



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TEMA: “CORRELACIÓN ENTRE TIPOS DE PERSONALIDAD EN
MUJERES DEPENDIENTES A SUSTANCIAS EN LA CIUDAD DE CUENCA -
ECUADOR 2015-2016”.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORAS:

KARLA ANDRADE RODRÍGUEZ

MAYRA VERA DUCHI

DIRECTOR:

MST. FERNANDA COELLO

CUENCA – ECUADOR

2016

DEDICATORIA

A mis padres y hermano por todo su apoyo y amor incondicional,

A Luna Rafaela, la luz de mi vida,

Y a mi esposo por acompañarme en este proceso.

Karla

A mis abuelitos ya que han sido un ejemplo a seguir

A mi madre por todo el apoyo y confianza brindada en estos años

A mi hermano por su cariño

A mis tíos Raquel y Paul duchi por su apoyo

A mi esposo por ayudarme, brindarme ánimos.

A mi hijo Juan Matías por su esfuerzo y sacrificio.

Mayra

AGRADECIMIENTO

Durante este proceso fueron muchas las personas que nos demostraron su apoyo para poder cumplir esta meta, queremos brindarles nuestro sincero agradecimiento ya que sin su ayuda no hubiera sido posible.

A las mujeres participantes por brindarnos su colaboración, ya que para ellas se realizó este proceso.

A la Comunidad Terapéutica Mujer de Valor y la Clínica de Tratamiento Doce Pasos
Por brindarnos su apertura y colaboración.

A la Mst. Fernanda Coello por guiarnos siempre con su cariño y conocimiento.

A la Dra. Ana Lucia Pacurucu por su ayuda desinteresada,

Y a nuestras familias por su sacrificio y amor.

INDICE

INTRODUCCION	10
CAPÍTULO 1	11
PERSONALIDAD	11
1.1 Introducción.	11
1.2 Concepto personalidad.	11
1.3 Características de la personalidad.	12
1.3.1 Temperamento:	13
1.3.2 Carácter:	13
1.4 Teoría de Theodor Millon de la personalidad.	14
1.4.1 La utilización de una perspectiva teórica integradora	14
1.4.2 Su insistencia en el continuo normalidad/patología.....	15
1.4.3 La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución	16
1.5 Tipos de trastornos de la personalidad.....	17
1.6 Definición de Trastorno de personalidad.....	18
1.6.1 Clasificación de los trastornos de personalidad.....	20
1.6.2 Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM –V.....	21
1.7 Conclusiones:	32
CAPÍTULO 2	33
2 ADICCIONES.....	33
2.1 Introducción.	33
2.2 Que es la adicción.....	33
2.3 Conceptos básicos acerca de las adicciones.	34
2.4 Drogas.	36
2.4.1 Clasificación de las drogas.....	37
2.5 Comorbilidad: Trastorno por consumo de sustancias y trastornos de personalidad.	37
2.6 Factores de riesgo y protectores.....	50
2.6.1 Factores de riesgo	50
2.6.1.1 Factores de riesgo individuales.	51
2.6.1.2 Factores de riesgo relacionales:	52
2.6.1.3 Factores de riesgo sociales.....	54
2.6.2 Factores protectores.	54
2.7 Consecuencias.	56
2.7.1 Consecuencias en el ámbito del comportamiento enfocado en mujeres.	56
2.7.2 Consecuencias en el ámbito laboral.....	57

2.7.3	Consecuencias en el ámbito de la salud.....	58
2.7.4	Consecuencias hacia otras personas.....	58
2.8	Tipos de tratamiento.....	59
2.9	Descripción de los centros participantes.	60
2.9.1	Comunidad Terapéutica	60
2.9.1.1	Definición de Comunidad Terapéutica.....	62
2.9.2	Clínica de Tratamiento 12 Pasos.	64
2.9.2.1	Modelo Minnesota y los 12 Pasos de Narcóticos Anónimos.	66
2.10	Conclusiones.....	68
CAPÍTULO 3		70
3	METODOLOGÍA.....	70
3.1	Introducción.	70
3.2	Consideraciones sobre el proceso llevado a cabo para la aplicación de los test.	70
3.3	Justificación de los instrumentos a utilizar.	71
3.3.1	Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MCMI-III).....	71
3.3.2	La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)	74
3.3.3	Encuesta estructurada.	79
3.3.4	Software de analítica predictiva SPSS.	79
3.3.5	Procedimiento	80
3.4	Conclusiones.....	80
CAPÍTULO 4		81
4	RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
4.1	Introducción.	81
4.2	Presentación de tablas.	81
4.2.1	Tablas de frecuencia de los Síndromes Clínicos significativos.	82
4.2.2	Tabla de relación entre tipo de personalidad y consumo de sustancias.	85
4.2.3	Tablas de comorbilidad de trastornos de personalidad.....	99
4.3	Línea base de los resultados obtenidos en la presente investigación.	103
4.4	Análisis cualitativo de los resultados.	106
4.5	Conclusiones.....	108
CONCLUSIONES FINALES		109
RECOMENDACIONES		111
REFERENCIAS:.....		113
ANEXOS		127

INDICES DE TABLAS

Tabla No. 1: Los trastornos de la personalidad en Schneider y clasificación internacionales (CIE y DSM).....	20
Tabla No. 2: Clases de drogas.....	37
Tabla No. 3: Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos por uso de sustancias.....	39
Tabla No. 4: Diferentes tratamientos de drogodependencia.....	59
Tabla No. 5: Tabla de frecuencia de trastorno de Ansiedad.....	82
Tabla No. 6: Tabla de frecuencia de dependencia al alcohol.....	83
Tabla No. 7: Tabla de frecuencia de dependencia a las drogas.....	83
Tabla No. 8: Tabla de frecuencia de depresión mayor.....	84
Tabla No. 9: Tabla de frecuencia de trastorno delirante.....	84
Tabla No. 10: Tabla de relación entre tipo de personalidad esquizoide y consumo de sustancias.....	85
Tabla No. 11: Tabla de relación entre personalidad evitativo y consumo de sustancia.....	86
Tabla No. 12: Tabla de relación entre personalidad depresiva y consumo de sustancia.....	87
Tabla No. 13: Tabla de relación entre personalidad dependiente y consumo de sustancia.....	88
Tabla No. 14: Tabla de relación entre personalidad histriónica y consumo de sustancia.....	89
Tabla No. 15: Tabla de relación entre personalidad narcisista y consumo de sustancia.....	90
Tabla No. 16: Tabla de relación entre personalidad antisocial y consumo de sustancia.....	91
Tabla No. 17: Tabla de relación entre personalidad sádica y consumo de sustancia.....	92
Tabla No. 18: Tabla de relación entre personalidad compulsiva y consumo de sustancia.....	93
Tabla No. 19: Tabla de relación entre personalidad negativista y consumo de sustancia.....	94
Tabla No. 20: Tabla de relación entre personalidad masoquista y consumo de sustancia.....	95

Tabla No. 21: Tabla de relación entre personalidad esquizotípico y consumo de sustancia.....	95
Tabla No. 22: Tabla de relación entre personalidad paranoide y consumo de sustancia.....	96
Tabla No. 23: Tabla de relación entre personalidad borderline y consumo de sustancia.....	97
Tabla No. 24: Correlación entre tipos de personalidad y consumo de sustancias (R de Pearson).....	98
Tabla No. 25: Relación entre trastorno de personalidad y consumo de sustancias.....	99
Tabla No. 26: Tabla de comorbilidad entre los trastornos de personalidad.....	100
Tabla No. 27: Línea base de los resultados obtenidos en la presente investigación.....	104

INDICE DE ANEXOS

Anexo No. 1: Diseño de tesis

Anexo No. 2: Informe de campo entregado a los centros participantes

Anexo No. 3: Certificados de los centros participantes

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo establecer la correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca, para lo cual se hizo uso del MCMI- III y la prueba de detección de consumo ASSIST.

Fueron evaluadas 50 mujeres que se entraban dentro de un proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Mujer de Valor y la Clínica de Tratamiento Doce Pasos.

Los resultados encontrados fueron que el 82% de la población muestran uno o más trastornos de personalidad, además existe una correlación directa entre las personalidades dependiente y antisocial con el consumo de sustancias.

ABSTRACT

This research aims to establish the correlation between personality types in substance-dependent women in the city of Cuenca; for which the MCMI- III test and the ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) were applied. Fifty women who were part of the rehabilitation process in the *Mujer de Valor* Therapeutic Community, and the *Doce Pasos* Rehabilitation Clinic were evaluated.

The results demonstrated that 82% of the population show one or more personality disorders. In addition, there is a direct correlation between the dependent and antisocial personalities with substance use. The hypothesis was corroborated, confirming that most substance- dependent women have personality disorders.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCION

La relación entre el consumo de sustancias y la personalidad ha sido un tema de interés para la red de salud, por su gran influencia en el pronóstico y tratamiento de pacientes dependientes a sustancias.

En la Ciudad de Cuenca, la población masculina drogodependiente ha sido estudiada en varias ocasiones, sin embargo no existen antecedentes con relación a las mujeres, por esta razón fue necesario realizar un estudio que incluya a este sector de la población, para establecer la correlación entre la personalidad y el consumo, y de esta manera ampliar el diagnóstico y ofrecer mejores herramientas de intervención para el proceso que siguen las pacientes.

Para este fin se evaluó a 50 pacientes de los centros de tratamiento de adicciones para mujeres de nuestra ciudad: Comunidad Terapéutica Mujer de Valor y la Clínica de Tratamiento Doce Pasos, mediante los instrumentos MCMI-III y la prueba de detención de consumo ASSIST, que permitieron determinar los síndromes clínico más significativos, tipos de personalidad y consumo de la usuarias estudiadas. La información pudo ser procesa y analizada mediante el software SPSS.

Esta investigación se encuentra dividida en cuatro capítulos: el primero corresponde a todo lo que gira alrededor de la personalidad, el segundo fue destinado para ahondar en las adicciones y su relación con la personalidad, el tercer capítulo está compuesto con la metodología utilizada y finalmente en el capítulo 4 se exponen los resultados obtenidos con su respectivo análisis, conclusiones y recomendaciones finales.

CAPÍTULO 1

PERSONALIDAD

1.1 Introducción.

La personalidad ha sido estudiada desde hace mucho tiempo atrás, distintas corrientes psicológicas han intentado explicar su desarrollo desde sus diferentes puntos de vista.

Así también los trastornos de personalidad desempeñan un papel fundamental en nuestra investigación, puesto que son un determinante en el tratamiento y evolución de las adicciones.

Por esta razón a continuación se analizan los fundamentos más importantes de la personalidad y sus trastornos.

1.2 Concepto personalidad.

La frase de Buham (1990), todo el mundo sabe lo que es personalidad, pero nadie puede expresarlo con palabras, resume uno de los primeros problemas que nos encontramos cuando intentamos dar una definición científica de personalidad: hay casi tantas definiciones como autores han escrito sobre la misma (Bermúdez, Pérez, Ruiz Sanjuán & Rueda, 2012).

A continuación se encuentran algunas de definiciones de personalidad:

Allport (1937) define a la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su ajuste único al ambiente”.

Según Eysenck (1947) la personalidad se considera como un “patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual, que caracteriza a una persona y que

es estable a lo largo de su vida de tal modo que las manifestaciones de ese patrón en las diferentes situaciones posee algún grado de predictibilidad”.

Por otro lado Sullivan (1947) definió a la personalidad como la pauta relativamente duradera de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan a una vida humana.

Freud supuso que la personalidad se conforma alrededor de tres estructuras: el ello, el yo y el superyó, además se desarrolla a través de cinco etapas psicosexuales, la personalidad es formada en su mayor parte durante las fases oral, anal y fálica, las cuales ocurren desde el nacimiento hasta la edad de cinco años (Cloninger, 2003).

Según refiere Cloninger (2003) la personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona. Además parte de una consideración de la personalidad multidimensional que estructura en siete dimensiones, cuatro de las cuales adjudica al temperamento y tres al carácter.

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar y de interaccionarse con los demás (Balarezo, 2010).

Finalmente Seelbach (2012) puntualiza en que la personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales.

1.3 Características de la personalidad.

La personalidad está compuesta por elementos innatos, que nos acompañan desde el nacimiento, y otros que se van adquiriendo con la experiencia y el ambiente en que una

persona se va desarrollando, estos componentes hacen que cada ser humano actúe de manera diferente ante una determinada circunstancia.

Para entender mejor a los factores que intervienen en la personalidad, los mismos se definen a continuación.

1.3.1 Temperamento:

La palabra temperamento empezó a usarse en la lengua inglesa durante la edad media para reflejar la base biológica de la personalidad. Es la suma de las influencias biológicas heredadas en la personalidad que aparecen de forma continua a lo largo de la vida (Grossman, Million, Meagher & Ramnath, 2006).

No es el resultado de la socialización, sino que depende de una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos (Grossman, et al., 2006).

Millon (1993) lo describe como “el material biológico desde el cual la personalidad surge. Está compuesta por elementos neurológicos, endocrinológicos y bioquímicos desde el cual la personalidad empieza a constituirse” (Cárdenas, 2013).

1.3.2 Carácter:

El carácter es una palabra derivada de un vocablo griego que significa grabado, se forma a partir de hábitos que se adquieren en la vida. Millón piensa que es el apego de la persona a los valores y a las tradiciones del grupo en el que se desarrolla (Cárdenas, 2013).

Se refiere también a las características adquiridas durante nuestro crecimiento y conlleva un cierto grado de conformidad con las normas sociales comportamientos (Grossman, et al., 2006).

Desde la perspectiva psicodinámica, el carácter tiene un significado técnico y se refiere a la forma en que el yo suele satisfacer las demandas del ello, el súper yo y el entorno (Fenichel, 1945).

1.4 Teoría de Theodor Millon de la personalidad.

Theodore Millon, psicólogo estadounidense, falleció el 29 de enero de 2014. Tiene una aproximación conductual, con la que propuso una división de los trastornos de la personalidad que influyó en el DSM-III (Arias, 2015).

Podemos afirmar que su teoría sigue siendo una de las más importantes de actualidad (Cardenal & Sánchez, 2007).

Según Cardenal & Sánchez (2007) los aspectos más relevantes de la teoría de Millon son:

1. La utilización de una perspectiva teórica integradora
2. Su insistencia en el continuo normalidad/patología
3. La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución

1.4.1 La utilización de una perspectiva teórica integradora

La integración es un aspecto que caracteriza a la teoría de Millon. Pues armoniza varios enfoques, entre los cuales están: las bipolaridades de los tipos psicológicos de Jung, el modelo interpersonal de Leary; el sistema clasificatorio del DSM; el proyecto para una psicología científica de Freud; la sociobiología de Wilson y la combinación de la teoría evolucionista con la de las diferencias individuales y los rasgos de personalidad de Buss. A las que Millon dotó de coherencia (Cardenal & Sánchez, 2007).

1.4.2 Su insistencia en el continuo normalidad/patología

No es viable otorgar una diferencia imparcial entre normalidad y patología, sin embargo por su base social, es factible que la mejor forma de categorizarlos sea la adherencia con los comportamientos y costumbre propios de su cultura. Por lo tanto la anormalidad seria todos aquellos comportamiento extraños o distintos con respecto a su entorno (Grossman, et al., 2006).

Según Cardenal & Sánchez (2007), la personalidad normal y saludable se caracteriza:

- Se relaciona de manera flexible y adaptativa con respecto al grupo de referencia.
- Tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno constructivas.
- Los estilos característicos de su conducta están guiados hacia la salud.

Mientras que la personalidad con trastornos:

- Afronta la vida cotidiana con inflexibilidad y con conductas desadaptativas.
- Tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes.
- Los patrones de conducta predominantes tienen efectos perjudiciales para la salud.

Se puede concluir que al hablar de personalidad normal se hace referencia a la flexibilidad y adaptación al grupo perteneciente, mientras que la patología se caracteriza por el sufrimiento de la persona y su alrededor dada su poca capacidad de adaptación.

Según Millón (1976) la personalidad patológica puede adquirir diferentes niveles de gravedad, postuló una diferenciación de la gravedad en tres niveles de intensidad: leve, moderada, grave.

1.4.3 La incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la Evolución

Los principios explicativos que emplea Millon son los mismos que los de Darwin: para explicar el origen de las especies, sin embargo los utiliza explicar la estructura y la dinámica de los Estilos de Personalidad. La adaptación a la ecología evolutiva es el semejante biológico de los estilos de personalidad (Cardenal & Sánchez, 2007).

Esa personalidad está compuesta por los constructos bipolares, que proceden de cuatro principios evolutivos básicos, como se representa a continuación (Cardenal & Sánchez, 2007).

Figura 1.

Principios evolutivos, funciones de supervivencia y constructos bipolares del modelo de Millon (1998)

PRINCIPIO EVOLUTIVO/ ECOLOGICO	FUNCIONES DE SUPERVIVENCIA	CONSTRUCTO BIPOLAR
Existencia	Potenciación de la vida Preservación de la vida	Placer- Dolor
Adaptación	Modificación ecológica Acomodación ecológica	Actividad - Pasividad
Recopilación	Individualidad Cuidado de la prole	Sí mismo- Otros
Abstracción	Capacidad de razonamiento, reflexión, planificación y toma de decisiones	Externa- Interna Tangible – Intangible Intelecto- Afecto Asimilación- Imaginación

Tomado de: “Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora de Cardenal & Sánchez 2007”. (Adaptado Andrade & Vera, 2016).

Millon observa que cada especie presenta aspectos comunes en lo que respecta a su estilo adaptativo o de supervivencia. Pese a esto, los miembros de cada una de las especies manifiestan diferencias en cuanto al estilo y éxito adaptativo frente a los entornos cambiantes que deben enfrentar. De este modo, la personalidad podría ser entendida como la representación del mayor o menor estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que un organismo o una especie particular exhibiría frente a sus entornos habituales. De acuerdo con esta formulación, los trastornos de personalidad constituirían estilos peculiares de funcionamiento des adaptativo causados por deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de la especie para relacionarse con su entorno (Millon, 1996).

De acuerdo con Fernández (2007) respecto de los principios generales que guían la nueva comprensión de la personalidad, Millon identifica cuatro esferas en las que podrían aplicarse los principios evolutivos y ecológicos. Estas son las denominadas existencia, adaptación, replicación y abstracción. Cada una de ellas puede ser definida de la siguiente manera. Existencia hace referencia a las transformaciones casuales de los estados menos organizados a estados que presentan estructuras características de mayor organización. Adaptación refiere a los procesos homeostáticos empleados para sobrevivir en los ecosistemas abiertos. Replicación a los estilos de reproducción que maximizan la diversificación y la selección de los atributos ecológicamente efectivos. Abstracción, por último, al surgimiento de capacidades que fomentan la planificación anticipada y la toma de decisiones basadas en el razonamiento.

1.5 Tipos de trastornos de la personalidad

Es difícil definir en su totalidad a los trastornos de personalidad, existen varios puntos de vista de diferentes corrientes y autores a lo largo de los años, sin embargo

muchos de ellos coinciden en que se caracterizan por tener un patrón de inflexibilidad y poca capacidad de adaptación con su respecto a su entorno o grupo.

1.6 Definición de Trastorno de personalidad

Millon plantea que los trastornos de la personalidad no son enfermedades que se puedan tocar y ve su definición y tipificación como un ejercicio de creación de un lenguaje que facilite la comunicación entre profesionales y la comprensión científica, pero sin olvidar que son construcciones inventadas (Roca, 2010).

Sin embargo, Millon (2009) ofrece una mirada que permite distinguir a un paciente que posee un trastorno de personalidad de una con una personalidad funcional y señala que la diferencia fundamental de las personalidades funcionales es su flexibilidad para acoplarse al medio mientras que las personalidades patológicas muestran conductas rígidas que no permite la adaptación (Cardenal & Sánchez, 2007).

Cuando la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) intenta definir el trastorno de la personalidad recurre a elementos como el arraigo de la conducta observada, su perdurabilidad y su carácter inflexible además vuelve su mirada a Schneider y recurre a la desviación respecto a la conducta media de la cultura del sujeto y a los criterios de sufrir y hacer sufrir.

Por su parte, el sistema DSM prefiere hacer hincapié, además de la inflexibilidad de los rasgos anormales, en su carácter no adaptativo y en la consecuencia de discapacidad y malestar del sujeto. (Roca, 2010).

De acuerdo al DSM V (2013) los criterios diagnósticos para trastorno de personalidad son (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Un patrón persistente que se desvía notoriamente de las expectativas de la cultura en la cual vive el individuo. Se manifiesta en dos (o más) de las

siguientes áreas: 1. Cognición. 2. Afectividad. 3. Funcionamiento interpersonal.
4. Control de impulsos.

- B. Este patrón persistente es inflexible y amplio, cubriendo una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón persistente lleva a un malestar clínicamente significativo, o a una alteración en las áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su comienzo se puede fechar en la adolescencia o adultez temprana.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia química (como una droga de abuso o un medicamento), o a otra condición médica (como trauma encefálico).

Los Trastornos de la Personalidad, según la OMS (2007), representan desviaciones extremas o significativas de la persona con respecto a lo que se espera de su entorno. Estas conductas suelen ser constantes y estar asociadas con varios grados de sufrimiento subjetivo y de problemas relacionados en el funcionamiento y rendimiento social (Villacrés, 2015).

Según Belloch & Fernández (2010), una personalidad patológica se caracteriza por qué:

- Es omnipresente y egosintónico.
- No es producto de un acontecimiento vital concreto.
- Es rígido.
- No permite el aprendizaje de nuevas habilidades y comportamiento.
- El sujeto es vulnerable ante situaciones nuevas en las que se demanden cambios.
- No concuerda con lo que se espera de esa persona, causa malestar y sufrimiento

1.6.1 Clasificación de los trastornos de personalidad.

Tabla 1.

Los trastornos de la personalidad en Schneider y clasificación internacionales (CIE y DSM)

Schneider	CIE-9	CIE-10	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV
-	T. esquizoide de la P.	T. esquizoide de la P.	T. esquizoide de la P.	T. esquizoide de la P.	T. esquizoide de la P.
-	-	-	T. esquizotípico de la P.	T. esquizotípico de la P.	T. esquizotípico de la P.
Psicópatas inseguros de sí mismo	T. anancástico de la P.	T. anancástico de la P.	T. compulsivo de la P.	T. obsesivo-compulsivo de la P.	T. obsesivo-compulsivo de la P.
Psicópatas fanáticos	T. paranoide de la P.	T. paranoide de la P.	T. paranoide de la P.	T. paranoide de la P.	T. paranoide de la P.
Psicópatas necesitados de atención	T. histérico de la P.	T. histriónico de la P.	T. histriónico de la P.	T. histriónico de la P.	T. histriónico de la P.
Psicópatas lábiles de estado de ánimo.	-	T. inestable tipo límite de la P.	T. límite de la P.	T. límite de la P.	T. límite de la P.
Psicópatas explosivos	T. explosivo de la P.	T. inestable, tipo impulsivo de la P.	-	-	-
Psicópatas desalmados	T. sociopático o asocial de la P.	T. disocial de la P.	T. antisocial de la P.	T. antisocial de la P.	T. antisocial de la P.
Psicópatas abúlicos ADECUAR APA	-	-	-	-	-
Psicópata asténicos	T. asténico de la P.	T. dependiente de la P.	T. de la P. por dependencia	T. de la P. por dependencia	T. de la P. por dependencia
-	-	T. ansioso (evitación) de la P.	T. de la P. por evitación	T. de la P. por evitación	T. de la P. por evitación
-	-	-	T. pasivo-agresivo de la P.	T. pasivo-agresivo de la P.	T. pasivo-agresivo de la P.

Psicópatas hipertímicos	T. afectivo de la P.	-	-	-	-
Psicópatas depresivos	T. afectivo de la P.	-	-	-	T. depresivo de la P.

(Baca, Vallejo, Leal, Cervera & Giner, 2010).

1.6.2 Clasificación de los trastornos de personalidad según el DSM –V

Los trastornos de personalidad, citados a continuación han sido tomados del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición, pues proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, además de ser la publicación más reciente y vigente en la actualidad.

- **Trastornos de la personalidad grupo A**

Este grupo de trastornos de personalidad, se caracterizan por tener pensamientos raros o excéntricos, esta categoría de personalidad está conformado por: Paranoide, esquizoide y esquizotípico, los mismos que se describen a continuación.

Trastorno de la Personalidad paranoide

Es un patrón de desconfianza hacia los otros de manera que sus motivos se interpretan como maliciosos. Este modelo comienza en la edad adulta y está presente en varios aspectos. De acuerdo con el DSM V los criterios diagnósticos son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.

2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.

3. Poca disposición a confiar en los demás, debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.

4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.

5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).

6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.

7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o a la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno de la Personalidad esquizoide

Es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama de restringida de expresión de las emociones en situaciones interpersonales. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contextos. De acuerdo con el DSM V los criterios diagnósticos son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013).

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No desean ni disfrutan las relaciones íntimas, incluido en formar parte de la familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno de espectro autista, y no se puede atribuir a los defectos fisiológicos de una afección médica.

Trastorno de la personalidad esquizotípico

Es un patrón general de déficit sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos. De acuerdo con el DSM V los criterios diagnósticos son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013):

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).

2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concursa con las normas subculturales (p. Ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido". en niños y adolescente, fantasías o preocupaciones extravagantes).
 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 4. Pensamientos y discurso extraños (p. Ej., vago, circunstancias, metafórico, súper elaborado o estereotipado).
 5. Susplicacia o ideas paranoide.
 6. Afecto inapropiado o limitado.
 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva q no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos de sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.

- **Trastornos de personalidad grupo B**

Esta categoría de trastornos de personalidad se distinguen por ser emocionales, dramáticos y erráticos, dentro de este apartado se encuentran: limite, narcisista, histriónico y antisocial, los mismo que se describe a continuación.

Trastorno de personalidad antisocial

De acuerdo con el DSM V es un patrón general de desprecio y de colección de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociología o trastorno de personalidad disocial. Debido a que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno, puede ser especialmente útil integrar la información adquirida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes adicionales (American Psychiatric Association, 2013).

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltrato o robado a alguien.

B. El individuo tiene como mínimo de 18 años.

C. Existe evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con el inicio antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Trastorno de la personalidad límite

Es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los efectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos. De acuerdo con el DSM V los criterios diagnósticos son los siguientes (American Psychiatric Association, 2013).

A. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario. (Nota: no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. Ej. Gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: no incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.)

5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. Ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran una hora y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. Ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Trastorno de la personalidad histriónica

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013):

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.

6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Trastorno de la personalidad narcisista

A. Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013):

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado
3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.

9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

- **Trastornos de la personalidad: Grupo C**

Esta categoría de trastornos de personalidad, son conocidos por ansiosos y temerosos, además se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control: dentro de la misma están evitación, obsesivo compulsivo y dependiente.

Trastorno de la personalidad evasiva

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013):

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.

6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.

7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Trastorno de la personalidad dependiente

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013):

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.

2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.

3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)

4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).

5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.

6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.

7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.

8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos de acuerdo con el DSM V (American Psychiatric Association, 2013):

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.

6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.

8. Muestra rigidez y obstinación.

1.7 Conclusiones:

En este primer capítulo se ha intentado plasmar los principales conceptos entorno a la personalidad y sus trastornos, desde varios puntos de vista ya que no existe una sola forma de definirla, además se ha hecho un recorrido por los diferentes trastornos y sus clasificaciones, tomando como base sobre todo a la teoría de Theodore Million y la tipificación del DSM V.

Debido a estas razones consideramos fundamental el estudio de la personalidad para aportar de mejor manera al diagnóstico y evolución de las pacientes.

CAPÍTULO 2

ADICCIONES

2.1 Introducción.

Las adicciones, sin duda son una de las enfermedades más complejas de tratar en el ámbito de la salud mental, para poder entenderlas mejor en el presente capítulo se pretende hacer un recorrido por los aspectos más relevantes, ya que el consumo de sustancias puede estar relacionado con otro tipo de problemas.

Se define además las diferentes sustancias, los criterios diagnósticos basados en el DSM V que corresponden a los diferentes trastornos, y finalmente se da a conocer los dos tipos de intervención de los centros participantes.

2.2 Que es la adicción

La palabra adicción proviene del latín addicere, añadir. En la antigua Roma, el addictus era la persona que adquiriendo una deuda sin haberla cancelado pasaba a ser esclavo de su prestamista como forma de pago (Gil-Verona, Pastor, De Paz, Barbosa, Macías-Fernández, Maniega& Cañizares-Alejos., 2003).

La adicción se define como la dependencia física y psicofisiológica de una sustancia química, y que su eliminación crea señales de privación al individuo, y origina cambios psíquicos y mentales graves (Gil-Verona, et al. 2003).

Según refiere Corominas, Roncero, Bruguera & Casas (2007) el término ‘adicción’ hace referencia a un conjunto de trastornos psíquicos caracterizados por una necesidad compulsiva de consumo de sustancias psicotrópas con alto potencial de abuso y dependencia (drogas), que progresivamente invade todas las esferas de la vida del individuo (familia, sociedad, relaciones sociales, trabajo...) y por un desinterés hacia

conductas, experiencias y placeres alternativos que antes habían formado parte de la vida del individuo.

Finalmente el National Institute on Drug Abuse (2012) manifiesta que la adicción es un padecimiento crónico del cerebro, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de la sustancia a pesar de las consecuencias perjudiciales para el sujeto adicto y para su entorno.

Si bien los sujetos en un principio pueden acceder a las drogas por decisión, después los individuos adictos carecen de autocontrol por la alteración química en el cerebro a causa de las drogas (NIDA, 2012).

2.3 Conceptos básicos acerca de las adicciones.

- **Abuso de drogas**

El uso de drogas que por su periodicidad o por la situación física, mental y social del sujeto causan malestar para el consumidor y/o su ambiente (Instituto de Neurociencias, 2012).

Se produce cuando hay un consumo en grandes cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas aceptadas en la cultura determinada (Guerri, 2015).

Según Becoña & Cortes (2010) el término abuso se utiliza para referirse al patrón de uso de una sustancia fuera de los márgenes social o médicamente aceptados en una determinada cultura.

- **Síndrome de abstinencia**

Es un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el sujeto dependiente de una sustancia cuando se suspende la toma de la misma de manera brusca. Obviamente su clínica, intensidad y duración, dependen, entre otros factores, del tipo de sustancia. Generalmente se inicia dicho cuadro a las pocas horas del último consumo y suele perdurar con mayor o menor intensidad unos cuantos días tras ese último consumo (Becoña & Cortes, 2010).

Según refiere el Instituto de Neurociencias de Guayaquil (2012) Los síntomas y signos que surgen cuando se suprime el consumo de la droga.

De acuerdo con Guerri (2015) el síndrome de abstinencia es lo que se produce tras haber una dependencia física y psíquica, en el momento en que falta la droga, aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo.

- **Tolerancia**

Es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto (Guerri, 2015).

Es la habituación del cuerpo a determinada sustancia. Que varía en cada individuo y con cada tipo de sustancia consumida (Instituto de Neurociencias, 2012).

Se entiende la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado, o una disminución notable de los efectos de la dosis habitual de la droga usada con continuidad (Becoña & Cortes, 2010).

2.4 **Drogas.**

El término droga se utiliza, actualmente, como sinónimo de sustancia psicoactiva que tiene un efecto dañino para el sujeto que la consume (Vallejo, 1998).

De acuerdo con Caudevilla (2008) las drogas son toda sustancia de uso no clínico con consecuencias psicoactivas (que causa alteraciones en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y pueden ser administradas por el mismo consumidor.

Desde el punto de vista médico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Técnico número 407/1.969 define las drogas de esta manera: Se entiende por droga toda sustancia que, al estar presente en el organismo, puede cambiar las funciones de éste; la droga produce un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomarla de modo continuo o periódico para experimentar placer o evitar molestias (Molina, 2008).

2.4.1 Clasificación de las drogas.

Tabla 2.

Clases de drogas

Sustancias psicótropas (CIE-10)	Sustancias (DSM V)
F10 Alcohol	Alcohol (F 10)
F11 Opioides	Opiáceos (F 11)
F12 Cannabinoides	Cannabis (F 12)
F13 Sedantes o hipnóticos	Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (F 13)
F14 Cocaína	Cocaína (F 14)
F15 Otros estimulantes	Estimulantes (F 15)
F16 Alucinógenos	Cafeína (F 15)
F17 Tabaco	Alucinógenos (F 16)
F18 Disolventes volátiles	Tabaco (F 17)
F19 Otras sustancias psicótropas	Inhalantes (F 18) Otras sustancias (F 19)

(García, 1999, Adaptado Andrade & Vera, 2015).

2.5 Comorbilidad: Trastorno por consumo de sustancias y trastornos de personalidad.

Se conoce como pacientes duales aquellos que poseen “la existencia en un sujeto, de al menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes son usuales y muestran dificultad desde el punto de vista clínico y social” (Torrens, 2008).

Según expresa Baca, Vallejo, Leal, Cervera & Giner (2010)

“Los rasgos de personalidad son unos determinantes significativos en el consumo de sustancias, pero no su causa exclusiva, no parece haber un tipo de personalidad que predisponga a la adicción. Lo que se observa es la coexistencia de pacientes con diferentes tipos de personalidad que consume diferentes sustancias (p. 287)”.

La comorbilidad entre trastornos de personalidad y consumo de sustancias, son hoy en día uno de los aspectos más relevantes de la búsqueda científica (Pebrero, Puerta, Lagares & Sáez, 2003). Según Marta Torrens (2008) este tipo de pacientes constituyen un reto terapéutico no solo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a caballo de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental.

A continuación se describe la conceptualización de la comorbilidad en drogas (Torres, 2006):

- a) Enfermedades paralelas. Tanto las adicciones y los trastornos de personalidad pueden manifestarse de forma paralela.
- b) Relación causal. Este es el modelo de los trastornos primarios y secundarios.
- c) Relación de riesgo. La existencia de un trastorno de personalidad principal predispone la tendencia a manifestar un trastorno por abuso de sustancias.
- d) Relación de modificador. Refiere que un trastorno de personalidad va a alterar el curso de un trastorno por abuso de sustancias o viceversa.
- e) Ley de Berkson. Dos trastornos no relacionados pueden manifestarse simultáneamente a causa de una mayor posibilidad de que una persona que sufre más de un trastorno sea más propenso a la búsqueda de un profesional.

Los trastornos no se relacionan, excepto por el hecho de que sujetos con mayor patología tengan más conducta de búsqueda de ayuda.

A continuación se presenta una tabla en la que describe las posibles causas que justifican la asociación entre los trastornos de personalidad y uso de sustancias.

Tabla 3.

Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos por uso de sustancias

Vías Trastornos del eje II Sustancias		
Desinhibición del comportamiento	Antisocial Limite	La mayoría de las sustancias
Reducción de estrés	Por evitación Por dependencia	Alcohol Heroína Benzodicepinas
Esquizotípico	Limite	
Sensibilidad a la recompensa	Histriónico Narcisista	Cocaína Anfetaminas

(Roca, 2010; Adaptada de Verheuel 2001).

Según refiere Torres (2006)

El diagnóstico psiquiátrico más habitual son los trastornos de la personalidad son entre los sujetos dependientes a sustancias, está presente en un porcentaje 50% y 90% de la población. Especialmente están situados en el grupo B, que se refiere al descontrol de impulsos, y que reúne a un porcentaje de hasta 50%. Y es menos frecuente, los que se encuentran en el grupo A (Grupo esquizotípico), donde hallamos entre 15% y 20%.

Las Naciones Unidas (2012) refiere que el 5% de la población adulta del mundo consumieron alguna droga ilícita durante 2010 y las personas con algún trastorno por consumo de sustancias representan el 0,6% de esta población.

De acuerdo con el COSEP (2007), en El Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas, señala que las drogas lícitas de mayor consumo a nivel nacional son el alcohol y tabaco. Asimismo menciona que las drogas ilícitas de mayor consumo son

marihuana, cocaína y pasta base de cocaína. En cuanto a drogas sintéticas, las investigaciones realizadas a estudiantes y a hogares reconocen como una percepción en la población, el consumo del éxtasis como la droga que empieza a ser consumida en el país.

El primer gran trabajo epidemiológico, que estudio el trastorno dual fue promovido por el National Institute of Mental Health de Estados Unidos. Es el Epidemiologic Catchment Area Study que analizo grupos poblacionales entre los años 1980 – 1984. Se incluyeron 20.291 adultos. Las prevalencias detectadas fueron un 22.5% de trastornos mentales en la población general (sin incluir los trastornos por consumo de sustancias); un 13.5% de sujetos con abuso – dependencia de alcohol, y un 6.1% de dependencia – abuso de sustancia psicótropas. De este grupo, el 53% presentaba un trastorno mental. Los trastornos detectados con más frecuencia fueron: depresión, ansiedad, esquizofrenia y trastorno antisocial de la personalidad.

En Estados Unidos se realizó un abordaje epidemiológico por el Drug Abuse Treatment Out come Study en 100 centros en 11 ciudades diferentes de pacientes drogodependientes, se describió que las mujeres presentaban menos diagnósticos de comorbilidad con el Eje II (28.4%) que los varones (40.5%), entres mujeres predominaba el trastorno límite en una proporción casi 7 veces superior que los hombres (Baca et al, 2010).

Un amplio estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos (n = 43.093) en población general del que se siguen publicando resultados, el NESARC (National Epidemiologic Surveyon Alcohol and Related Conditions), refrenda una vez más la importante asociación entre trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias, encontrando que entre los consumidores de alcohol el 28,6% tenía al menos un TP, así como el 47,7% de consumidores de otras sustancias, mientras que el 16,4%

de sujetos con al menos un trastornos de personalidad presentaban un trastorno por uso de alcohol comórbido, y el 6,5% un trastorno por uso de otras sustancias (Peris & Suiza, 2010).

Según el estudio, “Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias”, por Pedrero et al. (2003) en la ciudad de Madrid, España sugiere que el 83% de sujetos estudiados presentaron al menos un trastorno de personalidad y que el 56% de los casos pueden ser considerados intensos, siendo el más prevalente en los varones el pasivo/agresivo y entre las damas el dependiente.

De acuerdo con un estudio realizado en España de los trastornos de personalidad prevalentes en adictos ingresados en una comunidad terapéutica. Asimismo, se analiza la relación existente entre la presencia de trastornos de personalidad y los abandonos del tratamiento. Para ello se lleva a cabo un estudio ex post facto, de carácter prospectivo, en el que se cuenta con una muestra de 42 sujetos, haciendo uso del MCMI-II en el lapso de la evaluación antes de ser sometidos al tratamiento. Las puntuaciones exponen que el 76,2% de los drogodependientes muestran, un trastorno de personalidad; siendo el más frecuente el trastorno antisocial (42,9%), en segundo lugar el trastorno pasivo-agresivo (40,5%) y finalmente el trastorno narcisista (21,4%). Por otra parte, la presencia de trastornos de la personalidad se asocia con una mayor y más temprana probabilidad de abandono del tratamiento (Fernández-Montalvo, López, Landa, Illescas, Lorea & Zarzuela, 2004).

Según refiere el estudio “Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género” realizado a una población adicta mediante el MCMI se observó que las mujeres que inician un tratamiento por abuso o dependía de sustancias, presentaron una prevalencia mayor de trastornos de personalidad que los varones en la

misma situación, además aparecen dos diferencias significativas: las mujeres presentan prevalencia significativamente más elevada en el trastornos de personalidad por evitación y finalmente que las mismas además presentan también una incidencia más elevada en prácticamente todos los trastornos del espectro impulsivo/agresivo: histriónico, narcisista, antisocial, negativista-pasivo/agresivo y limite (Puerta, 2011).

Un estudio realizado en Colombia por Cristina Hernández (2010)

“Señala que del 13% al 45% de las personas que abusan de las sustancias psicoactivas (SPA) tienen una enfermedad mental y de 53% al 100% de las personas con abuso de SPA tiene un trastorno de personalidad. La marihuana puede inducir a psicosis, los pacientes bipolares son más propensos a desarrollar dependencia del alcohol y consumo de SPA”

Pacientes con trastorno comórbido se asocia a peor pronóstico de evolución, tienen dificultad para adherirse a la medicación, los hace propensos a las recaídas e incrementa las hospitalizaciones, presentan impulsividad y riesgo suicida y requieren la adición de tratamientos específicos farmacológicos y psicosociales (Hernández, 2010).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, se plantea la descripción y efecto de las sustancias psicoactivas y su relación con los trastornos de personalidad.

- **Tabaco**

De acuerdo con Barriga (1993) el tabaco es originario de América, pues cuando Cristóbal Colón desembarco en el Nuevo Mundo recibió hojas frescas de una planta nativa que los aborígenes le obsequiaron. Se lo llevó al Viejo Continente al comienzo del siglo XVI en donde su difusión en los predios europeos fue absoluta. Sin embargo en los últimos tiempos la OMS, American Cáncer Society, entre otros organismos de la salud han considerado al consumo del tabaco como un peligro total.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2005 la nicotina actúa en el sistema nervioso colinérgico. Las dosis altas causan cambios en el estado de ánimo, siendo los fumadores pasivos más propensos a estas alteraciones que los que consumen tabaco frecuentemente, lo que genera tolerancia.

La OMS (2015) indica que se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo.

En una revisión a los trastornos de personalidad en fumadores realizado por Fernández del Río & Becoña en el año 2010, coincidieron en que no existe un solo tipo de personalidad respecto a este grupo de personas. Otros estudios concluyeron que los trastornos de personalidad más prevalentes en pacientes dependientes a sustancias son el antisocial y límite (Lasser et al., 2000; Lawn et al., 2002). Según Black (1999), los trastornos de personalidad que se presentan con mayor frecuencia en consumidores de tabaco son fundamentalmente del grupo C, los que se caracterizan por ansiedad y el temor, seguidos de los agrupados en el grupo B cuya característica principal es la impulsividad, el dramatismo, la emotividad y la inestabilidad emocional. Grant et al. (2004), descubrió algo similar destacando los trastornos más frecuentes: primero el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (grupo C), continuando con el trastorno antisocial (grupo B) y finalmente el trastorno paranoide (grupo A). Moran et al. (2006), refiere que los trastornos de la personalidad más comunes en consumidores de tabaco son los del grupo C (9.8%), en segundo lugar los del grupo A (8.3%) para concluir se encuentran los asociados en el grupo B (8.1%). En conclusión, estos estudios concuerdan en manifestar a los trastornos de personalidad del grupo C como los más prevalentes en fumadores de tabaco, los mismos que pueden calmar la ansiedad, la angustia y el temor, por medio del consumo de nicotina. Además dicho grupo se

relaciona también con otras adicciones como el alcohol (Echeburúa et al., 2005; Pettinati et al., 1999) y el juego patológico (Petry, 2005; Steel & Blaszczynski, 1998).

- **Alcohol**

Según exhibe el National Institute on Drug Abuse (NIDA) en el 2015, “el alcohol etílico o etanol es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, las azúcares y los almidones”.

Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. El alcohol tiene efectos como desinhibición, actitud obstinada, irritabilidad, labilidad emocional, alteración en la atención y el juicio, marcha vacilante, disartria, rebaja en el nivel de conciencia, enrojecimiento facial y conjuntival (Espí, 2010).

En los sujetos que presentan patrón de abuso/dependencia de alcohol, el trastorno psiquiátrico comórbido más frecuente es el depresivo y el segundo es el antisocial (20 – 50%). Dentro de este último grupo, a los varones se les diagnostica esta categoría con más frecuencia que a las mujeres, y estas presentan los índices de comorbilidad más altos con los trastornos afectivos (Roca, 2010).

Yeguer, Digiusppe, Resweber, Laaf (1992) evaluaron con el MCMI un grupo de 144 pacientes alcohólicos. Confirmaron que predominaba la asociación con los trastornos afectivos y descartaron como rasgos caracterízales puntuaciones elevadas en las escalas de dependencia, evitación y antisocial.

Una investigación realizada por la Universidad Pública de Navarra, España sobre Trastornos de personalidad en alcohólicos indica que el 58.8% de las pacientes mujeres presentan un trastorno de personalidad: obsesivo compulsivo 40%, seguido del

esquizoide, evitación y pasivo/agresivo, con una tasa de 30% cada uno (Fernández, Landa, López, Lorea & Zarzuela, 2002).

- **Marihuana**

Cannabis, es latín, significa cáñamo, la planta de clima cálido y humano que alcanza hasta cinco metros de altura y que fue y es utilizada para la elaboración de cuerdas y cables fuertes, entre otros y varios usos (Barriga, 1993).

La marihuana es una mezcla de hojas secas, flores, tallos y semillas del cáñamo, *Cannabis sativa*. La planta contiene una sustancia química que altera la mente llamada *delta-9-tetrahydrocannabinol* (THC) y otros compuestos relacionados a este. Los extractos con un alto nivel de THC también se pueden derivar de la planta de cannabis (National Institute on Drug Abuse, 2015).

La marihuana produce una reacción excesiva en las partes del cerebro que tienen estos receptores. Esta reacción es la que causa el sentirse “dopado”.

De acuerdo con Espí (2010) el consumo de marihuana provoca efectos psíquicos euforizantes o relajantes, variación en la percepción, logorrea, risa fácil, acrecentamiento de la sociabilidad, dificultades de coordinación motora, enlentecimiento.

En un estudio realizado a 82 participantes, 41 consumidores de marihuana y 41 no consumidores, se observó que el primer grupo muestra puntajes elevados en: agresivo-sádico (91,59), antisocial (90,51) y narcisista (87,10) con respecto a los no consumidores, además en otras escalas como pasivo-agresivo (78,20), histriónica (75,07) y limítrofe (78,20) se obtuvieron puntajes relevantes. (Espinoza, 2008)

Hall & Degenhardt, (2000) en este estudio se encontraron resultados importantes con respecto a la patología de su personalidad en las siguientes escalas: esquizoide (63,39);

esquizotípico (66,83); de igual manera se encontró puntajes altos en las escalas Paranoide, (70,05); desorden del pensamiento (61,61).

- **Cocaína**

Según manifiesta el NIDA (2010) la cocaína es un estimulante muy adictivo que altera el funcionamiento del cerebro rápidamente. Esta droga se ha venido usando desde mucho tiempo atrás, por medio de las hojas de coca de donde se deriva el clorhidrato de cocaína.

De acuerdo con Barriga (1993) ningún otro toxico puede ser ingerido por el organismo humano de tantas formas como la cocaína; se puede inyectar por vía subcutánea, intramuscular e intravenosa, se puede beber las hojas de coca machacadas con vino, se puede aspirar en encías o el ano y la mujer introduciéndosela en polvo en la vagina a fin de que actué como afrodisiaco en la relación sexual de la pareja, masticando sus hojas; sin embargo la mayoría de los cocainómanos prefiere ingerir la droga por vía nasal.

En un estudio realizado por Roca (2010) en una población de 478 sujetos se detectó que esta sustancia suelen elegir sujetos con rasgos de personalidad antisociales, ya que, por las limitaciones y los riesgos que presenta su comercialización, les pudiera satisfacer características tales como la búsqueda de sensaciones y la impulsividad.

Fieldman, Woolfolk, Allen (1995) compararon consumidores de cocaína y de heroína, pudieron detectar que estos presentaban una tasa mayor de diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad si poseían una historia más larga de consumo de sustancias y habían iniciado este en la adolescencia.

- **Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.**

La metanfetamina afecta el sistema nervioso central. Las mismas son producidas en laboratorios que pueden incluir ingredientes relativamente económicos que no necesitan prescripción médica (NIDA, 2015).

Las anfetaminas producen efectos como: lucidez, entusiasmo, actividad motora y del habla, mayor confianza y concentración, impresión de bienestar y disminución de apetito y cansancio. Aumenta el ritmo cardíaco y la respiración. A mayores dosis los efectos aumentan causando sensación de éxtasis. Presentan ideas paranoides y alucinaciones. Las sobredosis puede inducir al coma, hemorragia cerebral y la muerte (OPS, 2005).

- **Inhalantes.**

Son sustancias volátiles que causan vapores químicos que se pueden aspirar para originar cambios fisiológicos o a nivel mental. Su única vía es la inhalación (NIDA, 2011).

No se conoce mucho sobre su mecanismo de acción. Sin embargo se la compara con los fármacos depresivos y anestésicos; lo que quiere decir que actúa a nivel del mecanismo de acción GABA-érgico (OPS, 2005).

Produce efectos en el organismo similares al alcohol: mareo, confusión y euforia, seguido de una sensación de depresión. De igual manera puede existir elevación del estado del ánimo, delirios y alucinaciones sobre todo las táctiles (OPS, 2005).

- **Tranquilizantes.**

Los depresores del Sistema Nervioso Central, a veces conocidos como sedantes o tranquilizantes, son sustancias que pueden disminuir la actividad cerebral. Esta

propiedad hace que sean útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del sueño (NIDA, 2012).

Sus efectos pueden ir desde una pequeña sedación leve hasta la anestesia general y, en casos extremos, a la muerte. La sintomatología más frecuente es somnolencia, descoordinación motora y obnubilación de las funciones mentales. A dosis más altas los efectos son más graves produciendo daños severos (OPS, 2005).

De acuerdo con Monràs, Mondón & Jou (2014) en su estudio “Consumo de tranquilizantes en pacientes alcohólicos y su relación con los trastornos de personalidad y el deterioro neuropsicológico” en España, concluyeron que el 28,1% de los sujetos presentaban abuso o dependencia a esta droga, se obtuvo como resultado que 25,7 % presentaba trastornos de personalidad siendo el más prevalente en mujeres un (26,1 frente a un 16,2% en hombres) y en pacientes más jóvenes –43,1 (9) frente a 48,7 (9) años.

- **Alucinógenos.**

Los alucinógenos constituyen una categoría heterogénea de sustancias, pertenecientes a una amplia gama de grupos químicos y farmacológicos. La propagación de su uso indebido y los efectos resultantes del mismo han hecho que cierto número de alucinógenos se sometan a medidas internacionales de fiscalización. Los usuarios de dichas sustancias pueden llegar psíquicamente de las mismas. (Barriga, 1993).

Estos causan tolerancia casi inmediatamente. Los efectos van desapareciendo luego de 3 a 4 días de uso constante, y no se presentan salvo que exista un periodo de abstinencia (OPS, 2005).

Los alucinógenos aumentan la presión sanguínea y la temperatura corporal, disminuyen el hambre, causan vómito, dolor abdominal, descoordinación motora y dilatación de las pupilas. Producen además alteraciones sensoriales (Jacobs y Fehr, 1987). Finalmente puede verse afectada la memoria como otras funciones mentales (OPS, 2005).

- **Opiáceos.**

Los opiáceos se fabrican del opio, que se deriva de la amapola. También se los conoce como narcóticos. Los opiáceos pueden producir una sensación rápida e intensa de placer, seguida por una sensación de bienestar y calma adormecedora. Pero también se pueden convertir en una adicción (NIDA, 2015).

Actualmente los opiáceos se han convertido en dioses que reciben la adoración de numerosas personas. Quienes acuden a los altares del vicio en busca de sosiego y placer, encuentran primeramente sensación alborozo, después lo contrario intoxicación, irritabilidad, angustia, dolor, muerte. El opio ha sido utilizado por siglos con fines médicos y sobre todo, voluptuosos, inclusive genero guerras (Barriga, 1993).

El consumo de opioides mediante inyección causa enrojecimiento de la piel y sensación de éxtasis, sin embargo, la primera vez que se utiliza esta droga puede causar malestar (Jaffe, 1990). También producen sensaciones analgésicas, sedantes y de depresión del sistema respiratorio (OPS, 2005).

Vukov, Baba – Milkic, Lecic, Mijalkovic, Marinkovic (1995) demostraron que un 41-43% de los sujetos adictos a los opiáceos presentaban un trastorno de la personalidad principalmente del grupo B. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad asociado al consumo de opiáceos que se caracteriza por la búsqueda de nuevas

sensaciones complejas y por el deseo intenso, tanto social como físico de conductas de riesgo.

Bobes, González, Villa, Ordoñez, Cabal, González en 1990 evaluó a 70 sujetos con consumo de heroína, y se los comparó con un grupo control sin consumo. Los instrumentos de evaluación fueron el 16PF de Catell y el TAT de Murray. Se observó que los sujetos que consumían heroína presentaban mayores introversiones, suspicacia, tendencia al sentimiento de culpa, ansiedad y radicalidad junto a sentimientos de autosuficiencia, poca fuerza del yo y del superyó y poca socialización controlada. Los datos eran estadísticamente significativos. Con el TAT se detectó que los consumidores presentaban baja autoestima, tendencia al suicidio, evasión de la agresividad, problemas con las figuras de autoridad, además de rechazo a la identificación con el padre y altos niveles de ansiedad.

2.6 Factores de riesgo y protectores.

A continuación se describe tanto factores de riesgo como protectores, que intervienen en el consumo de las diferentes sustancias expuestas anteriormente.

2.6.1 Factores de riesgo

Son rasgos interno y/o externo del sujeto que pueden incrementar la posibilidad de que se genere una determinada situación (Luengo, Romero, Gómez, Guerra & Lence., 1999).

Estos aspectos personales, sociales, familiares, etc. pueden predisponer al sujeto a una conducta adictiva (Laespada, Castillo & Santamaría, 2004).

Según Laespada et al. (2004) los colocan en tres principales grupos de factores de riesgo:

- Individuales: Son aquellas características que se encuentran dentro del individuo, como su manera de ser, pensar y sentir. La edad, la personalidad, las habilidades sociales, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. Que lo constituyen como único.
- Relacionales: Es el entorno con el que se relaciona el sujeto. Su interacción social con la familia, los pares y el ámbito laboral.
- Sociales: Es aquel grupo social más extenso. Se relaciona con la aceptación social, nivel económico y las tradiciones de la sociedad en la que se desenvuelve.

2.6.1.1 Factores de riesgo individuales.

Las adquisición de determinados rasgos personales facilitaran o predispondrán al inicio de una conducta adictiva.

- **Actitudes, creencias y valores**

Está comprobado que una percepción positiva de las sustancias psicoactivas facilitan el consumo de las mismas ya que se da menos valor a las normas sociales como la religión, familia, orden, salud, etc. (Romero, 1996).

La familia es la primera en transmitir normas sociales y valores, sin embargo los pares también constituyen una fuerte influencia en cuanto al desarrollo de la personalidad del sujeto (Ferrer & Ayneto, 1991).

Según Pons y Berjano (1999), la persona pudiera iniciarse en el consumo por su percepción positiva de las drogas además del ambiente social permisivo con respecto a las mismas.

- **Habilidades o recursos sociales**

Representa la capacidad del individuo para relacionarse adecuadamente con su entorno. Es así que una persona con pocos recursos sociales será más propensa a la influencia negativa del grupo. Por ende el consumo de drogas en este tipo de personas será más frecuente por la presión social, lo que no ocurrirá con un individuo con un buen repertorio social (Laespada et al. 2004).

- **Autoconcepto y autoestima**

Estos dos aspectos se encuentran en relación directa con el bienestar psicológico de una persona. El autoconcepto es la imagen que el individuo posee de sí mismo. Mientras que se conoce por autoestima a la imagen que cada uno tiene de sí y a la que tiene por imagen ideal (Laespada et al. 2004).

Según referiré Luengo (1999), una autoestima baja produce un sentimiento de insuficiencia para afrontar diferentes situaciones lo que causa frustración, lo que puede ser calmada por el consumo de drogas.

2.6.1.2 Factores de riesgo relacionales:

Tanto la familia como el grupo de amigos influyen constantemente en el desarrollo de la conducta al ser su entorno más cercano.

- **El grupo de pares o grupo de amigos:**

La aprobación del grupo de pares es una necesidad para el individuo. Los amigos establecen sus propias normas a las cuales la persona se ve en la necesidad de adoptarlas para poder encajar en dicho grupo (Laespada, 2004).

Los pares representan una de las mayores influencias en el consumo de drogas, algunos autores afirman que las conductas adictivas están relacionadas directamente con el grupo de amigos (Peñafiel, 2009).

- **Tiempo libre y actividades de ocio:**

De acuerdo con (Laespada, 2000, Laespada& Salazar, 1999), el tiempo en el que el individuo se encuentra desocupado es el espacio donde se rompe la rutina de la semana y se busca realizar diferentes actividades. El alcohol y otras drogas son muy frecuentes en los fines de semana. Sobre todo el alcohol es fácil de conseguir y no representa un obstáculo económico.

- **La familia:**

Según Martínez (2001), la familia es uno de los factores más relevantes ya sea para evitar o producir el consumo de drogas. Una familia disfuncional tiene una relación estrecha con una conducta adictiva.

Los factores más influyentes del funcionamiento familiar según Pons & Berjano (1999) son:

- Las relaciones afectivas parento filiales.
- Educación adecuada por parte de las figuras paternas.
- El ejemplo de los padres como un modelo comportamental.

Los estilos de crianza se clasifican en tres modelos (Baumrind, 1978):

- El estilo autoritario: Se establecen normas muy rígidas, poco dialogo y se caracteriza por el castigo.

- El estilo permisivo: La existencia de límites difusos que pueden ser interpretados como desinterés por parte de los padres.
- El estilo democrático: El control de los hijos mediante normas claras y apoyo incondicional tomando en cuenta sus decisiones y opiniones con el control firme lo que permite la formación de su autonomía.
- **Aceptación del consumo desde el grupo de amigos y la familia:**

La actitud positiva que otorga el grupo al individuo sobre el consumo puede aumentarlo o mantenerlo. Desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1984), se conoce la influencia de los procesos vicarios al bienestar psicológico. La familia y los amigos tienen gran influencia en el comportamiento del sujeto ya que otorgan normas sociales, siendo la familia la primera instancia pues la persona lo adoptará como un modelo de comportamiento.

Para finalizar, se debe resaltar el papel de la familia y amigos y su influencia en la conducta del individuo como lo resaltan algunas teorías.

2.6.1.3 Factores de riesgo sociales.

El consumo de una sustancia está determinado por el medio social en el que el individuo se encuentra. La mayoría de veces, tanto el alcohol como el tabaco están presentes en la vida cotidiana (celebraciones, actos sociales, etc.). Estas drogas gozan de la aceptación social lo que fomenta el consumo de las mismas (Laespada et al; 2004).

2.6.2 Factores protectores.

Los factores de protección son recursos personales, sociales y ambientales que disminuyen la posibilidad de que un individuo adquiera conductas desviadas (Peñañiel, 2009).

Estos reducen la posibilidad de que una persona incurra en conductas adictivas. La Teoría del Desarrollo Social propuesta por Hawkins, Catalano & Miller (1992) es un enfoque teórico que describe tres factores de protección que disminuyen la probabilidad de que existan comportamientos antisociales:

- Los vínculos sociales.
- Las coacciones externas
- Las habilidades sociales.

Factores como una buena autoestima, autocontrol emocional, un adecuado ambiente familiar, un grupo de referencia positivo, etc. Protegerían al individuo de conductas patológicas. Además otros aspectos como la religiosidad, la moral, el éxito personal intervienen como factores de protección (Pollar et al., 1997; Ruiz, 1994).

Por ende, una información adecuada, junto con unas expectativas realistas acerca de su uso contribuirá a un balance decisional más saludable. Con respecto a el área microsocial la relaciones funcionales entre padres e hijos así como una buena comunicación familiar promueven el bienestar psicológico de las personas; este aspecto favorecerá el buen desempeño social y comportamental del sujeto en el medio en el que se desenvuelve (Pérez et al, 1998).

Para Bry (1996), una relación sana entre los miembros de la familia sumada a una buena imposición de disciplina acorde a la edad del individuo serán también factores protectores en las adicciones. Mientras que, aéreas como las sociales, académicas, laborales y la satisfacción personal marcaran una diferencia positiva entre los no consumidores y los que consumen (Ruiz, 1994, Pollar et al. 1997).

2.7 Consecuencias.

2.7.1 Consecuencias en el ámbito del comportamiento enfocado en mujeres.

En el estudio “La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados” realizado por Aljama & Santamaría (2004) en el país de España muestra que existen relaciones entre el consumo de drogas y otros comportamientos disfuncionales como son:

- **Trastornos de la alimentación**

De las mujeres evaluadas el 37,2% de ellas revelo haber pasado por problemas alimenticios en alguna etapa de su vida: Siendo el 23,8% casos de “bulimia”, el 14,3% “anorexia”, el 4,8% “bulimia-anorexia” y en el 57,1% habló de cierto “gusto excesivo por la delgadez” (Aljama & Santamaría, 2004).

- **Prostitución**

En el Informe de la Salud de la población marginal de Barcelona en 1999 (Puigpinós) se estableció que las prostitutas tienen índices elevados de consumo de sustancias como tabaco, alcohol y marihuana (Aljama & Santamaría, 2004).

Según Orte (2002) generalmente las sustancias psicoactivas son utilizadas para tolerar el trabajo sexual que en muchos casos es la única manera de subsistir en medio de la pobreza extrema. La droga más frecuente en este grupo es la heroína (Aljama & Santamaría, 2004).

Aprex (2002) afirma que el mayor número de mujeres dedicadas a la prostitución son consumidoras de drogas, y es esta actividad la que permite a este grupo proveerse de sustancias psicoactivas (Aljama & Santamaría, 2004).

- **Problemas judiciales y penitenciarios**

Con respecto a este tipo de problemas, el 55,4% del total de las entrevistadas manifiesta haber incurrido en acciones delictivas relacionadas con las drogas. De las cuales 31 mujeres, el 41,9% refiere un historial de “robos y tráfico de drogas”, el 38,7% “robos y hurtos sin procesar”. Según investigaciones de drogodependencia (vasco, español y europeo) el número de mujeres dependientes a sustancias con problemas judiciales es mucho menor al de los hombres. Concluyendo se puede decir que las mujeres acuden a la prostitución principalmente para sustentar su consumo, comprometiéndose en menor grado en problemas legales (Aljama & Santamaría, 2004).

- **Ideas e intentos de suicidio:**

En la muestra de 56 mujeres estudiadas, el 69,6% han presentado ideas de suicidio, de las cuales el 74,4% manifiesta tenerlos en el periodo de consumo, en conclusión no solo las mujeres que han pasado por problemas judiciales son las que han presentado ideas de suicidio (Aljama & Santamaría, 2004).

2.7.2 Consecuencias en el ámbito laboral

Según Ochoa & Madoz (2008) la repercusión que el consumo de alcohol y/o otras drogas produce en el medio laboral es muy importante. Según estudios de la International Labour Organization los consumidores de sustancias estupefacientes incluido el alcohol refieren un ausentismo laboral de 2 a 3 veces mayor que el resto de los empleados. Este tipo de trabajadores presentaron problemas de salud 3 veces más que el de los demás empleados. El 20-25% de los accidentes en el trabajo suceden a los trabajadores que están bajo el efecto de algún tipo de droga. El consumo de sustancias está relacionado de manera negativa al rendimiento causando pérdidas por el ausentismo, enfermedades, rotación de empleados y una baja en el nivel del trabajo.

2.7.3 Consecuencias en el ámbito de la salud.

Los sujetos consumidores de sustancias padecen generalmente de uno o dos problemas en el ámbito de la salud, asociados a las drogas, los más frecuentes son: enfermedad en los pulmones o cardiovascular, accidente cerebro vascular, cáncer y trastornos mentales. Los efectos negativos a la salud han sido demostrados por varios exámenes. Drogas como los inhalantes, son muy perjudiciales para las células nerviosas ya que las afectan, en el cerebro o en el sistema nervioso periférico (NIDA, 2014).

2.7.4 Consecuencias hacia otras personas.

De acuerdo con NIDA (2014) los efectos perjudiciales de las personas que consumen drogas afectan también a su entorno, en el ámbito de la salud. Tres de las más importantes son:

- **Los efectos negativos de la exposición prenatal a las drogas en bebés y niños.**

Tanto la heroína como los opiáceos consumidos durante el periodo de gestación pueden causar un síndrome en el bebé. Además hay una gran probabilidad de que los niños exhibidos a un ambiente de drogas requieran ayuda escolar para sobreponerse a déficits sutiles en las áreas de desarrollo (NIDA, 2014).

- **Los efectos negativos del humo de tabaco de segunda mano.**

La emanación del cigarrillo en el aire por medio del humo, es muy perjudicial para la salud, ya que se derivan varias sustancias dañinas, sobre todo para los niños. Según el Surgeon General's 2006 Report, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke*, los fumadores pasivos tienden a sufrir el riesgo de presentar

enfermedades cardíacas en un 25% y un 30%, y cáncer de pulmón entre un 20% y un 30% (NIDA, 2014).

- **El aumento de la propagación de las enfermedades infecciosas.**

La transmisión venosa de sustancias como la heroína, cocaína y la metanfetamina constituyen el 12% de los casos recientes de SIDA. Este tipo de drogas aumentan la proliferación de la hepatitis C.

Se puede decir que todas las sustancias estupefacientes crean de alguna manera intoxicación, que altera el juicio e incrementa la posibilidad de conductas sexuales de riesgo, por ende también las enfermedades de transmisión sexual. (NIDA, 2014).

2.8 Tipos de tratamiento.

Hoy en día existen a la disponibilidad de las personas con abuso de sustancias diferentes tipos de tratamiento para tratar esta problemática, a continuación se ofrece una descripción de los procedimientos más vigentes en la actualidad y en qué casos pueden ser más útiles.

Tabla 4.

Diferentes tratamientos de drogodependencia

Tipo de Tratamiento	En qué consiste	Para qué diagnóstico
Psicoterapia en Consultorios Externos (cualquiera sea la corriente teórica, modalidad y frecuencia)	Lo más frecuente es la modalidad individual. Trabaja lo psicodinámico	Para usuarios o abusadores sintomáticos para quienes la droga no es su problema principal o digno de priorizar
Sistema Ambulatorio Especializado o Propiamente dicho.	Tratamiento complejo en etapas y herramientas (Ej. SAPA en el Ameghino) Articula grupos más individual, 2 o 3 veces por semana	Para abusadores leves y medianos. Preferentemente con contención familiar e inserción social. Agrupables
Centro del Día. (Hospital de Día de media jornada)	Tratamiento complejo de 4 horas diarias para pacientes con expectativas de estudio o trabajo. Intensifica las herramientas de contención.	Para abusadores medios y graves. Con o sin contención familiar e inserción social. Agrupables

	(Ej: SAPA en CETRA)	
Centro de Noche.	Consiste en una “convivencia” en donde se pernocta y se organiza la actividad diurna “terapéuticamente”	Para abusadores medios y graves. Con o sin contención familiar pero sin inserción social. Agrupables.
Hospital del Día.	Igual que el Centro de Día pero de 8 horas, para pacientes sin expectativa de estudio o trabajo durante el tratamiento	Para abusadores graves. Con o sin contención familiar e inserción social
Internación Domiciliaria.	Básicamente el consumidor estará en su casa pudiendo realizar salidas controladas por el equipo tratante. Puede colaborar un Acompañante Terapéutico	Es una estrategia para abusadores leves y graves que posteriormente realicen Centro u Hospital de Día
Internación en Comunidad Terapéutica.	Hay gran variedad. Cerrada o abierta, profesionalizada o no, con contención psiquiátrica, religiosa, para judiciales, etc.	Para dependientes. Con poca, o más patológica, contención familiar e inserción social
Internación en Institución Psiquiátrica.	Tratamientos generalmente cerrados centrados básicamente en medicación psicofarmacológica	Para dudosos con riesgo para consigo mismos o terceros
Grupos de Autoayuda. (Alcohólicos Anónimos – Narcóticos Anónimos – ALANON - NARANON)	Grupos no profesionalizados, de libre asistencia, generalmente de 3 veces por semana por grupo	Para abusadores medios, graves y dependientes. Son una gran alternativa para el trabajo el primer diagnóstico y un interesante complemento con la psicoterapia individual

(Extracto del libro “Tu droga, mi droga, nuestra droga” Puentes, M. 2004).

2.9 Descripción de los centros participantes.

2.9.1 Comunidad Terapéutica

Comunidad Terapéutica Mujer de Valor (2015), nació con la convicción de dar respuesta a la rehabilitación de mujeres de 18 y más de edad con problemas de adicciones a sustancias psicoactivas. Por ello se ha creado este espacio digno y acogedor en donde en un ambiente familiar y comunitario se logre consolidar un plan personal de

vida, basado en la recuperación de valores éticos y humanos. Es una iniciativa, creada para dar respuesta al sin número de casos existentes en el Cantón Cuenca y el sur del país, apoyando de esta forma el mejoramiento de la calidad de vida de usuarias, familias y Comunidad

- **Fines.**

La finalidad de la comunidad terapéutica Mujer de Valor es ofrecer a las mujeres, entidades y a la comunidad en general una respuesta integral al problema de la adicción al alcoholismo y la drogadicción, por medio de un programa de tratamiento terapéutico educativo basado en el sistema de comunidad terapéutica. Esta propuesta de intervención está centrada en un trabajo mixto de educadoras adictas en recuperación, profesionales y voluntarias orientadas a la promoción de la salud mental y a la reinserción social (Mujer de Valor, 2015).

- **Objetivo.**

Aplicar el modelo de comunidad terapéutica basado en la reeducación, orientación y asistencia tanto a la alcohólica como al farmacodependiente, donde reciba atención tanto terapéutica, psicológica, médica y psiquiátrica. Con responsabilidad buscamos propiciar el crecimiento y el desarrollo humano de todas las usuarias de nuestra institución, logrando crear en ellas una nueva misión de vida (Mujer de Valor, 2015).

- **Visión.**

La Comunidad Terapéutica Mujer de Valor tiene como objetivo ser reconocida por su liderazgo a nivel regional y nacional mediante la aplicación de su programa terapéutico profesional y por la calidad de sus servicios contando con talento humano competente, comprometido para ofrecer una respuesta efectiva a mujeres afectadas por la adicción a sustancias psicotrópicas, acompañándolas en la construcción de su proyecto de vida. Recuperando la voluntad y el amor a sí mismas, a la familia y a la

sociedad, pretendemos reeducar el carácter de mujeres con esta problemática, procurando que las usuarias de sus servicios logren consolidar un plan personal de vida basado en la recuperación de los valores éticos y humanos, como pilares fundamentales en la construcción de una nueva sociedad, para ello poseemos los estándares de calidad y compromiso para garantizar el mejor servicio (Mujer de Valor, 2015).

- **Misión.**

La Comunidad Terapéutica Mujer de Valor es una entidad privada que tiene como misión: brindar tratamiento a mujeres afectadas por la adicción a sustancias, problemas de conducta tratando simultáneamente a su entorno familiar y comunitario. Nos basamos en un trato digno y profesional, con justicia social y la igualdad de derechos y oportunidades, ayudando a encontrar a la usuaria un sentido en su vida lo cual permitirá la reinserción en la familia y comunidad como entes protagónicas en la construcción de una sociedad más justa. Para ello cuenta con profesionales altamente calificados y poseedores de solvencia moral y espiritual (Mujer de Valor, 2015).

2.9.1.1 Definición de Comunidad Terapéutica

Según refiere Comas (2010) el método utilizado en la Comunidad Terapéutica está definido por varios aspectos, los doce más significativos, de acuerdo a Maxwel Jones (1976) y contribuciones recientes son:

1. La permanencia en el centro es de todo el día, es ahí donde los usuarios conviven la mayor parte del tiempo e interactúan con el equipo técnico.
2. La permanencia en el centro tiene una duración, definida de antemano con criterios temporales, pero siempre con un límite temporal máximo.
3. Se guía a un grupo social con un perfil definido, y solo los sujetos que tienen dicho perfil, puede residir en la comunidad.

4. El ingreso es voluntario, sin que puedan utilizarse medidas de retención que atenten contra los derechos individuales.
5. Exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar.
6. Es un intento de reproducir la vida cotidiana real, en la que los usuarios ejecutan papeles verdaderos y se relacionan constantemente en esta micro-sociedad, lo que causa importantes cambios los usuarios.
7. El día a día en el centro es un aprendizaje social, lo que significa, aunque de manera tácita fuertes controles informales.
8. El personal terapéutico tiene que crear varios métodos, que faciliten la comunicación y las resoluciones a las que se lleguen con respecto a los usuarios, para evitar que se cree un ambiente desordenado y poco terapéutico. Estos métodos incluyen:
 - Expedientes colectivos e individuales comunes de los internos.
 - Las reuniones de staff para revisar el desarrollo de los casos y tomar medidas de ser necesario.
 - La creación de diarios de acontecimientos indispensable
 - La comunicación constante entre los diferentes profesionales
 - las obligaciones deben estar bien establecidas, se requiere de la firma contratos terapéuticos, la creación de un Reglamento Interno, así como métodos de comunicación que notifiquen de actividades y horarios.
9. Se ofrece a personas con distintos problemas que, en general, presentan una combinación especialmente letal de dificultades sanitarias, sociales, psicológicas y morales.
10. Los usuarios no son sujetos pasivos sino proactivos que ayuden a crear un ambiente armonioso en la comunidad, ofreciendo ayuda a los recién llegados.

11. Es un centro residencial que afronta y resuelve todos de problemas de los residentes.
12. Exige la práctica de la evaluación continua.

2.9.2 Clínica de Tratamiento 12 Pasos.

De acuerdo con la Clínica de Tratamiento 12 pasos (2015), es una clínica privada que brinda tratamientos de internamiento y ambulatorio, dirigido a personas que sufren de alcoholismo y dependencia a drogas (cocaína, pastillas, marihuana, heroína,) o cualquier otro tipo de adicción.

Está inspirado en el modelo Minnesota, y en la filosofía de 12 pasos, desarrollado por la fundación Hazelden en EE.UU. Muy extendido y mayoritario en el abordaje de las adicciones en el mundo y que cuenta con un alto índice de recuperación en el tratamiento de las adicciones (Clínica de Tratamiento 12 pasos, 2015).

El modelo está estructurado en base del programa de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

- **Modelo de Tratamiento**

La persona en tratamiento participa en terapias de grupo, individuales, trabajo didáctico sobre la enfermedad, consultas, visionado de películas sobre temas específicos aplicados al tratamiento, grupos terapéuticos para temas concretos (Clínica de Tratamiento 12 pasos, 2015).

De acuerdo con lo referido por la Clínica de Tratamiento 12 pasos (2015) son:

- Adquirir conciencia de la enfermedad que padece.
- Poder identificar, contactar y experimentar toda la gama de sentimientos que experimenta.

- Trabajar en la construcción de su autoestima.
- Identificar y trabajar en sus relaciones codependientes para superarlas.
- Poder elaborar un plan de vida.

- **Tratamiento para mujeres.**

Los problemas que enfrentan las mujeres pueden ser tan suaves como mensajes contradictorios acerca de los roles de género o tan intenso como el abuso sexual y la violencia. El Programa de la Mujer que brinda 12 Pasos (2015) proporciona un refugio para la discusión y resolución de estos problemas.

Una vez que una mujer encuentra el coraje de enfrentar su pasado y buscar ayuda, a menudo tiene dificultades para hablar abierta y honestamente acerca de sus problemas en un entorno mixto. Nuestras pacientes tienen la oportunidad de hablar de sus problemas y preocupaciones sin temor a ser juzgadas y criticadas.

Las mujeres con hijos se ven obligadas a dejar a sus hijos con familiares para entrar en tratamiento. Por supuesto, esto se suma las tensiones y preocupaciones adicionales. Todas las mujeres en el programa residencial se les permiten escribir y llamar por teléfono a sus hijos después de dos semanas de tratamiento aproximadamente. Las mujeres que han estado en una situación de violencia doméstica o abuso infantil pueden escribir o llamar a sus hijos inmediatamente.

El tratamiento en la Clínica 12 pasos (2015) está compuesto de las siguientes fases:

- **Pre contemplación:**

La persona no tiene todavía conciencia de su problemática, ni tampoco que va a tener que intentar resolverlo.

- **Contemplación:**

En esta etapa aparece la consciencia. El sujeto en un estado ambivalente, empezando a resolver dicha ambivalencia por el lado del cambio. Se decide a hacer algo, que no es lo mismo que hacerlo de verdad.

- **Preparación:**

Los usuarios se encuentran preparados para la actuación y preparan, incluso una fecha de acción.

- **Actuación:**

Aquí ya está decidido a cambiar y da los pasos necesarios en esa dirección. El sujeto empieza la modificación de la conducta problemática.

- **Mantenimiento:**

Esto es post-tratamiento, y ayuda a mantener al paciente vinculado con su recuperación ya que el primer año es crítico para esto; por lo tanto la clínica brinda tratamiento mediante el grupo.

2.9.2.1 Modelo Minnesota y los 12 Pasos de Narcóticos Anónimos.

De acuerdo con García (2011), “esta metodología es intensa, breve y se encuentra al frente con respecto al tratamiento de adicciones. Concede que el sujeto no se desligue de su entornos, también se lo incorpora rápidamente a su vida a sus actividades

Un sujeto adicto no tiene culpa de su enfermedad, como pasa con cualquier otro enfermo. Esta premisa es crucial para comprender el Modelo Minnesota. También se entiende que las adicciones son multifacéticas, aspectos en los que se debe trabajar (García, 2011).

El objetivo que se quiere conseguir es: restablecer a la persona adicta en la sociedad, y tratarlo con respecto y dignidad, para que puedan reponerse física, psicológica y espiritualmente (García, 2011).

La doctrina base del programase acogió al Programa de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (AA). La confianza en el valor de AA que se obtuvo por varios registros miembros de la comunidad e importante líderes de AA en el Estado de Minnesota (García, 2011).

Se reveló que cuando varias personas comparten el mismo sufrimiento, y se unen en un ambiente bien planificado y estructurado para compartir sus problemas y su malestar, se crean cambios muy beneficiosos. Sujetos que no pueden ayudarse a ellos mismos, a veces en el grupo logran ayudarse mutuamente (García, 2011).

En estas circunstancias, los sujetos logran re definir su propia situación sin temor a mostrarse ante otros pacientes o el equipo terapéutico y sobre todo sin miedo a la vergüenza o al ridículo pues lo que se dice ahí no puede trascender de ese lugar, es una de las reglas fundamentales (García, 2011).

García (2011), refiere que el programa se puede resumir en sus tres fases:

- **Aceptar la impotencia ante las drogas:**

La número uno del proceso, después del proceso de desintoxicación y evaluación diagnóstica, es cooperar con el usuario para que logre aceptar que es impotente ante las drogas. Es el primero de los Doce Pasos de la filosofía de AA y es un intento de romper con la negación (García, 2011).

- **Reconocer la necesidad de cambio:**

En esta etapa se ayuda al usuario a admitir que es necesario realizar un cambio de conducta para su bienestar. Se le muestra que posee la aptitud para realizar cambios. Es importante también que el interno conozca el programa y como esta estructurado. El tiempo de internamiento es de tratamiento, la recuperación vendrá después. Se induce al sujeto en el grupo de autoayuda, AA o NA, como una herramienta fundamental para lograr su recuperación (García, 2011).

- **Planear para actuar:**

La meta número 3 del tratamiento es lograr que el usuario empiece a actuar y ejecutar decisiones para cambiar las conductas problema. El paciente debe comprender que requiere establecer metas para modificar su calidad de vida. (García, 2011).

2.10 Conclusiones.

Las adicciones representan una de las enfermedades mentales más complejas por los múltiples factores que intervienen en ella, sin embargo se trató de abordar los puntos más sobresalientes alrededor de esta problemática.

Se describe a lo largo del capítulo los diferentes tipos de sustancias, posibles factores de riesgo y protectores que intervienen en la adicción, formas de tratamiento y cuáles de estas se encuentran vigentes en nuestra ciudad; tomando en cuenta que al trabajar con población femenina en consumo de sustancias resulta aún más complejo, pues en muchos casos abandonan la crianza de sus hijos y en otros atraviesan un proceso de gestación.

A pesar de lo dificultoso que resulta el tratamiento de adicciones, es indispensable para un diagnóstico más pertinente evaluar el grado y tipo de sustancia, pues así las

estrategias de trabajo estarán más acordes con el caso a tratar, pues generalmente las usuarias reciben un tratamiento generalizado en el que no se consideran sus particularidades.

Se evidencia también que la presencia de comorbilidad entre trastornos de personalidad y consumo de sustancias, sugiere un pronóstico desfavorable para el paciente, además se evidencia mayor relación entre algunos trastornos de personalidad y ciertas sustancias psicoactivas, lo que a su vez se muestra como un mayor reto terapéutico para los centros de atención.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Introducción.

El presente capítulo tiene por objetivo dar a conocer los instrumentos utilizados en esta investigación: MCMI-III, ASSIST además de una encuesta estructurada.

Asimismo se expone las consideraciones sobre el proceso llevado a cabo para la aplicación de los test.

3.2 Consideraciones sobre el proceso llevado a cabo para la aplicación de los test.

Tipo de Estudio

- Análisis Correlacional
- Investigación Científica

Objetivo General:

Diseñar la línea base de correlación entre los tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca-Ecuador 2015-2016.

Objetivos Específicos:

- Evaluar tipos de personalidad en las pacientes, consumo de sustancias y síndromes clínicos.
- Establecer rasgos y trastornos de personalidad.
- Establecer síndromes clínicos.
- Establecer la relación existente entre los tipos de personalidad y el consumo de sustancias.

Características de la investigación:

Universo y muestra:

La muestra está conformada por 25 mujeres dependientes a sustancias internadas en la Comunidad Terapéutica Mujer de Valor y 25 usuarias en la Clínica de Tratamiento de Adicciones 12 Pasos; dicha muestra será recogida en los meses de Octubre y Noviembre del presente año de las cuales se partirá para la investigación planteada.

Criterios de Inclusión:

- Serán evaluadas las mujeres que estén dentro del proceso en dichas clínicas.
- El rango de edad de la muestra va desde los 18 a los 65 años.
- Deberán estar un mínimo de una semana internada.
- Escolaridad básica
- Usuarias lucidas

Criterios de Exclusión:

- Presencia de alteraciones orgánicas que afecten al desempeño diario.
- Mayores de 65 años.
- Periodos de intoxicación.

3.3 Justificación de los instrumentos a utilizar.

3.3.1 Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MCMI-III)

De acuerdo con Millón (2000), se presentan los datos informativos, descriptivos y criterios de calidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MCMI-III):

- **Identificación:**

Nombre: Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MCMI-III)

Nombre original: Million Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)

Autores: Million, Davis y Million

Versiones: El MCMI original fue reformulado para adecuarse mejor a las categorías del DSM-III. El MCMI-III es una nueva revisión adaptada al DSM-IV.

- **Descripción:**

Tipo de instrumento: Cuestionario

Objetivos:

Visualizar posibles trastornos de personalidad y síndromes clínicos según criterios del DSM –IV y de la teoría de la personalidad de Millon.

Población: Adultos.

Número de ítems: 175.

Descripción:

Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad y tres que diagnostican trastornos graves de la personalidad. Síndromes clínicos, síndromes graves. Además tiene índices que ajustan las puntuaciones de las escalas o determinan la extensión de su validez.

Criterios de calidad:

Fiabilidad:

Consistencia interna mediante coeficiente alfa de 0.66-0.89; fiabilidad test-retest para las puntuaciones dimensionales: 0.85-0.93; fiabilidad test-retest (dos semanas) para el diagnóstico dimensional entre 0,85 y 0,93 (0,60-0,89 en MCMI-II). El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa <0.45 para todos los trastornos de personalidad, índice muy bajo.

Validez:

Varias investigaciones han determinado resultados moderados, por ejemplo con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) la mayoría de las correlaciones de las escalas están por encima de 0.50 pero no llegan a valores más elevados. Los coeficientes son todavía menores cuando se correlacionan las puntuaciones categoriales con entrevistas de diagnóstico estructurado o semi- estructuradas que, sin embargo, mantienen mejores índices de acuerdo entre ellas.

Sensibilidad:

La sensibilidad del MCMI-III varía mucho entre escalas: 0.44-0.92 (media=0.60); igual que su poder predictivo: 0.30-0.81 (media=0.69). Como todos los cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad tiende a cometer más errores de falsos positivos que otro instrumentos, lo que le hace ser considerado una buena prueba fiable.

- **Aplicación.**

Tiempo de administración: de 20 a 30 minutos.

Normas de aplicación: La persona evaluada debe ir respondiendo verdadero o falso a los distintos ítems.

Corrección e interpretación:

Se adquieren 24 puntuaciones. Por medio de una tabla de puntuaciones transformadas se obtiene diferenciadas según el género. Los puntajes que van desde 75 y 84 refieren la presencia de rasgos, y mayores de 84 la presencia de un trastorno. Se puede corregir con la ayuda de un programa de ordenador que es facilitado con la prueba, existen, igualmente, correcciones en red o por correo.

La interpretación del MCMI debe ser realizada por un psicólogo clínico experto en trastornos de personalidad y con práctica en el uso de este tipo de test y de éste en particular ya que presentan no pocas dificultades.

3.3.2 La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), fue creada por la Organización Mundial de la Salud (2010), la información que se toma a continuación para describir este instrumento, proviene del Manual para su uso en la atención primaria.

- **Identificación:**

Nombre: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

Autores: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Versión: ASSIST v3.0

- **Descripción:**

Tipo de instrumento: Cuestionario en versión de papel y lápiz.

Objetivos:

- Administrarlo más rápidamente que las pruebas de diagnóstico de consumo de sustancias existentes.
- Hacer pruebas de detección de todas las sustancias psicoactivas, no solo de alcohol y tabaco.
- Poder vincularlo fácilmente a una intervención breve.

Población:

Poder utilizarlo en servicios de atención primaria de salud, pues posee relevancia transcultural. En población adulta (entre 18 y 60 años de edad).

Número de ítems: 8.**Descripción:**

El ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse.

Criterios de calidad:**Fiabilidad y validez:**

El ASSIST ha pasado por tres etapas principales de prueba para confirmar su validez y confiabilidad en el ámbito internacional y demostrar que puede vincularse a intervenciones breves.

La fase I del proyecto se llevó a cabo entre los años 1997 y 19983 e incluyó la elaboración de la primera versión de la prueba (versión 1.0). El cuestionario constaba de 12 preguntas. La confiabilidad y factibilidad de las preguntas fueron evaluadas en un estudio de confiabilidad de test-retest realizado en Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, los territorios palestinos, Puerto Rico, el Reino Unido y Zimbabwe. La selección de los lugares se hizo con el fin de que los participantes del estudio provinieran de culturas diversas y tuvieran hábitos de consumo diferentes.

Los resultados demostraron que la prueba era confiable y factible. Con base en la retroalimentación de los participantes del estudio y para facilitar la administración y

comprensión de las preguntas, el cuestionario de 12 preguntas fue modificado a uno de ocho (versión 2.0).

La fase II del proyecto consistió en un estudio internacional para validar el cuestionario de la prueba de detección en una gran variedad de servicios de la atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas. Los procesos de validación permiten determinar si una prueba mide los supuestos y las condiciones que se pretenden medir. El estudio se realizó en el año 2000 y en el año 2002 en Australia, Brasil, los Estados Unidos, India, el Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe. Los participantes provenían tanto de servicios de atención primaria como de servicios de tratamiento contra las drogas, lo cual permitió la representación adecuada de personas con diferentes hábitos de consumo.

El estudio demostró la validez de la prueba de manera concurrente, predictiva y discriminatoria, y además incluyó una serie de puntuaciones límite para ‘riesgo bajo’, ‘moderado’ y ‘alto’. El cuestionario modificado (ASSIST v3.0) fue revisado y especialmente acondicionado para su uso en el ámbito de la atención primaria y centros de salud (ASSIST v3.1); la versión 3.0 se recomienda para uso en fines investigativos.

Un estudio piloto realizado al mismo tiempo demostró que los participantes provenientes de los servicios de atención primaria redujeron el consumo de sustancias al recibir una intervención breve vinculada a las puntuaciones del ASSIST.

La fase III del estudio consistió en una prueba aleatoria controlada para investigar la eficacia de una intervención breve vinculada a las puntuaciones del cuestionario por consumo de riesgo moderado de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo amfetamina u opiáceos. Los participantes provenían de servicios de atención primaria de salud y fueron clasificados dentro del nivel de riesgo moderado en por lo menos una de estas

sustancias. El estudio se realizó entre los años 2003 y 2007 en Australia, Brasil, los Estados Unidos e India. La intervención breve duró entre cinco y 15 minutos y se basó en el modelo FRAMES¹⁷ y las técnicas de la entrevista motivacional. La intervención breve se centró en la retroalimentación personalizada con respecto a las puntuaciones de la prueba y el riesgo asociado, por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación diseñada para este propósito. La intervención breve fue reforzada con información de autoayuda que los usuarios se llevaron a sus casas. Los resultados demostraron que los participantes que recibieron una intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones de la prueba después de tres meses, en comparación con los del grupo control, que no recibieron intervención breve sobre su experiencia de consumo de sustancias ilegales. Además, más del 80% de los participantes que recibieron la intervención breve notificaron haber intentado reducir el consumo de sustancias. Asimismo, los participantes hicieron comentarios positivos sobre el impacto de la intervención breve.

Hasta ahora el ASSIST ha sido validado solo en forma de entrevista, ya que no se ha determinado aún si puede hacerse de manera auto administrada.

Sensibilidad:

Es sensible a todos los usuarios de la atención primaria de salud que serían examinados anualmente para detectar el consumo de sustancias, como parte de un programa de pruebas de detección y promoción de la salud.

Esto es especialmente importante en lugares donde la proporción de usuarios de sustancias es mayor que en el resto de la comunidad, por ejemplo: servicios de salud de las universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, zonas rojas, servicios de salud mental, programas de evaluación de prisioneros y servicios de

atención primaria en otros lugares donde haya una alta prevalencia de abuso de sustancias.

- **Aplicación.**

Tiempo de administración: cinco y diez minutos.

Normas de aplicación:

El cuestionario consta de ocho preguntas, la pregunta 1 se refiere al consumo de sustancias a lo largo de la vida, es decir las sustancias que el usuario ha consumido aunque sea solo una vez la respuestas puede ser ‘sí’ o ‘no’, las preguntas que vienen a continuación (2 a la 7) tiene una puntuación numérica que va de 0 a 4.

Es importante conocer la edad legal de consentimiento en su jurisdicción y las disposiciones legales relacionadas con la prueba de detección y la intervención en los adolescentes menores de edad.

Proteger la privacidad de los usuarios y la confidencialidad de la información es crucial y especialmente importante cuando se reúne información relacionada con el consumo de sustancias.

Corrección e interpretación:

El ASSIST proporciona una indicación del grado de riesgo asociado con el consumo de sustancias:

Riesgo bajo: Los puntajes de tres o menos (‘10 o menos’ para alcohol) manifiestan una baja posibilidad de tener problemas con el consumo de sustancias. Aunque el consumo sea esporádico no representa un problema serio (OMS, 2010).

Riesgo moderado: Los puntajes de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), presentan, un riesgo moderado por su consumo y al continuarlo podría ocasionar futuros problemas médicos y de otro tipo (OMS, 2010).

Riesgo alto: Los puntajes que van desde ‘27 o más’ manifiestan que el individuo presenta un alto riesgo de dependencia de dicha sustancia y probablemente esté teniendo problemas clínicamente significativos. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo (OMS, 2010).

Puede ser administrado y evaluado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o por los que trabajan con personas cuyo consumo de sustancias puede colocarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad.

3.3.3 Encuesta estructurada.

Se realizó una entrevista estructurada con la finalidad de obtener datos relacionados con la vida del paciente.

La información expuesta en la encuesta es la siguiente: Nombre, fecha y lugar de nacimiento, ocupación, instrucción, estado civil, con quien vive, internamientos previos, tiempo de consumo, antecedentes familiares.

3.3.4 Software de analítica predictiva SPSS.

IBM SPSS Statistics “es un sistema global para el análisis de datos. SPSS Statistics puede adquirir datos de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos y diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos” (SPSS, 2010).

3.3.5 Procedimiento

En los meses de octubre y noviembre, se realizó la evaluación de personalidad y consumo a las usuarias de los centros participantes, mediante el MCMI – III, la prueba de detección de consumo ASSIST y una encuesta estructurada; fueron evaluadas 50 mujeres.

En los meses posteriores, se realizó el marco teórico de los 3 capítulos, y finalmente se procesó la información obtenida, mediante el software de analítica predictiva SPSS, (tablas de frecuencia, relación, correlación R de Pearson y comorbilidades). Finalmente se analizaron dichos datos.

3.4 Conclusiones.

Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio, fueron escogidos por su alto grado de validez y fiabilidad además de ser sensibles para la población participante.

Para esta investigación se trabajó con la población total de los dos Centro de Adicciones de la ciudad, misma que fue tomada en dos meses y estuvo conformada por 25 usuarias de cada establecimiento.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Introducción.

En este capítulo se expone los resultados obtenidos en la presente investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias; los datos fueron procesados mediante el software SPSS.

Una vez evaluado el consumo de sustancias por medio de la prueba de detención de consumo ASSIST, se agruparon las diferentes sustancias en tres grupos: tabaco y alcohol (legales), cannabis, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, anfetaminas, alucinógenos, opiáceos y otros (no legales), consumo mixto (legales e ilegales). También se obtuvieron las puntuaciones de síndromes clínicos y patrones de personalidad mediante el MCMI - III.

Se establecieron los síndromes clínicos más relevantes en las pacientes, la relación entre personalidad y consumo de sustancias, además de la correlación de las mismas. Finalmente se establece las comorbilidades de trastornos de personalidad que se hicieron presentes en esta investigación.

4.2 Presentación de tablas.

A continuación se exponen las tablas con los resultados obtenidos en la presente investigación. De acuerdo con la fiabilidad del test MCMI-III la escala de validez (X) indica que la puntuación directa inferior a 34 o superior a 178 del protocolo debe considerarse inválidos. Por esta razón se recomienda manejar con precaución el 4% (2 casos) de la información.

4.2.1 Tablas de frecuencia de los Síndromes Clínicos significativos.

Tabla 5.

Tabla de frecuencia de trastorno de ansiedad

Trastorno de ansiedad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84 síndromes clínicos	14	28,0	60,9	60,9
	85-120 trastornos	9	18,0	39,1	100,0
	Total	23	46,0	100,0	
Perdidos	Sistema	27	54,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En el grupo de estudio, 14 personas (28%) poseen un síndrome clínico de ansiedad, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 9 personas (18%) presentan trastornos de ansiedad, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se puede concluir que 23 personas (46%) del grupo presentan ansiedad en niveles significativos.

Tabla 6.

Tabla de frecuencia de dependencia al alcohol.

Dependencia al alcohol					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84 síndromes clínicos	11	22,0	42,3	42,3
	85-120 trastorno	15	30,0	57,7	100,0
	Total	26	52,0	100,0	
Perdidos	Sistema	24	48,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En las pacientes estudiadas, 11 de ellas, (22%), tienen un síndrome clínico de dependencia al alcohol, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras

que 15 pacientes, (30%), presentan trastorno por dependencia al alcohol, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se evidencia entonces que 26 mujeres, (52%), presentan dependencia al alcohol.

Tabla 7.

Tabla de frecuencia de dependencia a las drogas

Dependencia a las drogas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	74-84	7	14,0	31,8	31,8
	síndromes clínicos				
	85-120	15	30,0	68,2	100,0
	trastornos				
	Total	22	44,0	100,0	
Perdidos	Sistema	28	56,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En el grupo de tratado, 7 de las participantes, (14%), tienen un síndrome clínico de dependencia a las drogas, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 15 usuarias, (30%), presentan trastorno por dependencia a las drogas, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se demuestras entonces que 22 casos, (44%), presentan dependencia a las drogas.

Tabla 8.

Tabla de frecuencia depresión mayor.

		Depresión mayor			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84 síndromes clínicos	4	8,0	36,4	36,4
	85-120 trastorno	7	14,0	63,6	100,0
	Total	11	22,0	100,0	
Perdidos	Sistema	39	78,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La depresión mayor está presente en 4 de las mujeres estudiadas, (8%), como síndrome clínico, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que se presenta como trastorno en 7 pacientes, (14%), ya que sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se concluye que 11 mujeres, (22%), presentan depresión mayor ya sea como síndrome clínico o trastorno.

Tabla 9.

Tabla de frecuencia trastorno delirante.

		Trastorno delirante			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84 síndromes clínicos	6	12,0	28,6	28,6
	85-120 trastornos	15	30,0	71,4	100,0
	Total	21	42,0	100,0	
Perdidos	Sistema	29	58,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En las participantes, 6 de ellas, (12%), tienen un síndrome clínico de trastorno delirante, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 15 pacientes, (30%), presentan trastorno clínico delirante, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Finalmente el trastorno delirante está presente en 21 usuarias, (42%), como síndrome clínico o trastorno.

4.2.2 Tabla de relación entre tipo de personalidad y consumo de sustancias.

Tabla 10.

Tabla de relación entre personalidad esquizoide y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Esquizoide		
		75-84 rasgos predominantes	85- 120 trastorno clínico	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	5	1	6
	cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, otros	0	1	1
	consumo mixto	9	0	9
Total		14	2	16

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad esquizoide está presente en 16 de las participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 5 de ellas tienen rasgos predominantes y 1 trastorno de la personalidad esquizoide. Las que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta un trastorno de personalidad esquizoide. Finalmente las pacientes con consumo mixto, 9 tienen rasgos predominantes de dicha personalidad.

Tabla 11.

Tabla de relación entre personalidad evitativo y consumo de sustancias

		Tabla de relación		
Recuento				
		Evitativo		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	6	3	9
	consumo mixto	6	3	9
Total		12	6	18

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad evitativa se encuentra en 18 de las mujeres estudiadas ya sea como rasgos predominantes o trastorno. Entre las que consumen tabaco y alcohol, 6 tienen rasgos predominantes y 3 trastornos de la personalidad evitativa. Las pacientes con consumo mixto, 6 de ellas tienen rasgos predominantes y 3 trastorno de la personalidad mencionada.

Tabla 12.

Tabla de relación entre personalidad depresiva y consumo de sustancias.

Tabla de relación				
Recuento		Depresivo		
Tipos de consumo		75-84 rasgos predominantes	85- 120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	2	5	7
	consumo mixto	2	5	7
Total		4	10	14

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad depresiva se manifiesta en 14 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 2 de ellas tienen rasgos predominantes y 5 trastornos de la personalidad depresiva. Las que tienen un consumo mixto, 2 tienen rasgos predominantes y 5 usuarias presentan trastorno de dicha personalidad.

Tabla 13.

Tabla de relación entre personalidad dependiente y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Dependiente		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	4	5	9
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opiaceos,otros	1	0	1
	consumo mixto	3	0	3
Total		8	5	13

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad dependiente está presente en 13 de las participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 4 tienen rasgos predominantes y 5 trastornos de la personalidad dependiente. Las mujeres que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta rasgos predominantes de la personalidad mencionada. Las pacientes con consumo mixto, 3 tienen rasgos predominantes de dicha personalidad.

Tabla 14.

Tabla de relación entre personalidad histriónica y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Histriónico		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	1	2	3
	cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, otros	2	0	2
	consumo mixto	3	1	4
Total		6	3	9

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad histriónica está presente en 9 de los casos participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las que consumen tabaco y alcohol, 1 tiene rasgos predominantes y 2 mujeres manifiestan un trastorno de la personalidad histriónica. Las usuarias que tienen un consumo de sustancias ilegales, 2 presentan rasgos predominantes. Finalmente las pacientes con consumo mixto, 3 tienen rasgos predominantes y 1 refiere trastorno de dicha personalidad.

Tabla 15.

Tabla de relación entre personalidad narcisista y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Narcisista		
		75-84 rasgos predominantes	85- 120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	2	2	4
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opiaceos,otros	1	1	2
	consumo mixto	3	3	6
Total		6	6	12

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad narcisista está presente en 12 de las participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 2 de ellas tienen rasgos predominantes y 2 trastornos de la personalidad narcisista. Las que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta rasgos predominantes y 1 un trastorno de la personalidad mencionada. Finalmente las pacientes con consumo mixto, 3 tienen rasgos predominantes y 3 trastornos de la personalidad narcisista.

Tabla 16.

Tabla de relación entre personalidad antisocial y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Antisocial		
		Antisocial		Total
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	3	2	5
	cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, inhalantes, alucinógenos opiáceos, otros	1	1	2
	consumo mixto	8	7	15
Total		12	10	22

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad antisocial está presente en 22 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 3 tienen rasgos predominantes y 2 trastornos de la personalidad antisocial. Las mujeres que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta rasgos predominantes y 1 con trastorno de la personalidad antisocial. Las pacientes con consumo mixto, 8 tienen rasgos predominantes y 7 manifiestan un trastorno de dicha personalidad.

Tabla 17.

Tabla de relación entre personalidad sádica y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Sádico		
Tipos de consumo		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
	tabaco, alcohol	2	2	4
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opiaceos,otros	2	0	2
	consumo mixto	6	6	12
Total		10	8	18

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad sádica se manifiesta en 18 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 2 de ellas tienen rasgos predominantes y 2 trastornos de la personalidad sádica. Las que tienen un consumo de sustancias ilegales, 2 de ellas presenta rasgos predominantes de la personalidad señalada. Las que tienen un consumo mixto, 6 tienen rasgos predominantes y 6 usuarias presentan trastorno de dicha personalidad.

Tabla 18.

Tabla de relación entre personalidad compulsiva y consumo de sustancias

Tabla de relación			
Recuento		Compulsivo	
		75-84 rasgos predominantes	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	2	2
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opiaceos,otros	2	2
	consumo mixto	2	2
	Total	6	6

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad compulsiva está presente en 6 de las usuarias. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 2 tienen rasgos predominantes de la personalidad compulsiva. Las participantes que tienen un consumo de sustancias ilegales, 2 de ellas presenta rasgos de la personalidad mencionada. Y finalmente con consumo mixto, 2 de ellas tienen rasgos predominantes de dicha personalidad.

Tabla 19.

Tabla de relación entre personalidad negativista y consumo de sustancias

		Tabla de relación		
Recuento				
		Negativista		
		75- 84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	7	1	8
	consumo mixto	9	2	11
Total		16	3	19

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad negativista está presente en 19 de las participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 7 tienen rasgos predominantes y 1 trastorno de la personalidad negativista. Las mujeres que tienen un consumo mixto, 9 tienen rasgos predominantes y 2 presentan trastornos de dicha personalidad.

Tabla 20.

Tabla de relación entre personalidad masoquista y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Masoquista		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	10	3	13
	consumo mixto	10	4	14
Total		20	7	27

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad masoquista está presente en 27 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre los casos con consumo de tabaco y alcohol, 10 tienen rasgos predominantes y 3 trastornos de la personalidad masoquista. Las mujeres que tienen consumo mixto, 10 de ellas presenta rasgos predominantes y 4 trastornos de la personalidad mencionada.

Tabla 21.

Tabla de relación entre personalidad esquizotípico y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Esquizotípico		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	5	0	5
	consumo mixto	2	4	6
Total		7	4	11

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad esquizotípico está presente en 11 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre las que consumen tabaco y alcohol, 5 tienen rasgos predominantes y las mujeres que tienen consumo mixto, 2 de ellas presenta rasgos predominantes y 4 trastornos de la personalidad antes señalada.

Tabla 22.

Tabla de relación entre personalidad paranoide y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Paranoide		
		85-120		Total
		75- 84 rasgos predominantes	trastornos clínicos	
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	5	5	10
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opiaceos,otros	0	1	1
	consumo mixto	5	6	11
Total		10	12	22

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad paranoide está presente en 22 de las usuarias. Entre las que consumen tabaco y alcohol, 5 tienen rasgos predominantes y 5 presentan trastorno de esta personalidad. Las participantes que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta trastorno de la personalidad. Y finalmente con consumo mixto, 5 de ellas tienen rasgos predominantes y 5 trastornos de dicha personalidad.

Tabla 23.

Tabla de relación entre personalidad borderline y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento				
		Borderline		Total
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	6	2	8
	consumo mixto	6	4	10
Total		12	6	18

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad bordelinde está presente en 18 de las usuarias. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 6 tienen rasgos predominantes y 2 refieren trastornos de dicha personalidad. Las participantes que tienen consumo mixto, 6 de ellas tienen rasgos predominantes y 4 trastorno de dicha personalidad.

Tabla 24.

Correlación entre tipos de personalidad y consumo de sustancias (R de Pearson)

Personalidad		Medidas simétricas R de Pearson			
		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Esquizoide	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,022	,132	-,150	,881 ^c
Evitativo	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,221	,117	-1,573	,122 ^c
Depresivo	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,234	,114	-1,669	,102 ^c
Dependiente	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,390	,124	-2,933	,005 ^c
Histriónico	Intervalo por R de Pearson intervalo	,001	,144	,009	,993 ^c
Narcisista	Intervalo por R de Pearson intervalo	,133	,152	,931	,357 ^c
Antisocial	Intervalo por R de Pearson intervalo	,378	,110	2,825	,007 ^c
Sádico	Intervalo por R de Pearson intervalo	,226	,135	1,610	,114 ^c
Compulsivo	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,253	,118	-1,815	,076 ^c
Negativista	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,216	,113	-1,531	,132 ^c
Masoquista	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,216	,113	-1,531	,132 ^c
Ezquizotípico	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,033	,116	-,228	,820 ^c
Borderline	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,094	,134	-,658	,514 ^c
Paranoide	Intervalo por R de Pearson intervalo	-,143	,118	-1,002	,321 ^c

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

De acuerdo con la prueba estadística R de Pearson que fue obtenida a partir de los resultados, se concluye que solo existe correlación directa entre las personalidades dependiente y antisocial con el consumo de sustancias. Es decir que estos tipos de personalidad presentan mayor predisposición a la utilización de sustancias.

4.2.3 Tablas de comorbilidad de trastornos de personalidad.

Tabla 25.

Relación entre trastorno de personalidad y consumo de sustancias.

PERSOANLIDAD	C. LEGAL	C.ILEGAL	C.MIXTO	TOTAL
Esquizoide	1	1	0	2
Evitativo	3	0	3	6
Depresivo	5	0	5	10
Dependiente	5	0	0	5
Histriónico	2	0	1	3
Narcisista	2	1	3	6
Antisocial	2	1	7	10
Sádico	2	0	6	8
Borderline	2	0	4	6
Negativista	1	0	2	3
Masoquista	3	0	4	7
Esquizotípico	0	0	4	4
Paranoide	5	1	6	12
Total				82

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En esta tabla hace referencia a los diferentes trastornos de personalidad de acuerdo a la sustancias consumida por las pacientes ya sean estas legales, no legales y consumo mixto. Concluimos que existen 82 trastornos de personalidad en las participantes.

Entre el consumo de sustancias legales las personalidades más prevalentes son: dependiente, depresiva y paranoide. Entre el consumo de sustancias ilegales están las personalidades esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide como las más significativas, finalmente en el consumo mixto las personalidades más relevantes son sádico y paranoide

Tabla 26.

Tabla de comorbilidad entre los trastornos de personalidad

Correlaciones															
		Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Sádico	Compulsivo	Negativista	Masoquista	Ezquizotípico	Bordeline	Paranoide
Esquizoide	Correlación de Pearson	1	,301*	,180	,247	-,257	-,068	,126	,198	-,051	,153	,296*	,222	,167	,241
	Sig. (bilateral)		,034	,210	,083	,072	,639	,384	,168	,727	,290	,037	,122	,247	,092
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Evitativo	Correlación de Pearson	,301*	1	,610**	,617**	-,709**	-,528**	-,125	-,114	-,280*	,471**	,650**	,584**	,524**	,544**
	Sig. (bilateral)	,034		,000	,000	,000	,000	,386	,430	,049	,001	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Depresivo	Correlación de Pearson	,180	,610**	1	,686**	-,534**	-,502**	-,216	-,057	-,485**	,677**	,819**	,665**	,818**	,522**
	Sig. (bilateral)	,210	,000		,000	,000	,000	,131	,693	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Dependiente	Correlación de Pearson	,247	,617**	,686**	1	-,498**	-,539**	-,281*	,009	-,366**	,592**	,680**	,510**	,621**	,489**
	Sig. (bilateral)	,083	,000	,000		,000	,000	,048	,950	,009	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Histriónico	Correlación de Pearson	-,257	-,709**	-,534**	-,498**	1	,670**	,088	,108	,489**	-,359*	-,515**	-,555**	-,533**	-,423**
	Sig. (bilateral)	,072	,000	,000	,000		,000	,542	,456	,000	,010	,000	,000	,000	,002
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Narcisista	Correlación de Pearson	-,068	-,528**	-,502**	-,539**	,670**	1	,285*	,254	,433**	-,217	-,441**	-,325*	-,551**	-,252
	Sig. (bilateral)	,639	,000	,000	,000	,000		,045	,075	,002	,130	,001	,021	,000	,078
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Antisocial	Correlación de Pearson	,126	-,125	-,216	-,281*	,088	,285*	1	,577**	-,218	,055	-,002	,073	,018	,037
	Sig. (bilateral)	,384	,386	,131	,048	,542	,045		,000	,128	,705	,991	,613	,902	,796
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Sádico	Correlación de Pearson	,198	-,114	-,057	,009	,108	,254	,577**	1	-,218	,242	,068	,069	,125	,139
	Sig. (bilateral)	,168	,430	,693	,950	,456	,075	,000		,128	,090	,639	,632	,388	,335
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Compulsivo	Correlación de Pearson	-,051	-,280*	-,485**	-,366**	,489**	,433**	-,218	-,218	1	-,370**	-,531**	-,530**	-,565**	-,394**
	Sig. (bilateral)	,727	,049	,000	,009	,000	,002	,128	,128		,008	,000	,000	,000	,005
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Negativista	Correlación de Pearson	,153	,471**	,677**	,592**	-,359*	-,217	,055	,242	-,370**	1	,638**	,542**	,700**	,650**
	Sig. (bilateral)	,290	,001	,000	,000	,010	,130	,705	,090	,008		,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Masoquista	Correlación de Pearson	,296*	,650**	,819**	,680**	-,515**	-,441**	-,002	,068	-,531**	,638**	1	,661**	,823**	,624**
	Sig. (bilateral)	,037	,000	,000	,000	,000	,001	,991	,639	,000	,000		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Ezquizotípico	Correlación de Pearson	,222	,584**	,665**	,510**	-,555**	-,325*	,073	,069	-,530**	,542**	,661**	1	,689**	,489**
	Sig. (bilateral)	,122	,000	,000	,000	,000	,021	,613	,632	,000	,000	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Bordeline	Correlación de Pearson	,167	,524**	,818**	,621**	-,533**	-,551**	,018	,125	-,565**	,700**	,823**	,689**	1	,553**
	Sig. (bilateral)	,247	,000	,000	,000	,000	,000	,902	,388	,000	,000	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Paranoide	Correlación de Pearson	,241	,544**	,522**	,489**	-,423**	-,252	,037	,139	-,394**	,650**	,624**	,489**	,553**	1
	Sig. (bilateral)	,092	,000	,000	,000	,002	,078	,796	,335	,005	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Al existir 82 trastornos de personalidad como lo evidenciamos en la tabla 25, y al haber 50 pacientes, se da paso a que exista comorbilidad de trastornos de personalidad, por esta razón en la presente tabla se da a conocer que comorbilidades existen entre las usuarias estudiadas.

Se ha presentado una relación positiva (comorbilidad) entre las siguientes personalidades:

- Esquizoide (evitativo, masoquista).
- Evitativo (esquizoide, depresivo, dependiente, masoquista, negativista, esquizotípico, borderline y paranoide).
- Depresiva (evitativo, dependiente, negativista, masoquista, esquizotípico, borderline y paranoide).
- Dependiente (evitativo, depresivo, negativista, masoquista, esquizotípico, borderline, paranoide).
- Histriónico (narcisista, compulsivo).
- Narcisista (antisocial, compulsivo, histriónico).
- Antisocial (narcisista, sádico).
- Sádico (antisocial).
- Compulsivo (histriónico, narcisista).
- Negativista (evitativo, depresivo, dependiente, masoquista, esquizotípico, borderline, paranoide).
- Masoquista (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, negativista, esquizotípico, borderline, paranoide).

- Esquizotípico (evitativo, depresivo, dependiente, negativista, masoquista, borderline, paranoide).
- Borderline (evitativo, depresivo, dependiente, negativista, masoquista, esquizotípico, paranoide).
- Paranoide (evitativo, depresivo, dependiente, negativista, masoquista, esquizotípico, borderline).

4.3 Línea base de los resultados obtenidos en la presente investigación.

De las 50 pacientes que fueron evaluadas, el 82% de ellas tienen un trastorno de personalidad, como se determina a continuación.

				ASISST									Patrones Clínicos de Personalidad										Patología Severa			Síndromes Clínicos							Síndromes Clínicos Severos				
Paciente	Edad	Estado Civil	Instrucción	Tabaco	Bebidas Alcohólicas	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Inhalantes	Tranquilizantes	Alucinógenos	Opiáceos	Otros	Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Histriónico	Narcisista	Antisocial	Sádico	Compulsivo	Negativista	Masoquista	Ezquizotípico	Borderline	Paranoide	Trastornos de Ansiedad	Trastorno Somatomorfo	Trastorno Bipolar Maniaco	Trastorno Distímico	Dependencia al Alcohol	Dependencia a las drogas	Estrés Postraumático	Trastornos del Pensamiento	Depresión Mayor	Trastorno delirante
1	40	unión libre	secundaria	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	62	64	60	73	63	51	80	67	58	67	82	60	90	63	55	21	64	60	70	62	55	57	61	65
2	18	soltera	secundaria	12	27	21	0	0	14	0	0	0	0	65	93	72	64	40	62	79	64	24	76	79	81	84	97	71	81	61	72	79	92	55	61	81	104
3	18	soltera	superior	2	17	27	0	0	0	36	0	0	0	73	87	60	33	9	55	68	63	36	69	78	85	77	81	104	51	66	70	63	70	72	72	71	85
4	23	soltera	secundaria	4	2	27	0	0	0	0	2	0	0	79	25	8	15	59	74	68	69	75	21	8	30	38	60	12	0	64	13	60	64	0	60	8	25
5	21	unión libre	primaria	15	31	22	34	0	27	0	0	0	0	79	69	80	36	56	73	88	77	56	56	77	69	67	67	93	48	93	57	82	100	71	63	60	69
6	19	union libre	secundaria	8	2	13	34	0	0	0	0	0	0	66	65	64	72	63	61	84	110	31	71	80	69	67	72	80	48	72	57	68	88	63	57	49	69
7	23	soltera	primaria	8	3	14	24	0	32	0	0	0	0	81	73	87	48	35	44	79	87	16	88	75	74	97	104	72	64	104	74	94	92	64	69	87	104
8	38	unión libre	primaria	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	66	66	85	81	48	53	61	61	60	84	78	67	81	96	85	56	71	77	96	81	64	76	67	111
9	18	soltera	secundaria	0	25	32	0	0	0	0	0	0	0	80	80	68	51	37	55	90	63	27	67	93	70	70	87	70	38	75	55	75	75	45	70	58	90
10	26	soltera	primaria	8	18	0	0	0	32	0	0	0	0	84	74	62	69	31	53	69	69	52	79	68	67	73	107	52	58	58	62	72	83	32	61	52	77
11	18	soltera	secundaria	0	19	32	0	0	0	0	0	0	0	64	53	64	79	74	81	72	82	73	67	53	68	73	71	56	56	60	71	59	87	61	68	81	111
12	41	unión libre	primaria	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	80	46	67	69	45	54	67	98	27	77	82	65	76	83	99	54	76	66	86	100	66	63	79	86
13	31	soltera	secundaria	12	34	0	0	0	0	0	0	0	0	60	59	60	16	63	81	88	67	58	80	74	54	71	73	54	20	74	41	104	109	59	60	32	69
14	21	soltera	secundaria	18	26	9	2	0	0	0	0	0	0	68	34	48	35	91	79	90	79	68	77	56	69	65	45	83	63	72	47	90	68	68	70	60	70
15	55	casada	primaria	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	81	81	75	85	6	48	67	58	57	64	83	65	63	72	75	59	68	78	93	61	57	55	59	88
16	21	soltera	secundaria	2	8	30	36	0	0	0	0	0	0	29	43	22	9	55	69	69	57	61	9	33	66	43	65	80	31	5	12	67	75	45	31	57	75
17	33	union libre	secundaria	0	0	0	0	0	38	0	0	0	0	59	68	52	76	55	49	80	77	44	62	74	56	69	90	65	0	75	60	65	105	53	53	12	75
18	51	viuda	primaria	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	69	89	82	82	8	29	57	52	47	76	87	78	81	66	69	58	58	70	84	55	52	63	74	74
19	39	soltera	primaria	2	37	0	0	0	0	0	0	0	0	58	73	49	73	42	51	82	95	40	76	75	59	72	97	69	15	54	42	104	74	59	57	52	74
20	24	soltera	secundaria	8	25	0	36	0	0	0	0		0	56	6	49	36	65	104	95	104	29	80	72	58	77	77	76	54	99	14	69	109	60	69	57	69
21	42	union libre	primaria	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	93	81	48	41	76	106	79	79	82	41	86	75	30	77	12	0	69	33	85	65	10	62	8	78
22	42	union libre	primaria	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	60	86	66	86	24	44	74	52	49	73	84	64	92	67	79	65	70	75	80	75	61	54	82	68
23	49	viuda	primaria	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	70	84	98	89	27	40	62	56	48	68	70	81	87	84	92	77	72	77	87	60	62	84	94	107
24	25	soltera	secundaria	0	2	0	0	0	0	35	0	0	0	97	71	35	41	63	76	72	72	77	55	44	66	52	68	0	9	60	20	64	25	20	60	22	70
25	18	soltera	secundaria	4	16	19	2	0	0	0	0	0	0	40	9	27	7	76	90	92	72	60	47	0	60	22	45	48	0	66	0	64	85	30	26	0	65

26	31	unión libre	superior	13	12	0	30	0	0	0	0	0	0	58	57	71	44	53	73	88	69	47	87	80	64	76	110	70	55	57	35	77	63	35	46	40	100
27	28	casada	secundaria	22	32	8	0	0	0	0	0	0	0	77	25	8	21	68	70	68	44	82	8	8	30	15	15	0	0	36	0	63	65	0	0	0	0
28	22	soltera	superior	0	7	30	0	0	0	0	0	0	0	69	80	60	60	5	44	71	36	16	20	74	68	52	68	100	34	60	65	68	66	66	62	45	72
29	48	casada	primaria	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	71	78	71	68	19	51	75	65	60	82	80	80	70	95	75	12	80	42	85	65	61	70	33	110
30	34	soltera	superior	30	3	0	39	0	0	0	0	0	0	77	17	8	21	78	79	78	69	68	28	8	15	15	60	24	0	48	0	62	80	0	60	15	25
31	18	soltera	secundaria	15	23	9	7	15	7	25	0	0	0	73	83	74	74	27	50	69	66	22	84	85	90	86	79	77	66	66	64	69	62	58	62	74	59
32	18	soltera	secundaria	8	13	33	40	0	0	6	0	0	0	58	71	83	84	42	57	62	62	43	72	93	64	78	78	55	64	63	65	73	63	63	65	58	70
33	35	divorciada	secundaria	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	83	83	50	71	58	95	85	79	66	86	51	63	35	97	21	0	66	37	82	67	37	31	5	82
34	24	soltera	superior	7	25	36	15	0	0	0	0	0	0	62	66	13	27	55	66	97	70	48	40	48	45	15	70	75	34	60	7	95	109	20	17	30	78
35	28	casada	secundaria	3	12	14	0	0	0	0	0	0	0	67	83	27	68	28	88	77	96	52	76	24	62	30	67	60	26	72	7	78	66	30	43	15	65
36	46	unión libre	secundaria	8	29	0	0	0	0	0	0	0	0	80	43	69	86	46	71	71	70	48	79	78	69	60	77	96	60	72	47	71	68	65	66	71	72
37	24	soltera	superior	24	32	13	0	0	0	0	0	0	0	66	54	101	48	60	86	67	72	36	64	77	58	63	66	78	56	59	70	83	68	61	56	64	71
38	36	soltera	secundaria	0	9	0	31	0	0	0	0	0	0	53	73	95	79	35	51	77	58	12	82	73	85	87	64	81	55	58	74	64	104	60	61	74	94
39	32	unión libre	superior	19	4	30	22	0	0	0	0	0	0	75	89	88	43	4	56	92	97	34	71	68	86	89	71	86	57	62	75	65	109	68	69	74	62
40	27	casada	primaria	4	22	0	0	0	0	0	0	0	0	69	79	101	79	23	35	65	70	42	65	77	67	77	73	77	61	56	69	92	59	97	62	87	67
41	64	divorciada	primaria	6	27	0	0	0	0	0	0	0	0	60	93	72	84	26	68	57	58	47	74	75	81	64	89	74	61	64	68	79	56	59	69	74	104
42	22	soltera	secundaria	29	36	27	39	30	22	30	29	25	21	67	62	64	66	56	64	74	97	42	45	84	56	67	69	73	62	59	60	65	93	61	59	85	68
43	33	soltera	superior	3	2	0	27	0	0	4	0	0	0	48	59	21	28	82	70	70	75	84	48	20	0	22	45	0	0	48	0	60	68	0	34	8	25
44	35	soltera	primaria	0	34	0	0	0	0	0	0	0	0	56	83	96	73	40	56	42	58	70	79	85	65	77	73	100	81	65	71	64	21	91	60	88	91
45	26	soltera	secundaria	11	10	8	8	0	2	2	2	0	0	48	34	15	15	82	72	79	76	68	35	8	60	30	45	12	0	6	0	85	91	30	43	15	25
46	25	unión libre	secundaria	12	15	0	0	0	0	16	0	14	0	71	51	69	53	55	71	70	68	40	72	87	66	83	72	80	72	64	60	78	68	68	62	71	72
47	25	soltera	superior	7	31	25	0	0	0	0	0	0	0	62	9	7	33	83	71	71	84	36	33	12	45	15	45	24	26	68	7	70	67	10	43	22	0
48	36	soltera	superior	21	29	2	2	2	0	30	0	0	0	76	84	93	70	0	35	73	75	43	76	76	67	72	80	80	61	61	76	85	75	65	64	87	110
49	24	soltera	secundaria	6	30	0	0	0	2	0	0	0	0	38	35	45	25	99	78	30	18	81	51	18	32	10	64	26	53	50	2	2	2	2	45	32	2
50	64	separada	primaria	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	76	61	85	86	88	60	69	68	38	58	83	73	75	75	73	61	58	73	88	68	58	64	61	73

En la tabla anterior se observa los resultados obtenidos de las 50 pacientes. En el primer fragmento, se encuentran los datos demográficos de las pacientes tales como edad, estado civil y escolaridad.

Posteriormente se localiza los puntajes alcanzados de la prueba de detección de consumo ASSIST, mismo que están divididos por sustancias. Las puntuaciones de ‘tres o menos tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Una puntuación de ‘entre 4 y 26’, poseen un riesgo moderado y finalmente una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario asume un alto riesgo de dependencia de esa sustancia.

De igual manera se describe las puntuaciones registradas por las pacientes en el MCMI-III, el cual se encuentra segmentado en síndromes clínicos y trastornos de personalidad. Las puntuaciones de calificación que van de 0–74 no presentan ningún aspecto patológico que requiera ser tomado en cuenta. De 75-84 puntos indican la presencia de rasgos predominantes de dicho trastorno y finalmente de 85 puntos en adelante se considera como un trastorno clínico.

4.4 Análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados.

- De acuerdo a la fiabilidad del test MCMI-III la escala de validez (X) indica que la puntuación directa inferior a 34 o superior a 178 del protocolo debe considerarse inválidos. Por esta razón se recomienda manejar con precaución el 4% (2 casos) de la información.
- Los síndromes clínicos más representativos entre las usuarias son: trastorno de ansiedad con 23 personas (46%), dependencia al alcohol con 26 mujeres (52%), dependencia a las drogas con 22 casos (44%), depresivo mayor en 11 usuarias (22%) y finalmente el trastorno delirante con 21 evaluadas (42%).

- Para poder establecer la relación entre tipo de personalidad y consumo de sustancias se recurrió a dividir las sustancias en tres grupos: tabaco y alcohol (legales), cannabis, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, anfetaminas, alucinógenos, opiáceos y otros (no legales), consumo mixto (legales e ilegales). Las personalidades más significativas incluyendo rasgos predominantes y trastornos clínicos son: masoquista (27 personas), antisocial (22 personas), paranoide (22 personas), negativista (19 personas), evitativo (18 personas), sádico (18 personas) y finalmente borderline (18 personas).

Entre el consumo de sustancias legales las personalidades más prevalentes son: dependiente, depresiva y paranoide. Entre el consumo de sustancias ilegales están las personalidades esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide como las más significativas, finalmente en el consumo mixto las personalidades más relevantes son sádico y paranoide.

- Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación mediante el recurso estadístico R de Pearson se obtuvo que existe una correlación significativa entre las personalidades dependiente y antisocial con el consumo de sustancias.
- Se obtuvo que el 82% de las mujeres estudiadas presentan trastornos de personalidad. Además existen 82 trastornos de personalidad en 50 mujeres dependientes a sustancias, se concluye que además de la patología dual entre los trastorno de personalidad y consumo de sustancias, existe también comorbilidad entre trastornos de personalidad.

4.5 Conclusiones

Como se ha podido visualizar en este capítulo existen síndromes y trastornos clínicos muy significativos, además del consumo de sustancias en las pacientes, que no están siendo tomados en cuenta al momento de establecer un diagnóstico para las usuarias.

Además se evidencia que si existe una correlación entre el consumo y algunas de las personalidades estudiadas.

Concluimos con la presencia de comorbilidad entre trastornos de personalidad en una misma paciente además de su trastorno por consumo de sustancias.

CONCLUSIONES FINALES

La relación entre el consumo de sustancias y la personalidad, ha sido desde siempre un tema de interés e incluso un problema de salud pública, puesto que se debe dar atención a estas dos áreas.

Esta comorbilidad no ha sido un aspecto que influya de manera significativa en el tratamiento para estos pacientes motivo por el cual se llevó a cabo este estudio, utilizando la población femenina para el mismo, ya que no existen antecedentes previos. En la ciudad de Cuenca la población femenina interna en centros de adicciones es mucho menor en relación a la masculina ya que solo se cuenta con dos instituciones que acogen a mujeres dependientes a sustancias, establecimientos participantes en la presente investigación.

Se contó con 50 mujeres dependientes a sustancias que siguen un proceso de rehabilitación, evaluadas con el MCMI- III y la prueba de detención de consumo ASSIST.

En cuanto a los resultados obtenidos los síndromes clínicos más frecuentes en las usuarias dependientes a sustancias son: ansiedad con el 46%, consumo de alcohol 52%, consumo de drogas 44%, trastorno delirante 42% y depresión mayor 22% .

Se estableció el tipo de personalidad ya sea como rasgos predominantes o trastorno, entre las mujeres dependientes a sustancias; las puntuaciones resultantes son: 27 pacientes evidencian personalidad masoquista, 22 usuarias una personalidad antisocial, 22 presentan personalidad paranoide, 19 personalidad negativista, 18 de ellas personalidad borderline, 18 personas muestran personalidad evitativa, 18 casos de personalidad sádica, 16 manifiestan personalidad esquizoide, 14 personalidad depresiva,

13 casos refieren personalidad dependiente, 12 usuarias presentaron una personalidad narcisista, 11 con personalidad esquizotípica, 9 mujeres personalidad histriónica y finalmente en 6 usuarias se evidencio personalidad compulsiva.

Mediante el recurso estadístico utilizado se visualizó que existe correlación directa entre las personalidades dependiente y antisocial con el consumo de sustancias. Es decir que estos tipos de personalidad presentan mayor predisposición a la utilización de sustancias.

De acuerdo con los resultados, se evidencio que el 82% de las mujeres evaluadas presentan trastornos de personalidad; se encontró además de la patología dual entre los trastornos de personalidad y consumo de sustancias, existe también comorbilidad entre trastornos de personalidad.

Concluimos que la mayoría de las mujeres dependientes a sustancias tienen trastornos de personalidad, e incluso más de uno y que solo existe una correlación directa entre las personalidades dependiente y antisocial y el consumo.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados se evidenció que en las mujeres dependientes a sustancias existe uno o varios trastornos de personalidad, y que solo existe una correlación directa entre las personalidades dependiente y antisocial con el consumo.

Es necesario que los centros de tratamiento para drogas y alcohol, comprendan la estrecha relación de las adicciones con la personalidad, al momento de establecer diagnósticos y tratamientos, tomando en cuenta la comorbilidad evidente entre estas dos áreas. Se recomienda el abordaje de cada caso de forma individual, dejando atrás los tratamientos generalizados para los internos, y proporcionando una intervención multidisciplinaria en pro de mejores resultados.

En la actualidad no se cuentan con un test de personalidad homologado a nuestra realidad, sería importante también, que se tome esta sugerencia para proyectos futuros; puesto que la personalidad es un aspecto que se evalúa constantemente en la práctica clínica.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos entre la relación de la drogodependencia y la personalidad, es necesario que se tome como base estos estudios para investigaciones futuras en un plan de tratamiento para dichos casos.

De igual manera se sugiere continuar con la investigación en mujeres dependientes a sustancias, puesto que su problemática es diferente con respecto a los hombres, ya que se involucra aspectos significativos como la crianza y abandono de los hijos, prostitución, problemas alimenticios, entre otras dificultades sociales y emocionales que están ligadas directamente con las mujeres.

Finalmente es relevante resaltar que las adicciones están relacionadas con otro tipo de comorbilidades, además de la personalidad, por esta razón sería muy oportuno el estudio de dichas comorbilidades en nuestra ciudad, para seguir mejorando el tratamiento que se ofrece en el ámbito de la drogodependencia y así optimar el pronóstico de estos pacientes.

REFERENCIAS:

- Abeijón, J., Aguilar, I., López, P., Zubiri, A., Cervantes, M., González, V., Arnau, D., (2010). *La metodología y la comunidad terapéutica*. Fundacion Atenas. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- Allport: Allport G., (1937) *Personality. A pyschological interpretation*. New York: H. Holt.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arias, W. (2015). *In memoriam Theodore Millon*. Perú: Revista Psicológica. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/13052/13665>.
- Aljama, A. U., & Santamaría, E. A. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto; Deustuko Unibertsitatea. Recuperado de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf
- Aprex Asociación. (2002). *Agentes de salud en el ámbito de las prostitutas Drogodependientes*. Aunando Esfuerzos, nº 69. pag. 20-22.
- Baca, E., Vallejo, J., Leal,C., Cervera, S., & Giner, J. (2010). *Trastornos de Personalidad*. (1ra ed.) Esapaña: Lexus editores.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*.(1era Ed.). Ecuador: UNIGRAF.

Baumrind, D. (1978). *Parental disciplinary patterns and social competence in children*. Youth and Society, 9, 239-277.

Barriga, F., (1993). *Droga problema mundial*. Ecuador: Editora nacional

Becoña, E., Cortes, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Sociodrogalcohol. Recuperado de <file:///D:/Usuarios/Uda/Descargas/Manual%20de%20adicciones%20para%20psicologos%20especialistas%20en%20psicologia%20clinica%20en%20formacion,%20Elisardo%20Becona,%20Maite%20Cortes,%202011.pdf>

Bermúdez, J., Pérez, A., Ruiz, J., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2012). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=dMsizzGLqB0C&printsec=frontcover&hl=es>

Bobes, J., González, E., Villa, A., Ordoñez, F., Cabal, C., González, P. (1995). *Rasgos de personalidad y dependencia a opiáceos*. Ponencia en las jornadas XII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Santiago de Compostela.

Brady KT, Halligan P, Malcom RJ. (1999). *Dual diagnosis*. (Second Ed.) Washington: Kleber HD editors.

Bry, B.H. (1996). *Psychological approaches to prevention*. En Bickel, W.K. y DeGrandpre, R.J. (Eds.) (1996). *Drug policy and human nature. Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse* (pp. 55-76). Nueva York, Plenum Press.

Cabrera, C. (2007). *El paciente con trastornos de personalidad*. Madrid: El Medico. Recuperado de: <http://2011.elmedicointeractivo.com/medicopaciente/pdf/3.pdf>.

- Campos, A. (2015). *Las drogas*. Recuperado de <http://angelicarobalino23.blogspot.com/2015/05/gg.html>
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz, M. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Madrid: Clínica y Salud. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>.
- Cárdenas, A. (2013). *Trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad; un estudio sobre patología dual aplicado en los centros de rehabilitación social de la provincia del cañar*. Tesis de pre grado. Universidad del Azuay, Cuenca.
- Caudevilla, F. (2008). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Droga%20dependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>.
- Choca, J., Retzlaff, P., Strack, S., Mouton, A. e col. (1996). *Factorial elements in Millon's personality theory*. Journal of Personality Disorders, 10(4), 377-383.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Comas, D. (2010). *La metodología de la comunidad terapéutica*. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2007). *Informe del Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas*. Recuperado de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigacion

[es-ond/enc-nac-hogares_resumen-ejecutivo.pdf](#).

Copyright SPSS Inc.(2010).*Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics* 19. Recuperado de

[http://www.szit.bme.hu/~kela/SPSSStatistics%20\(E\)/Documentation/Spanish/Manuals/IBM%20SPSS%20Statistics%2019%20Core%20System%20User's%20Guide.pdf](http://www.szit.bme.hu/~kela/SPSSStatistics%20(E)/Documentation/Spanish/Manuals/IBM%20SPSS%20Statistics%2019%20Core%20System%20User's%20Guide.pdf)

Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., Casas, M., 2007. *Sistema dopaminérgico y adicciones*, recuperado de

http://www.neuroclassics.org/PUBLICACIONES/DA_ADIC.pdf

EL, I. P. (2010). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de

http://cdrwww.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Espí, F. (2010). *Toxicomanías y trastornos mentales*. España. Universidad Internacional del Mar. Recuperado de

<http://www.um.es/lafem/Actividades/2010/Unimar/Unimar-2010-espi.Toxicomanias..pdf>

Espín, H. (2014).*Padecer la adicción: una etnografía dentro de un grupo de NarcóticosAnónimos*.Demension Antropologica.62. Recuperado

de<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/dimension/article/view/5786>

[Espinoza, l., \(2008\). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana. Perú. Revista española de drogodependencias.](#)

[Recuperado de: http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n2_6.pdf](#)

Eysenk. (1947). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanela.

Fenicehl, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton

- Fernández del Río, E., Becoña, E. (2010). *Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión*, España, Adicciones, vol. 22, núm. 2, 2010, pp. 155-172.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122889012.pdf>
- Fernandez, G. (2007). *El modelo evolutivo de theodore millon y sus relaciones teóricas con la psicología evolucionista*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-073/19.pdf>.
- Fernández Montalvo, J., Landa González, N., López Goñi, J., Lorea Conde, I., & Zarzuela Ituarte, A. (2002). *Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo*. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 7(3), 217-225. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3935>
- Fernández Montalvo, J., Landa González, N., López Goñi, J., Lorea Conde, I., & Zarzuela Ituarte, A. (2004). *Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 4, Asociación Española de Psicología Conductual. España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740202.pdf>.
- Ferrer, X., Ayneto, X. (1991). *Nuevos métodos en la formación de padres y madres para la prevención del abuso de drogas*. Santa Cruz de Tenerife, XIX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol.
- Fieldman, N., Woolfolk, R., Allen, L. (1995). *Dimensions of self – concept: a comparison of heroin and cocaine addicts*. *Am J Psychiatric*.

- García, B. (2011). *El Modelo Minnesota. Un método de tratamiento para las adicciones*. Deusto. Recuperado de <http://www.actiweb.es/funproluz/archivo1.pdf>
- García, J., (1999), *Drogodependencias y justicia penal*, Madrid: Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=yJQFcngM4yUC&oi=fnd&pg=PA13&dq=concepto+de+drogodependencia&ots=iBE0q4dGNE&sig=fwU1wodEFw7JEL-c0fAPxW8-2eM#v=onepage&q=concepto%20de%20drogodependencia&f=false>
- Gil-Verona, J. A., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J. A., Maniega, M. A & Cañizares-Alejos, S. (2003). *Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso*. Rev. Neurol, 36(4), 361-365.
- Goti, M. (1990). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Nueva Visión.1990. Recuperado de: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/404/40498/1/Documento.pdf
- Grossman, S., Million, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Guerri, M., (2015), *las drogas*, Barcelona. Recuperado de <http://ws.psicoactiva.com/quienes-somos/>
- Hall, W., Degenhardt. (2000). *Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence*. Australian Journal of Psychiatry. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/12144992_Hall_W_Degenhardt_L_Cannabis_use_and_psychosis_a_review_of_clinical_and_epidemiological_evidence_Aust_N_Z_J_Psychiatry_34_26-34

- Hawkins. J;Catalano, R., & Miller, J. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. Psychol Bull 112(1):64-105
- Hernández, Delia Cristina. (2010). *Tratamiento de adicciones en Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(Suppl. 1), 153s-170s. Retrieved October 08, 2015, recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500012&lng=en&tlng=es
- Instituto de Neurociencias. (2012). *Revista Médica*. Ecuador. Recuperado de <https://www.institutoneurociencias.med.ec/guia-salud-mental/item/845>.
- Laespada, M. T., Castillo, I. I., & Santamaria, E. A. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. IDD*. Recuperado de http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- Torres, J. L. (2006). *Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de (Vol. 10). Recuperado de http://sid.usal.es/ids/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_menales_adicciones.pdf
- Luengo Martín, M. A., Romero Tamales, E., Gómez Fragueta, J. A., Guerra López, A., & Lence Pereiro, M. (2002). *Prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Ministerio de Educación y Cultura. Santiago. Recuperado de

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preve.pdf>

Martínez, A. (2001). *Familia y consumo de drogas desde el Modelo Circumplejo de evaluación familiar. Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias*. Bilbao, Universidad de Deusto. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=610369>

Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.

Millon, T. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona, Masson.

Million, T. (2000). *Inventario Multiaxial clínico de Million (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20LA%20PERSONALIDAD/INVENTARIO%20MULTIAXIAL%20CLINICO%20DE%20MILLON%20III%20\(MCMI\)/MCM-II_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20LA%20PERSONALIDAD/INVENTARIO%20MULTIAXIAL%20CLINICO%20DE%20MILLON%20III%20(MCMI)/MCM-II_F.pdf)

Million, T. (2009). *Hacia una teoría de la personalidad*. Wiley.

Molina, C., (2008). *Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado*. International E-Journal of criminal sciences. Recuperado de <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/inecs/article/view/42/254>

Monràs, M., Mondón, S & Jou, J. (2008). *Consumo de tranquilizantes en pacientes alcohólicos y su relación con los trastornos de personalidad y el deterioro neuropsicológico*. Unidad de Alcoholología. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínico. Barcelona. España. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Miquel_Monras/publication/246617755_Consumo_de_tranquilizantes_en_pacientes_alcoholicos_y_su_relacin_con_los_trastornos_de_personalidad_y_el_deterioro_neuropsicolgico/links/53f5c0ba0cf22be01c3fa628.pdf.

National institute on drug abuse. (2010). *Cocaína: abuso y adicción*., E.E.U.U., Recuperado de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rrcocaina.pdf>

National institute on drug abuse. (2011). *Abuso de inhalantes*., E.E.U.U., Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/que-son-los-inhalantes>

National institute on drug abuse. (2012). *Abuso de tranquilizantes*., E.E.U.U., Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-tranquilizantes/que-son-los-inhalantes>

National Institute on Drug Abuse. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>

National Institute on Drug Abuse. (2015). *Opiáceos*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/explorando-la-mente/opiaceos>

National Institute on Drug Abuse. (2015). *La metanfetamina*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina>

National Institute on Drug Abuse, 2015, *El abuso de drogas y la drogadicción*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-abuso-de-drogas-y-la-drogadiccion>

Ochoa, E., Madoz. A. (2008). *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral*. Madrid. Recuperado de http://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fscielo.php%3Fpid%3DS0465-546X2008000400003%26script%3Dsci_arttext&h=4AQGox0LX&s=1

Ochoa, W. (2013). *Incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Cuenca.

Oldham, J. (2000). *Trastornos mentales*. Barcelona.

Organización de las Naciones Unidas. (1992). *Report of the working group on violence against women*. Recuperado de http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. (2010). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*.

Estados Unidos. Recuperado de
http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Recuperado de
http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/

Orte, C. (2002). *Sexualidad en la mujer adicta. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre*. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

Pedrero, E., Puerta, C., Lagares, A., Sáez, A. (2003). *Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias*. Recuperado de
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13049863&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=182&ty=169&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v05n03a13049863pdf001.pdf

Peñafiel Pedrosa, E. M. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. Recuperado de
http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/7196/Factores_Pe%C3%B1afiel_PULSO_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perez, A., Mejía, I. (1998). *Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas*. Adicciones 10 (2), 111-119.

Perez, A. (2009). *Transiones en el consumo de drogas en Colombia*. Revista adicciones. Recuperado de <http://www.buscandoanimos.org/spa/tipos-de-consumo/>

- Peris, L & Suiza, A. 2010. *Patología dual: protocolo de intervención*. Brainpharma. Madrid.
- Pollar, J., Catalano, R., Hawkins, J., Arthur, M. (1997). *Development of a school based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations*. Manuscrito pendiente de publicación.
- Pons, J., Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.
- Puentes, M. (2014). *Tu droga, mi droga, nuestra droga: como entender que hacer frente a la problemática de la drogadicción*. Buenos Aires: lugar editorial.
- Ramon, H. (2010). *Consumo de drogas*. Buenos Aires. Recuperado de <https://www.entrerios.gov.ar/policia/consumo.html>
- Roca. (2010). *Trastornos de la personalidad*. España: Lexus
- Rojas, M. Espinoza, L. & Noda, M. 2004. *Patrones de personalidad en consumidores de sustancias psicoactivas*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Perú. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3203>.
- Seelbach, G. (2012). *Teorías de la personalidad*. México: Red Tercer Milenio S.C.
- Sullivan, E. S; *Conceptions of modern psychiatric*, Washintong, W. A. White Pyschiatric Foundation, 1947. (Hay. Trad. Castellana: concepciones de la 959 moderna, bs. As; psque

- Torrens Mèlich, M. (2008). *Patología dual: situación actual y retos de futuro*. Adicciones, 20(4), 315-320. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255>
- Urgelés, D. (2015). *Dependencia física*. España: Neuropsi.com. Recuperado de: <http://neuropsi.com/guias-y-articulos/adicciones/%C2%BFque-es-la-dependencia-fisica/>
- Vallejo., J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 4ª ed. Barcelona: Masso. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr&id=yJQFcngM4yUC&oi=fnd&pg=PA13&dq=concepto+de+drogodependencia&ots=iBE0q4dGNE&sig=fwU1wo-dEFw7JEL-c0fAPxW8-2eM#v=onepage&q=concepto%20de%20drogodependencia&f=false>
- Verheuel, R. (2001). *Co-morbidity of peronality disorders in individuals with substance use disorders*. Eur Psychiatry.
- Villacrés, A. (2015). *Rasgos de personalidad y su influencia en el rendimiento competitivo de los adolescentes en las disciplinas deportivas individuales de combate de los adolescentes de la federación deportiva de Tungurahua en las categorías prejuvenil y juvenil*. Tesis de pregrado. Universidad Técnica de Ambato. Ambato. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12609/1/TESIS%20ELIZABETH%20ALEJANDRINA%20VILLACRES%20ALTAMIRANO.pdf>
- Vukov, M., Baba – Milkic, N., Lecic, D., Mijalkovic, S., Marinkovic, J. (1995). *Personality dimensions of opiate addicts*. Acta Psychiatric Scand.

Yeguer, R., Digiusppe, R., Resweber, P; Laaf, R. (1992). *Comparasion of Million personality profiles of chronic residential substance abusers and a general outpatient population*. Pyschool Rep 71 : 71 – 9.

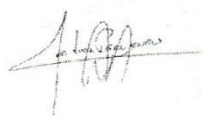
ANEXOS

Diseño de tesis

INFORME DE LA JUNTA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

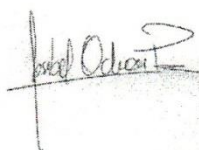
La Junta Académica de la Escuela de Psicología Clínica en sesión del martes 17 de noviembre del 2015, conformada por la Dra. Ana Lucía Pacurucu, la Mst. Cesibel Ochoa y el Mst. Sebastián Herrera, receptaron el informe de la exposición de Diseño de tesis titulado **"Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca- Ecuador 2015-2016".** de las estudiantes Karla Andrade Rodríguez (COD: 60525) y Mayra Vera Duchi (COD: 49853) por cuanto se resuelve, recomendar el paso a Consejo de Facultad para su aprobación definitiva.

Además se indica que los estudiantes se acogen a la modalidad de Tutoría.



Dra. Ana Lucía Pacurucu

Miembro de la Junta Académica



Mst. Cesibel Ochoa

Miembro de la Junta Académica.



Mst. Sebastián Herrera

Miembro de la Junta Académica.

 CERTIFICO: Que este Documento
es fiel copia del Original

Cuenca, 24 de febrero del 2016


Dra. Lourdes Erazo M.
SECRETARIA

Fact: 95499


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFIA
SECRETARIA

Oficio 574-15



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE DENUNCIA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

1.1 Nombre del estudiante: apellidos y nombres. Karlo Andrade Rodriguez
Mayra Vera Dochi

- 60525
1.1.1 Código: - 49833

1.2 Director sugerido: apellido, nombre y título. Mgst. Ha Fernando Coello N.

1.3 Codirector (opcional): apellido, nombre y título.

1.4 Tribunal:

Mgst. Sebastian Herrera

Mgst. Ximena Cnacho

1.5 Título propuesto:

1.6 Decisión:

1.6.1 Aceptado sin modificaciones

1.6.2 Aceptado con las siguientes modificaciones: Objetivos Especificos modificar y simplificar.

1.6.3 No aceptado
• Justificación:

Director

Tribunal

Fernando Coello
Nombre y Firma

[Firma]
Nombre y Firma

[Firma]
Nombre y Firma

[Firma]
Karlo Andrade R.
Nombre y Firma
Estudiante

.....
Nombre y Firma
Secretario de Facultad

Fecha de sustentación: 27/10/2015

Tutorías
Lunes 11:00 am

Guía para Trabajos de Titulación

1. Protocolo/Rúbrica



RÚBRICA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN

- 1.1 Nombre del estudiante: apellidos y nombres. *Korbo Andrade Rodríguez
Mayra Vera Dachi*
- 1.2 Director sugerido: apellido, nombre y título. *Mgstr. Fernando Goello N.*
- 1.3 Codirector (opcional): apellido, nombre y título. *Correlación entre tipos de personalidad en
mujeres dependientes a sus maridos en la Ciudad de
Cuenca-Ecuador 2015-2016*
- 1.4 Título propuesto:
- 1.5 Revisores (tribunal): apellidos, nombres y títulos *Mgstr. Sebastián Herrera
Mgstr. Ximeno Choddo*
- 1.6 Recomendaciones generales de la revisión:

	Cumple totalmente	Cumple parcialmente	No cumple	Observaciones (*)
Línea de investigación				
1. ¿El contenido se enmarca en la línea de investigación seleccionada?	X			
Título Propuesto				
2. ¿Es informativo?	X			
3. ¿Es conciso?	X			
Estado del arte				
4. ¿Identifica claramente el contexto histórico, científico, global y regional del tema del trabajo?	X			
5. ¿Describe la teoría en la que se enmarca el trabajo	X			
6. ¿Describe los trabajos relacionados más relevantes?	X			
7. ¿Utiliza citas bibliográficas?	X			
Problemática y/o pregunta de investigación				
8. ¿Presenta una descripción precisa y clara?	X			
9. ¿Tiene relevancia profesional y social?	X			
Hipótesis (opcional)				
10. ¿Se expresa de forma clara?	X			
11. ¿Es factible de verificación?	X			
Objetivo general				
12. ¿Concuerda con el problema formulado?	X			
13. ¿Se encuentra redactado en tiempo verbal infinitivo?	X			
Objetivos específicos				
14. ¿Concuerdan con el objetivo general?	X			

Cuenca, 11 de Noviembre del 2017

Mst Carlos Delgado
Decano de la Facultad de Filosofía
Ciudad.

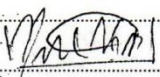
De mi consideración:

Nosotros, Karla Andrade con código 60525 y Mayra Vera con código 49853, egresados de la escuela de Psicología Clínica, formamos parte de la Unidad de Titulación Especial, solicitamos a Ud. autorice las tutorías de una hora semana a cargo de Mst. Fernando Coello (Lunes 11:00 - 12:00).

Por la favorable acogida que se sirva dar a lo presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente:

Karla Andrade
60525


Mayra Vera
49853



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**“Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la
ciudad de Cuenca - Ecuador 2015-2016”.**

Diseño de Proyecto de Tesis

Autoras:

Karla Andrade Rodríguez

Mayra Vera Duchi

Cuenca – Ecuador



Edición autorizada de 30.000 ejemplares
Del 708.501 al 738.500

Nº

0717659

ÍNDICE

ÍNDICE	2
1. DATOS GENERALES.....	3
1.1. Nombre del estudiante:.....	3
1.2. Director sugerido:	3
1.3. Tribunal designado:.....	3
1.4. Aprobación:	3
1.5. Línea de Investigación de la carrera:	3
1.6. Área de estudio:	3
1.7. Título propuesto:.....	3
1.8. Estado del proyecto.....	3
2. CONTENIDO	4
2.1. Motivación de la investigación:	4
2.2. Problemática:	4
2.3. Pregunta de investigación:	6
2.4. Resumen:.....	6
2.5. Estado del Arte y marco teórico:.....	6
2.6. Hipótesis.....	11
2.7. Objetivo General.....	11
2.8. Objetivos Específicos	11
2.9. Metodología	12
2.10. Alcances y resultados esperados	14
2.11. Supuestos y riesgos.....	14
2.12. Presupuesto: debe incluir una tabla de presupuesto que contenga	14
2.13. Financiamiento.....	14
2.14. Esquema tentativo.....	15
2.16. Referencias	18
2.17. Anexos	19

YAUZA

ABRIL 2014

ABRIL 2014

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFÍA
SECRETARÍA

Edición autorizada de 30.000 ejemplares N°
Del 703.501 al 738.500

0717670

1. DATOS GENERALES

1.1. Nombre del estudiante: Karla Alexandra Andrade Rodríguez, Mayra Patricia

Vera Duchi.

1.1.1. Código: 60525: 49853

1.1.2. Contacto: Teléfonos: 0995583506, karlandradero@gmail.com; 0983860236, mayumi281991@gmail.com.

1.2. Director sugerido: Mst. Fernanda Coello

1.2.1. Contacto: Teléfonos 0995976609

1.3. Tribunal designado: Mst. Ximena Chocho, Mst. Sebastián Herrera.

1.4. Aprobación: 27 de Octubre del 2015

1.5. Línea de Investigación de la carrera: Evaluación y Medición Psicológicas

1.5.1. Código UNESCO: 6113.05

1.5.2. Tipo de trabajo:

1.5.2.1. Análisis Correlacional

1.5.2.2. Investigación Científica

1.6. Área de estudio: Psicopatología

1.7. Título propuesto: "Correlación entre tipos de personalidad en mujeres

dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca - Ecuador 2015-2016".

1.8. Estado del proyecto:



El presente trabajo es una continuación de estudios anteriores sobre personalidad en pacientes varones adictos a sustancias, sin embargo la población, que se pretende estudiar son mujeres ya que no han pertenecido a un grupo de estudio anterior en nuestra ciudad.

2. CONTENIDO

2.1. Motivación de la investigación:

En base a los antecedentes en nuestra ciudad sobre la relación existente entre consumo de sustancias y personalidad en hombres, indica que “Las personalidades antisocial, narcisista y paranoide se encuentran presentes en un 65% de los drogodependientes, ya sea en calidad de trastorno o de personalidades arraigadas”. (Ochoa, 2013).

Hemos creído necesario en esta ocasión estudiar a mujeres, puesto que las mismas no han sido observadas anteriormente, este estudio va a servir de ayuda para originar un mejor tratamiento a las usuarias, estableciendo un diagnóstico más completo acerca de su problemática; además estableceremos una línea base sobre la correlación entre consumo de sustancias y tipos de personalidad que será para uso de los centros participantes.

2.2. Problemática:

De acuerdo con OMS (2012) los trastornos por uso de sustancias representan un grave problema de salud pública que repercute de manera devastadora a nivel individual, familiar y comunitario.

Según refiere Cristina Hernández (2010) del 13% al 45% de las personas que abusan de las sustancias psicoactivas (SPA) tienen una enfermedad mental y de 53% al 100% de las personas con abuso de SPA tiene un trastorno de personalidad.

Marta Torrens (2008) señala que este tipo de pacientes constituyen un reto terapéutico no solo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a caballo de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental.

Por esta razón consideramos importante estudiar los tipos de personalidad en las pacientes que presentan un trastorno por consumo de sustancias ya que es indispensable su diagnóstico, para ofrecer así, un tratamiento adecuado. Existen estudios previos sobre personalidad en pacientes drogo dependientes en nuestra ciudad sin embargo se han centrado en la población masculina; creemos importante abordar en esta oportunidad a las mujeres dependientes a sustancias, en los centros de adicciones de nuestra ciudad; Mujer de Valor, que es una institución municipal en donde se pone al servicio de las usuarias el modelo de la comunidad terapéutica y no existe terapia vivencial, el tratamiento es guiado meramente por psicólogos clínicos, además ofrece becas con el fin de apoyar aquellas mujeres de bajos recursos y la clínica de tratamiento 12 Pasos es una institución privada guiada por modelo de Minnesota y la filosofía de los 12 pasos.

2.3. Pregunta de investigación:

¿Qué tipos de personalidad se manifiestan en pacientes mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca?

2.4. Resumen:

La presente investigación pretende determinar los tipos de personalidad en las pacientes dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca, para este fin se utilizará el Inventario Clínico Multiaxial de Millón III y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST, que además permitirá establecer el nivel de consumo de la paciente; dicho estudio tendrá lugar en los dos centros de adicciones para mujeres de la ciudad; La Comunidad Terapéutica Mujer de Valor y la Clínica de Tratamiento de Adicciones 12 pasos. Con una población de 25 pacientes por centro, muestra que será tomada en dos meses.

Los resultados obtenidos servirán como línea base para las instituciones anteriormente mencionadas para un mejor tratamiento con las pacientes, y futuras investigaciones que se pretendan realizar.

2.5. Estado del Arte y marco teórico:

Adicción a sustancias y trastornos de personalidad

Se conoce como pacientes duales aquellos que poseen “la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes duales son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde

la perspectiva clínica como social” (Torrens, 2008). El presente estudio busca centrarse en pacientes duales, adictos a sustancias, y diferentes tipos de personalidad.

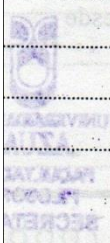
Según expresa Baca, Vallejo, Leal, Cervera & Giner (2010)

“Los rasgos de personalidad son unos determinantes significativos en el consumo de sustancias, pero no su causa exclusiva, no parece haber un tipo de personalidad que predisponga a la adicción. Lo que se observa es la coexistencia de pacientes con diferentes tipos de personalidad que consume diferentes sustancias (p. 287)”

Los trastornos de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias ocupan, en la actualidad uno de los puntos centrales de la investigación tanto si esta procede de la perspectiva médica o psicológica (Pebrero, Puerta, Lagares & Sáez, 2003). Según Marta Torrens (2008) este tipo de pacientes constituyen un reto terapéutico a título individual y también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos a caballo de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental.

Según Brady y cols

“Las relaciones entre ambos tipos de trastornos es compleja, y la comorbilidad puede manifestarse de diferentes maneras, hay cinco posibles relaciones: puede estar presentes simultáneamente por coincidencia, el consumo de sustancias puede aumentar la gravedad de los síntomas psiquiátricos, los trastornos psiquiátricos pueden aumentar el consumo de sustancias, ambos pueden ser ocasionados por un tercer factor y



finalmente el consumo y la abstinencia de las sustancias pueden producir síntomas que imiten a los descritos para los trastornos psicopatológicos (p. 298)".

A continuación se presenta una tabla en la que describe las posibles causas que justifican la asociación entre los trastornos de personalidad y los trastornos por uso de sustancias.

Tabla 1

Comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y los trastornos por uso de sustancias

Vías Trastornos del eje-II Sustancias

Desinhibición del comportamiento	Antisocial Limite	La mayoría de las sustancias
Reducción de estrés	Por evitación Por dependencia Esquizotípico Limite	Alcohol Heroína Benzodiacepinas
Sensibilidad a la recompensa	Histriónico Narcisista	Cocaína Anfetaminas

Adaptada de Verheul (2001)

De acuerdo con OMS (2012) los trastornos por uso de sustancias representan un grave problema de salud pública que repercute de manera devastadora a nivel individual, familiar y comunitario. Las drogas ilícitas socavan el desarrollo económico y social, fomentan la inestabilidad, delincuencia y propagación de VIH.

Las Naciones Unidas (2012) señala que el 5% de la población adulta del mundo consumieron alguna droga ilícita durante 2010 y las personas con algún trastorno por consumo de sustancias representan el 0,6% de esta población.

El Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas 2007, elaborado por el CONSEP, señala que las drogas lícitas de mayor consumo a nivel nacional son el alcohol y tabaco.

Asimismo menciona que las drogas ilícitas de mayor consumo son marihuana, cocaína y pasta base de cocaína. En cuanto a drogas sintéticas, las investigaciones realizadas a estudiantes y a hogares reconocen como una percepción en la población, el consumo del éxtasis como la droga que empieza a ser consumida en el país.

En Estados Unidos se realizó un abordaje epidemiológico por el Drug Abuse Treatment Outcome Study en 100 centros en 11 ciudades diferentes de pacientes drogodependientes, se describió que las mujeres presentaban menos diagnósticos de comorbilidad con el Eje II (28.4%) que los varones (40.5%), entre mujeres predominaba el trastorno límite en una proporción casi 7 veces superior que los hombres (Baca et al, 2010).

Según un estudio en la ciudad de Madrid, España, sobre la prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias, por Pedrero et al. (2003), sugiere que el 83% de sujetos estudiados presentaron al menos un trastorno de personalidad y que el 56% de los casos pueden ser considerados intensos, siendo el más frecuente entre los hombre el pasivo/agresivo y entre las mujeres el dependiente.

Una investigación realizada por la Universidad Pública de Navarra, España sobre Trastornos de personalidad en alcohólicos indica que el 58.8% de las pacientes mujeres



presentan un trastorno de personalidad: obsesivo compulsivo 40%, seguido del esquizoide, evitación y pasivo/agresivo, con una tasa de 30% cada uno (Fernández, Landa, López, Lorea & Zarzuela, 2002).

Un estudio realizado en Colombia por Cristina Hernández (2010)

“Señala que del 13% al 45% de las personas que abusan de las sustancias psicoactivas (SPA) tienen una enfermedad mental y de 53% al 100% de las personas con abuso de SPA tiene un trastorno de personalidad. La marihuana puede inducir a psicosis, los pacientes bipolares son más propensos a desarrollar dependencia del alcohol y consumo de SPA”

Pacientes con trastorno conurbado se asocia a peor pronóstico de evolución, tienen dificultad para adherirse a la medicación, los hace propensos a las recaídas e incrementa las hospitalizaciones, presentan impulsividad y riesgo suicida y requieren la adición de tratamientos específicos farmacológicos y psicosociales (Hernández, 2010).

Por esta razón que creemos importante analizar esta población en los centros de tratamiento en Cuenca. Mujer de Valor, que es una institución municipal en donde se pone al servicio de las usuarias el modelo de la comunidad terapéutica, misma que se conoce como un “Enfoque conductual que tiene como objeto rehabilitar la drogodependencia mediante un reaprendizaje social en un ambiente comunitario, estricto y controlado en el que el paciente permanece la mayor parte o todo el día conviviendo con el resto de internos y el equipo técnico” (Goti, 1990). La clínica de tratamiento 12 Pasos es una institución privada guiada por modelo de Minnesota y la filosofía de los 12 pasos, en donde se considera la adicción

como una enfermedad, se describe y analiza la forma en que el grupo de autoayuda adopta la función de una institución total, los adictos en recuperación, al revelar sus representaciones y prácticas en el grupo, manifiestan diversos malestares subjetivos y orgánicos que muestran con precisión un padecer. (Espín, 2014)

2.6. Hipótesis:

En base a los estudios presentados en el marco teórico, es plausible concebir que:

- Las pacientes adictas a sustancias presentan en su mayoría, trastornos de personalidad.

2.7. Objetivo General:

Diseñar la línea base de correlación entre los tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca-Ecuador 2015-2016.

2.8. Objetivos Específicos:

- Evaluar tipos de personalidad en las pacientes, consumo de sustancias y síndromes clínicos.
- Establecer rasgos y trastornos de personalidad.
- Establecer síndromes clínicos.
- Establecer la relación existente entre los tipos de personalidad y el consumo de sustancias.

2.9. Metodología:

Características de la investigación:

Universo y muestra:

La muestra está conformada por 25 mujeres dependientes a sustancias internadas en la Comunidad Terapéutica Mujer de Valor y 25 usuarias en la Clínica de Tratamiento de Adicciones 12 Pasos; dicha muestra será recogida en los meses de Octubre y Noviembre del presente año de las cuales se partirá para la investigación planteada.

Criterios de Inclusión:

- Serán evaluadas las mujeres que estén dentro del proceso en dichas clínicas.
- El rango de edad de la muestra va desde los 18 a los 65 años.
- Deberán estar un mínimo de una semana internada.
- Escolaridad básica
- Usuarias lucidas

Criterios de Exclusión:

- Presencia de alteraciones orgánicas que afecten al desempeño diario.
- Mayores de 65 años.
- Periodos de intoxicación.

Tiempo:

Para la evaluación se tomarán en cuenta a las pacientes dentro del proceso entre los meses expuestos anteriormente.

El tiempo previsto para dicha investigación será de 6 meses.

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
PSICOLOGÍA
SECRETARÍA

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
PSICOLOGÍA
SECRETARÍA

Edición autorizada de 30.000 ejemplares
Del 708.501 al 738.500

No 0717665

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

1. Se utilizará el Inventario Clínico Multiaxial de Millón – III (MCMI-III), cuyo objetivo es diagnosticar tipos de personalidad y síndromes clínicos que consta de 175 preguntas; contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos y tres que evalúan trastornos graves de la personalidad, además su validez.
2. Se utilizará la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIT; por sus siglas en inglés; que proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como los problemas relacionados en los últimos tres meses.
3. Finalmente se realizará una entrevista estructurada con la finalidad de obtener datos relacionados con la vida del paciente.

Beneficiarios (directos o indirectos):

- Las pacientes que contarán con un diagnóstico más completo para mejorar su tratamiento.
- El cuerpo clínico de las instituciones puesto que tendrán una visión más amplia sobre el diagnóstico de las pacientes mejorando su intervención clínica.
- La Universidad del Azuay puesto a que se contribuye a la línea de investigación.
- Mediante la presente las autoras se beneficiarán puesto que obtendrán su título.



2.10. Alcances y resultados esperados:

Se espera corroborar la hipótesis, las pacientes del presente estudio, presentan algún tipo de trastorno de personalidad que va estrechamente ligado al consumo de distintas sustancias psicoactivas.

2.11. Supuestos y riesgos:

- Falta de colaboración de los participantes.
- Usuarios expuestos con organicidad severa.
- Que la familia se niegue.

2.12. Presupuesto: debe incluir una tabla de presupuesto que contenga:

Rubro - Denominación	Costo USD	Justificación
Test MCMI-III, ASSIST (copias)	80,00	Establecer diagnósticos de consumo y personalidad
Encuesta (copias)	20,00	Establecer visión general del problema
Copias varias	40,00	Copias de bibliografía
Internet	30,00	Investigación
Transporte	60,00	Movilización
Llamadas a celular	30,00	Comunicación
Llamadas a teléfono convencional	15,00	Comunicación
Varios	50,00	Varios
TOTAL	325,00 US dólares	

2.13. Financiamiento:

La fuente de financiamiento para este proyecto corre a cuenta de las autoras del mismo.

SECRETARÍA
FACULTAD DE
FLOSOFA

UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FLOSOFA
SECRETARÍA

Edición autorizada de 30.000 ejemplares
Del 708-501 al 738-500

Nº

0717664

2.14. Esquema tentativo:

Capítulo 1: Personalidad

1.1 Concepto personalidad.

1.2 Características de la personalidad.

1.3 Teoría de THEODOR MILLON de la personalidad.

1.4 Tipos de trastornos de la personalidad.

Capítulo 2: Adicciones

2.1 Que es la adicción.

2.2 Tipos de adicción.

2.3 Factores de riesgo y protectores.

2.4 Causas.

2.5 Consecuencias.

2.6 Tipos de tratamiento.

2.7 Comunidad Terapéutica

2.7.1 Mujer de Valor

2.7.2 Clínica de tratamiento 12 pasos

Capítulo 3: Metodología

3.1 Justificación de los test a utilizar

3.2 Consideraciones sobre el proceso llevado a cabo para la aplicación de los test.

Capítulo 4: Resultados

4.1 Informes

4.2 Análisis de resultados

Capítulo 5: Conclusiones

5.1 Conclusiones finales

5.2 Recomendaciones

Cronograma:

PLAN DE ACCIÓN PARA EL PROYECTO DE TESIS																								
CAPITULOS	CRONOGRAMA SEMANAL																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Capítulo 1 -PERSONALIDAD																								
Capítulo 2 -ADICCIONES																								
Capítulo 3 -METODOLOGÍA																								
Capítulo 4 -RESULTADOS																								
Capítulo 5 - CONCLUSIONES																								

2.15. Objetivo Especifico Actividad Resultado esperado Tiempo (semanas)

PLAN DE ACCIÓN PARA EL PROYECTO DE TESIS																								
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TIEMPO (semanal)																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Evaluar tipos de personalidad en las pacientes, consumo de sustancias y síndromes clínicos.																								
Establecer rasgos y trastornos de personalidad																								
Establecer rasgos y trastornos de personalidad																								
Establecer la relación existente entre los tipos de personalidad y el consumo de sustancias.																								

2.16. Referencias

- Baca, E., Vallejo, J., Leal, C., Cervera, S., & Giner, J. (2010). *Trastornos de Personalidad*. (1ra ed.) España: Lexus editores.
- Brady KT, Halligan P, Malcom RJ. (1999). *Dual diagnosis*. (Second Ed.) Washington: Kleber HD editors.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2007). Informe del Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas. Recuperado de http://www.prevenciondrogas.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigacion-es-ond/enc-nac-hogares_resumen-ejecutivo.pdf.
- Espín, H. (2014). Padecer la adicción: una etnografía dentro de un grupo de Narcóticos Anónimos. *Demension Antropologica*. 62(2014). Recuperado de <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/dimension/article/view/5786>
- Fernández Montalvo, J., Landa González, N., López Goñi, J., Lorea Conde, I., & Zarzuela Ituarte, A. (2002). *Trastornos de personalidad en alcoholicos: un estudio descriptivo*. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 7(3), 217-225. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3935>
- Goti, M. (1990). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Nueva Visión. 1990.

Hernández, Delia-Cristina. (2010). *Tratamiento de adicciones en Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39(Suppl. 1), 153s-170s. Retrieved October 08, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500012&lng=en&tlng=es

Ochoa, W.(2013).*Incidencia de trastornos de personalidad en pacientes varones que padecen de drogodependencias evaluados con el MCMI III en la ciudad de Cuenca-Ecuador*(Tesis de pregrado).Universidad del Azuay, Cuenca.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Recuperado de

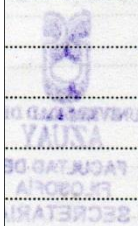
http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf.

Organización de las Naciones Unidas. (1992). Report of the working group on violence against women. Retrieved from

http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf.

Pedrero, E., Puerta, C., Lagares, A., Sáez, A. (2003). *Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias*. Recuperado de

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13049863&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=182&ty=169&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v05n03a13049863p-df001.pdf



Torrens Mèlich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro.

Adicciones, 20(4), 315-320. Recuperado de

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255>

Verheuel, R. (2001). *Co-morbidity of peronality disorders in individuals with substance use disorders*. Eur Psychiatry.

2.17. Anexos

Los datos obtenidos en la presente encuesta serán para uso investigativo únicamente, se guarda total confidencialidad acerca de los mismos.

Encuesta

Datos de afiliación:	
Nombre:	
Fecha y lugar de nacimiento:	
Ocupación:	
Instrucción:	
Estado civil:	
Con quien vive:	
Internamientos previos:	SI CUANTOS NO
Tiempo de consumo:	
Antecedentes familiares:	



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR

PAÍS

CLÍNICA

N° PARTICIPANTE

FECHA

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Tranquimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Agosto 2003



Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

UNIVERSIDAD DE
AZUAY
FACULTAD DE
AGOSTO 2003
SECRETARIA

2

UNIVERSIDAD DE
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFIA
SECRETARIA



Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Una vez a la semana o menos
o
Menos de 3 días seguidos

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta
"riesgos asociados con inyectarse"

Más de una vez a la semana
o
3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y
tratamiento más intensivo

CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. cocaína		0 - 3	4 - 26	27+
e. anfetaminas		0 - 3	4 - 26	27+
f. inhalantes		0 - 3	4 - 26	27+
g. sedantes		0 - 3	4 - 26	27+
h. alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27+
i. opiáceos		0 - 3	4 - 26	27+
j. otras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Agosto 2003

OMS ASSIST V3.0 TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes

Tarjeta de respuesta - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otros - especifique:

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 - 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Sí, pero no en los últimos 3 meses

Sí, en los últimos 3 meses



**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
(OMS ASSIST V3.0) TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

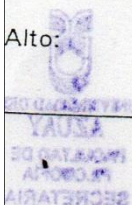
Nombre _____ Fecha del Test _____

Puntuaciones Específicas para cada Sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
b. Bebidas alcohólicas	0-10 11-26 27+	Bajo Moderado Alto
c. Cannabis	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
d. Cocaína	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
f. Inhalantes	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
h. Alucinógenos	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
i. Opiáceos	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto
j. Otros – especificar _____	0-3 4-26 27+	Bajo Moderado Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

- Bajo:** Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
- Moderado:** Usted presenta riesgo para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
- Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, ...) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.



d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ (marque una)
El consumo habitual de cocaína se asocia con:	
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso
	Sensación de adormecimiento, acartonamiento en la piel, rascado en la piel
	Accidentes y lesiones, problemas económicos
	Pensamientos irracionales
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía
	Agresividad y paranoia
	Craving o deseo intenso, stress debido al estilo de vida
	Psicosis tras el consumo repetido a altas dosis
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos

e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ (marque una)
El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:	
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea
	Agresividad y conducta violenta
	Psicosis tras el consumo continuado a altas dosis
	Daño cerebral permanente
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (del éxtasis) en situaciones raras

f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:..... Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ (marque una)
El consumo habitual de inhalantes se asocia con:	
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales
	Indigestión, úlceras estomacales
	Accidentes y lesiones
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión
	Alteraciones en la coordinación, enlentecimiento en las reacciones, hipoxia
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (corazón, pulmón, hígado, riñones)
	Muerte por fallo cardíaco

OMS-ASSIST

Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse – Información para pacientes

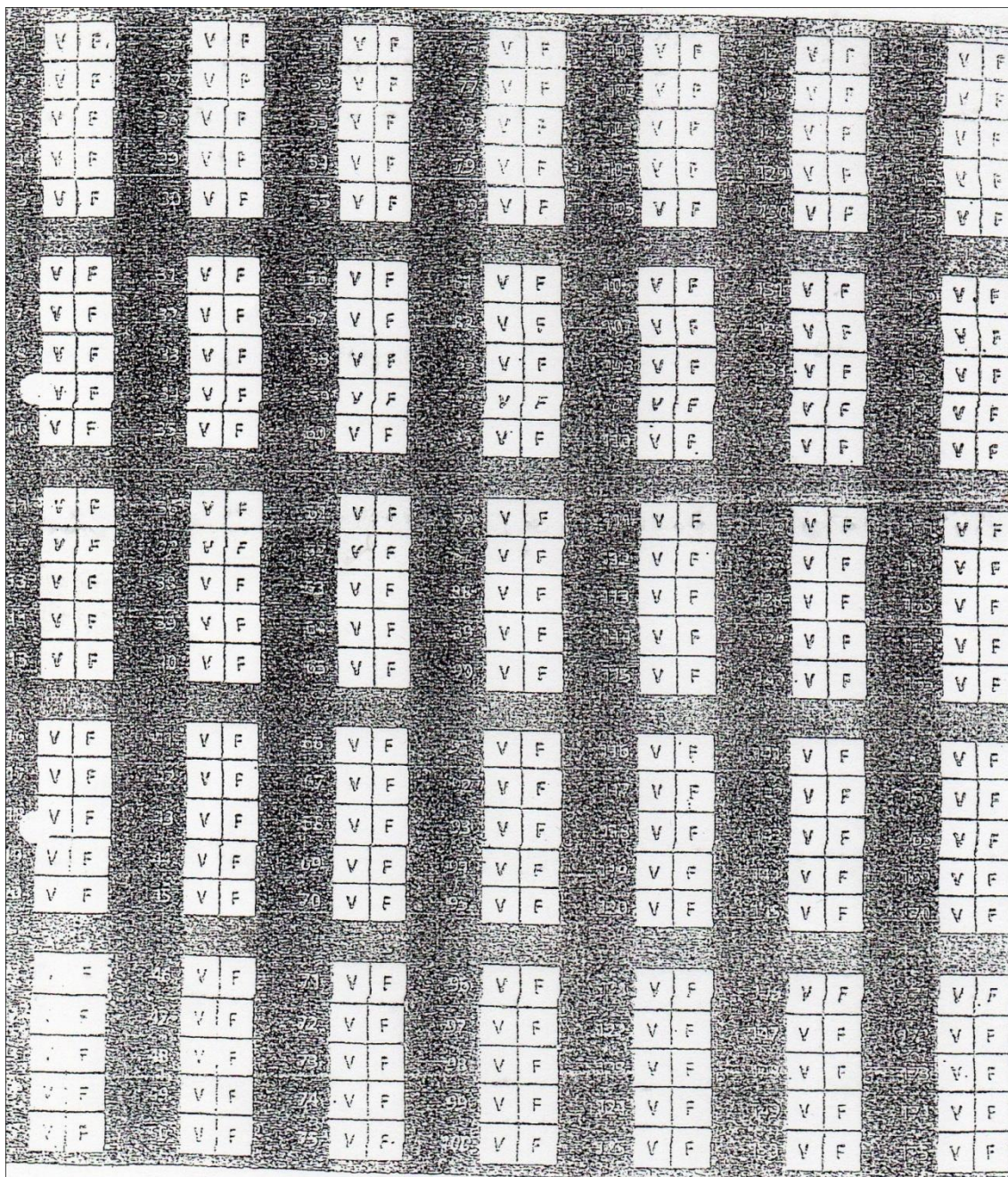
El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños debido a las propias sustancias.

El daño puede provenir de:

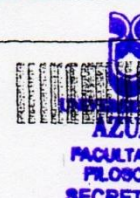
- La sustancia
 - Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
 - Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
 - Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.
- La conducta de inyección
 - Al inyectarse dañar su piel, sus venas y padecer infecciones.
 - Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
 - Sus venas pueden colapsar.
 - Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.
- Compartir material de inyección
 - Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de transmitir infecciones víricas a través de la sangre como la Hepatitis B, la Hepatitis C y el VIH.

❖ Es más seguro no inyectarse

- ❖ Si se inyecta:
 - ✓ use siempre equipamiento limpio (e.g., agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
 - ✓ use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
 - ✓ no comparta el material con otras personas
 - ✓ limpie el área de preparación
 - ✓ límpiese las manos
 - ✓ limpie el lugar de inyección
 - ✓ utilice un lugar de inyección distinto cada vez
 - ✓ inyéctese lentamente
 - ✓ ponga su aguja y jeringa usadas en un recipiente rígido y deshéchelo de forma segura
- ❖ Si consume drogas estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis.
 - ✓ evite inyectarse y fumar
 - ✓ evite consumir a diario
- ❖ Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis.
 - ✓ evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
 - ✓ consuma pequeñas cantidades y "pruebe" la droga cuando tenga una nueva dosis
 - ✓ tenga a alguien cerca cuando consume
 - ✓ evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
 - ✓ tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia



Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.



Cuenca, 8 de Julio del 2015.

Dr. Luis López

Director

Clínica de Tratamiento de Adicciones 12 pasos, Mujeres.

Presente.

De mi consideración:

Solicito comedidamente se autorice la aplicación de reactivos psicológicos para el estudio "Tipos de Personalidad en pacientes adictas a sustancias en la ciudad de Cuenca - Ecuador 2015-2016", a cargo de Karla Andrade Rodríguez y Mayra Vera Duchi; egresadas de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, mismo que tendrá lugar en los meses de octubre y noviembre.

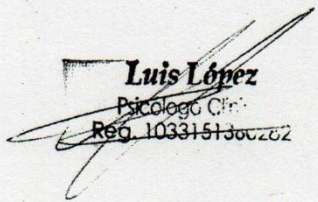
Aprovecho la oportunidad, para reiterar mis agradecimientos.

Atentamente,


Mst. Fernanda Coello

Profesor Tutor de la Universidad del Azuay.

APROBADO


Luis López

Psicólogo Clínico

Reg. 1033151300202



Cuenca, 8 de Julio del 2015.

Dr. Marcelo Campuzano

Director Técnico

Comunidad Terapéutica Mujer de Valor

Presente.

De mi consideración:

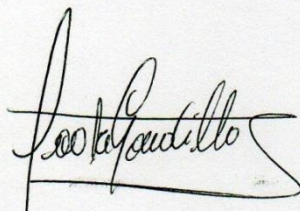
Solicito comedidamente se autorice la aplicación de reactivos psicológicos para el estudio "Tipos de Personalidad en pacientes adictas a sustancias en la ciudad de Cuenca - Ecuador 2015-2016", a cargo de Karla Andrade Rodríguez y Mayra Vera Duchi; egresadas de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, mismo que tendrá lugar en los meses de octubre y noviembre.

Aprovecho la oportunidad, para reiterar mis agradecimientos.

Atentamente,


Mst. Fernanda Coello

Profesor Tutor de la Universidad del Azuay.



CPA. Paola Gordillo
DIRECTORA ADMINISTRATIVA
RUC 0102415585001


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
FACULTAD DE
FILOSOFIA
SECRETARIA



2.18.- Firmas:

2.18.1.- Firmas de las estudiantes:

Karla Andrade R.

Karla Andrade

Mayra Vera

2.18.2.- Firma del tutor:

Mst. Fernanda Coello



Edición autorizada de 30.000 ejemplares
Del 708.501 al 738.500

Nº

0714703



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

“Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca- Ecuador 2015-2016”.

Informe de trabajo de campo

Autoras:

Karla Andrade Rodríguez

Mayra Vera Duchi

Cuenca – Ecuador

INFORME DE RESULTADOS

Por medio de la presente queremos ofrecer nuestros sinceros agradecimientos a su Institución, por la apertura brindada para poder realizar la evaluación a las pacientes que se encuentran dentro del proceso de tratamiento de alcohol y drogas ya que fue posible realizar el trabajo previo a la obtención del título de Psicólogas Clínicas “Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca – Ecuador 2015 – 2016”.

El mismo que tuvo una duración de dos meses (octubre y noviembre) del 2015, se evaluó a las pacientes por medio del MCMI-III y la prueba de detección de consumo ASSIST, además de una encuesta estructurada.

A continuación se exponen los resultados obtenidos de dicha investigación, además se adjunta la base de datos con los resultados de los instrumentos utilizados.

Resultados

42.1 Tablas de frecuencia de los Síndromes Clínicos significativos.

Tabla 1.

Tabla de frecuencia de trastorno de ansiedad

Trastorno de ansiedad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84	14	28,0	60,9	60,9
	síndromes clínicos				
	85-120	9	18,0	39,1	100,0
	trastornos				
	Total	23	46,0	100,0	
Perdidos	Sistema	27	54,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En el grupo de estudio, 14 personas (28%) poseen un síndrome clínico de ansiedad, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 9 personas (18%) presentan trastornos de ansiedad, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se puede concluir que 23 personas (46%) del grupo presentan ansiedad en niveles significativos.

Tabla 2.

Tabla de frecuencia de dependencia al alcohol.

Dependencia al alcohol					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84	11	22,0	42,3	42,3
	síndromes clínicos				
	85-120	15	30,0	57,7	100,0
	trastorno				
	Total	26	52,0	100,0	
Perdidos	Sistema	24	48,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En las pacientes estudiadas, 11 de ellas, (22%), tienen un síndrome clínico de dependencia al alcohol, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 15 pacientes, (30%), presentan trastorno por dependencia al alcohol, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se evidencia entonces que 26 mujeres, (52%), presentan dependencia al alcohol.

Tabla 3.

Tabla de frecuencia de dependencia a las drogas

Dependencia a las drogas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	74-84 síndromes clínicos	7	14,0	31,8	31,8
	85-120 trastornos	15	30,0	68,2	100,0
	Total	22	44,0	100,0	
Perdidos	Sistema	28	56,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En el grupo de tratado, 7 de las participantes, (14%), tienen un síndrome clínico de dependencia a las drogas, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 15 usuarias, (30%), presentan trastorno por dependencia a las drogas, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Se demuestras entonces que 22 casos, (44%), presentan dependencia a las drogas.

Tabla 4.

Tabla de frecuencia depresión mayor.

Depresión mayor					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84 síndromes clínicos	4	8,0	36,4	36,4
	85-120 trastorno	7	14,0	63,6	100,0
	Total	11	22,0	100,0	
Perdidos	Sistema	39	78,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La depresión mayor está presente en 4 de las mujeres estudiadas, (8%), como síndrome clínico, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que se presenta como trastorno en 7 pacientes, (14%), ya que sus puntajes van entre 85 – 120

puntos. Se concluye que 11 mujeres, (22%), presentan depresión mayor ya sea como síndrome clínico o trastorno.

Tabla 5.

Tabla de frecuencia trastorno delirante.

		Trastorno delirante			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	75- 84 síndromes clínicos	6	12,0	28,6	28,6
	85-120 trastornos	15	30,0	71,4	100,0
	Total	21	42,0	100,0	
Perdidos	Sistema	29	58,0		
Total		50	100,0		

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En las participantes, 6 de ellas, (12%), tienen un síndrome clínico de trastorno delirante, pues sus puntuación se ubican entre 75 – 84 puntos. Mientras que 15 pacientes, (30%), presentan trastorno clínico delirante, sus puntajes van entre 85 – 120 puntos. Finalmente el trastorno delirante está presente en 21 usuarias, (42%), como síndrome clínico o trastorno.

4.2.4 Tabla de relación entre tipo de personalidad y consumo de sustancias.

Tabla 6.

Tabla de relación entre personalidad dependiente y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Dependiente		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	4	5	9
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opiaceos,otros	1	0	1
	consumo mixto	3	0	3
Total		8	5	13

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad dependiente está presente en 13 de las participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 4 tienen rasgos predominantes y 5 trastornos de la personalidad dependiente. Las mujeres que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta rasgos predominantes de la personalidad mencionada. Las pacientes con consumo mixto, 3 tienen rasgos predominantes de dicha personalidad.

Tabla 7.

Tabla de relación entre personalidad antisocial y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Antisocial		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	3	2	5
	cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, inhalantes, alucinógenos opiáceos, otros	1	1	2
	consumo mixto	8	7	15
Total		12	10	22

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad antisocial está presente en 22 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 3 tienen rasgos predominantes y 2 trastornos de la personalidad antisocial. Las mujeres que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta rasgos predominantes y 1 con trastorno de la personalidad antisocial. Las pacientes con consumo mixto, 8 tienen rasgos predominantes y 7 manifiestan un trastorno de dicha personalidad.

Tabla 8.

Tabla de relación entre personalidad sádica y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Sádico		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	2	2	4
	cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, otros	2	0	2
	consumo mixto	6	6	12
Total		10	8	18

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad sádica se manifiesta en 18 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 2 de ellas tienen rasgos predominantes y 2 trastornos de la personalidad sádica. Las que tienen un consumo de sustancias ilegales, 2 de ellas presenta rasgos predominantes de la personalidad señalada. Las que tienen un consumo mixto, 6 tienen rasgos predominantes y 6 usuarias presentan trastorno de dicha personalidad.

Tabla 9.

Tabla de relación entre personalidad negativista y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Negativista		
Tipos de consumo		75- 84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
	tabaco, alcohol	7	1	8
	consumo mixto	9	2	11
Total		16	3	19

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad negativista está presente en 19 de las participantes como rasgos predominantes o trastorno. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 7 tienen rasgos predominantes y 1 trastorno de la personalidad negativista. Las mujeres que tienen un consumo mixto, 9 tienen rasgos predominantes y 2 presentan trastornos de dicha personalidad.

Tabla 10.

Tabla de relación entre personalidad masoquista y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Masoquista		
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	10	3	13
	consumo mixto	10	4	14
Total		20	7	27

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad masoquista está presente en 27 de las usuarias como rasgos predominantes o trastorno. Entre los casos con consumo de tabaco y alcohol, 10 tienen rasgos predominantes y 3 trastornos de la personalidad masoquista. Las mujeres que tienen consumo mixto, 10 de ellas presenta rasgos predominantes y 4 trastornos de la personalidad mencionada.

Tabla 11.

Tabla de relación entre personalidad paranoide y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento		Paranoide		
		75- 84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	Total
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	5	5	10
	cannabis,cocaina,anfetaminas, tranquilizantes,inahalantes, alucinógenos, opioceos,otros	0	1	1
	consumo mixto	5	6	11
Total		10	12	22

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad paranoide está presente en 22 de las usuarias. Entre las que consumen tabaco y alcohol, 5 tienen rasgos predominantes y 5 presentan trastorno de esta personalidad. Las participantes que tienen un consumo de sustancias ilegales, 1 de ellas presenta trastorno de la personalidad. Y finalmente con consumo mixto, 5 de ellas tienen rasgos predominantes y 5 trastornos de dicha personalidad.

Tabla 12.

Tabla de relación entre personalidad borderline y consumo de sustancias

Tabla de relación				
Recuento				
		Borderline		Total
		75-84 rasgos predominantes	85-120 trastornos clínicos	
Tipos de consumo	tabaco, alcohol	6	2	8
	consumo mixto	6	4	10
Total		12	6	18

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

La personalidad bordelinde está presente en 18 de las usuarias. Entre las mujeres que consumen tabaco y alcohol, 6 tienen rasgos predominantes y 2 refieren trastornos de dicha personalidad. Las participantes que tienen consumo mixto, 6 de ellas tienen rasgos predominantes y 4 trastorno de dicha personalidad.

Tabla 13.

Relación entre trastorno de personalidad y consumo de sustancias.

PERSONALIDAD	C. LEGAL	C.ILEGAL	C.MIXTO	TOTAL
Esquizoide	1	1	0	2
Evitativo	3	0	3	6
Depresivo	5	0	5	10
Dependiente	5	0	0	5
Histriónico	2	0	1	3
Narcisista	2	1	3	6
Antisocial	2	1	7	10
Sádico	2	0	6	8
Borderline	2	0	4	6
Negativista	1	0	2	3
Masoquista	3	0	4	7
Esquizotípico	0	0	4	4
Paranoide	5	1	6	12
Total				82

Elaborado por Andrade & Vera (2016).

En esta tabla hace referencia a los diferentes trastornos de personalidad de acuerdo a la sustancias consumida por las pacientes ya sean estas legales, no legales y consumo mixto. Concluimos que existen 82 trastornos de personalidad en las participantes.

Al existir 82 trastornos de personalidad como lo evidenciamos en la tabla 25, y al haber 50 pacientes, se da paso a que exista comorbilidad de trastornos de personalidad, por esta razón en la presente tabla se da a conocer que comorbilidades existen entre las usuarias estudiadas.

Se ha presentado una relación positiva (comorbilidad) entre las siguientes personalidades:

- Esquizoide (evitativo, masoquista).
- Evitativo (esquizoide, depresivo, dependiente, masoquista, negativista, esquizotípico, borderline y paranoide).

- Depresiva (evitativo, dependiente, negativista, masoquista, esquizotípico, borderline y paranoide).
- Dependiente (evitativo, depresivo, negativista, masoquista, esquizotípico, borderline, paranoide).
- Histriónico (narcisista, compulsivo).
- Narcisista (antisocial, compulsivo, histriónico).
- Antisocial (narcisista, sádico).
- Sádico (antisocial).
- Compulsivo (histriónico, narcisista).
- Negativista (evitativo, depresivo, dependiente, masoquista, esquizotípico, borderline, paranoide).
- Masoquista (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, negativista, esquizotípico, borderline, paranoide).
- Esquizotípico (evitativo, depresivo, dependiente, negativista, masoquista, borderline, paranoide).
- Borderline (evitativo, depresivo, dependiente, negativista, masoquista, esquizotípico, paranoide).
- Paranoide (evitativo, depresivo, dependiente, negativista, masoquista, esquizotípico, borderline).

4.3 Línea base de los resultados obtenidos en la presente investigación.

De las 50 pacientes que fueron evaluadas, el 82% de ellas tienen un trastorno de personalidad, como se determina a continuación.

Paciente	Edad	Estado Civil	Instrucción	ASISST										Patrones Clínicos de Personalidad										Patología Severa			Síndromes Clínicos								Síndromes Clínicos Severos		
				Tabaco	Bebidas Alcohólicas	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Inhalantes	Tranquilizantes	Alucinógenos	Opiáceos	Otros	Esquizoide	Evitativo	Depresivo	Dependiente	Histrónico	Narcisista	Antisocial	Sádico	Compulsivo	Negativista	Masoquista	Ezquizotípico	Borderline	Paranoide	Trastornos de Ansiedad	Trastorno Somatomorfo	Trastorno Bipolar Maniaco	Trastorno Distímico	Dependencia al Alcohol	Dependencia a las drogas	Estrés Postraumático	Trastornos del Pensamiento	Depresión Mayor	Trastorno delirante
1	40	unión libre	secundaria	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	62	64	60	73	63	51	80	67	58	67	82	60	90	63	55	21	64	60	70	62	55	57	61	65
2	18	soltera	secundaria	12	27	21	0	0	14	0	0	0	0	65	93	72	64	40	62	79	64	24	76	79	81	84	97	71	81	61	72	79	92	55	61	81	104
3	18	soltera	superior	2	17	27	0	0	0	36	0	0	0	73	87	60	33	9	55	68	63	36	69	78	85	77	81	104	51	66	70	63	70	72	72	71	85
4	23	soltera	secundaria	4	2	27	0	0	0	0	2	0	0	79	25	8	15	59	74	68	69	75	21	8	30	38	60	12	0	64	13	60	64	0	60	8	25
5	21	unión libre	primaria	15	31	22	34	0	27	0	0	0	0	79	69	80	36	56	73	88	77	56	56	77	69	67	67	93	48	93	57	82	100	71	63	60	69
6	19	union libre	secundaria	8	2	13	34	0	0	0	0	0	0	66	65	64	72	63	61	84	110	31	71	80	69	67	72	80	48	72	57	68	88	63	57	49	69
7	23	soltera	primaria	8	3	14	24	0	32	0	0	0	0	81	73	87	48	35	44	79	87	16	88	75	74	97	104	72	64	104	74	94	92	64	69	87	104
8	38	unión libre	primaria	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	66	66	85	81	48	53	61	61	60	84	78	67	81	96	85	56	71	77	96	81	64	76	67	111
9	18	soltera	secundaria	0	25	32	0	0	0	0	0	0	0	80	80	68	51	37	55	90	63	27	67	93	70	70	87	70	38	75	55	75	75	45	70	58	90
10	26	soltera	primaria	8	18	0	0	0	32	0	0	0	0	84	74	62	69	31	53	69	69	52	79	68	67	73	107	52	58	58	62	72	83	32	61	52	77
11	18	soltera	secundaria	0	19	32	0	0	0	0	0	0	0	64	53	64	79	74	81	72	82	73	67	53	68	73	71	56	56	60	71	59	87	61	68	81	111
12	41	unión libre	primaria	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	80	46	67	69	45	54	67	98	27	77	82	65	76	83	99	54	76	66	86	100	66	63	79	86
13	31	soltera	secundaria	12	34	0	0	0	0	0	0	0	0	60	59	60	16	63	81	88	67	58	80	74	54	71	73	54	20	74	41	104	109	59	60	32	69
14	21	soltera	secundaria	18	26	9	2	0	0	0	0	0	0	68	34	48	35	91	79	90	79	68	77	56	69	65	45	83	63	72	47	90	68	68	70	60	70
15	55	casada	primaria	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	81	81	75	85	6	48	67	58	57	64	83	65	63	72	75	59	68	78	93	61	57	55	59	88
16	21	soltera	secundaria	2	8	30	36	0	0	0	0	0	0	29	43	22	9	55	69	69	57	61	9	33	66	43	65	80	31	5	12	67	75	45	31	57	75
17	33	union libre	secundaria	0	0	0	0	0	38	0	0	0	0	59	68	52	76	55	49	80	77	44	62	74	56	69	90	65	0	75	60	65	105	53	53	12	75
18	51	viuda	primaria	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	69	89	82	82	8	29	57	52	47	76	87	78	81	66	69	58	58	70	84	55	52	63	74	74
19	39	soltera	primaria	2	37	0	0	0	0	0	0	0	0	58	73	49	73	42	51	82	95	40	76	75	59	72	97	69	15	54	42	104	74	59	57	52	74
20	24	soltera	secundaria	8	25	0	36	0	0	0	0	0	0	56	6	49	36	65	104	95	104	29	80	72	58	77	77	76	54	99	14	69	109	60	69	57	69
21	42	union libre	primaria	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	93	81	48	41	76	106	79	79	82	41	86	75	30	77	12	0	69	33	85	65	10	62	8	78
22	42	union libre	primaria	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	60	86	66	86	24	44	74	52	49	73	84	64	92	67	79	65	70	75	80	75	61	54	82	68
23	49	viuda	primaria	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	70	84	98	89	27	40	62	56	48	68	70	81	87	84	92	77	72	77	87	60	62	84	94	107
24	25	soltera	secundaria	0	2	0	0	0	0	35	0	0	0	97	71	35	41	63	76	72	72	77	55	44	66	52	68	0	9	60	20	64	25	20	60	22	70
25	18	soltera	secundaria	4	16	19	2	0	0	0	0	0	0	40	9	27	7	76	90	92	72	60	47	0	60	22	45	48	0	66	0	64	85	30	26	0	65

26	31	unión libre	superior	13	12	0	30	0	0	0	0	0	0	58	57	71	44	53	73	88	69	47	87	80	64	76	110	70	55	57	35	77	63	35	46	40	100
27	28	casada	secundaria	22	32	8	0	0	0	0	0	0	0	77	25	8	21	68	70	68	44	82	8	8	30	15	15	0	0	36	0	63	65	0	0	0	0
28	22	soltera	superior	0	7	30	0	0	0	0	0	0	0	69	80	60	60	5	44	71	36	16	20	74	68	52	68	100	34	60	65	68	66	66	62	45	72
29	48	casada	primaria	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	71	78	71	68	19	51	75	65	60	82	80	80	70	95	75	12	80	42	85	65	61	70	33	110
30	34	soltera	superior	30	3	0	39	0	0	0	0	0	0	77	17	8	21	78	79	78	69	68	28	8	15	15	60	24	0	48	0	62	80	0	60	15	25
31	18	soltera	secundaria	15	23	9	7	15	7	25	0	0	0	73	83	74	74	27	50	69	66	22	84	85	90	86	79	77	66	66	64	69	62	58	62	74	59
32	18	soltera	secundaria	8	13	33	40	0	0	6	0	0	0	58	71	83	84	42	57	62	62	43	72	93	64	78	78	55	64	63	65	73	63	63	65	58	70
33	35	divorciada	secundaria	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	83	83	50	71	58	95	85	79	66	86	51	63	35	97	21	0	66	37	82	67	37	31	5	82
34	24	soltera	superior	7	25	36	15	0	0	0	0	0	0	62	66	13	27	55	66	97	70	48	40	48	45	15	70	75	34	60	7	95	109	20	17	30	78
35	28	casada	secundaria	3	12	14	0	0	0	0	0	0	0	67	83	27	68	28	88	77	96	52	76	24	62	30	67	60	26	72	7	78	66	30	43	15	65
36	46	unión libre	secundaria	8	29	0	0	0	0	0	0	0	0	80	43	69	86	46	71	71	70	48	79	78	69	60	77	96	60	72	47	71	68	65	66	71	72
37	24	soltera	superior	24	32	13	0	0	0	0	0	0	0	66	54	101	48	60	86	67	72	36	64	77	58	63	66	78	56	59	70	83	68	61	56	64	71
38	36	soltera	secundaria	0	9	0	31	0	0	0	0	0	0	53	73	95	79	35	51	77	58	12	82	73	85	87	64	81	55	58	74	64	104	60	61	74	94
39	32	unión libre	superior	19	4	30	22	0	0	0	0	0	0	75	89	88	43	4	56	92	97	34	71	68	86	89	71	86	57	62	75	65	109	68	69	74	62
40	27	casada	primaria	4	22	0	0	0	0	0	0	0	0	69	79	101	79	23	35	65	70	42	65	77	67	77	73	77	61	56	69	92	59	97	62	87	67
41	64	divorciada	primaria	6	27	0	0	0	0	0	0	0	0	60	93	72	84	26	68	57	58	47	74	75	81	64	89	74	61	64	68	79	56	59	69	74	104
42	22	soltera	secundaria	29	36	27	39	30	22	30	29	25	21	67	62	64	66	56	64	74	97	42	45	84	56	67	69	73	62	59	60	65	93	61	59	85	68
43	33	soltera	superior	3	2	0	27	0	0	4	0	0	0	48	59	21	28	82	70	70	75	84	48	20	0	22	45	0	0	48	0	60	68	0	34	8	25
44	35	soltera	primaria	0	34	0	0	0	0	0	0	0	0	56	83	96	73	40	56	42	58	70	79	85	65	77	73	100	81	65	71	64	21	91	60	88	91
45	26	soltera	secundaria	11	10	8	8	0	2	2	2	0	0	48	34	15	15	82	72	79	76	68	35	8	60	30	45	12	0	6	0	85	91	30	43	15	25
46	25	unión libre	secundaria	12	15	0	0	0	0	16	0	14	0	71	51	69	53	55	71	70	68	40	72	87	66	83	72	80	72	64	60	78	68	68	62	71	72
47	25	soltera	superior	7	31	25	0	0	0	0	0	0	0	62	9	7	33	83	71	71	84	36	33	12	45	15	45	24	26	68	7	70	67	10	43	22	0
48	36	soltera	superior	21	29	2	2	2	0	30	0	0	0	76	84	93	70	0	35	73	75	43	76	76	67	72	80	80	61	61	76	85	75	65	64	87	110
49	24	soltera	secundaria	6	30	0	0	0	2	0	0	0	0	38	35	45	25	99	78	30	18	81	51	18	32	10	64	26	53	50	2	2	2	2	45	32	2
50	64	separada	primaria	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	76	61	85	86	88	60	69	68	38	58	83	73	75	75	73	61	58	73	88	68	58	64	61	73

En la tabla anterior se observa los resultados obtenidos de las 50 pacientes. En el primer fragmento, se encuentran los datos demográficos de las pacientes tales como edad, estado civil y escolaridad.

Posteriormente se localiza los puntajes alcanzados de la prueba de detección de consumo ASSIST, mismo que están divididos por sustancias. Las puntuaciones de ‘tres o menos tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Una puntuación de ‘entre 4 y 26’, poseen un riesgo moderado y finalmente una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario asume un alto riesgo de dependencia de esa sustancia.

De igual manera se describe las puntuaciones registradas por las pacientes en el MCMI-III, el cual se encuentra segmentado en síndromes clínicos y trastornos de personalidad. Las puntuaciones de calificación que van de 0–74 no presentan ningún aspecto patológico que requiera ser tomado en cuenta. De 75-84 puntos indican la presencia de rasgos predominantes de dicho trastorno y finalmente de 85 puntos en adelante se considera como un trastorno clínico.

4.2 Análisis cualitativo de los resultados.

- 5 De acuerdo con la escala de validez (X) del MCMI-III se recomienda manejar con precaución el 4% (2 casos) de la información.
- 6 Los síndromes clínicos más representativos entre las usuarias son: trastorno de ansiedad con 23 personas (46%), dependencia al alcohol con 26 mujeres (52%), dependencia a las drogas con 22 casos (44%), depresivo mayor en 11 usuarias (22%) y finalmente el trastorno delirante con 21 evaluadas (42%).
- 7 Para poder establecer la relación entre tipo de personalidad y consumo de sustancias se recurrió a dividir las sustancias en tres grupos: tabaco y alcohol

(legales), cannabis, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, anfetaminas, alucinógenos, opiáceos y otros (no legales), consumo mixto (legales e ilegales).

Las personalidades más significativas incluyendo rasgos predominantes y trastornos clínicos son: masoquista (27 personas), antisocial (22 personas), paranoide (22 personas), negativista (19 personas), evitativo (18 personas), sádico (18 personas) y finalmente borderline (18 personas).

- 8 Al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación mediante el recurso estadístico R de Pearson se obtuvo que existe una correlación significativa entre las personalidades dependiente y antisocial con el consumo de sustancias.
- 9 Se obtuvo que el 82% de las mujeres estudiadas presentan trastornos de personalidad. Además existen 82 trastornos de personalidad en 50 mujeres dependientes a sustancias, se concluye que además de la patología dual entre los trastorno de personalidad y consumo de sustancias, existe también comorbilidad entre trastornos de personalidad.

INFORME DE LOS CENTROS PARTICIPANTES

Cuenca, 22 de febrero del 2016

Mst. Fernanda Coello

Profesor Tutor de la Universidad del Azuay

Presente.

De mi consideración:

La Clínica de Tratamiento Doce Pasos certifica, que las señoritas Karla Andrade Rodríguez y Mayra Vera egresadas de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, fueron aceptadas para realizar las evaluaciones de su estudio "Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca-Ecuador 2015-2016", cumplieron de una manera responsable con su labor entregando oportunamente informes individuales y finalmente el informe general de los resultados.

Es todo en cuanto puedo certificar.

Atentamente

Luis López

Psicólogo Clínico

Reg. 1033151360282

Director de la Clínica de Tratamiento Doce Pasos

Cuenca, 22 de febrero del 2016

Mst. Fernanda Coello

Profesor Tutor de la Universidad del Azuay

Presente.

De mi consideración:

La Comunidad Terapéutica Mujer de Valor certifica, que las señoritas Karla Andrade Rodríguez y Mayra Vera egresadas de la Escuela de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, fueron aceptadas para realizar las evaluaciones de su estudio "Correlación entre tipos de personalidad en mujeres dependientes a sustancias en la ciudad de Cuenca-Ecuador 2015-2016", cumplieron de una manera responsable con su labor entregando oportunamente informes individuales y finalmente el informe general de los resultados.

Es todo en cuanto puedo certificar.

Atentamente

Dr. Marcelo Campuzano

Director Técnico de la Comunidad Terapéutica Mujer de Valor

Por Hgt. Daniela Colich

Mujer de Valor

Comunidad Terapéutica

