fueron evaluados. La evaluación diagnóstica de los trastornos por uso de sustancias y los 17 trastornos psiquiátricos comórbidos se realizó con la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI). Los resultados mostraron que 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más prevalentes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, seguidos por los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación, los trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria. En la mayoría de los casos (83.59%), los trastornos psiquiátricos comórbidos precedieron a los trastornos adictivos.”

“Además, otros resultados obtenidos del presente estudio son consistentes con los resultados reportados en la literatura internacional para centros de atención a las adicciones, a pesar de que éste se realizó en un modelo de atención de Ayuda-Mutua, que no es común en otros países. Este hallazgo hace hincapié en las importantes necesidades de atención de dicha población de difícil acceso (CRAMAA), ya que, como se ha mencionado, más de 75% de los participantes evaluados presentaron comorbilidad psiquiátrica y en su mayoría el tratamiento a esta comorbilidad es limitado o nulo, así como la información sobre la misma.”

Por otro lado, (Marín-Navarrete, y otros, 2013) comparando los resultados obtenidos en el estudio con los reportado en población abierta por Caraveo-Anduaga y Colmenares-Bermúdez (2002) observó que los trastornos de ansiedad y afectivos resultan ser los más prevalentes en comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias.

3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

3.1. Introducción

En una paciente con adicción es difícil determinar si la adicción fue la que generó el trastorno clínico o si, por el contrario, fue éste el que dio paso a la adicción. Esta investigación concretamente se orienta en evidenciar la frecuente co-existencia de estas dos patologías, con el deseo de que la adicción sea desde un inicio comprendida, evaluada y tratada conjuntamente con sus respectivas características de personalidad que bien pueden ser funcionales o patológicas y que podrían constituir elementos fundamentales para la formulación de tratamientos personalizados que contribuyan a la recuperación de los pacientes de drogo dependencia.

En esta investigación, trabajamos únicamente con los diagnósticos presuntivos arrojados por el test.

3.2. Metodología

3.2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio es un estudio, descriptivo, explicativo y transversal.

3.2.2. Participantes:

Las participantes en este estudio fueron 25 mujeres de las 3 clínicas de rehabilitación del cantón Cuenca. Los centros se encontraban con los permisos legales de funcionamiento y que formaron parte de la investigación fueron:

Centro de rehabilitación 12 Pasos

Centro de rehabilitación Exitus

Centro de rehabilitación Mujer de Valor

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Las directrices para la selección de los participantes el estudio fueron las siguientes:

a. Criterios de Inclusión

- Pacientes con edades entre 18 y 65 años de género femenino que se encuentren internadas en los centros de adicciones en el cantón Cuenca.
- Pacientes que presenten dependencia de sustancias.
- Pacientes que den su consentimiento informado.

- Estar recibiendo tratamiento en clínicas de rehabilitación de adicciones en instituciones que estén avaladas por el Ministerio de Salud Pública.

b. Criterios de Exclusión

- Pacientes con trastornos psicóticos.
- Pacientes con retardo mental.
- Pacientes internos con otras adicciones no relacionadas con drogas.
- Pacientes varones.
- Pacientes menores de edad
- Pacientes con problemas cognitivos severos y nivel de instrucción nulo

3.2.4. Instrumentos:

INVENTARIO DE EVALUACION DE LA PERSONALIDAD (PAI) (Morey, Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal, & Sánchez, 2009)

Desde su publicación, el PAI ha sido considerado una de las innovaciones más importantes en el ámbito de la evaluación clínica. Permite una evaluación comprehensiva de la psicopatología en adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva), 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento) y dos escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad). Además, incluye 30 subescalas que proporcionan una información más pormenorizada.

En el ámbito clínico cubre los constructos más relevantes para una evaluación comprehensiva de los trastornos mentales, proporcionando información clave tanto para el diagnóstico como para la planificación del tratamiento.

En el ámbito forense el PAI es utilizado tanto para el screening y diagnóstico, como para la detección de grupos forenses específicos (p. ej., valoración de peligrosidad, custodia de menores, psicopatía, maltrato, entre otros). Es empleado también en procesos de selección de personal (p. ej. selección de fuerzas armadas y seguridad).

El PAI destaca por su claridad en la interpretación y la exhaustiva información que proporciona. Informa además de aquellos ítems críticos que requieren la atención inmediata

del profesional. La amplia cantidad de información clínicamente relevante que ofrece lo convierte en una excelente opción para la evaluación de la psicopatología de adultos en múltiples contextos.

-Historias Clínica

Son las historias que reposan en los historiales de cada centro, aquí se describe la biografía del paciente, el perfil clínico y el diagnóstico.

-SPSS

Es el sistema estadístico de ciencias sociales donde se pueden hacer las correlaciones de datos estadísticos de cada paciente.

3.2.5. Procedimiento

1. Identificar las clínicas de rehabilitación de mujeres con adicción.
2. Enviar cartas de solicitud para aplicar el test a los centros de rehabilitación.
3. Aplicación del test PAI (Inventario de personalidad).
4. Ingresar los datos en el sistema SPSS.
5. Análisis de los resultados.
6. Correlación de resultados.
7. Informe de discusión.

3.3. Análisis de resultados: análisis estadísticos del test PAI

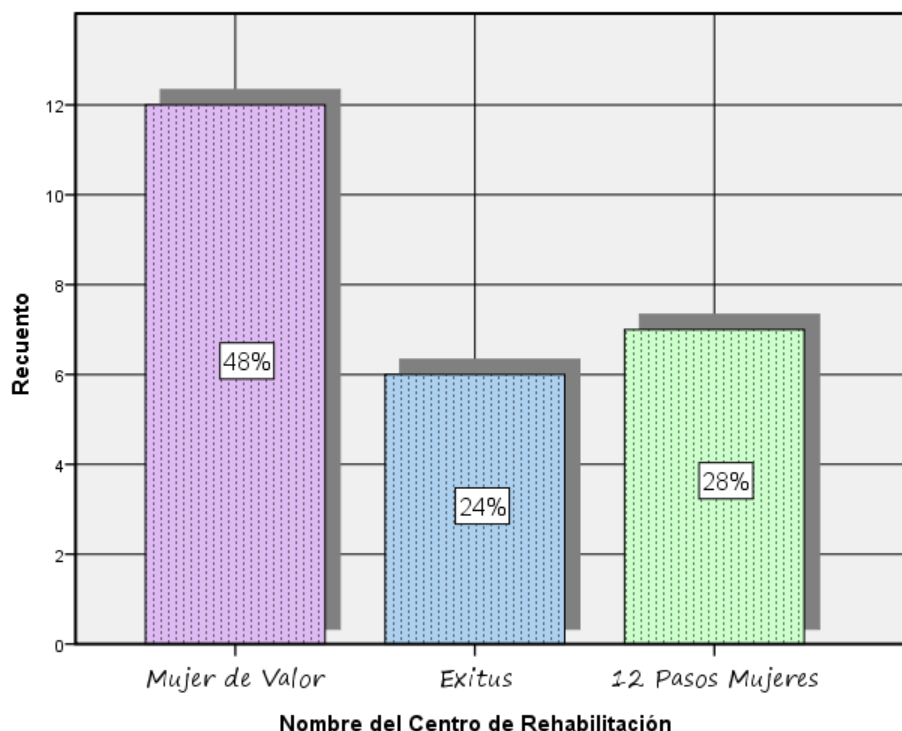
En cuanto al análisis se presenta en primer lugar los resultados de la parte sociodemográfica de los encuestados, el objetivo de esta sección es estructurar una idea general del tipo y condición de los individuos encuestados por el test PAI. Dentro de esta sección tendremos resultados como rangos de edades, estado civil, nivel de estudio y actividad laboral, este análisis nos dará una idea general de cuáles son las condiciones más comunes que presentan las mujeres que sufren de problemas de consumo de sustancias y problemas de trastornos clínicos y/o de personalidad.

En segundo plano se presenta un análisis de frecuencias de la evaluación comprehensiva de la psicopatología que presenta el PAI, ordenadas primeramente por escalas de validez, escalas clínicas, escalas de consideraciones para el tratamiento, y escalas de relaciones interpersonales.

También se presenta una tercera parte dentro del análisis de resultados en la cual se presenta la correlación y análisis de Chi cuadrado (χ^2) dentro de las tablas de contingencia, esto relacionará estadísticamente los perfiles de las escalas clínicas de las pacientes que participaron del estudio.

Análisis Socio demográfico.

Gráfico N° 1. Número de personas encuestadas por Centro de Rehabilitación.

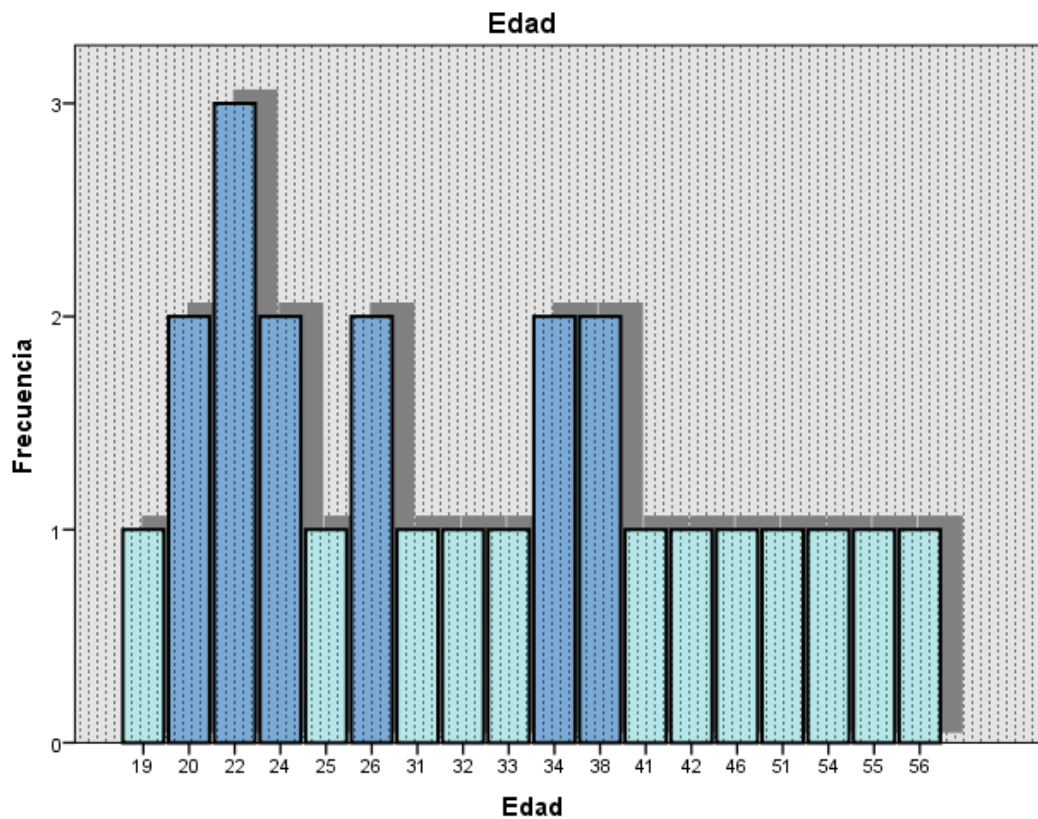


En esta investigación se realizó las evaluaciones a una población total de 25 personas, en tres centros de rehabilitación de la Ciudad de Cuenca. El primer centro es Mujeres de Valor, donde se analizó a 12 personas que representan el 48%, el segundo centro es Exitus en donde se aplicó el test a 6 personas que representa el 24% y el tercer centro es 12 Pasos Mujeres donde se encuestó a 7 personas que representa el 28% del total de la población.

TABLA N° 1 Descripción de edad

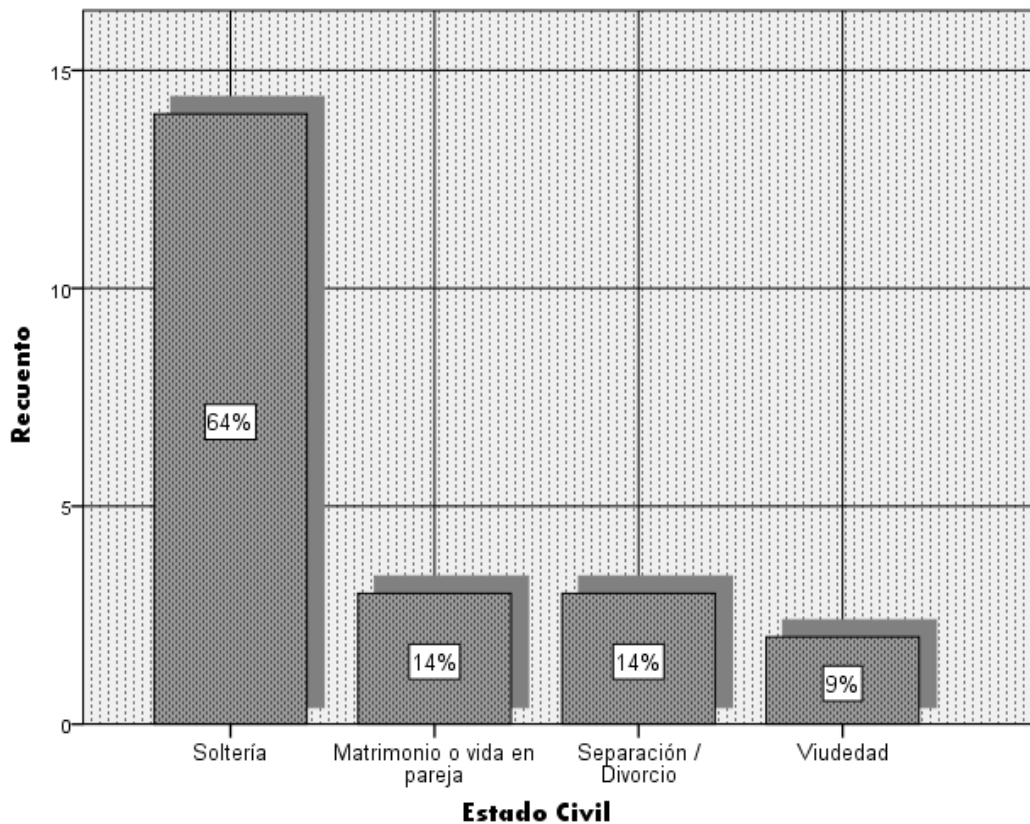
Estadísticos	
Edad	
Media	33,40
Mínimo	19
Máximo	56

Gráfico N° 2 Frecuencia de Edades.



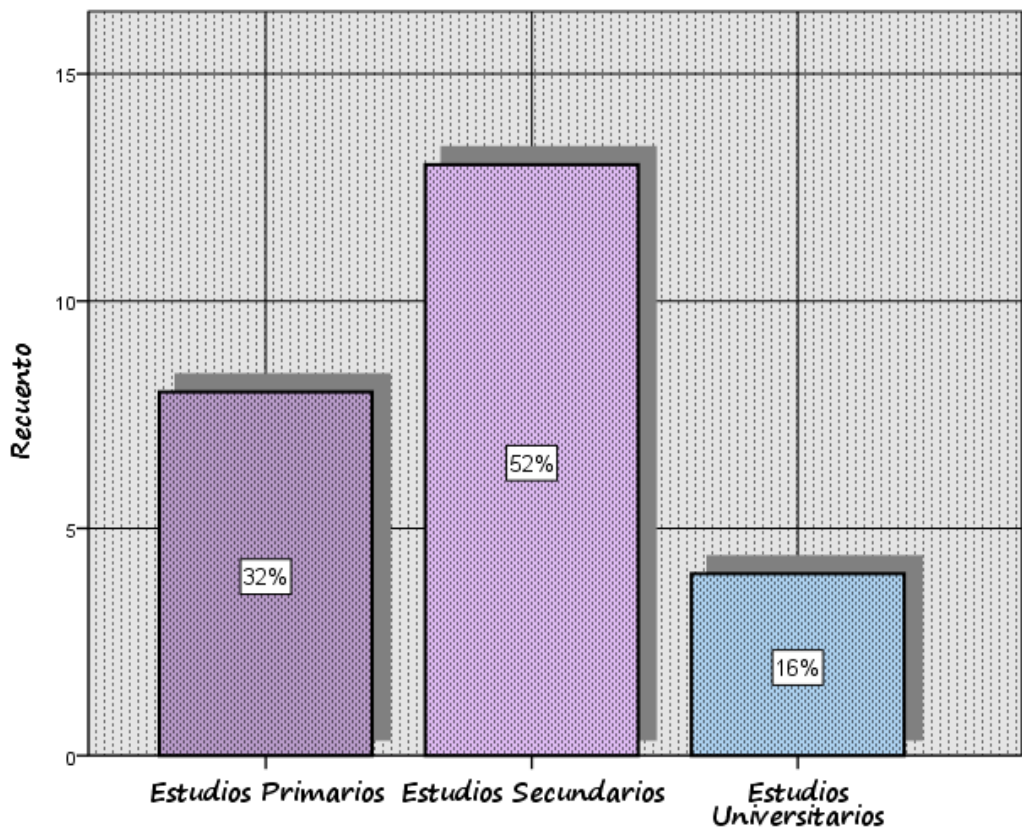
Se puede apreciar en el gráfico que la mayoría de mujeres que se encuentran en un centro de rehabilitación tienen de 20 a 24 años, claramente la medida de tendencia central nos muestra que el promedio es de 33 años, realizando rangos de edad podemos obtener porcentajes corroborando lo expuesto: el más alto es menores de 29 años con el 44%, seguido por el rango de 30- 39 años con el 28%, y seguido con el rango de edades entre los 40 y 49 años con el 12% y al final se encuentra el rango 50 a 59 años con el 16%.

Gráfico N° 3 Estado Civil.



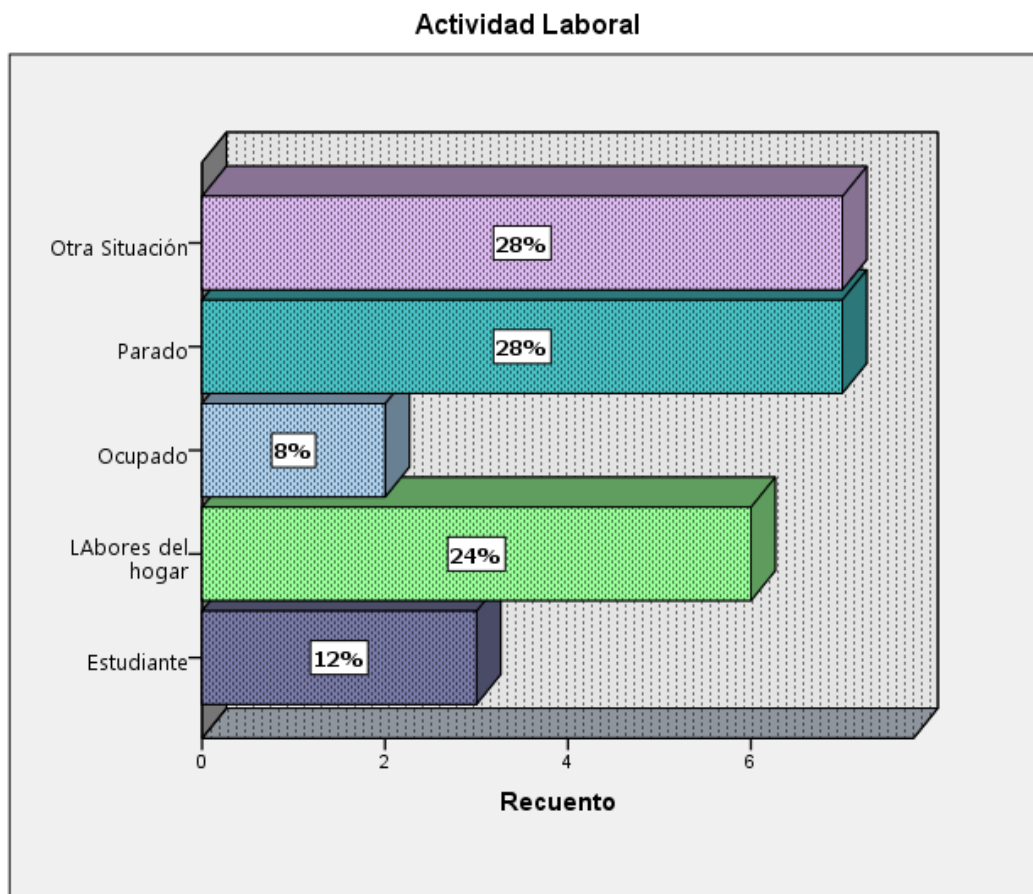
Como se puede observar en este gráfico la mayoría de pacientes tienen una condición de estado civil de soltero representado por el 64%, en este gráfico también se ha analizado las variables conjuntas de estado civil y el centro de rehabilitación al que pertenecen y se ha obtenido los siguientes resultados: el 28% de las encuestadas pertenecen al centro Mujeres de Valor y son solteras, siendo este estado civil el porcentaje más alto, los otros estados civiles como matrimonio, separación y/o divorcio tienen han alcanzado una cifra del 14% cada uno y al último se encuentra la característica Viudedad con el 9%.

Gráfico N° 4 Nivel de Estudio.



En este gráfico se analiza las variables del nivel de estudio de las pacientes y se aprecia que el porcentaje más alto se encuentra en mujeres con un nivel de estudio de secundaria con el 52%, luego se encuentra estudios primarios con el 32%, seguido de estudios Universitarios con el 16%.

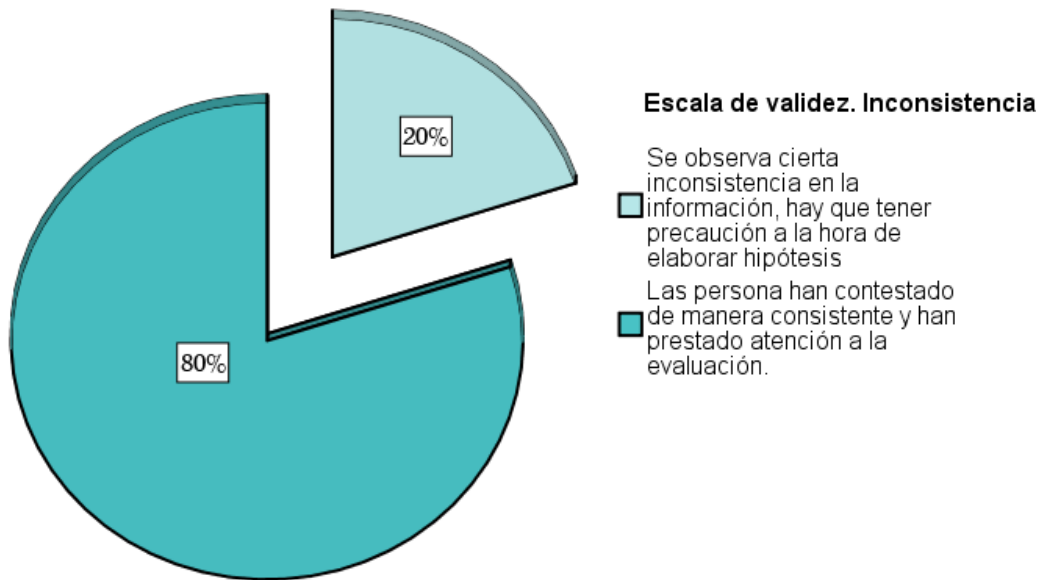
Gráfico N° 5 Actividad Laboral.



En este gráfico se analiza la actividad laboral de las mujeres que se encuentran internadas en los centros de rehabilitación, en donde el 56% de pacientes manifestaron encontrarse parados y en otra actividad diferente a la de ocupado, como estudiante o realizando actividades laborales en el hogar, es decir que más de la mitad de las pacientes que se encuentran internadas no se encuentran realizando ningún tipo de actividad laboral. Así mismo el 44% de las pacientes se encuentran realizando algún tipo de actividad laboral, siendo el 8% que se encuentra empleado u ocupado, el 24% en actividades laborales en el hogar y el 12% estudiando.

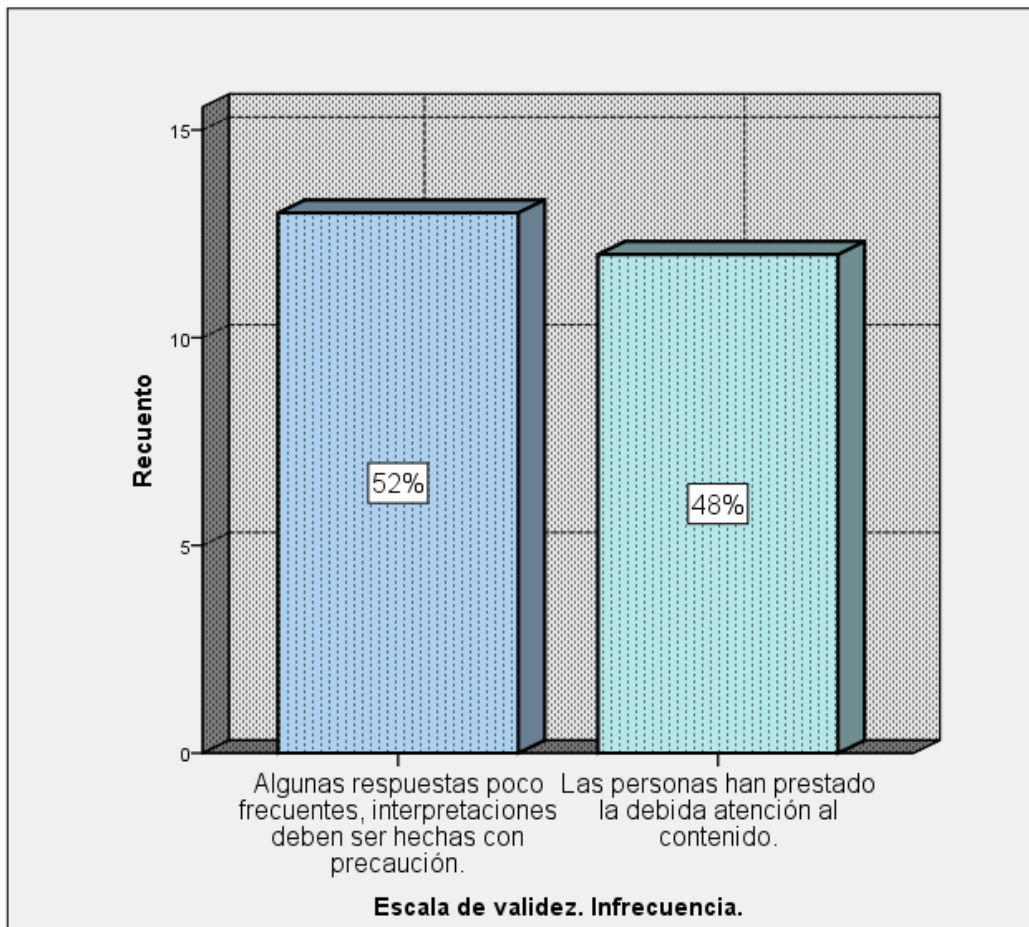
Frecuencias de escalas de Validez

Gráfico N° 6 Escala de validez. Inconsistencia.



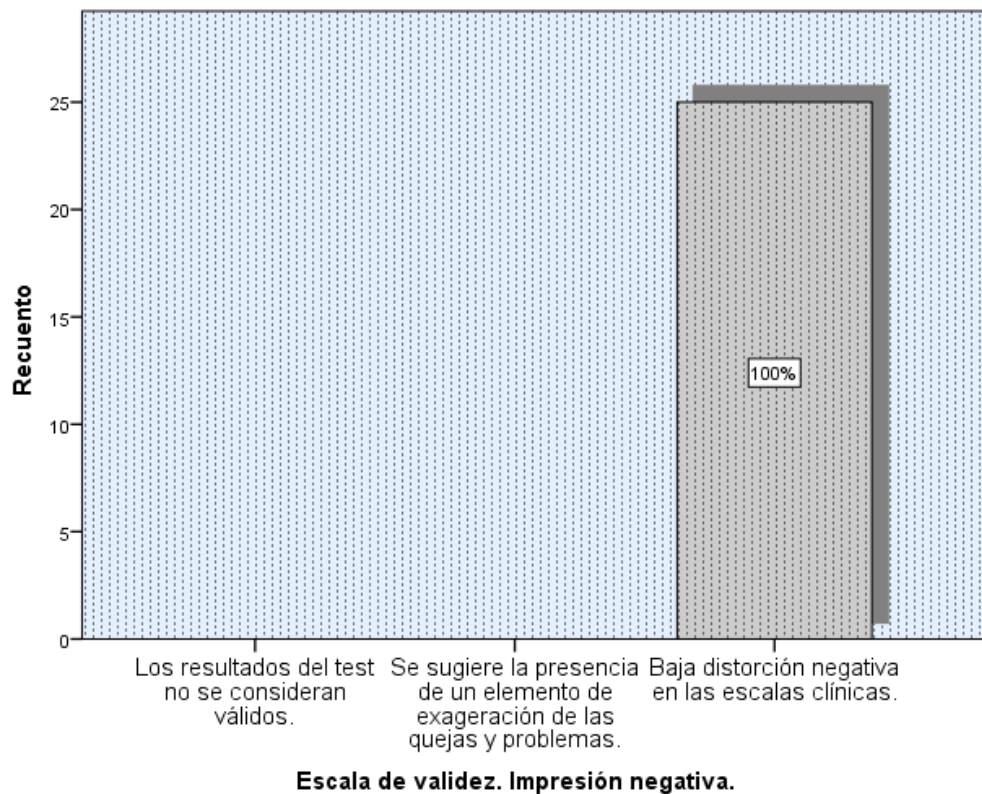
En el gráfico N. 6, se analiza la variable Inconsistencia, donde los resultados obtenidos del total de la población estudiada fueron los siguientes: el 80% de las internadas se encuentra dentro del rango ≤ 63 que significa que ha contestado de manera consistente y han prestado atención a la evaluación, el 20% están dentro del rango 64-74 que significa que existe cierta inconsistencia en la información, hay que tener precaución a la hora de elaborar la hipótesis pero sin embargo no representan el rango de ≥ 75 que significa la invalidación de los resultados del test, es decir que la evaluadas no ha prestado suficiente atención al contenido de los ítems, en este sentido no se tiene ningún resultado dentro de este rango, por lo cual el análisis de independencia de Chi2 resultará efectivo.

Gráfico N° 7 Escala de validez. Infrecuencia.



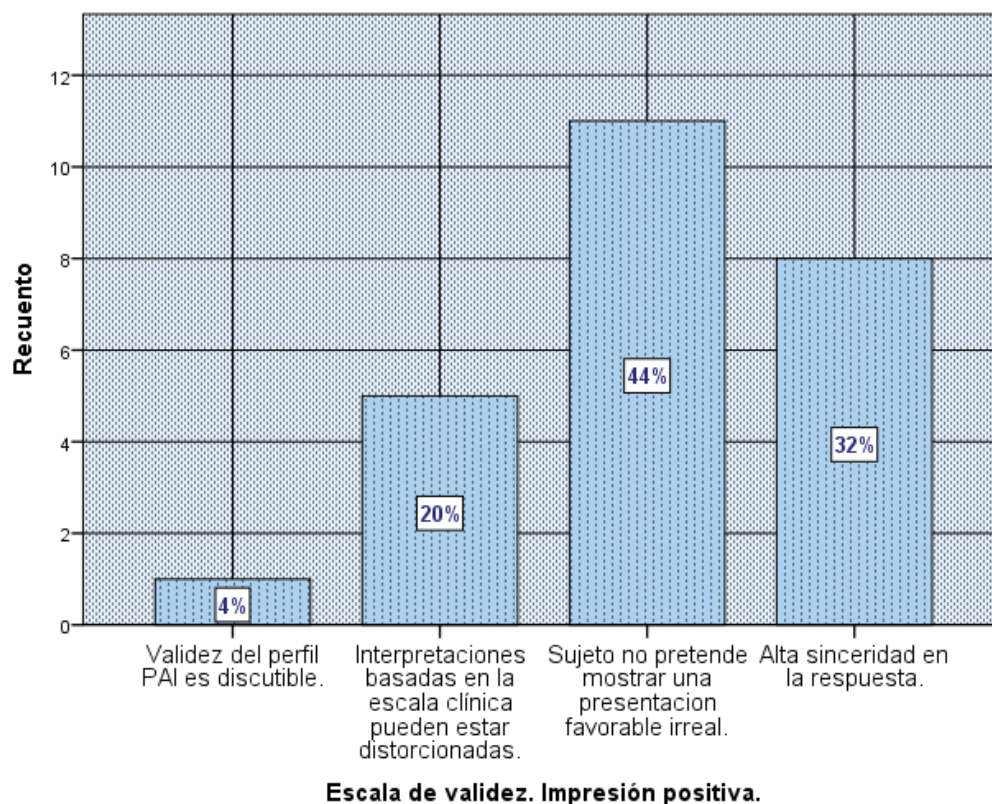
El gráfico N. 7 analiza la variable infrecuencia, donde los resultados obtenidos del total de la población estudiada indica que el 52% de las pacientes tienen la presencia de algunas respuestas poco frecuentes a los ítems, esto indica que cualquier hipótesis interpretativa derivada de las puntuaciones en otras escalas del PAI debe ser hecha con moderación, así mismo el 48% de las pacientes han prestado la atención necesaria al contenido, por lo general los resultados deben considerarse válidos y todas aquellas interpretaciones clínicas del perfil se consideran acertadas.

Gráfico N° 8 Escala de validez. Imprecisión negativa.



En este gráfico podemos apreciar que el 100% de las pacientes, es decir que todas las evaluadas obtuvieron puntuaciones T menores a 72 dentro del manual de aplicaciones, corrección y aplicación del inventario de evaluación de la personalidad PAI. (Morey, Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal, & Sánchez, 2009), esto nos quiere decir que cada una de las evaluadas no presentaron distorsiones negativas, tampoco reflejan una tendencia a proporcionar una impresión exageradamente negativa o distorsionada de sí mismo y de sus circunstancias actuales, lo más redimible es que los resultados del test si se consideran válidos y la interpretación del resto de las escalas del PAI de igual manera.

Gráfico N° 9 Escala de validez. Impresión positiva.

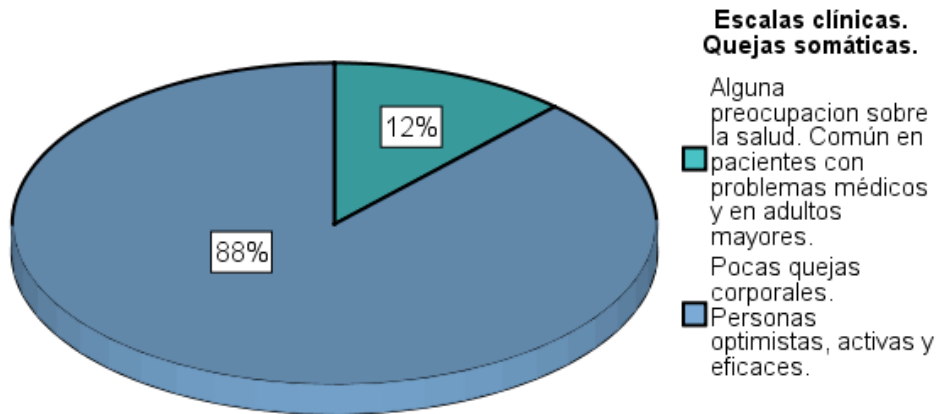


En el gráfico anterior (N°9) se analiza la variable impresión positiva el cual nos muestra que el 44% de las encuestadas se encuentran en un rango de puntuaciones que sugieren que el evaluado no pretende presentar una impresión favorable irreal al completar el test, así mismo el gráfico representa que el 32% de la evaluadas tuvieron bajas puntuaciones en IMP, éstas puntuaciones indican una alta sinceridad en la respuesta, por lo general las puntuaciones de la escala impresión negativa no se encuentran en el rango donde se considera discutible la validez del PAI, por lo que no se recomienda extremar las precauciones en la interpretación del resto de escalas.

En general, todas las escalas de validez del PAI realizadas a las evaluadas muestran puntuaciones bajas, por lo que se considera que las interpretaciones de las demás escalas resultan ser confiables y válidas.

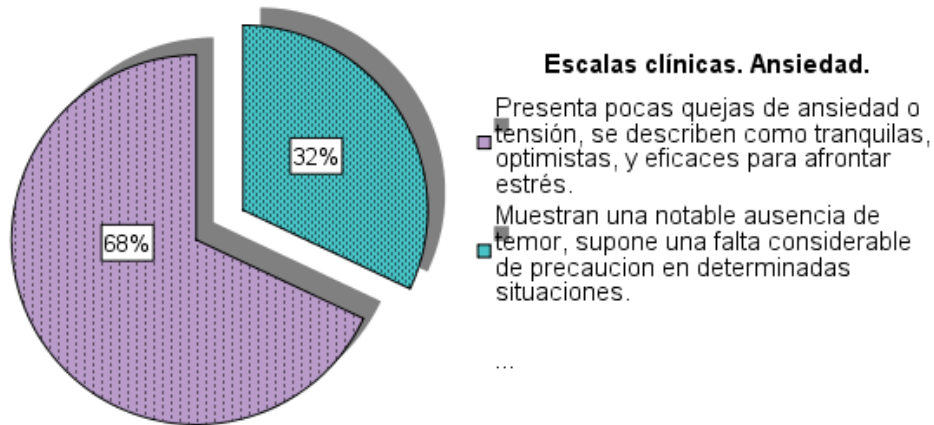
Frecuencias de escalas de Clínicas

Gráfico N° 10 Escalas clínicas. Quejas somáticas.



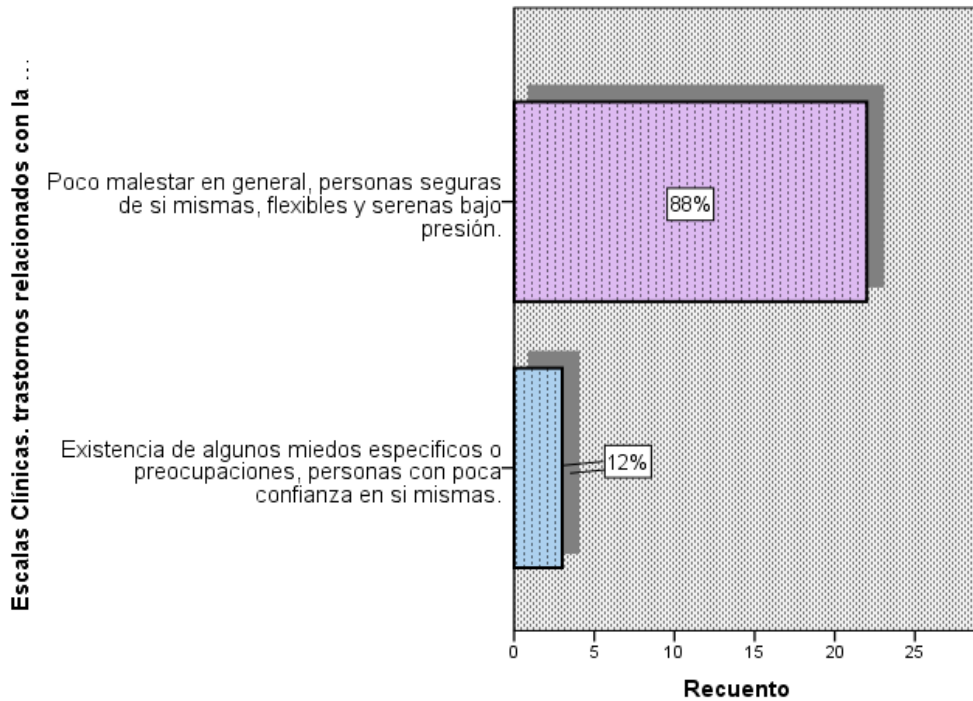
Los resultados muestran en cuanto a las preocupaciones que se muestran sobre los aspectos físicos y de salud que el 88% del total de las 25 encuestadas tienen pocas quejas corporales, mostrando puntuaciones T en valoración de quejas somáticas son pacientes valoradas como optimistas, activas y eficaces; también observamos que un 12% de pacientes indican alguna preocupación sobre la salud.

Gráfico N° 11 Escalas clínicas. Ansiedad.



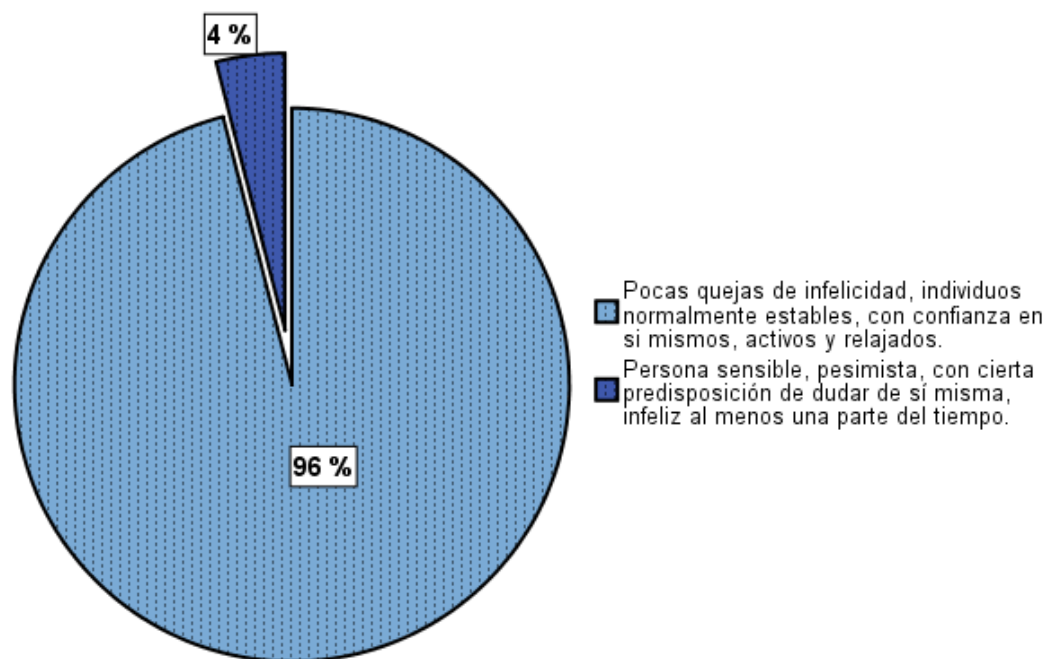
Los análisis realizados sobre la ansiedad muestran que el 32% del total de las evaluadas tuvieron puntuaciones T que reflejan una notable ausencia de temor, esto supone una falta considerable de precaución en determinadas situaciones, se aprecia además que el 68% presentan pocas quejas de ansiedad o tensión por lo general son pacientes que se pueden describir como tranquilas, optimistas, y eficaces para afrontar el estrés.

Gráfico N° 12 Escalas Clínicas. Trastornos relacionados con la ansiedad.



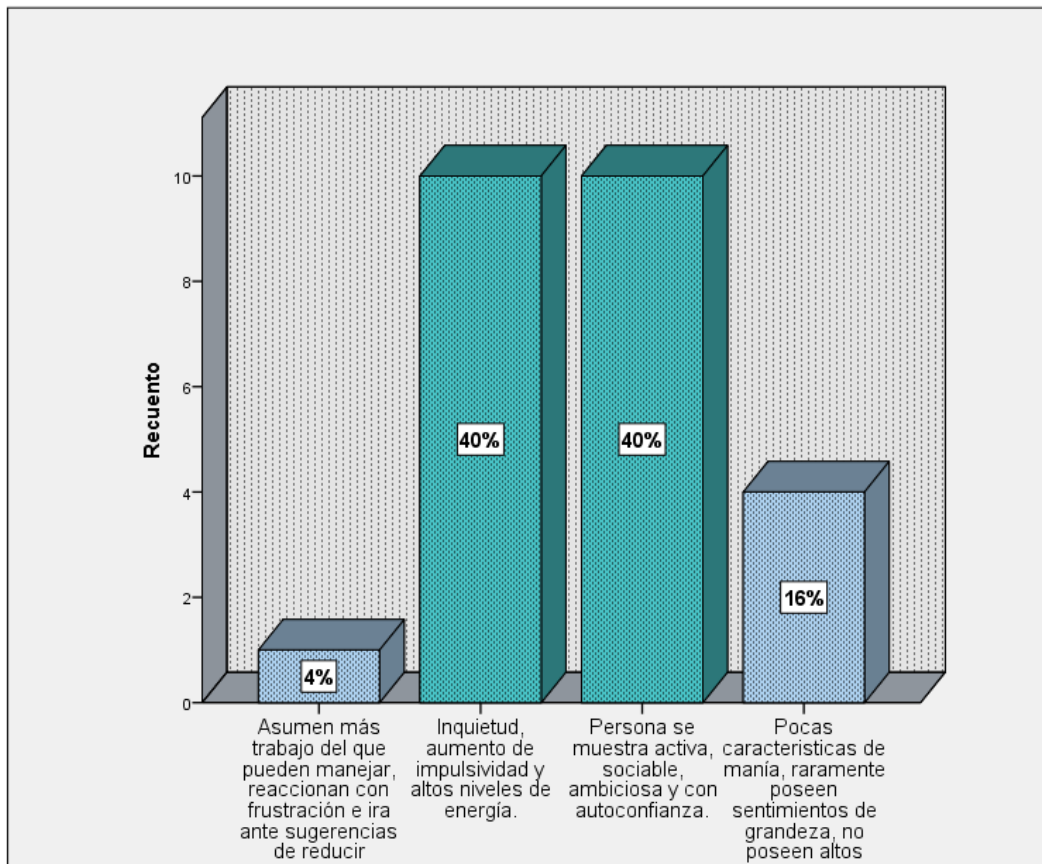
Se puede apreciar que dentro de la escala clínica de trastornos relacionados con la ansiedad, la mayoría de pacientes (88%) reflejan poco malestar en general, esto por lo general representa que la mayoría son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión, así mismo se observa que el 12% indican la existencia de algunos miedos específicos o preocupaciones, personas que tienen poca confianza en sí mismas.

Gráfico N° 13 Escalas Clínicas. Depresión.



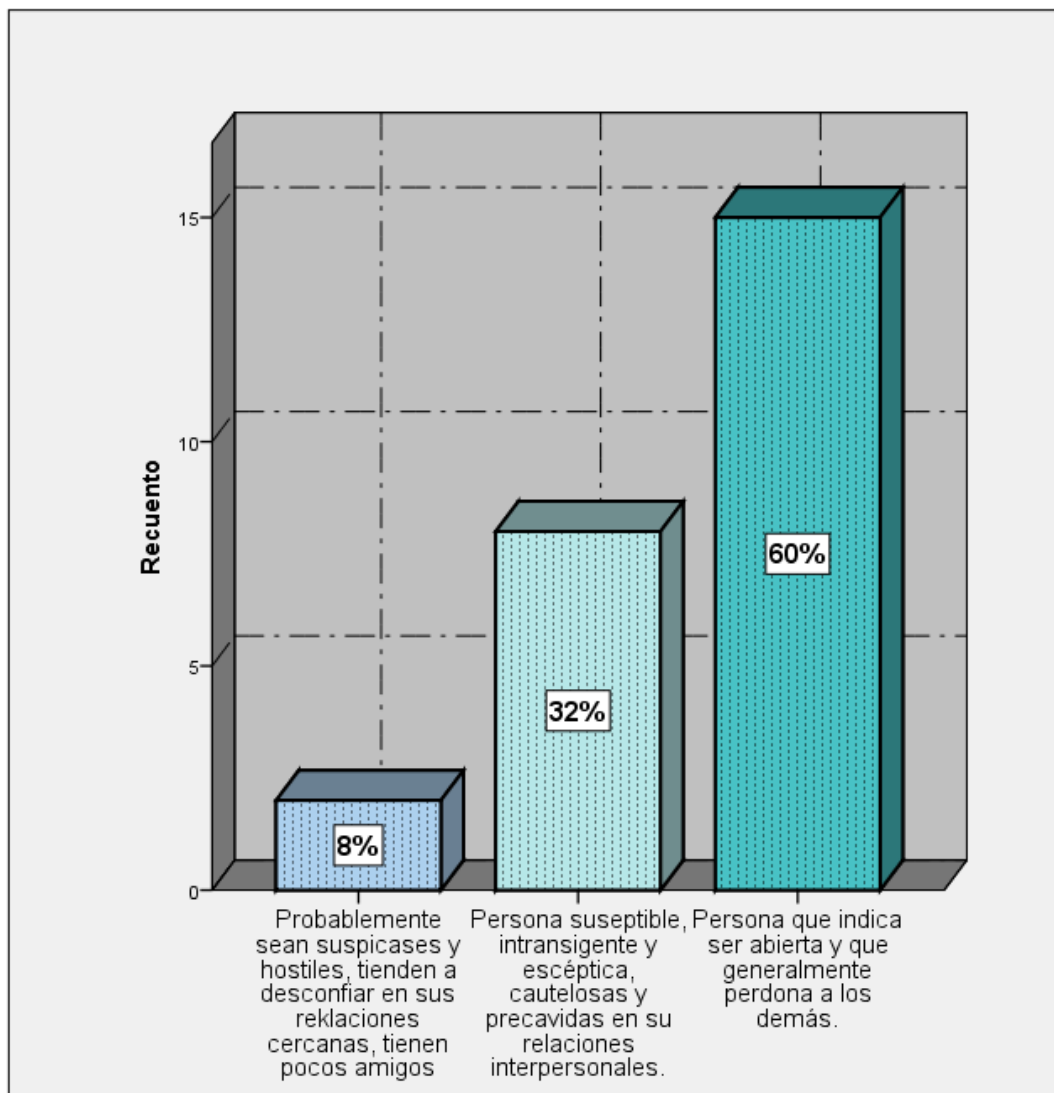
Esta variable de depresión representa que el 96% de evaluados reflejan a una persona que tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Tales individuos son normalmente percibidos como estables, con confianza en sí mismos, activos y relajados. Así mismo vemos que un 4% (en términos de frecuencia representada por una persona) vemos que se encuentra en el rango de puntuaciones T comprendida entre 60 y 69 por lo que este rango muestran una persona sensible, pesimista, con cierta predisposición a dudar de sí misma y que es infeliz al menos una parte del tiempo.

Gráfico N° 14 Escalas clínicas. Manía.



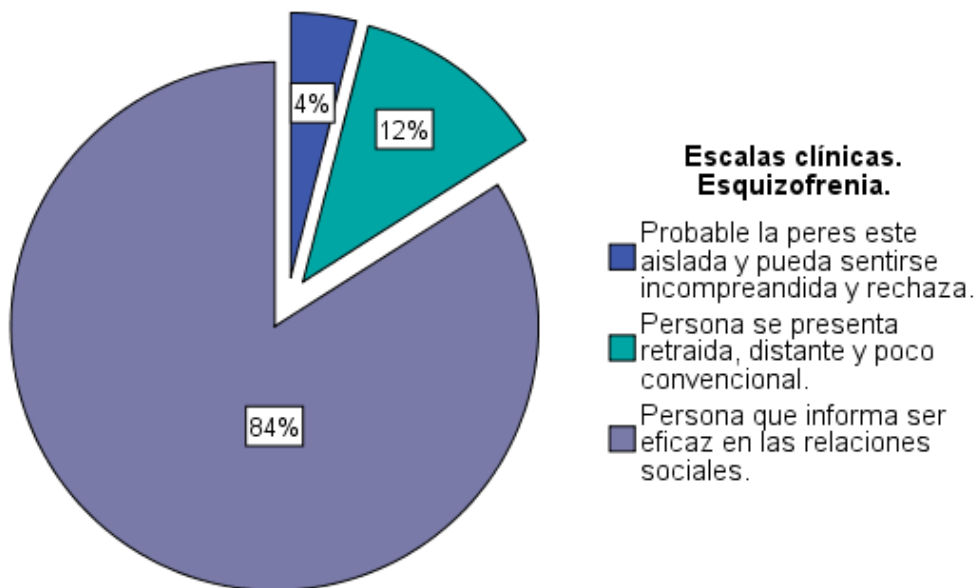
El 40% de las evaluadas se muestran en un rango que sugieren a una persona que se muestra activa, sociable, ambiciosa y con autoconfianza, igualmente el mismo porcentaje obtuvieron puntuaciones que asocian con inquietud, un aumento de la impulsividad y altos niveles de energía, otros observadores podrían describirlas como personas antipáticas, malhumoradas y temperamentales. Por otro lado un 16% de pacientes se encuentran en las puntuaciones inferiores al valor mínimo, estas reflejan personas con pocas características de manía o hipomanía, aunque los individuos deprimidos raramente poseen sentimientos de grandeza y no tienen niveles elevados de actividad, pueden ser irritables y por lo tanto la depresión no tiene que estar invariablemente asociada a puntuaciones de manía muy bajas. Así mismo con un porcentaje del 4% muestran puntuaciones que revelan pacientes con características que asumen más trabajo del que pueden manejar, reaccionan con frustración e ira ante sugerencias de reducir los niveles de actividad.

Gráfico N° 15 Escalas clínicas. Paranoia.



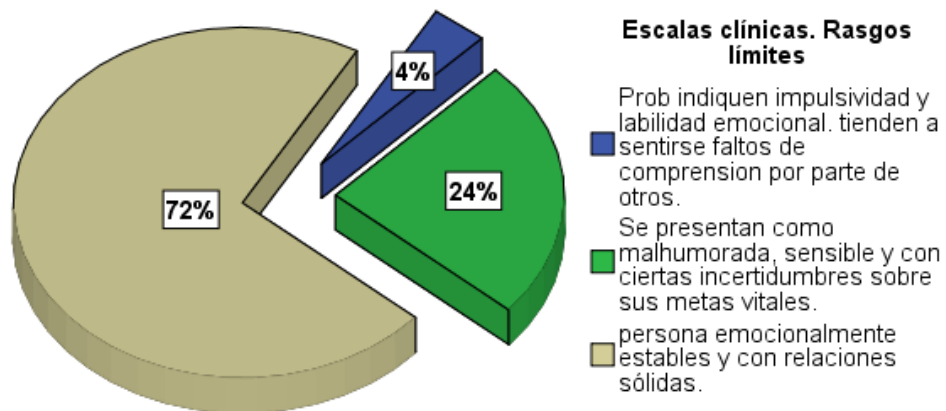
El gráfico N. 15 nos muestra que el 60% de las evaluadas presentan puntuaciones T inferiores a 59 lo que reflejan a una persona que indica ser abierta y que generalmente perdona a los demás, un 32% de los encuestadas indican ser personas susceptibles, intransigentes y escépticas, sobretodo en sus relaciones interpersonales pueden llegar a ser bastante precavidas y cautelosas, y un 8% indican a individuos que probablemente sean manifiestamente suspicaces y hostiles, tienden a desconfiar en sus relaciones cercanas y a tener pocos amigos íntimos.

Gráfico N° 16 Escalas clínicas. Esquizofrenia.



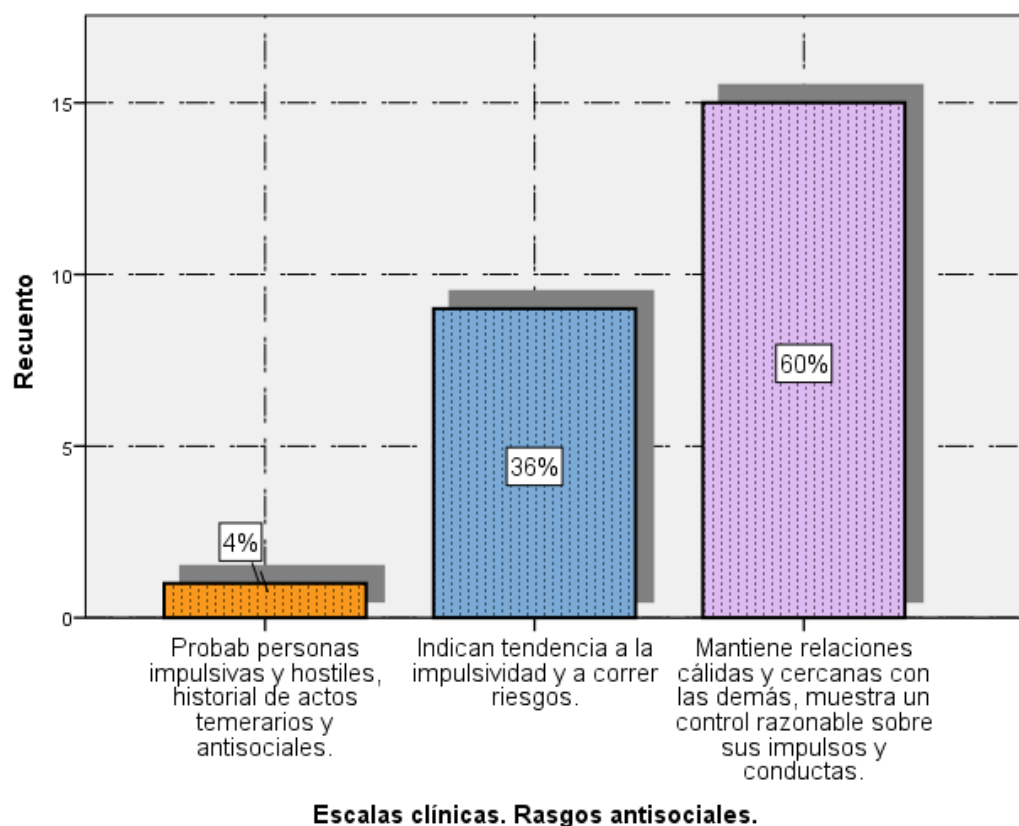
Cómo podemos apreciar en el gráfico N. 16, la mayoría de pacientes (84%) reflejan ser eficaces en las relaciones sociales y que no tienen problemas de atención o concentración, ese rango representa la puntuación mínima de las diferentes facetas de la esquizofrenia, así mismo podemos observar que un 12% de pacientes se muestran retraídas, distantes y poco convencionales, y un 4% de evaluados probablemente estén aislados y puedan sentirse incomprendidas y rechazadas por los demás, también son posibles que tengan algunas posibles dificultades en el pensamiento, la concentración y la toma de decisiones.

Gráfico N° 17 Escalas clínicas. Rasgos límites.



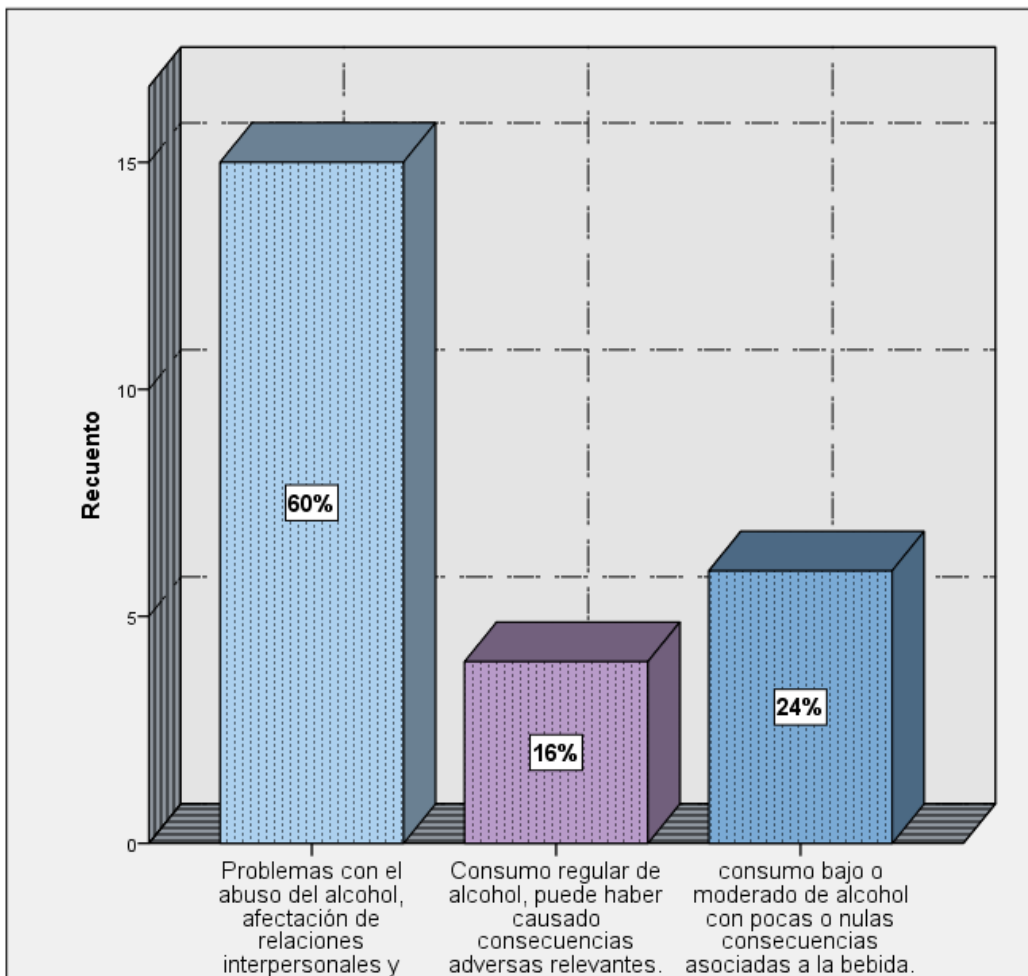
En el gráfico N. 17 podemos evaluar un número de síntomas asociados a un trastorno grave a la personalidad, y observamos que un 72% de las evaluadas responden a ser emocionalmente estables y a tener relaciones sólidas, un 24% se muestran como malhumorada, sensible y con ciertas incertidumbres sobre sus metas vitales y solamente un 4% se encuentran en un rango que probablemente indiquen impulsividad y labilidad emocional, tienden a sentirse faltos de comprensión por parte de otros y encuentran difícil mantener relaciones cercanas.

Gráfico N° 18 Escalas clínicas. Rasgos antisociales.



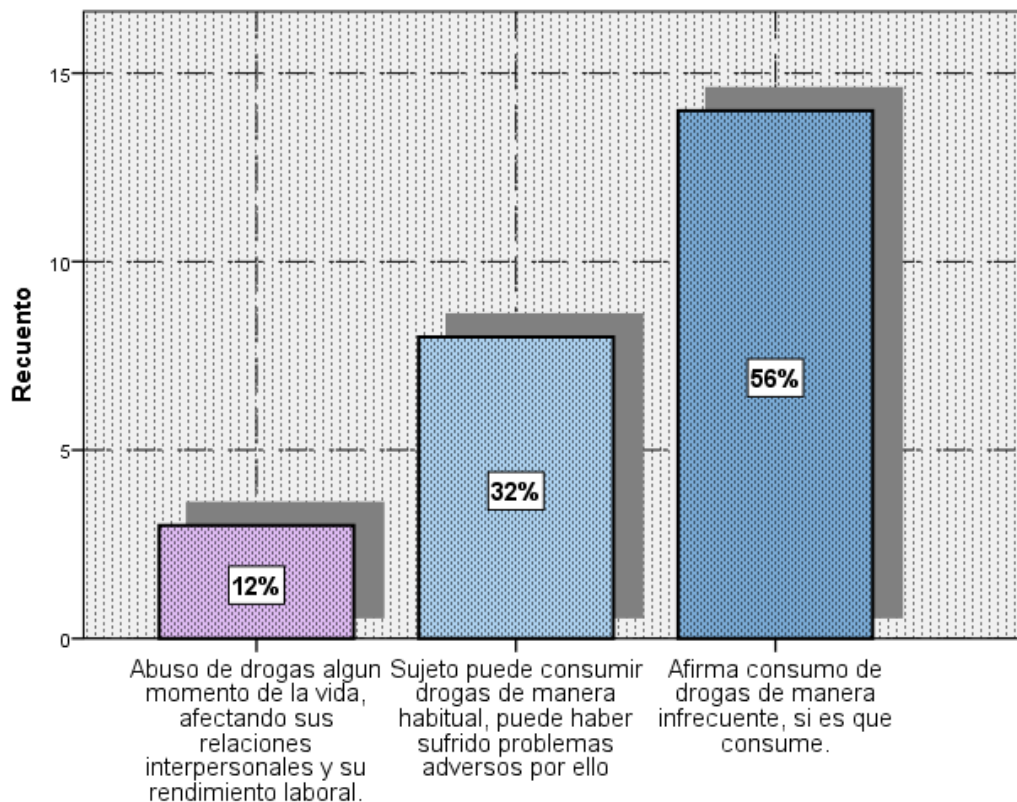
Como se observa en el gráfico N. 18 en cuanto a las características de la personalidad y los comportamientos relevantes de la personalidad antisocial y de la psicótica vemos que el 60% del total de pacientes se encuentran en el rango mínimo que es indicativo de personas que mantienen relaciones cálidas y cercanas con los demás, también muestran un control razonable sobre sus impulsos y conductas, así mismo el 36% de evaluadas indican tendencia a la impulsividad y a correr riesgos, y también se observa que un 4% de pacientes evaluadas con probabilidad son personas que indican impulsividad y hostilidad, probablemente tengan un historial de actos temerarios y antisociales.

Gráfico N° 19 Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.



En el gráfico anterior podemos destacar que la mayoría de pacientes (60%) tienen problemas con el abuso del alcohol, con seguridad estos problemas conllevan a una afectación de relaciones interpersonales y laborales, un 16% tienen un consumo regular de alcohol y un 24% tiene un consumo bajo o moderado de alcohol y las consecuencias asociadas a la bebida son pocas o nulas.

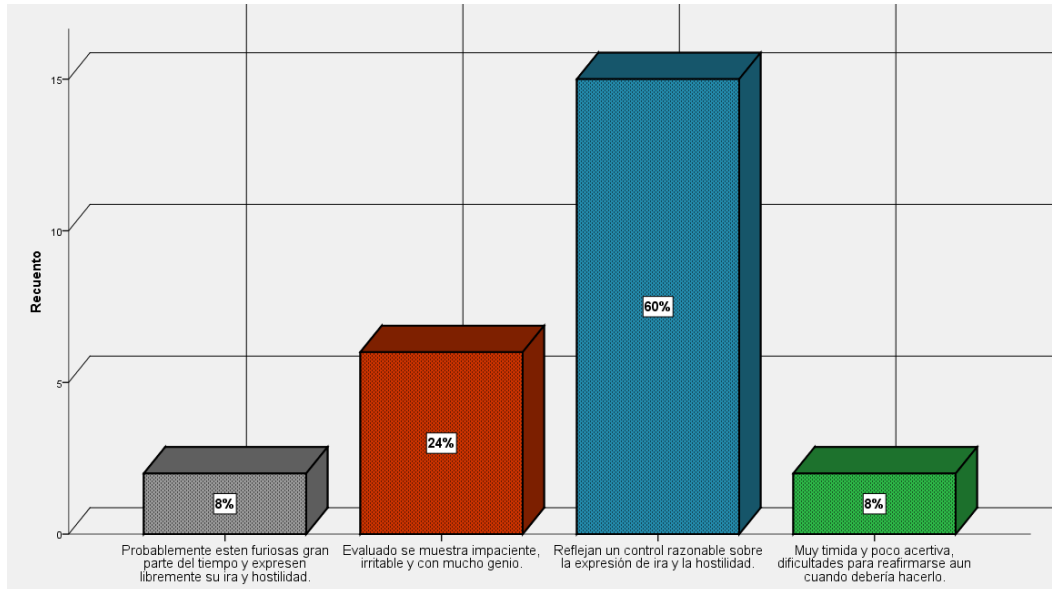
Gráfico N° 20 Escalas clínicas. Problemas con las drogas.



En cuanto al consumo de drogas podemos apreciar que el 12% de pacientes han tenido un abuso de drogas en algún momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral, el 32% son sujetos que puede consumir drogas de manera habitual, pueden haber sufrido problemas adversos por ello, y un 56% afirma consumo de drogas de manera infrecuente, o tal vez no consume.

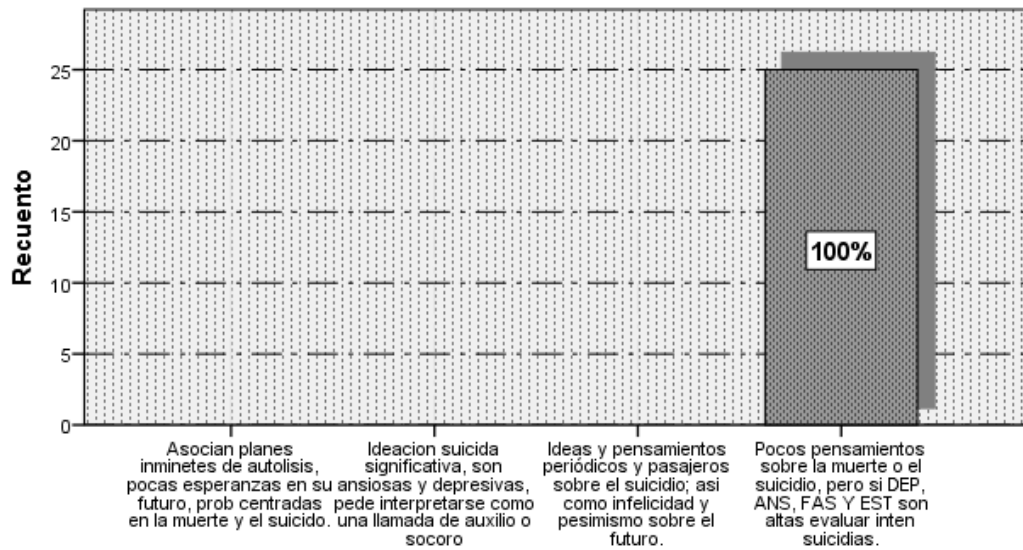
Frecuencias de escalas relacionadas con el tratamiento

Gráfico N° 21 Escala relacionadas con el tratamiento. Agresión.



En la variable Agresión se puede observar los siguientes resultados: el 60% de los encuestados reflejan un control razonable sobre la expresión de ira y la hostilidad. También se encuentra la característica que con el 24 % de evaluadas se muestran impaciente, irritable y con mucho genio, y por último el 8% se encuentran las dos características de que probablemente estén furiosas gran parte del tiempo y expresan libremente su ira y hostilidad, y la característica muy tímida y poco asertiva.

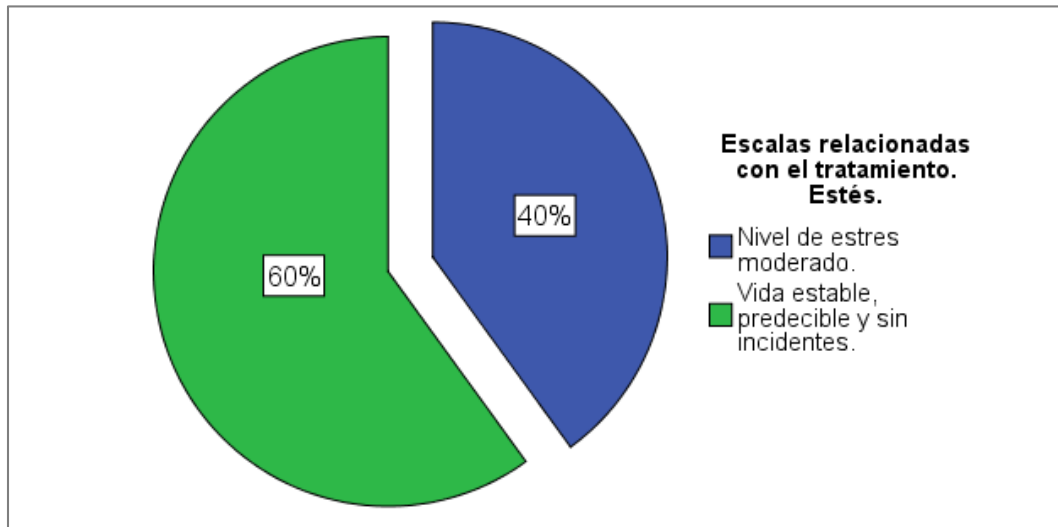
Gráfico N° 22 Escalas relacionadas con el tratamiento. Ideación Suicida.



Escalas relacionadas con el tratamiento. Ideación suicida.

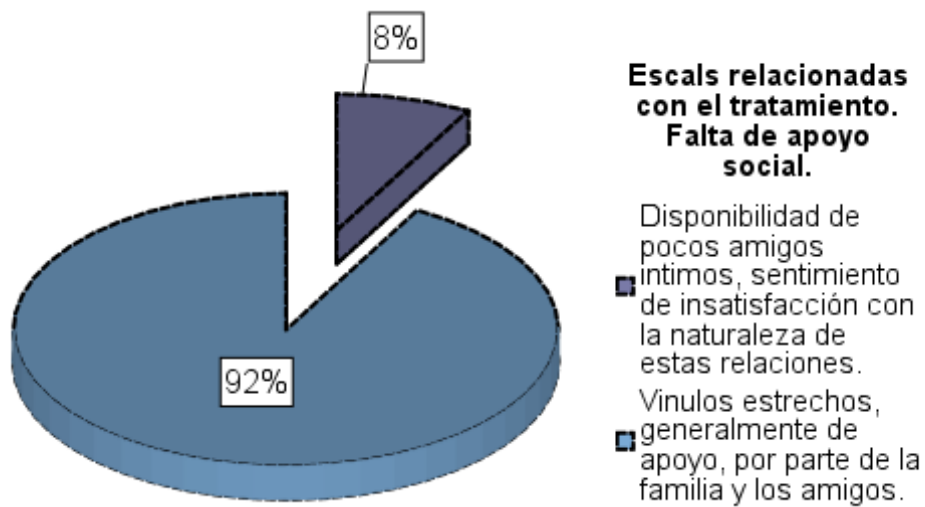
Esta indica que el 100% de las pacientes tienen puntuaciones que reflejan pocos pensamientos sobre muerte o suicido.

Gráfico N° 23 Escalas relacionadas con el tratamiento. Estrés.



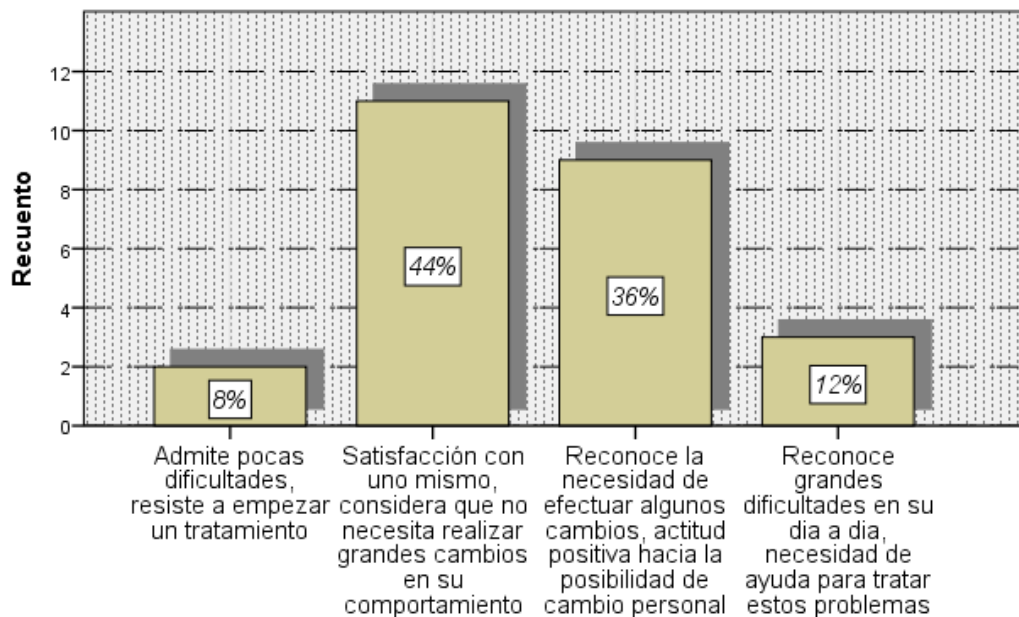
En el gráfico anterior se analiza la variable Estrés, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: la característica Vida estable alcanzó el 60% seguido de la categoría Nivel de estrés moderado con el 40%.

Gráfico N° 24 Escalas relacionadas con el tratamiento. Falta de apoyo social.



En el gráfico N. 24 se estudió la variable Falta de apoyo social, a través de la encuesta realizada se obtuvo que el 92% de los encuestados se encuentra dentro de la categoría vínculos estrechos, generalmente de apoyo, por parte de la familia y los amigos. Además se encuentra la característica disponibilidad de pocos amigos íntimos, sentimiento de insatisfacción con la naturaleza de estas relaciones, ya que ha alcanzado el 8%.

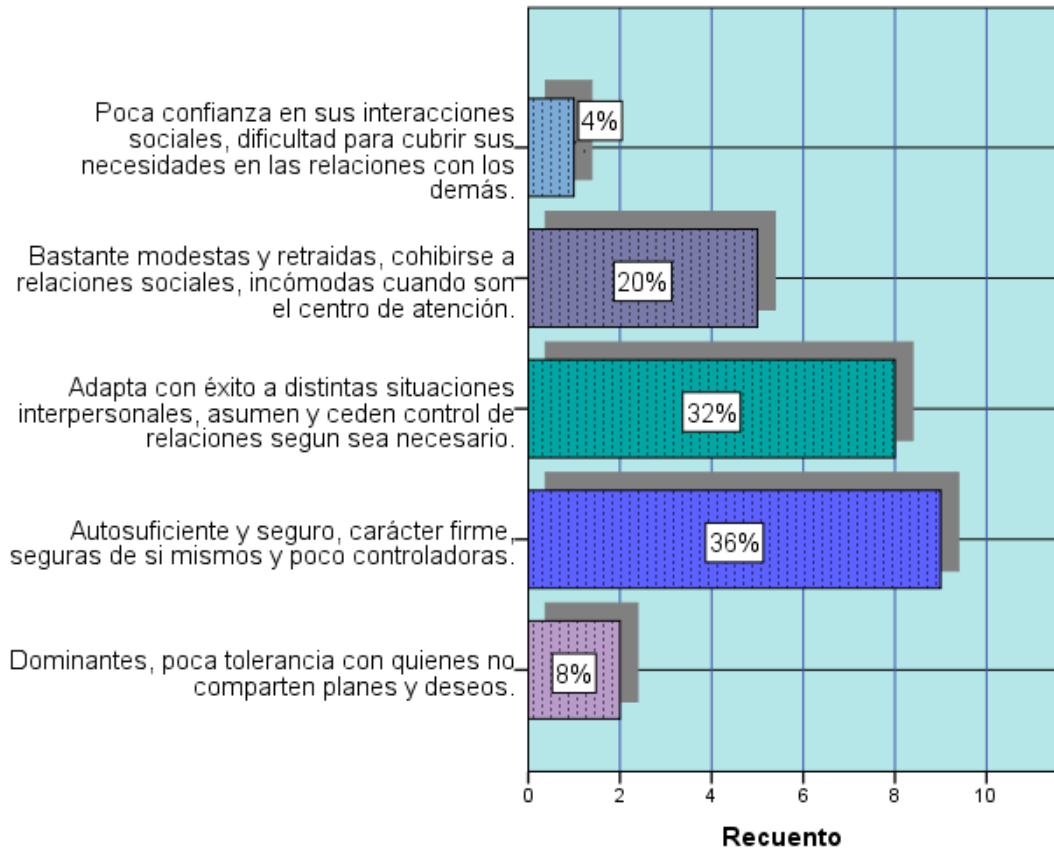
Gráfico N° 25 Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento.



En el gráfico anterior se analizó la variable Rechazo al tratamiento, en donde el 44% de las pacientes tienen puntuaciones que dan interpretaciones de ser personas con satisfacción con uno mismo, considera que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento, también el 36% de los encuestados está dentro de la categoría reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal, así mismo el 12% de pacientes se encuentra la categoría donde reconoce grandes dificultades en su día a día, necesidad de ayuda para tratar estos problemas, y en la categoría más baja el 8% de las evaluadas admiten pocas dificultades y se resiste a empezar un tratamiento.

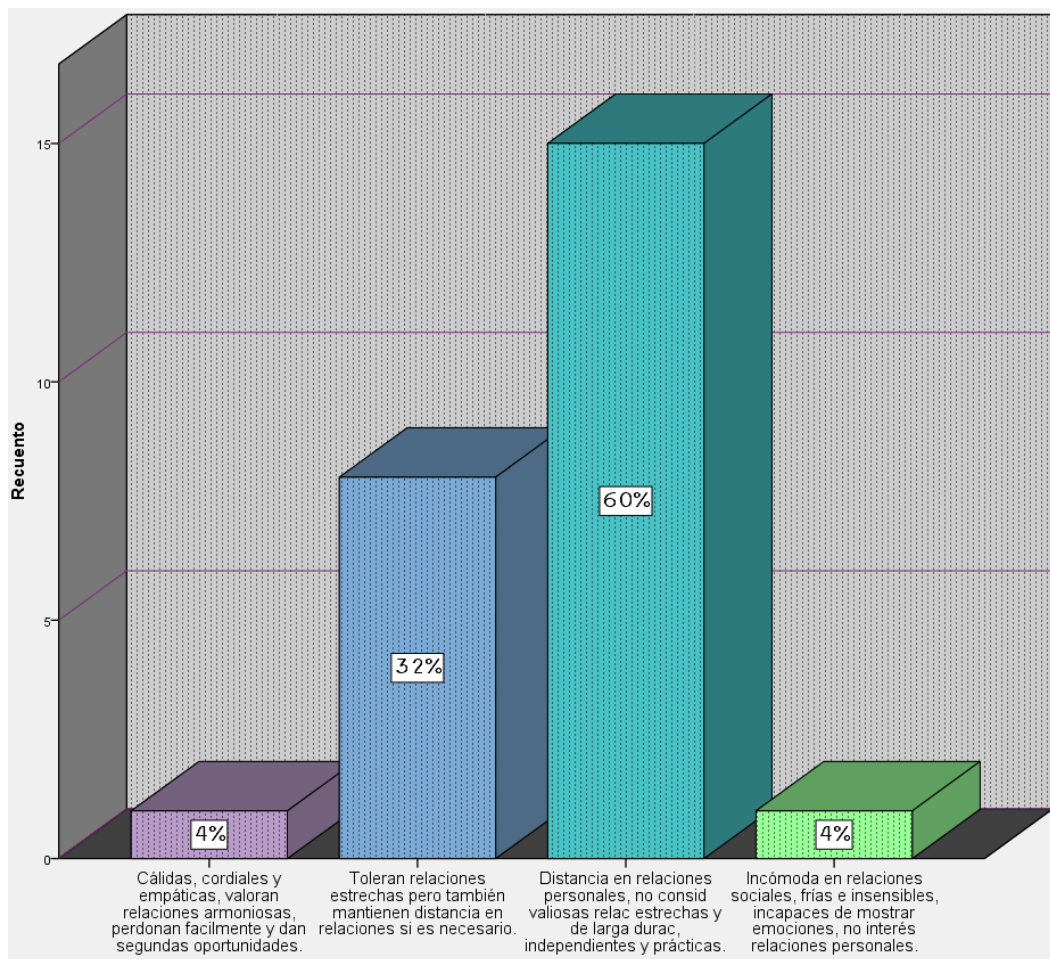
Frecuencias de escalas de relación interpersonal

Gráfico N° 26 Escalas de relación interpersonal. Dominancia.



Podemos observar que un 8% de evaluados se caracterizan por ser dominantes, tienen poca tolerancia con quienes no comparten planes y deseos, el 36% se caracterizan por ser autosuficiente y seguros, con un carácter firme, el 32% son personas las cuales se adaptan con éxito a distintas situaciones interpersonales, asumen y ceden control de relaciones según sea necesario, el 20% representa pacientes bastante modestas y retraídas, pacientes que se cohiben a relaciones sociales, y se sienten incómodas cuando son el centro de atención, el 4% son evaluados con poca confianza en sus interacciones sociales, y tienen dificultad para cubrir sus necesidades en las relaciones con los demás.

Gráfico N° 27 Escalas de relación interpersonal. Afabilidad.



Se observa que el 4% de evaluados se encuentran en el límite superior e inferior de las puntuaciones T, lo que quiere decir que son cálidas, cordiales y empáticas, valoran relaciones armoniosas, perdonan fácilmente y dan segundas oportunidades, todo lo contrario los que se ubican en el rango inferior ya que estas personas se sienten incómoda en relaciones sociales, por lo general son frías e insensibles, incapaces de mostrar emociones, y no interés relaciones personales. El 32% representa a personas que toleran relaciones estrechas pero también mantienen distancia en relaciones si es necesario, y el 60% son evaluados que dan distancia en relaciones personales, no consideran valiosas a relaciones estrechas y de larga duración, son independientes y prácticas.

ANALISIS DEL CHI 2

- **Asociación del problema con el alcohol y problemas con drogas.**

Al tratar de asociar a los problemas con el abuso del alcohol y un abuso de consumo de drogas en algún momento de su vida, se responde esta hipótesis planteada mediante una tabla de contingencia y su respectiva prueba de Chi 2 de Pearson.

Como podemos observar en el [Anexo N°1 de Tablas y Gráficos](#), los porcentajes en cuanto a esta relación es tan solo del 20% por lo que se presume que para el caso de éste análisis no tienen asociación.

Esto se comprueba con la prueba de Chi 2 que muestra que efectivamente no existe una relación de estas dos variables obtenidas mediante el test PAI de mujeres internadas en centros de rehabilitación de Cuenca.

TABLA N° 2 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Problemas con las drogas. Pruebas de chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,551 ^a	4	,235
Razón de verosimilitudes	7,557	4	,109
Asociación lineal por lineal	,974	1	,324
N de casos válidos	25		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

- **Asociación de problemas con el abuso del alcohol y drogas con escalas clínicas de depresión.**

Al realizar la tabla de contingencia [Ver Anexo N°2 de Tablas y Gráficos](#) observamos que los test no han dado resultados de relación entre personas con problemas con el abuso del alcohol y problemas con escalas clínicas de depresión, esto lo podemos corroborar en la tabla del análisis del Chi 2, ya que la significancia bilateral nos da un valor mayor (0,19) al error tolerable del 0,05, igualmente para pacientes con problemas con abuso de drogas y problemas de depresión no se encontró ninguna asociación, ya que el ($p > 0,05$).

TABLA N° 3 Pruebas de chi-cuadrado problemas con el abuso del alcohol y depresión.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,299 ^a	2	,192
Razón de verosimilitudes	2,990	2	,224
Asociación lineal por lineal	2,604	1	,107
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

TABLA N° 4 Pruebas de chi-cuadrado problemas con el abuso de drogas y depresión.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,214 ^a	2	,331
Razón de verosimilitudes	2,369	2	,306
Asociación lineal por lineal	,398	1	,528
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

- **Asociación de personas con problemas con alcohol y las drogas con escalas clínicas de rasgos antisociales.**

En el estudio realizado por (de Sola Gutiérrez, Valladolid, & de Fonseca, 2013) se concluye que “el modelo de adicción a sustancias puede ser aplicable al campo de las adicciones comportamentales, desde la impulsividad como antesala”, por este motivo existe la motivación de realizar un contraste del consumo de sustancias como alcohol y drogas con la asociación de variables clínicas de pacientes, en este caso con los rasgos antisociales.

Al realizar la comparación de este análisis obtenemos que la variable problemas con las drogas tiene una asociación con la variable de rasgos antisociales, observando que el porcentaje de cometer un error en la hipótesis es bien bajo (valor $p < 0,05$), por lo cual podemos atrevernos a inferir que pacientes que tienen problemas con las drogas, con probabilidad son personas impulsivas y hostiles, que pueden tener un historial de actos temerarios y antisociales.

Así mismo podemos [Ver Anexo N°3 de Tablas y Gráficos](#) e interpretar que el 33% de las pacientes que en algún momento de su vida tuvo un abuso con las drogas con probabilidad son

personas impulsivas y hostiles, y el 66% son pacientes con tendencia a la impulsividad y a correr riesgos.

TABLA N° 5 Pruebas de chi-cuadrado Problemas con las drogas y rasgos antisociales.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,529 ^a	4	,004
Razón de verosimilitudes	14,265	4	,006
Asociación lineal por lineal	11,316	1	,001
N de casos válidos	25		

a. 7 casillas (77.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .12.

Pero sin embargo la variable de problemas con el alcohol no tiene ninguna relación o asociación con la variable de rasgos antisociales ya que el valor p es mayor al nivel de error con un nivel de confianza del 95%, así como lo podemos ver claramente en la tabla del análisis del chi-cuadrado.

TABLA N° 6 Pruebas de chi-cuadrado Problemas con el alcohol y rasgos antisociales.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,148 ^a	4	,386
Razón de verosimilitudes	5,758	4	,218
Asociación lineal por lineal	1,530	1	,216
N de casos válidos	25		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

- **Asociación de personas con problemas con alcohol y las drogas con otras escalas clínicas.**

En resumen podemos apreciar la siguiente tabla que nos muestra cuales son la variables que tienen una asociación con problemas con el abuso del alcohol y las drogas, encontrando que nuestro trabajo encuentra una asociación de rasgos antisociales, esquizofrenia, y rasgos límites con el problema de abuso de drogas.

TABLA N° 7 Asociación de personas con problemas con alcohol y las drogas con otras escalas clínicas.

RELACION DE VARIABLES	CHI CUADRADO	
	Problemas con el abuso de alcohol	Problemas con el abuso de drogas
· Asociación depresión.	0.192	0.331
· Asociación de rasgos antisociales.	0.386	0.004
· Asociación de quejas somáticas.	0.321	0.367
· Asociación de ansiedad.	0.948	0.447
· Asociación de manía.	0.682	0.522
· Asociación de paranoia.	0.164	0.728
· Asociación de esquizofrenia.	0.839	0.031
· Asociación de rasgos límites.	0.661	0.013
· Asociación de falta de apoyo social.	0.608	0.426
· Asociación de estrés.	0.683	0.286
· Asociación de dominancia	0.836	0.256
· Asociación de afabilidad.	0.091	0.34
· Asociación de rechazo al tratamiento.	0.774	0.192

4. CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. Introducción

Este capítulo muestra un análisis de asociación, comparación y discusión de variables mediante el análisis de chi-cuadrado y por inferencia estadística a partir de trabajos de investigación de varios autores que presentan hipótesis a partir de los datos e información obtenida al realizar métodos de evaluación a pacientes de características similares. También se realizara conclusiones y recomendaciones a partir del análisis de resultados de las distintas variables obtenidas en la presente investigación.

4.2. Discusión de resultados: Análisis Chi Cuadrado (X^2)³ e inferencia estadística.

En primer lugar por lo dicho por (Saavedra, 1997) puede existir comorbilidad por el consumo de sustancias, es decir que se puede dar una dependencia de las drogas debido al consumo de alcohol, dicho de otra forma se puede dar la influencia de la variable clínica problemas con el alcohol para que también exista un problema con las drogas, para comprobar esta hipótesis realizaremos la prueba de chi cuadrado mediante una tabla de contingencia.

Por otro lado, (Marín-Navarrete, y otros, 2013) comparando los resultados obtenidos en el estudio con los reportado en población abierta por Caraveo-Anduaga y Colmenares-Bermúdez (2002) observó que los trastornos de ansiedad y afectivos resultan ser los más prevalentes en comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias. Así mismo en el estudio “Comorbilidad psiquiátrica en drogodependencias” realizado por (Guisado Macías, Vaz Leal, Fernández-Gil, Peral Pacheco, & López-Ibor Aliño, 2000) se valoraron 51 pacientes en una unidad de drogodependencias. Se valoró la psicopatología, rasgos de personalidad, subtipo de drogodependencia y el consumo de heroína, cocaína, cannabis y alcohol, en este trabajo se realiza un análisis de dependencia de problemas con el alcohol y drogas con cada una de las variables clínicas del test con el ánimo de obtener un resultado de asociación entre esas variables.

³ “Sirve para analizar la relación de dependencia y/o independencia entre dos variables cualitativas, Es necesario resaltar que esta prueba indica si existe o no una relación entre las variables, pero no señala el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia”. (Tinoco Gómez, 2008).

- **Asociación del problema con el alcohol y problemas con drogas.**

Al tratar de asociar a los problemas con el abuso del alcohol y un abuso de consumo de drogas en algún momento de su vida, se responde esta hipótesis planteada mediante una tabla de contingencia y su respectiva prueba de Chi 2 de Pearson.

Esto se comprueba con la prueba de Chi 2 que muestra que efectivamente no existe una relación de estas dos variables obtenidas mediante el test PAI de mujeres internadas en centros de rehabilitación de Cuenca, debido a que la relación es solo del 20%.

- **Asociación de problemas con el abuso del alcohol y drogas con escalas clínicas de depresión.**

Al realizar la tabla de contingencia de la relación entre estas dos variables observamos que los test no han dado resultados de personas con problemas con el abuso del alcohol y problemas con escalas clínicas de depresión, esto lo podemos corroborar en la tabla del análisis del Chi 2, ya que la significancia bilateral nos da un valor mayor (0,19) al error tolerable del 0,05, igualmente para pacientes con problemas con abuso de drogas y problemas de depresión no se encontró ninguna asociación, ya que el ($p > 0,05$).

- **Asociación de personas con problemas con alcohol y las drogas con escalas clínicas de rasgos antisociales.**

En el estudio realizado por (de Sola Gutiérrez, Valladolid, & de Fonseca, 2013) se concluye que “el modelo de adicción a sustancias puede ser aplicable al campo de las adicciones comportamentales, desde la impulsividad como antesala”, por este motivo existe la motivación de realizar un contraste del consumo de sustancias como alcohol y drogas con la asociación de variables clínicas de pacientes, en este caso con los rasgos antisociales.

Al realizar el análisis obtenemos que la variable de problemas con las drogas tiene una asociación con la variable de rasgos antisociales, observando que el porcentaje de cometer un error en la hipótesis es bien bajo (valor $p < 0,05$), por lo cual podemos atrevernos a inferir que pacientes que tienen problemas con las drogas, con probabilidad son personas impulsivas y hostiles, que pueden tener un historial de actos temerarios y antisociales.

Así mismo podemos analizar en nuestro estudio interpretar que el 33% de las pacientes que en algún momento de su vida tuvo un abuso con las drogas con probabilidad son personas impulsivas y hostiles, y el 66% son pacientes con tendencia a la impulsividad y a correr riesgos. Pero sin embargo la variable de problemas con el alcohol no tiene ninguna relación o asociación con la variable de rasgos antisociales ya que el valor p es mayor al nivel de error con un nivel de confianza del 95%, así como lo podemos ver claramente en la tabla del análisis del chi-cuadrado.

- **Asociación de personas con problemas con alcohol y las drogas con otras escalas clínicas.**

En resumen podemos apreciar que nuestro estudio nos muestra cuales son las variables que tienen una asociación con problemas con el abuso del alcohol y las drogas, encontrando que nuestro trabajo encuentran una asociación de rasgos antisociales, esquizofrenia, y rasgos límites con el problema de abuso de drogas.

Así mismo los estudios focalizados en adicciones mujeres a nivel de Latinoamérica realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) informan que el grupo de edades donde se evidencia el mayor consumo de alcohol se encuentran en edades de 19 a 24 años, en el presente estudio se ratifica esta información, debido a que el 44% de mujeres que presentan adicciones son menores a 30 años, y la mayoría de casos en el gráfico de frecuencias se acumula entre pacientes de 20 a 24 años.

Este estudio nos ha permitido conocer la frecuencia de consumo de drogas de las pacientes, el 56% de pacientes afirman el consumo de drogas de manera infrecuente, así mismo el 36% pacientes que pueden consumir drogas de manera habitual y luego tenemos el 12% de las pacientes que afirman haber abusado de drogas algún momento de la vida afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral. Estos datos corroboran la teoría de que existe un gran componente de no aceptación de la enfermedad y sobre todo los índices de frecuencia en el consumo son progresivos en caso de que no se dé el tratamiento.

En el estudio de (Pérez & Mota, 2008) se corrobora esta información, ya que según el estudio en sujetos adictos a sustancias revela que la personalidad es una de las claves principales para comprender la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente en el que se desarrolla la conducta adictiva. Esta idea no es nueva, ya que hace algún tiempo atrás se proponía ya que “de forma general se admite que el factor causal fundamental de las toxicomanías reside en la personalidad del toxicómano y que solamente teniendo en cuenta condiciones generales e individuales, internas y externas, esenciales y accidentales, puede comprenderse el proceso total de la toxicomanía”

Lana Moliner F (2001) en su artículo hace referencia a la frecuente coexistencia de enfermedad mental y trastornos por consumo de sustancias (TPCS) tanto en la población general como en muestras clínicas, y subraya la necesidad de desarrollar servicios adecuados para tratar a estas personas. Diversos estudios han revelado un impacto muy negativo de la comorbilidad de trastornos de la personalidad en el tratamiento, retención y pronóstico de los TPCS, y viceversa. Con respecto a la esquizofrenia cómo podemos apreciar en nuestro estudio que si existe relación entre las adicciones y esta enfermedad ya que el 12% de pacientes se muestran retraídas, distantes y poco convencionales, y un 4% de evaluados probablemente estén aislados y puedan sentirse incomprendidas y rechazadas por los demás, también son posibles que tengan algunas posibles dificultades en el pensamiento, la concentración y la toma de decisiones, por otro lado en nuestro estudio se evidencia que con respecto a los rasgos límites podemos evaluar que el 24% se muestran como malhumorada, sensible y con ciertas incertidumbres sobre sus metas vitales y solamente un 4% se encuentran en un rango que probablemente indiquen impulsividad y labilidad emocional, tienden a sentirse faltos de comprensión por parte de otros y encuentran difícil mantener relaciones cercanas.

Según el estudio realizado por el área de psiquiatría de la facultad de medicina de la universidad de Oviedo concluye en que los pacientes que inician un tratamiento presentan actitud de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, con baja tolerancia a la frustración y predisposición a culpar a los demás, en este estudio se analizó la variable rechazo al tratamiento y se obtuvo que el 36% de los encuestados está dentro de la categoría que reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, y posee una actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal, y el 44% representa a personas con satisfacción con uno mismo, que consideran que no necesitan realizar grandes cambios en su comportamiento, y tan solo el 8% se resisten a un tratamiento.

4.3. Conclusiones generales y recomendaciones

Este estudio nos ha permitido obtener una perspectiva valiosa con respecto a las variables clínicas de las mujeres con adicciones que se encuentran internadas en los centros de rehabilitación del cantón Cuenca.

Aquí analizaremos las más trascendentes:

El primer dato importante a considerar es que el 56% de pacientes afirman el consumo de drogas de manera infrecuente, así mismo el 32% pacientes que pueden consumir drogas de manera habitual, y finalmente tenemos el 12% de las pacientes que afirman haber abusado de drogas algún momento de la vida afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.

En 60% de pacientes tienen problemas con el abuso del alcohol, con seguridad estos problemas conllevan a una afectación de relaciones interpersonales y laborales, un 16% tienen un consumo regular de alcohol y un 24% tiene un consumo bajo o moderado de alcohol.

Realizando un análisis de las quejas somáticas, los resultados muestran en cuanto a las preocupaciones sobre los aspectos físicos y de salud el 88% tienen pocas quejas corporales, mostrando que según las interpretaciones de las puntuaciones son valoradas como optimistas, activas y eficaces; también observamos que un 12% de pacientes indican alguna preocupación sobre la salud.

Los análisis realizados sobre la ansiedad muestran que el 68% del total de los evaluados tuvieron puntuaciones que reflejan una notable ausencia de temor, esto supone una falta considerable de precaución en determinadas situaciones, se aprecia además que el 32% presentan pocas quejas de ansiedad o tensión por lo general son pacientes que se pueden describir como tranquilas, optimistas, y eficaces para afrontar el estrés.

Se puede apreciar que dentro de la escala clínica de trastornos relacionados con la ansiedad, la mayoría de pacientes (88%) reflejan poco malestar en general, esto por lo general representa que la mayoría son percibidas normalmente como seguras de sí mismas, flexibles y serenas bajo presión, así mismo se observa que el 12% indican la existencia de algunos miedos específicos o preocupaciones, personas que tienen poca confianza en sí mismas.

En la variable de depresión representa que el 96% de evaluados reflejan que tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. Tales individuos son normalmente percibidos como estables, con confianza en sí mismos, activos y relajados. Así mismo vemos que un 4% muestran una persona sensible, pesimista, con cierta predisposición a dudar de sí misma y que es infeliz al menos una parte del tiempo.

El 40% de los evaluados se muestran en un rango que sugieren a una persona que se muestra activa, sociable, ambiciosa y con autoconfianza, también un 40% del total de evaluados están dentro del rango un poco más alto, puntuaciones que asocian con inquietud, un aumento de la impulsividad y altos niveles de energía, otros observadores podrían describirlas como personas antipáticas, malhumoradas y temperamentales. Por otro lado un 12% de pacientes se encuentran en las puntuaciones inferiores al valor mínimo, estas reflejan personas con pocas características de manía o hipomanía, aunque los individuos deprimidos raramente poseen sentimientos de grandeza y no tienen niveles elevados de actividad.

La mayoría de pacientes 84% reflejan ser eficaces en las relaciones sociales, que no tienen problemas de atención o concentración, ese rango representa la puntuación mínima de las diferentes facetas de la esquizofrenia, así mismo podemos observar que un 12% de pacientes se muestran retraídas, distantes y poco convencionales, y un 4% de evaluados probablemente estén aislados y puedan sentirse incomprendidas y rechazadas por los demás, también son posibles que tengan algunas posibles dificultades en el pensamiento, la concentración y la toma de decisiones.

En cuanto a las características de la personalidad y los comportamientos relevantes de la personalidad antisocial y de la psicótica vemos que un 36% de evaluados indican tendencia a la impulsividad y a correr riesgos, el 60% del total de pacientes se encuentran en el rango mínimo que es indicativo de personas que mantienen relaciones cálidas y cercanas con los demás, también muestran un control razonable sobre sus impulsos y conductas, y también se observa que un 4% de personas evaluadas con probabilidad son personas impulsivas y hostiles, quizá con un historial de actos temerarios y antisociales.

En la variable Ideación suicida se analizaron tres características en donde se obtuvieron los siguientes resultados el Esta indica que el 100% de las pacientes tienen puntuaciones que reflejan pocos pensamientos sobre muerte o suicidio.

Con respecto a la disposición al tratamiento el 44% de las pacientes tienen puntuaciones que dan interpretaciones de ser personas con satisfacción con uno mismo, considera que no necesita

realizar grandes cambios en su comportamiento, también el 36% de los encuestados está dentro de la categoría reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal, así mismo el 12% de pacientes se encuentra la categoría donde reconoce grandes dificultades en su día a día, necesidad de ayuda para tratar estos problemas, y en la categoría más baja el 8% de las evaluadas admiten pocas dificultades y se resiste a empezar un tratamiento.

Podemos observar que el 8% de evaluados se caracterizan por ser dominantes, tienen poca tolerancia con quienes no comparten planes y deseos, el 36% se caracterizan por ser autosuficiente y seguros, con un carácter firme, el 32% son personas las cuales se adaptan con éxito a distintas situaciones interpersonales, asumen y ceden control de relaciones según sea necesario, el 20% representa pacientes bastante modestas y retraídas, pacientes que se cohiben a relaciones sociales, y se sienten incómodas cuando son el centro de atención, el 4% son evaluados con poca confianza en sus interacciones sociales, y tienen dificultad para cubrir sus necesidades en las relaciones con los demás.

Se observa que el 4% de evaluadas son cálidas, cordiales y empáticas, valoran relaciones armoniosas, perdonan fácilmente y dan segundas oportunidades, todo lo contrario los que se ubican en el rango inferior ya que estas personas se sienten incómoda en relaciones sociales, por lo general son frías e insensibles, incapaces de mostrar emociones, y no interés relaciones personales. El 32% representa a personas que toleran relaciones estrechas pero también mantienen distancia en relaciones si es necesario, y el 60% son evaluados que dan distancia en relaciones personales, no consideran valiosas a relaciones estrechas y de larga duración, son independientes y prácticas.

Como hemos podido observar cada paciente tiene sus particularidades en cuanto a la relación del consumo con las variables clínicas que presenta es por esto que se hace indispensable que podamos focalizar el tratamiento para cada una de ellas según los rasgos y la dinámica propia que posee.

Así mismo observamos que puede existir una relación entre perfiles clínicos, es decir una asociación de las variables que nos proporciona el test, de los cuales no resultaron ser significativas cuando se relacionó las dos variables de problemas con el alcohol y problemas con las drogas, así mismo nos dio una asociación nula cuando se realizó la tabla de contingencia entre problemas con el alcohol y escalas clínicas de depresión al igual que la ansiedad,

resultando significativa y encontrando una asociación para este caso el consumo de drogas de las pacientes y rasgos antisociales.

Recomendaciones:

Debido al escaso número de pacientes internadas en los centros de rehabilitación se recomienda hacer un trabajo más pormenorizado utilizando más datos transversales en diferentes series de tiempo y utilizar una muestra adecuada para que sean muchos más representativos y con menor error estadístico los resultados obtenidos a partir de la base de datos.

Verificar y tener cuidado a la hora de aplicar los test, sobre todo a la hora de contrastar las escalas de validez del test, ya que es una parte fundamental para que los datos de los perfiles clínicos se encuentren bien formulados y el test tenga una validez, ya que en el momento de realizar el análisis todos los resultados sean confiables y valederos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. (I. C. Burg Translations, Trad.) Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A., & Freeman, A. (1999). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- de Sola Gutiérrez, J., Valladolid, G., & de Fonseca, F. (2013). LA IMPULSIVIDAD: ¿ANTESALA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES? IMPULSIVITY: THE PRELUDE TO BEHAVIORAL ADDICTIONS?. *ORIGINALES*, 13(2), 145-155.
- Finkelstein, N., & Camp, J. M. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment: Results of a demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 411–422.
- Goti, M. (1990). *La comuidad terapeutica: un desafío a la droga*. Nueva Visión.
- Guajardo, H., & Kushner, D. (2004). *Mayéutica: Manual terapéutico*. Santiago de Chile: Editorial de la Universidad de Santiago de Chile.
- Guisado Macías, J., Vaz Leal, F., Fernández-Gil, M., Peral Pacheco, D., & López-Ibor Aliño, J. (2000). *psiquiatria.com*. Recuperado el 14 de octubre de 2015, de [psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com): <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/430/412/>
- Hernández G., G., Montino R., O., Kimelman J., M., Orellana V., G., Núñez M., C., & Ibáñez H., C. (Junio de 2002). *scielo*. Recuperado el Septiembre de 2015, de [scielo](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000600008): http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000600008
- Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., y otros. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479.
- Morey, L. C., Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2009). *Inventario de evaluación de la personalidad. PAI. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Moya, J. G., Zurián, J. C., Caramés, T. G., Navarro, S. T., & Mosterin, J. G. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, 20(3), 237-244.

- Narvarte Venturo, M. (2006 de Marzo de 2006). *clikisalud.net*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2015, de *clikisalud.net*:
http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/mujer_adicciones.pdf
- Ochoa Ramírez, W. B. (2013). Tesis. *Incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador*. Cuenca, Azuay, Ecuador: Universidad del Azuay.
- OMS. (1992). *CIE - 10. Trastornos mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial forma.
- Pérez, E., & Mota, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(3), 251-261.
- Pérez, P. (2003). *Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2015, de
https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Pedrero-Perez/publication/257662251_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_drogodependientes_y_su_relacin_con_la_dificultad_de_manejo_clnico/links/0046352bc5a31894d3000000.pdf
- Puentes, M. (2009). *Estrategia terapéutica en Drogadicción: sistema ambulatorio preventivo asistencial y comunitario*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Saavedra, A. (1997). *Comorbilidad en alcoholismo*. (Instituto Nacional de Salud Mental., Ed.) Obtenido de
http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p63_104.pdf
- Schliebner, C. T. (1994). Gender-sensitive therapy: An alternative for women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 511-515.
- Tinoco Gómez, O. (enero-junio de 2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Industrial Data*, XI(1), 73-77.
- Toro Greiffenstein, R. J., & Yepes Roldán, L. E. (2004). *Psiquiatría*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Yaría, J. A. (2005). *Drogas, escuela, familia y prevención/Drugs, school, family and prevention*. Editorial Bonum.

Trabajos citados

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. (I. C. Burg Translations, Trad.) Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck, A., & Freeman, A. (1999). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- de Sola Gutiérrez, J., Valladolid, G., & de Fonseca, F. (2013). LA IMPULSIVIDAD:¿ ANTESALA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES? IMPULSIVITY: THE PRELUDE TO BEHAVIORAL ADDICTIONS?. *ORIGINALES*, 13(2), 145-155.
- Finkelstein, N., & Camp, J. M. (1997). Parenting training for women in residential substance abuse treatment: Results of a demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 411-422.
- Goti, M. (1990). *La comuidad terapeutica: un desafío a la droga*. Nueva Visión.
- Guajardo, H., & Kushner, D. (2004). *Mayéutica: Manual terapéutico*. Santiago de Chile: Editorial de la Universidad de Santiago de Chile.
- Guisado Macías, J., Vaz Leal, F., Fernández-Gil, M., Peral Pacheco, D., & López-Ibor Aliño, J. (2000). *psiquiatria.com*. Recuperado el 14 de octubre de 2015, de [psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com): <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/430/412/>
- Hernández G., G., Montino R., O., Kimelman J., M., Orellana V., G., Núñez M., C., & Ibáñez H., C. (Junio de 2002). *scielo*. Recuperado el Septiembre de 2015, de [scielo](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000600008): http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000600008
- Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., y otros. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479.
- Morey, L. C., Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, M. P. (2009). *Inventario de evaluacion de la personalidad. PAI. Adaptacion Española*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Moya, J. G., Zurián, J. C., Caramés, T. G., Navarro, S. T., & Mosterin, J. G. (2008). Mujeres dependientes de alcohol o cocaína: un estudio comparativo desde una perspectiva cualitativa. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(3), 237-244.
- Narvarte Venturo, M. (2006 de Marzo de 2006). *clikisalud.net*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2015, de [clikisalud.net](http://www.clikisalud.net): http://www.clikisalud.net/adicciones/pdf/mujer_adicciones.pdf
- Ochoa Ramírez, W. B. (2013). Tesis. *Incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador*. Cuenca, Azuay, Ecuador: Universidad del Azuay.
- OMS. (1992). *CIE - 10.Trastornos mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial forma.

- Pérez, E., & Mota, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 20(3), 251-261.
- Pérez, P. (2003). *Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias*. Recuperado el 18 de Septiembre de 2015, de https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Pedrero-Perez/publication/257662251_Los_trastornos_de_la_personalidad_en_drogodependientes_y_su_relacin_con_la_dificultad_de_manejo_clnico/links/0046352bc5a31894d3000000.pdf
- Puentes, M. (2009). *Estrategia terapéutica en Drogadicción: sistema ambulatorio preventivo asistencial y comunitario*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Saavedra, A. (1997). *Comorbilidad en alcoholismo*. (Instituto Nacional de Salud Mental., Ed.) Obtenido de http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p63_104.pdf
- Schliebner, C. T. (1994). Gender-sensitive therapy: An alternative for women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 511-515.
- Tinoco Gómez, O. (enero-junio de 2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Industrial Data*, XI(1), 73-77.
- Toro Greiffenstein, R. J., & Yepes Roldán, L. E. (2004). *Psiquiatría*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Yarúa, J. A. (2005). *Drogas, escuela, familia y prevención/Drugs, school, family and prevention*. Editorial Bonum.

6. ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No. 1: Diseño de tesis

Anexo No. 2: Modelos de test aplicados.

Anexo No. 5: Tablas y Gráficos del análisis de resultados

Anexo de Tablas N° 1. Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Problemas con las drogas

TABLA N° 8 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Problemas con las drogas.

			Escalas clínicas. Problemas con las drogas.			Total
			Abuso de drogas algún momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborales.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	20.0%	33.3%	46.7%	100.0%
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	100.0%	62.5%	50.0%	60.0%
		% del total	12.0%	20.0%	28.0%	60.0%
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.			100.0%	100.0%
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.			28.6%	16.0%
Consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.		50.0%	50.0%	100.0%	

Total	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas. % del total		37.5%	21.4%	24.0%
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. % del total	12.0%	32.0%	56.0%	100.0%
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas. % del total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas. % del total	12.0%	32.0%	56.0%	100.0%

Anexo de Tablas N° 2. Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas Clínicas. Depresión.

TABLA N° 9 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas Clínicas. Depresión.

			Escalas Clínicas. Depresión.		Total
			Persona sensible, pesimista, con cierta predisposición de dudar de sí misma, infeliz al menos una parte del tiempo.	Pocas quejas de infelicidad, individuos normalmente estables, con confianza en sí mismos, activos y relajados.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborales.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.		100.0%	100.0%
		% dentro de Escalas Clínicas. Depresión.		62.5%	60.0%
		% del total		60.0%	60.0%
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.		100.0%	100.0%
		% dentro de Escalas Clínicas. Depresión.		16.7%	16.0%
		% del total		16.0%	16.0%
Consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	16.7%	83.3%	100.0%	
	% dentro de Escalas Clínicas. Depresión.	100.0%	20.8%	24.0%	
	% del total	4.0%	20.0%	24.0%	

Total	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	4.0%	96.0%	100.0%
	% dentro de Escalas Clínicas. Depresión.	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	4.0%	96.0%	100.0%

Anexo de Tablas N° 3. Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Rasgos antisociales.

TABLA N° 10 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Rasgos antisociales.

			Escalas clínicas. Rasgos antisociales.			Total	
			Probab personas impulsivas y hostiles, historial de actos temerarios y antisociales.	Indican tendencia a la impulsividad y a correr riesgos.	Mantiene relaciones cálidas y cercanas con las demás, muestra un control razonable sobre sus impulsos y conductas.		
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algún momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	33,3%	66,7%		100,0%	
		% dentro de Escalas clínicas. Rasgos antisociales.	100,0%	22,2%		12,0%	
		% del total	4,0%	8,0%		12,0%	
	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.		62,5%	37,5%		100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Rasgos antisociales.		55,6%	20,0%		32,0%

		% del total		20,0%	12,0%	32,0%
		% dentro de Escalas clínicas.		14,3%	85,7%	100,0%
	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	Problemas con las drogas.		22,2%	80,0%	56,0%
		% dentro de Escalas clínicas.		8,0%	48,0%	56,0%
		Rasgos antisociales.		4,0%	36,0%	60,0%
		% del total		100,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas.		100,0%	100,0%	100,0%
		Rasgos antisociales.		100,0%	100,0%	100,0%
Total		% del total	4,0%	36,0%	60,0%	100,0%

TABLA N° 11 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Quejas somáticas.

			Escalas clínicas. Quejas somáticas.		Total
			Alguna preocupación sobre la salud. Común en pacientes con problemas médicos y en adultos mayores.	Pocas quejas corporales. Personas optimistas, activas y eficaces.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.		Recuento	3	12	15
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	20,0%	80,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	100,0%	54,5%	60,0%
		Recuento	0	4	4
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	0,0%	18,2%	16,0%
		Recuento	0	6	6
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	100,0%	100,0%
	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborales.				
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.				
	Consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas				

Total	consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	0,0%	27,3%	24,0%
		Recuento	3	22	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	12,0%	88,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,273 ^a	2	,321
Razón de verosimilitudes	3,334	2	,189
Asociación lineal por lineal	1,887	1	,170
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

TABLA N° 12 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Quejas somáticas.

			Escalas clínicas. Quejas somáticas.		Total
			Alguna preocupación sobre la salud. Común en pacientes con problemas médicos y en adultos mayores.	Pocas quejas corporales. Personas optimistas, activas y eficaces.	
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algun momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	Recuento	0	3	3
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	0,0%	13,6%	12,0%
		Recuento	2	6	8
	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	66,7%	27,3%	32,0%
		Recuento	1	13	14

Total	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	7,1%	92,9%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	33,3%	59,1%	56,0%
		Recuento	3	22	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	12,0%	88,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Quejas somáticas.	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,002 ^a	2	,367
Razón de verosimilitudes	2,144	2	,342
Asociación lineal por lineal	,077	1	,782
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

TABLA N° 13 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Ansiedad.

			Escalas clínicas. Ansiedad.		Total
			Presenta pocas quejas de ansiedad o tensión, se describen como tranquilas, optimistas, y eficaces para afrontar estrés.	Muestran una notable ausencia de temor, supone una falta considerable de precaución en determinadas situaciones.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.		Recuento	10	5	15
	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborales.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	58,8%	62,5%	60,0%
		Recuento	3	1	4
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	17,6%	12,5%	16,0%
		Recuento	4	2	6

Total	consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	23,5%	25,0%	24,0%
		Recuento	17	8	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	68,0%	32,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,107 ^a	2	,948
Razón de verosimilitudes	,111	2	,946
Asociación lineal por lineal	,004	1	,952
N de casos válidos	25		

a. 5 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,28.

TABLA N° 14 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Ansiedad.

			Escalas clínicas. Ansiedad.		Total
			Presenta pocas quejas de ansiedad o tensión, se describen como tranquilas, optimistas, y eficaces para afrontar estrés.	Muestran una notable ausencia de temor, supone una falta considerable de precaucion en determinadas situaciones.	
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algun momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	Recuento	3	0	3
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	100,0%	0,0%	100,0%
	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	17,6%	0,0%	12,0%
		Recuento	5	3	8
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	62,5%	37,5%	100,0%	
	% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	29,4%	37,5%	32,0%	
	Recuento	9	5	14	

Total	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	64,3%	35,7%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	52,9%	62,5%	56,0%
		Recuento	17	8	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	68,0%	32,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Ansiedad.	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,612 ^a	2	,447
Razón de verosimilitudes	2,509	2	,285
Asociación lineal por lineal	,795	1	,373
N de casos válidos	25		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,96.

TABLA N° 15 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Manías.

			Escalas clínicas. Manías.				Total
			Asumen más trabajo del que pueden manejar, reaccionan con frustración e ira ante sugerencias de reducir actividad.	Inquietud, aumento de impulsividad y altos niveles de energía.	Persona se muestra activa, sociable, ambiciosa y con autoconfianza.	Pocas características de manía, raramente poseen sentimientos de grandeza, no poseen altos niveles de actividad.	
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algun momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	Recuento	0	1	2	0	3
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber	% dentro de Escalas clínicas. Manías.	0,0%	10,0%	20,0%	0,0%	12,0%
		Recuento	0	2	5	1	8
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0,0%	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%	

Total	sufrido problemas adversos por ello	% dentro de Escalas clínicas. Manías.	0,0%	20,0%	50,0%	25,0%	32,0%
		Recuento	1	7	3	3	14
	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	7,1%	50,0%	21,4%	21,4%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Manías.	100,0%	70,0%	30,0%	75,0%	56,0%
		Recuento	1	10	10	4	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	4,0%	40,0%	40,0%	16,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Manías.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,171 ^a	6	,522
Razón de verosimilitudes	6,059	6	,417
Asociación lineal por lineal	,280	1	,597
N de casos válidos	25		

TABLA N° 16 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Paranoia.

			Escalas clínicas. Paranoia.			Total
			Probablemente sean suspicases y hostiles, tienden a desconfiar en sus reklaciones cercanas, tienen pocos amigos intimos.	Persona suseptible, intransigente y escéptica, cautelosas y precavidas en su relaciones interpersonales.	Persona que indica ser abierta y que generalmente perdona a los demás.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborles.	Recuento	1	5	9	15
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	6,7%	33,3%	60,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	50,0%	62,5%	60,0%	60,0%
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.	Recuento	0	3	1	4
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	0,0%	37,5%	6,7%	16,0%
	Recuento	1	0	5	6	

Total	consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	16,7%	0,0%	83,3%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	50,0%	0,0%	33,3%	24,0%
		Recuento	2	8	15	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	8,0%	32,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,517 ^a	4	,164
Razón de verosimilitudes	8,156	4	,086
Asociación lineal por lineal	,061	1	,805
N de casos válidos	25		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

TABLA N° 17 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Paranoia.

			Escalas clínicas. Paranoia.			Total
			Probablemente sean suspicases y hostiles, tienden a desconfiar en sus reklaciones cercanas, tienen pocos amigos intimos.	Persona suseptible, intransigente y escéptica, cautelosas y precavidas en su relaciones interpersonales.	Persona que indica ser abierta y que generalmente perdona a los demás.	
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algun momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	Recuento	0	1	2	3
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	0,0%	12,5%	13,3%	12,0%
	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	Recuento	0	3	5	8
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0,0%	37,5%	62,5%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	0,0%	37,5%	33,3%	32,0%

		Recuento	2	4	8	14
	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	14,3%	28,6%	57,1%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	100,0%	50,0%	53,3%	56,0%
		Recuento	2	8	15	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	8,0%	32,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Paranoia.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total						

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,750 ^a	4	,782
Razón de verosimilitudes	2,495	4	,646
Asociación lineal por lineal	,570	1	,450
N de casos válidos	25		

a. 8 casillas (88,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

TABLA N° 18 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Esquizofrenia.

			Escalas clínicas. Esquizofrenia.			Total
			Probable la peres este aislada y pueda sentirse incompreandida y rechaza.	Persona se presenta retraida, distante y poco convencional.	Persona que informa ser eficaz en las relaciones sociales.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborles.	Recuento	1	2	12	15
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	6,7%	13,3%	80,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	100,0%	66,7%	57,1%	60,0%
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.	Recuento	0	0	4	4
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	0,0%	0,0%	19,0%	16,0%
consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas	Recuento	0	1	5	6	
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%	

Total	consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	0,0%	33,3%	23,8%	24,0%
		Recuento	1	3	21	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	4,0%	12,0%	84,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,429 ^a	4	,839
Razón de verosimilitudes	2,244	4	,691
Asociación lineal por lineal	,324	1	,569
N de casos válidos	25		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

TABLA N° 19 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas clínicas. Esquizofrenia.

			Escalas clínicas. Esquizofrenia.			Total
			Probable la peres este aislada y pueda sentirse incompreendida y rechaza.	Persona se presenta retraida, distante y poco convencional.	Persona que informa ser eficaz en las relaciones sociales.	
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algun momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	Recuento % dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	100,0%	33,3%	4,8%	12,0%
	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	Recuento % dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%	8 100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	0,0%	0,0%	38,1%	32,0%
	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	Recuento % dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0 0,0%	2 14,3%	12 85,7%	14 100,0%

Total	% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	0,0%	66,7%	57,1%	56,0%
	Recuento	1	3	21	25
	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	4,0%	12,0%	84,0%	100,0%
	% dentro de Escalas clínicas. Esquizofrenia.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,658 ^a	4	,031
Razón de verosimilitudes	8,407	4	,078
Asociación lineal por lineal	3,368	1	,066
N de casos válidos	25		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

TABLA N° 20 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con el alcohol. * Escalas clínicas. Manías.

			Escalas clínicas. Manías.				Total
			Asumen más trabajo del que pueden manejar, reaccionan con frustración e ira ante sugerencias de reducir actividad.	Inquietud, aumento de impulsividad y altos niveles de energía.	Persona se muestra activa, sociable, ambiciosa y con autoconfianza.	Pocas características de manía, raramente poseen sentimientos de grandeza, no poseen altos niveles de actividad.	
Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.		Recuento	1	4	7	3	15
	Problemas con el abuso del alcohol, afectación de relaciones interpersonales y laborales.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	6,7%	26,7%	46,7%	20,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Manías.	100,0%	40,0%	70,0%	75,0%	60,0%
	Consumo regular de alcohol, puede haber causado consecuencias adversas relevantes.	Recuento	0	3	1	0	4
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%

		% dentro de Escalas clínicas. Manías.	0,0%	30,0%	10,0%	0,0%	16,0%
		Recuento	0	3	2	1	6
	consumo bajo o moderado de alcohol con pocas o nulas consecuencias asociadas a la bebida.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Manías.	0,0%	30,0%	20,0%	25,0%	24,0%
		Recuento	1	10	10	4	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con el alcohol.	4,0%	40,0%	40,0%	16,0%	100,0%
		% dentro de Escalas clínicas. Manías.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total							

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,272 ^a	6	,774
Razón de verosimilitudes	3,689	6	,719
Asociación lineal por lineal	,235	1	,628
N de casos válidos	25		

TABLA N° 21 Tabla de contingencia Escalas clínicas. Problemas con las drogas. * Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento

			Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento				Total
			Admite pocas dificultades, resiste a empezar un tratamiento	Satisfacción con uno mismo, considera que no necesita realizar grandes cambios en su comportamiento	Reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, actitud positiva hacia la posibilidad de cambio personal	Reconoce grandes dificultades en su día a día, necesidad de ayuda para tratar estos problemas	
		Recuento	0	0	2	1	3
Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	Abuso de drogas algun momento de la vida, afectando sus relaciones interpersonales y su rendimiento laboral.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		% dentro de Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento	0,0%	0,0%	22,2%	33,3%	12,0%
		Recuento	1	2	3	2	8

Total	Sujeto puede consumir drogas de manera habitual, puede haber sufrido problemas adversos por ello	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	12,5%	25,0%	37,5%	25,0%	100,0%
		% dentro de Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento	50,0%	18,2%	33,3%	66,7%	32,0%
		Recuento	1	9	4	0	14
	Afirma consumo de drogas de manera infrecuente, si es que consume.	% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	7,1%	64,3%	28,6%	0,0%	100,0%
		% dentro de Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento	50,0%	81,8%	44,4%	0,0%	56,0%
		Recuento	2	11	9	3	25
		% dentro de Escalas clínicas. Problemas con las drogas.	8,0%	44,0%	36,0%	12,0%	100,0%
		% dentro de Escalas relacionadas con el tratamiento. Rechazo al tratamiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,689 ^a	6	,192
Razón de verosimilitudes	11,069	6	,086
Asociación lineal por lineal	5,488	1	,019
N de casos válidos	25		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.