



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VULNERABILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y
RECAÍDAS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICA; EN
PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN N.A.
“PUERTA DE AL – GHANI” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO AÑO 2014.

Línea de investigación: Desarrollo Psíquico Emocional

Trabajo de Titulación Previo a la Obtención del Título de Psicóloga, Mención en
Clínica

Autora

Elizabeth Carmen Murillo Cevallos

Director de Tesis

Dr. Oswaldo Zambrano

Manta, Julio del 2014

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En mi calidad de Director del Trabajo de Titulación para el Título de Psicóloga Clínica, nombrado por la Dirección de la Facultad de Psicología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

CERTIFICO:

Que he analizado el trabajo de titulación presentada por la Srta. Egresada **ELIZABETH CARMEN MURILLO CEVALLOS**, como requisito previo a la obtención del Título de Psicóloga, mención en clínica, cuyo tema es:

“VULNERABILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y RECAÍDAS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICA; EN PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN N.A. “PUERTA DE AL – GHANI” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO AÑO 2014.”

Considero aprobado en su totalidad.

Firma Tutor _____

Dr. Oswaldo Zambrano

C.I.

AUTORÍA DEL TRABAJO

Los pensamientos, comentarios, opiniones, conceptos, análisis desarrollados y resultados obtenidos del presente trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad de la autora

F. _____

Elizabeth Murillo Cevallos

C.I. 1309955308

Manta, Julio 2014

**CARTA DE APROBACION DEL TRIBUNAL
DEL TRABAJO DE TITULACION**

Sometida a consideración del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de la Facultad de Psicología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, como requisito previo para la obtención del Título de Psicóloga, mención clínica se declara:

VULNERABILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y RECAÍDAS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS; EN PACIENTES INTERNADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN N.A. “PUERTA DE AL – GHANI” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO AÑO 2014.

APROBADO

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a todos los pacientes con los que he tenido la oportunidad de trabajar durante sus procesos de internamiento así como aquellos con los que he compartido durante el camino de mi formación por su esfuerzo, su lucha diaria y constante contra la adicción.

A Dios

A mi familia, de manera especial a mi hija,

A mis amigos

A todos aquellos seres queridos que hoy en día no se encuentran físicamente conmigo en especial Andrés Cevallos Briones.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que al brindarme sus conocimientos y sus experiencias colaboraron a la realización de este trabajo, por sus apoyos, enseñanzas y calidad humana al compartir sus conocimientos.

A mis padres Rafael y Vicenta

A mi Hija Malena Vera Murillo por todo el amor y el apoyo incondicional que me ha brindado a lo largo de toda su vida, sin ella jamás habría alcanzado esta meta, este logro es suyo, es mi pilar y mi mayor fortaleza. La amo.

A mis hermanos, Alber, Jorge, Chari y July porque de una u otra forma han estado siempre, los quiero mucho.

A los amigos que encontré durante la carrera porque cada uno de ustedes me marco de una forma particular, por el apoyo moral, las risas compartidas y porque nos une la misma pasión por la carrera que escogimos.

A mi tutor Dr. Oswaldo Zambrano por ser parte importante de este proyecto, por su calidad de “padre académico”, fue un placer compartir esta experiencia con Ud.

Y por último pero no menos importante agradezco a todas aquellas personas que de alguna manera se involucraron y compartieron conmigo esta experiencia en determinado momento.

TABLA DE CONTENIDO

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	I
AUTORÍA DEL TRABAJO	II
CARTA DE APROBACION DEL TRIBUNAL.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
TABLA DE CONTENIDO.....	VI
ÍNDICE DE CUADROS.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	2
ELPROBLEMA:	2
1. TEMA	2
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1. CONTEXTUALIZACION.....	3
1.2.1.a. MACRO CONTEXTO.....	3
1.2.1.b. MEZO CONTEXTO	4
1.2.1.c. MICRO CONTEXTO	5
1.2.2. PREGUNTAS DIRECTRICES	6
1.2.3FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
1.2.4 DELIMITACION.....	7
1.3OBJETIVOS	8
CAPITULO II.....	10
MARCO TEORICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	20
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	20
Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad (DSM IV-CIE-X)	23
Diagnostico Diferencial.....	25
Comorbilidad	28
Sustancias psicotrópicas.....	29
2.4FUNDAMENTACIÓN LEGAL	32
2.5HIPOTESIS.....	32
2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	32

CAPITULO III.....	33
3. METODOLOGIA	33
3.2. POBLACION MUESTRA Y TAMAÑO	33
3.2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	33
3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	33
Concepto	34
Categorización	34
Indicadores.....	34
Ítems.....	34
Técnica.....	34
Trastornos de personalidad.....	34
Grupo A	34
Raros o excéntricos	34
Afecta constantemente sus actividades diarias?.....	34
HistóricasClínicas	34
VARIABLE INDEPENDIENTE	35
3.4. RECURSOS	35
3.5, RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	36
3.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	36
CAPITULO IV.....	37
4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LA MUESTRA	37
4.1. ANALISIS	37
Inventario multifásico de personalidad II (MMPI II)	41
4.1.2. ENTREVISTA	42
Entrevista	42
CAPITULO V.....	47
5.1. COMPROBACION DE HIPOTESIS	47
5.2. LOGRO DE LOS OBJETIVOS	47
CAPITULO VI.....	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1. CONCLUSIONES	48
6.2. RECOMENDACIONES	48
PROPUESTA.....	50

7.1. DATOS INFORMATIVOS.....	50
7.4. JUSTIFICACION.....	52
7.5. FUNDAMENTACION	53
7.6. METODOLOGIA. PLAN DE ACCION	59
7.7. ADMINISTRACION	66
7.8. PREVISION DE LA EVALUACION.....	69
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS.....	72
Paciente 1.....	72
.....	72
Paciente 2.....	72
Paciente 3.....	73
Paciente 4.....	73
Paciente 5.....	73
Paciente 6.....	74
.....	74
Paciente 7.....	74
Paciente 8.....	74
Paciente 9.....	74
Paciente 10.....	75
Paciente 11.....	75
Paciente 12.....	75
Paciente 13.....	76
Paciente 14.....	76
Paciente 15.....	76
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota Aplicada a los pacientes.....	77

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1 Criterios Diagnósticos Generales para los Trastornos de Personalidad	23
Cuadro N°2 Comparación de las Clasificaciones Actuales de los Trastornos de Personalidad.....	24
Cuadro N°3 Grupo de Trastornos de Personalidad	25
Cuadro N°4 Características Diferenciales de los Trastornos de Personalidad.....	26-27
Cuadro N°5 Variables Dependientes.....	34
Cuadro N°6 Variables Independientes.....	35
Cuadro N°7 Análisis de la Muestra.....	37
Cuadro N° 8 Valores Obtenidos.....	38
Cuadro N°9 Simbología Utilizada.....	39
Cuadro N°10 Tabla de Resultados.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N°1 DE RESULTADOS.....	38
Grafico N°2. COMPARATIVO	38
Grafico N°3 RASGOS DE PERSONALIDAD	38
Grafico N°4 RASGOS – DUALIDAD – RECAIDA.....	39
GraficoN°5 DUALIDAD	39
Grafico N°6 DUALIDAD	39
Grafico N°7 TIPOLOGIA	40
Grafico N°8 RECAIDA.....	40

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realizó con la finalidad de profundizar en los juicios sobre la temática de las adicciones, percibiendo esto a partir de su multicausalidad; para esto se trazó el siguiente cuestionamiento: Comorbilidad (Trastornos por consumo de Sustancias y Trastornos de Personalidad) y su relación con la recaída, repetición de los Trastornos de Personalidad y Recaída en la muestra

De la misma manera se especifica de una manera clara los conceptos básicos, de desliz, recaída, craving, tolerancia así como trastornos de personalidad y sustancias psicotrópicas ya que esta es de vital importancia durante el desarrollo del trabajo realizado.

También se encontrara un capítulo que permitirá conocer los resultados obtenidos durante el trabajo de investigación los mismos que nos encaminara al logro de conclusiones y recomendaciones.

Estas serán referencias para la realización de una propuesta acorde a la demanda constante, ante una necesidad recurrente. Desarrollada bajo los parámetros de los antecedentes obtenidos.

CAPÍTULO I

ELPROBLEMA:

1. TEMA

“Vulnerabilidad entre Los Trastornos de Personalidad y recaídas en el consumo de sustancias psicotrópicas; en pacientes internados en el centro de rehabilitación N.A. “La Puerta de Al- Ghani” de la Ciudad de Portoviejo Año 2014

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adicción es considerada hoy en día una enfermedad que implica múltiples factores, por ende no se puede atribuir su origen a una sola causa; consiguiendo implicar aspectos familiares, sociales, económicos, interpersonales, ambientales, genéticas, Intrínsecamente dentro de la misma está contemplada la recaída, la cual ocurre cuando el paciente ha dejado de consumir por un periodo de tiempo y retorna a los patrones de consumo; los mismos que generalmente se tornan mayores al mantenido antes de la abstinencia.

La relación con los Trastornos de Personalidad y la adicción se evidencian en los datos que refieren una alta tasa de coexistencia entre éstos y los Trastornos por consumo de sustancias, varios estudios han determinado que existe un porcentaje significativo de Comorbilidad en pacientes con problemas de adicciones, en especial la presencia de Trastornos de Personalidad, de acuerdo con la N.I.D.A. (National Institute on Drug Abuse), este porcentaje corresponde del 30 al 50 % de los casos que presentan Trastornos relacionados con sustancias. Surgiendo el interés de ahondar la frecuencia con que se presentan los Trastornos de Personalidad y las recaídas en la muestra estudiada. (Tomada de “todo sobre la droga en el mundo moderno”)

1.2.1. CONTEXTUALIZACION

1.2.1. a. MACRO CONTEXTO

El tránsito y tráfico de drogas ilícitas como lícitas en el mundo resulta en la actualidad uno de los negocios más rentables del siglo, su comercialización se da con mayor influencia traspasando fronteras a pesar de la cantidad de controles, dispositivos y leyes que tienen los diferentes países, las drogas comienzan a sentirse como un problema irreprimible que crece cada día afectando de una forma globalizada.

(Grafico 1 en anexos)

Un último dato divulgado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ONUDC en el Informe Mundial sobre Drogas 2011; en el informe se entregó una estimación aproximativa de la producción mundial (842-1.111 toneladas/2009 - 786-1,054 toneladas/2010), pero posteriormente la ONUDC realizó estimaciones independientes de la producción para un total mundial de 860-8,700 toneladas.(Informe Mundial de la Drogas 2011)

1.2.1.b. MESO CONTEXTO

En la Constitución del Estado Ecuatoriano se dice que “Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.” (CONSEP, 2010).

La oposición a las drogas es una situación muy compleja que requiere la cooperación internacional, por lo que el Estado Ecuatoriano recibe asistencia del exterior donde se incluyen recursos económicos que se destinan a este enfrentamiento. Por esta razón la Secretaría Nacional de Planificación para el Desarrollo del Ecuador (SENPLADES) expuso la necesidad de “potenciar la cooperación internacional en una estrategia integral y coordinada que incluya el fortalecimiento institucional, prevención, interdicción, rehabilitación de drogodependientes y reinserción social, que consagre el respeto a la soberanía nacional y a los derechos humanos.” (CONSEP, 2010).

Entre las drogas incautadas, el primer lugar corresponde al clorhidrato de cocaína (396,5 kilogramos). Las mayores incautaciones de esta sustancia se registran en la provincia del Guayas (252,8 kilos) y en Pichincha (114,7 kilos). La segunda incautación mayor se refiere a la marihuana (213,3 kilos). El más grande decomiso se dio en la provincia de Esmeraldas (131,7 kilos). Respecto de las incautaciones de pasta/base de cocaína y heroína, durante el mes de diciembre se registraron 30,7 kilos y 6,5 kilos, respectivamente (CONSEP.)

Ante esta necesidad el CONSEP desarrollo el “Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2009-2012” donde dentro de sus prioridades se plantea la reducción del consumo de alcohol, tabaco, fármacos y drogas ilícitas; una mayor cobertura en tratamientos de rehabilitación y reinserción social; intensificar el patrullaje terrestre, marítimo y aéreo para reducir la oferta de sustancias ilícitas; incrementar el control de fármacos y establecer programas que traten de forma integral a las consecuencias generadas por el uso de drogas

(Ver en anexo grafico 2)

1.2.1.c. MICRO CONTEXTO

La adicción es una enfermedad que se acrecienta cada día más, en nuestra ciudad su auge es mayor afectando a toda una sociedad, en todos los aspectos, desde el académico, familiar, social, económico, laboral. Los resultados de un estudio realizado por el C.O.N.S.E.P. (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas) demuestra que respecto a las drogas consideradas ilícitas “en los últimos cuatro años hubo un incremento del 6.1 por ciento al 10.5, siendo las más utilizadas la marihuana y la pasta de cocaína”

En este momento en nuestra ciudad no se dispone de una base de datos específica sobre los índices de dependencia a sustancias. De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) encargado de los aspectos relacionados con la Salud Mental, nunca se ha dispuesto de esta información, y además advierten que no hay investigaciones actuales que se encarguen de la temática, quedando como única entidad que posee datos estadísticos relacionados al tema el C.O.N.S.E.P.

Lo que si se ha logrado identificar mediante estudios realizados por el C.O.N.S.E.P. es que la edad de inicio de consumo en la actualidad es la edad de catorce años, lo que resulta preocupante, debido a que hace unos años atrás la misma era a los 18 años.

No se determinan factores concretos, estos son diversos, van desde desconocimiento, curiosidad, influencia, moda, escape a situaciones emocionales,

académicos, familiares, y la pocas habilidades psicosociales para resolver los conflictos que se presentan en el día a día, hasta una forma de rebeldía ante la sociedad

1.2.2. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. Qué relación existe entre los trastornos de personalidad y el abuso a ciertas sustancias psicotrópicas?
2. Si logramos identificar el tipo de trastorno de personalidad que predomina en los adictos de acuerdo al tipo de sustancias psicotrópicas que usa, será más fácil su tratamiento?
- 3.Cuál es la calidad de vida , craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes en función de los trastornos de personalidad
4. Los pacientes con trastornos de personalidad tendrían mayor dificultad para la resolución de problemas en su vida cotidiana y esto podría activar las creencias básicas asociadas a las drogas y al consumo de las mismas?
5. Aquellos pacientes que presentan diagnóstico de trastorno de personalidad (EJE II, DSM - IV -TR) tendrían mayor probabilidad de caer en adicción en comparación con las personas que cumplen con un solo criterio diagnostico correspondiente al EJE I ? según el DSM 4

1.2.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

Los problemas relacionados con la adicción a sustancias psicotrópicas y su complejidad en cuanto a su tratamiento, así como la dificultad muchas veces a la hora de abordarlo y la falta de vinculación hacia los mismos por partes de quienes lo padecen o su entorno, hacen que sea primordial a la hora de tratarlo por

aspectos esenciales como el deterioro que sufre a nivel personal, familiar, laboral, social, el mismo que a veces es irreversible, afectando permanentemente su autoimagen llegando a hacerse daño, o hacerles daños a quienes los rodean, partiendo desde sus hogares, con sus esposas hijos, hasta llegar a la sociedad, pudiendo adquiriendo conductas, y trastornos patológicos.

1.2.4 DELIMITACIÓN

1.2.4.1. DELIMITACIÓN DE CONTENIDOS

- ✚ CAMPO: Psicología Clínica
- ✚ AREA: Pre Grado
- ✚ ASPECTOS: Académicos
- ✚ LINEA: Investigación en Desarrollo Psíquico Emocional
- ✚ PROGRAMA: Programa de aseguramiento de un Desarrollo Psíquico Emocional con calidad y calidez que propicie una sociedad inmersa en el Buen Vivir
- ✚ PROYECTO: Analizar la relación existe entre los trastornos de personalidad y la recaídas en el consumo de sustancias psicotrópicas

1.2.4. 2. DELIMITACIÓN ESPACIAL

El presente estudio investigativo se lo realizo en el centro de rehabilitación de narcóticos anónimos “Puerta de Al- Ghani” de la provincia de Manabí en la Ciudad de Portoviejo

1.2.4.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El presente estudio se lo realizo en el primer semestre del año 2014

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la vulnerabilidad existente entre Trastornos de Personalidad y recaída; en pacientes drogodependientes que forman parte del programa de Narcóticos Anónimos “Puerta de Al- Ghani” de la ciudad de Portoviejo

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Evaluar la presencia y gravedad de los trastornos de Personalidad y consumo de sustancias; en pacientes drogodependientes del programa Narcóticos Anónimos del centro “Puertas de Al- Ghani” Portoviejo 2014
- ✚ Precisar el tipo de trastorno de Personalidad que proporcionalmente posee el mayor número de pacientes, dentro de la muestra analizada.
- ✚ Determinar si los pacientes del centro de rehabilitación las puertas de Al Ghani con Trastorno de Personalidad tienen mayor tendencia a una adicción en relación al grupo que tiene diagnóstico único (trastorno relacionado con sustancias, Eje I DSM-IV TR) y mediante este análisis direccionar el tratamiento a seguir.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por la mayoría de las culturas desde tiempos prehistóricos (Westermeyer, 1991) De hecho, durante siglos las drogas psicoactivas han tenido muchas funciones individuales y sociales. A nivel individual, han proporcionado estimulación, liberación tanto de los estados emocionales adversos como de los síntomas físicos indeseables, y estados alterados de conciencia. A Nivel social las sustancias PSICOACTIVAS han facilitado los rituales religiosos, ceremonias y han tenido finalidades médicas. Sabemos ya de la utilización del opio en China y en Egipto desde los primeros escritos de estas civilizaciones (Westermeyer, 1991). En India se cita la marihuana desde “al menos, más allá del segundo milenio A.C. (Brecher, 1972, pag397)” La

utilización del alcohol se remonta a tiempos del paleolítico (Goodwin, 1981) (terapia cognitiva de la drogodependencia Aarón Beck. Pag21)

Este problema afecta a la sociedad sin distinción de clases sociales, razas, y educación; debido a que dicho consumo generalmente no se queda en un consumo experimental, ocasional, frecuente o en un abuso sino que desgraciadamente llega a una dependencia, muchas veces como respuesta a dificultades de la vida cotidiana las mismas que no saben cómo manejarlas.

Ya en actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está preocupado sobre los problemas que origina el abusar de las drogas.

Así mismo hay estudios que hablan de patologías duales “La prevalencia de trastorno mental asociado a las drogodependencias es muy alta. Alrededor de un 15% de personas que presentan un trastorno mental tienen, además, un trastorno por consumo de drogas ilegales y el 50% de sujetos con abuso o dependencia de drogas ilegales han padecido otra enfermedad mental. Los estudios en población general establecen que el riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico es 4,5 veces superior en los pacientes por abuso de sustancias”. (Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches y De Vicente, 2001). Debido a la alta prevalencia propuesta por la literatura con respecto a la Comorbilidad percibimos importante profundizar en los trastornos de personalidad considerados como rasgos profundos y rígidos que han ido tomando forma desde la niñez y adolescencia, siendo por tanto uno más de los aspectos multifactoriales que deberían tomarse en consideración durante y después del tratamiento de adicciones.

Surge entonces la interrogante si ¿aquellos pacientes que presentan diagnóstico de trastorno de personalidad (Eje II, DSM-IV-TR) tendrían mayor probabilidad de recaer en comparación con las personas que cumplen con un solo criterio diagnóstico correspondiente al Eje I?, relacionándolo con lo planteado por Aarón Beck et al. (1999, p. 355) “el paciente que sufre de un trastorno de personalidad concomitante tendrá más riesgo de recaída después de un período de abstinencia”

La importancia de este estudio consiste en indagar la reiteración con que se presentan Trastornos de Personalidad y recaídas en dichos pacientes, para justificar si aquella población con comorbilidad (Trastornos de Personalidad y abuso de sustancias) tienen un mayor índice y riesgo de recaída.

Debido a lo antes mencionado es importante el estudio, , debido a que interviene de una manera directa en el tratamiento terapéutico del paciente; es decir al poder evaluar la personalidad, se puede comprender más las posibles dificultades posteriores al tratamiento y proceder con herramientas terapéuticas que consideren a los Trastornos de Personalidad como “poco adaptables... resisten a ser modificados” (Beck, et al. 1999, p. 356) por tanto, los sujetos tendrían mayor dificultad para resolución de problemas en su vida cotidiana y esto podría activar las creencias básicas asociadas a las drogas, desencadenando una sucesión de procesos hacia una posible recaída

CAPITULO II

MARCO TEORICO

LA ADICCIÓN, RECAÍDA Y TRATAMIENTOS

Las concepciones de adicción son numerosas; muchas veces en el vivir diario y debido al desconocimiento existente sobre esta temática, se confunde el abuso de una sustancia, con la existencia de una dependencia a la misma, debido a la diversidad de definiciones. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la adicción, es:

“Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- ✚ Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- ✚ Una tendencia al aumento de la dosis.

- ✚ Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- ✚ Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad”.

Desde otras perspectivas a la adicción también se la define como un constructo multidimensional en el mismo que se relacionan componentes subjetivos, fisiológicos, bioquímicos, conductuales, cognitivos y motivacionales, en este se produce un uso repetitivo y/o abusivo de una o varias sustancias que pueden estar relacionado con dependencia a las mismas y que generan consecuencias negativas tanto para el individuo que las consume como para su entorno

El abuso de sustancias no es lo mismo que consumo, está más bien relacionado, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2009, p. 225) con “Un patrón desadaptativos de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos [.....] Durante un período de doce meses o más, se produce un consumo recurrente de la sustancia en el que puede dar lugar al incumplimiento en las obligaciones del sujeto, participar en situaciones físicamente peligrosas, inmiscuirse en conductas ilegales y continuar el consumo a pesar de tener continuos problemas sociales"(DSM IV; 2009).

Adjuntos a la problemática de la dependencia se vinculan dos fenómenos: tolerancia y abstinencia; la primera se genera tras la ingesta recurrente del agente psicoactivo y la segunda está relacionada con la reducción o cese del consumo de una sustancia.

Tolerancia

Es un fenómeno producido por la utilización constante de una sustancia, teniendo su usuario la necesidad de una cantidad cada vez mayor para obtener el mismo efecto o el efecto deseado, ya que la misma cantidad que en un principio el sujeto probó dejará de ser tan eficaz como lo fue en un inicio. Los niveles de tolerancia de sujeto a sujeto y de sustancia a sustancia difieren; por ejemplo, la misma cantidad de sustancia inicial en un sujeto corpulento puede tener menor efecto en comparación de un sujeto delgado, de igual manera el nivel de tolerancia a los

derivados de drogas estimulantes como los alcaloides y drogas depresoras como el alcohol difieren, pudiendo el sujeto administrarse cantidades que si lo hubiese hecho en un inicio hubieren resultado extremadamente tóxicas e incluso mortales , esto puede convertirse en un factor de alto riesgo, ya que posterior a un largo tiempo de abstinencia el sujeto puede reiniciar el consumo por las dosis semejantes a aquellas que consumía previo a suspender, constituyendo un gran peligro ya que, el organismo puede haber perdido el punto de tolerancia de la sustancia desencadenando en la recaída una sobredosis que puede ser mortal.

Abstinencia

Está vinculada con cambios comportamentales desadaptativos tras el cese de consumo de un psicoactivo, esto origina un deterioro que a nivel clínico es bastante significativo en las cinco esferas del individuo; presentándose una serie de síntomas tras la disminución de la concentración de la sustancia en el plasma sanguíneo posterior a haber desarrollado un hábito de consumo constante. El sujeto necesita de la sustancia o una muy similar para aliviar estos síntomas que generalmente son opuestos a los efectos del psicoactivo; esta sintomatología varía según la sustancia, produciendo generalmente los efectos contrarios a la intoxicación, generando un malestar por la descompensación. Por ejemplo: la abstinencia alcohólica, al ser el etanol un depresor del sistema nervioso central, provoca lo contrario, es decir una sobreexcitación del S.N.C. generando síntomas como agitación psicomotora; y, en contraposición, en la abstinencia a la cocaína y sus derivados provoca efectos depresores en el S.N.C. presentándose como síntoma la fatiga .

Craving

La definición para este término no es única, yendo desde el deseo compulsivo por consumir la sustancia al pasar por la abstinencia hasta el deseo psicológico. Se “manifiesta a modo de pensamientos, imágenes y sensaciones asociadas a la respuesta ante la administración de droga, que podrían provocar de nuevo la conducta de consumo de droga... motivados en principio por el instrumental (p. e.

parafernalia asociada a la droga), cuestiones sociales, emocionales y psicológicas” (De Leon. 2004, p. 70). De acuerdo con Beck el craving es el deseo irrefrenable de consumir; éste aparece como la sensación subjetiva de lograr obtener el estado conseguido por la droga relacionada con el área física, emocional, social, que va más allá de la asociación de estímulo – respuesta, de acuerdo con el paradigma Pavloviano, constituyéndose como un factor de alto riesgo relacionado con la recaída.(BECK 1995).

Recaída

Es el regreso a patrones de consumo previos a la abstinencia de la sustancia, Beck propone como “recaída” al comportamiento de retorno total a las conductas relacionadas con el consumo de sustancias, es importante determinar el tiempo de remisión para poder establecer la existencia de recaída, para lo cual se toman en cuenta seis especificaciones de curso expuestas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y que se basan en el tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia, en función de la presencia o ausencia de los criterios para dependencia y abuso de sustancias:

El proceso de recaída según algunos autores como Marlatt y Gordon* se atribuye factores como la capacidad del sujeto de resolver problemas, enfrentar situaciones complejas y al sistema de creencias que influirán en la decisiones que la persona tenga, por ejemplo, el pensar que no podrá detenerse luego de haber tenido un nuevo encuentro con la sustancia, retornando a los patrones de conducta previos a la abstinencia (en lo que Beck llamaría el paso del desliz a la recaída). Además, no se puede atribuir la recaída únicamente a factores internos, pues existen estímulos externos que pueden motivar al uso de una sustancia, por ejemplo, el encontrar en la calle al expendedor de droga, el pasar por algún lugar que le rememore la sustancia o el ver imágenes que se asocian directamente con la sensación de intoxicación.

Esto generalmente produce: tolerancia que se refiere a la necesidad de aumentar la dosis para alcanzar la intoxicación o que el efecto producido por la misma

cantidad de la sustancia disminuye con un consumo prolongado; también se produce la abstinencia relacionada con cambios comportamentales desadaptativos debido a la reducción o al cese del consumo de una sustancia, esto ocasiona un deterioro clínicamente significativo en las áreas importantes de la actividad del individuo; para lo cual el sujeto necesita de la sustancia o una muy parecida para aliviar estos síntomas que generalmente son opuestos a los efectos del psicoactivo.

Dentro de la dependencia también puede ocurrir que el sujeto expresa un deseo persistente por dejar de consumir la sustancia, pero refiera que no ha podido hacerlo y suele suceder que el sujeto dedica mucho tiempo a tratar de conseguir la sustancia o que varias de sus actividades giren en torno al consumo.

La dependencia se caracteriza por un patrón de uso compulsivo o repetitivo de una sustancia, en la cual el individuo sigue consumiendo la sustancia, a pesar de las consecuencias físicas, psíquicas, laborales, familiares que ello le trae.

En la dependencia de sustancias se dispone de seis especificaciones de curso, las cuatro primeras se basan en el tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia en función de la presencia o ausencia de los criterios para dependencia y abuso de sustancias. Estas son las siguientes:

1. Remisión Temprana: Se considera los primeros doce meses posteriores a la dependencia, este período es de especial riesgo para que ocurran recaídas. Se divide en:
2. Remisión Total Temprana: Cuando no se cumplen los criterios de abuso o de dependencia durante 1-12 meses.
3. Remisión Parcial Temprana: Se usa cuando se han cumplido uno o más criterios de abuso o dependencia durante 1-12 meses.
4. Remisión Sostenida: Sin recaer posterior a los doce meses de remisión temprana. Se divide en:

5. Remisión Total sostenida: Se usa cuando no se han cumplido ningún criterio de abuso o dependencia de la sustancia durante doce meses o más.
6. Remisión parcial sostenida: Se usa cuando se han cumplido uno o más criterios de abuso o dependencia durante un período de doce meses o más. (DSM-IV-TR, 2009, p. 222-223).

Existe otra especificación:

-En terapéutica con agonista: Se utiliza cuando el sujeto ha estado bajo medicación y no ha cumplido ningún criterio para el abuso o dependencia de la sustancia durante el período de un mes, exceptuando la tolerancia o abstinencia a dicho medicamento.

Los conceptos antes mencionados acerca de las especificaciones en curso están relacionados con el concepto de recaída que para el terapeuta y teórico Aaron Beck es un retorno a las conductas desadaptativas asociadas al uso del principio activo.

Para esto propone "El modelo cognitivo de recaídas" el cual es una secuencia en cadena que puede llevar a una posible recaída; éste se compone de:

- ✚ La activación de las creencias básicas asociadas al consumo de drogas, estas pueden ser por ejemplo "Las drogas son un problema para muchas personas, pero no lo serán para mí... En la medida que sea cauteloso, las drogas no me harán daño" (Beck et al. 1999, p. 386).
- ✚ Éstas creencias básicas pueden activar a los estímulos de alto riesgo o EAR son "disparadores internos y externos que estimulan el apetito de drogas en la persona adicta" (Beck et al. 1999, p. 386) éstos son distintos en cada persona: los estímulos externos pueden ser lugares, personas u objetos que estén relacionadas con el consumo, mientras que los estímulos internos pueden estar relacionados con el estado de ánimo del sujeto como

la depresión o la soledad, el aburrimiento, sentimientos de frustración o dolor, etc.

- ✚ Los EAR pueden activar a los pensamientos automáticos como por ejemplo "¡Necesito una dosis!".
- ✚ Los pensamientos automáticos pueden activar a los impulsos o el craving, es el deseo por consumir.

Las creencias facilitadoras que son las que dan "permiso" al sujeto para que consuma, este tipo de creencias están ligadas a las creencias básicas relacionadas con las drogas y pueden ser: "No pasa nada si consumo de nuevo. Lo tendré controlado... Puedo tomar sólo una vez más" (Beck et al.1999, p. 386).

- ✚ Estas creencias facilitan que se produzcan las estrategias instrumentales que son las conductas para la búsqueda y consumo de la sustancia.

Suele ser frecuente que el sujeto drogodependiente mantenga la creencia de que si ya consumió una vez, ya no tendrá control sobre sí mismo, esto hará que siga consumiendo con el mismo patrón compulsivo; esta secuencia probablemente terminará en una recaída.

Es importante resaltar que Beck considera a las recaídas como un factor del cual se puede sacar ventaja, ya que en terapia el sujeto puede aprender a mejorar aquellas estrategias de afrontamiento o herramientas que le ayudan a mantener una vida de sobriedad, es por ello que en algunos tratamientos terapéuticos se considera a las recaídas como parte del proceso de recuperación; aunque para Beck el fin terapéutico es la abstinencia total. Propone que la terapia formal ha terminado cuando el paciente ha logrado abstinencia de la sustancia durante un largo período de tiempo y cuando tanto terapeuta como paciente mantienen la certeza de que el paciente podrá manejar las suficientes herramientas terapéuticas para mantenerse de esta manera. Además propone que la mejor forma de reducir la vulnerabilidad a recaer es utilizar las estrategias cognitivas de las "creencias de

control" que son por ejemplo: "Aunque tenga un desliz, no tengo que seguir tomando drogas" o "Tengo control sobre mis conductas, incluyendo el abuso de drogas" (Beck et al.1999, p. 394).

Por eso es importante analizar cada caso profundamente y considerar las posibles recaídas para no caer en pensamientos contraproducentes de parte del paciente y del terapeuta, del primero puede nacer la idea de rechazo, fracaso y de parte del terapeuta el no ver los resultados esperados en el paciente podría causar frustración. Es de relevancia considerar que cuando los terapeutas notan que sus pacientes se ven a sí mismos de igual forma como lo hacían antes del tratamiento, puede significar la necesidad de que el paciente revea su auto eficacia y compromiso para generar un cambio en su vida.

Otro modelo de recaída corresponde al propuesto por Marlatt y Gordon, en donde se propone que a partir de situaciones de riesgo el sujeto puede tener respuestas de afrontamiento eficaces o ineficaces, lo cual incidirá en la auto eficacia definida como las expectativas de control personal y de ello dependerá el aumento o disminución de probabilidades de recaídas.

En la drogodependencia se puede producir la Comorbilidad o también llamada patología dual, estos términos hacen referencia a la coexistencia de abuso de sustancias y otros trastornos mentales, en este caso consideraremos el diagnóstico doble de abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad.

Aaron Beck plantea que los trastornos de personalidad se basan en esquemas, es decir reglas específicas aprendidas que gobiernan el procesamiento de la información y son determinantes de la conducta guiada, mientras que en el DSM-IV-TR (2009, p. 765) se los considera como "Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo"

Beck et al. (1999, p.354) proponen que los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad "frecuentemente, suelen ser los casos más difíciles para el clínico". Esto es porque comparten algunas de las siguientes características:

- ✚ Síntomas egosintónicos, pueden acudir a tratamiento por algún problema pero no consideran que las características de su personalidad les afecten a sí mismos ni a los demás.
- ✚ Sus conductas afectan en gran medida a otras personas.
- ✚ No suelen aceptar sus errores, ni están dispuestos a cambiar
- ✚ Les resulta complicado a estos pacientes verse a sí mismos de otra forma; pueden referir por ejemplo que "siempre han sido así y no pueden cambiar"

Con relación a la terapéutica Linehan, Armstrong, Suarez y Allmont, Fleming y Pretzer empezaron a concebir y plantear un enfoque de tratamiento cognitivo conductual pero es con Millon donde se plantea a los trastornos de la personalidad desde una perspectiva socio-conductual.

Pero la terapia se ve afectada cuando existe la presencia de trastornos pertenecientes al eje II y al eje III. Como recomendación Beck propone hablar con el paciente sobre la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, las metas y expectativas; además tomar en cuenta las estrategias que serán utilizadas.

En especial existe una complicación en cuanto a los trastornos que se encuentran combinados con el eje II, pues estas personas no suelen aceptar su problema en sí, teniendo una visión de éste desde el exterior, es decir desde el otro, esto se evidencia desde la concurrencia a la terapia, ya que son referidos en su mayoría por familiares o por cuestiones legales más no por cuenta propia, ubicando el problema en puntos periféricos relacionados con ciertos comportamientos mas no en el trastorno de personalidad en sí.

También es necesario considerar que determinadas características del trastorno de personalidad pueden ser útiles para el paciente y por ello la resistencia al cambio. Ante lo cual, se proponen dos problemas para el cambio para Di Giuseppe son "las dificultades para cambiar paradigmas", para lo cual recomienda "utilizar explicaciones de las consecuencias de una alternativa no distorsionada"; para Freeman existe otro problema que tiene que ver con los beneficios que proporcionan los esquemas desviados a las personas, pero que a largo plazo se vuelven un problema para la cotidianidad del sujeto, ante lo cual establece que no es tan accesible ser tratado, sin embargo a lo que se puede recurrir, aparte de lo ya mencionado, es permitir que el paciente logre algunas ganancias inmediatas y establecer una relación cooperativa de confianza y apoyo.

Beck propone que "la eficacia del tratamiento en determinado momento depende del grado de acuerdo entre las expectativas del paciente, las metas terapéuticas y del terapeuta (Martin, Martin y Slemmon, 1987)" (Beck et al. 1995, p. 32)

Con respecto a la comorbilidad, es decir en pacientes que tengan este diagnóstico y que conjuntamente abusen de sustancias Beck establece que su patrón de consumo será más compulsivo y más rígido; y posiblemente tendrán mayor riesgo de recaer después de un tiempo de abstinencia. También algunos casos han demostrado que esta patología dual puede estar relacionada con la adherencia al tratamiento ya que varios pacientes han logrado mantenerse al margen de la sustancia a la cual eran adictos pero no han podido implicarse de una manera óptima al tratamiento, por esto Beck recomienda que el terapeuta debe ser cauteloso con respecto al pronóstico a largo plazo del paciente. (Beck et al. 1999, p. 357).

"Para identificar la presencia de trastornos de personalidad en los pacientes con abuso de sustancias, se requiere de una evaluación cuidadosa de las creencias y los patrones de conducta del paciente cuando se encuentra libre de drogas y compararlos con las creencias y conductas que son activadas por las sustancias psicoactivas. Una regla intuitiva que hay que seguir sería que las similitudes entre

las creencias y las acciones cuando se están tomando drogas y cuando se está libre de su influencia, sugieren una alta probabilidad de que existe un trastorno en el eje II” (Beck et al. 1999, p. 361).

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es muy novedoso, pues nos permite conocer un poco más sobre la problemática de las adicciones y más aún la recaídas independientemente del tratamiento que cumplen los individuos con dicha enfermedad sean estos Narcóticos Anónimos (N.A) Alcohólicos Anónimos (A.A.) o Comunidad Terapéutica (C.T.) así como también es muy novedoso puesto que no existen un antecedente sobre dicho estudio a nivel de Manabí

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Etiología de los trastornos de Personalidad

Para el Psicoanálisis

En el psicoanálisis se trata de entender la complejidad de la mente humana, es así que Freud empezó estudiando las incomodidades mentales para luego interesarse en sus causas; es así que en sus estudios sobre la histeria descubrió que muchos síntomas tienen una causa que inicia en los primeros años de vida. Para lo cual Freud acude a su primera tópica de consciente, pre consciente e inconsciente, una forma de exponer que la conciencia era una pequeña parte de la vida mental y que el inconsciente es una actividad mental a la que no se tiene acceso fácilmente pero que maneja mucho de las conductas del sujeto.

Freud pensaba que este modelo no basta para explicar la profundidad de la psique, por lo que apeló a su segunda tópica, de Superyó, el Yo y el Ello. La psique siempre estaba en conflicto, las demandas del Ello no podían ser satisfechas totalmente debido a que hay una ley (Superyó), el que produce que esos placeres se posterguen, o que no se puedan concretar y que el Yo del sujeto es el responsable de combatir y escoger cual es la mejor opción.

Freud considera que el Ello se forma desde el nacimiento y a medida que el sujeto crece, el Yo se va manifestando junto con las demandas del ambiente y sus autoridades (superyó). Según esta teoría el Yo se encuentra en constante conflicto con estas fuerzas o instancias, puede fragmentarse para unirse nuevamente. Es aquí en donde surgen rupturas profundas principalmente en el Yo. "Los enfermos mentales son como estructuras agrietadas y rotas...Podemos deducir entonces que el Yo en los estados de angustia de despersonalización, se deforma tolerando daños en su unidad o disociándose"

Freud consideraba que el sujeto tiene que pasar por varias etapas en su infancia, y como éstas se manejen, tendrán consecuencia en la vida del sujeto. Es así que en su libro Tres Ensayos de una Teoría Sexual, Freud observó que los niños buscan placeres sexuales que no provienen de los genitales sino de otra parte del cuerpo y que empiezan casi desde el nacimiento y continúan por el resto de la vida; la reacción de sus padres o personas a cargo en estas etapas y como el niño maneja estas reacciones tienen efecto en la vida posterior del sujeto.

Freud creía que la fijación o la regresión a una de estas etapas psicosexuales es lo que especialmente acompaña a los Trastornos mentales y rasgos de carácter, los mismos que están estrechamente relacionados con los Trastornos de Personalidad ,éstos entorpecen la vida del sujeto y han sido desarrollados a partir de la desintegración de la estructura del Yo.

En conclusión, los rasgos de personalidad se encuentran relacionados de una forma directa con las pulsiones, las cuales son fijaciones difíciles de modificar y que se las repite de una forma compulsiva, ocasionando una inercia psíquica.

Afectando a la conducta y al comportamiento, es decir a la vida del sujeto, originándole malestar. En contraste de estos rasgos, el síntoma está representado por rasgos parciales, caracterizados por una mayor plasticidad ante los cambios. Por lo que para trabajar con el síntoma se le examina a través de considerarlo como del retorno de lo reprimido.

Para la Teoría Cognitivo-Conductual

Para la teoría cognitiva conductual, hay procesos implícitos pero no tienen ni la división trivial ni los contenidos freudianos; al referirnos a trastornos de personalidad hacemos referencia a repertorios de conductas disfuncionales, las mismas que parten de esquemas disfuncionales que han substituido a los funcionales; el principal origen de estas conductas es la distorsión atributiva aprendida, la misma que se caracteriza por acciones basadas en la relación de causa-efecto, apreciando las situaciones de manera deformada.

Para Beck los esquemas disfuncionales se encuentran directamente relacionados con una "vulnerabilidad cognitiva" en el sujeto, concerniente a una tendencia a utilizar estrategias inadecuadas caracterizándose por ser extremas y rígidas; a sumándose a la misma una predisposición genética, hechos traumáticos vivencial e influencias negativas de otros. A pesar de estas disfuncionalidades que para el sujeto son de alguna manera funcionales, por ejemplo han sido recompensadas o reforzadas socialmente.

Siendo los esquemas disfuncionales que presenta el sujeto, los responsables de que el mismo genere un juicio a priori ante un acontecimiento vivido, con tendencia a equivocarse ante situaciones específicas por lo que procesan de una forma inadecuada la información, la misma que suele manifestarse como un patrón repetitivo y compulsivo difícil de controlar y genera efectos afectivos, fisiológicos, conductuales e interpersonales con capacidad para interrelaciones entre sí.

Se considera la existencia de características innatas las cuales sirven como pautas temperamentales o conductuales, las mismas que podríamos decir "tendencia, a", manifestándose desde el nacimiento, las cuales son reforzadas por la sociedad con la influencia de personas clave y experiencias vividas.

Podríamos decir entonces que estas conductas disfuncionales brotan a partir de factores tales como: crianza, predisposición genética, experiencias de vida.

Por ende la formación cognitiva es personal y tiene influencia en la concepción que se tenga de uno mismo así como de los demás. Estas distorsiones interpretativas, conocidas como distorsiones del pensamiento inciden en las creencias disfuncionales, dándole un significado personalizado, considerando que tales creencias tienen significados y se encuentran organizadas en jerarquías de significados moldeando la información exterior a los esquemas des adaptativos. y se mantienen como una constante en el individuo difícil de modelar, necesitando abordar de forma terapéutica las mismas, para lograr algún tipo de modificación

Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad (DSM IV-CIE-X)

Es importante considerar que “Los criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-X y los criterios generales del DSM-IV para los Trastornos de la personalidad son iguales en líneas generales” (DSM-IV) los cuales se describen a continuación en la tabla 1.

Los trastornos de personalidad se los ha agrupado de acuerdo a sus manifestaciones conductuales (ver tabla2).

Tabla 1 Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad

- | |
|--|
| <p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).3. Actividad interpersonal.4. Control de los impulsos <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> |
|--|

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

(Tomado de: DSM IV; CIE-X)

Tabla 2 Comparación de las Clasificaciones Actuales de los Trastornos de la Personalidad

CIE -10		DSM-IV	
GRUPO I			
Paranoide	F60.0	Paranoide	301.00
Esquizoide	F60.1	Esquizoide	301.00
No equivalente		Esquizotípico	302.22
GRUPO II			
Disocial	F60.2	Antisocial	301.70
No equivalente		Narcisista	301.81
Histriónico	F60.4	Histriónico	301.50
Impulsivo	F60.30	Límite	301.84
Límite	F60.31		
GRUPO III			
Anancástico	F60.5	Obsesivo-	301.40

Dependiente	F60.7	compulsivo	301.60
No equivalente		Dependiente	301.84
Ansioso	F60.6	Pasivo-agresivo	301.82
		Evitativo	

Tomado de: (<http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tper.htm>).

Tabla 3 Grupos de Trastornos de Personalidad

<p>A: Extraños o Excéntricos: Trastorno Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico de la personalidad.</p> <p>B: Dramáticos, emotivos o erráticos: Límite, Antisocial, Narcisista e Histriónico de la personalidad.</p> <p>C: Ansiosos y temerosos: Dependencia, Trastorno por Evitación y Obsesivo-Compulsivo de la personalidad.</p>
--

(Modificado de: DSM IV; CIE-X)

Diagnostico Diferencial

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones normalmente menos tempranas en el desarrollo de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o enfermedades cerebrales. (O.M.S., p.248)

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Trastorno	Intensidad de las necesidades		Nivel de Conciencia	Forma de Expresión	Defensas
	Subyacentes	Expresadas			
Paranoide	Elevada	Baja	Bajo	Inseguridad	Represión, negación, formación reactiva
Esquizoide	Variable	Baja	Bajo	Ninguna	Represión, negación
Esquizotípico	Variable	Variable	Variable	Ansiedad social Miedo a la elevación negativa	Represión, negación, proyección
Antisocial	Variable	Baja	Bajo	Ninguna	Formación reactiva
Limite	Elevada	Elevada	Elevado (pero variable)	Miedo a abandono “dependencia adhesiva”	Escisión/acting out
Histriónico	Elevada	Elevada	Bajo	Preocupación por como lo perciben los demás. Tendencia a la	Búsqueda de público. Reconocimiento más que

				somatización	intimidación persona
Narcisista	Elevada	Variable	Bajo	Necesidad de reafirmación constante. Inseguridad	Fantasías
Por evitación	Elevada	Variable	Variable	Miedo a rechazo. Inseguridad	Evitación de relaciones
Por dependencia	Elevada	Elevada	Elevado	Dependencia. Manifiesta/búsque da de ayuda, necesidad de afirmación	Ninguna
Obsesivo compulsivo	Variable	Elevada	Bajo	Ninguna	Preocupación por el control

De Bornstein.1995(29)

Comorbilidad

Coexiste una complicación en los trastornos que se hallan combinados con el eje II, debido a que generalmente estas personas no aceptan su problema como tal. Siendo esto palpable desde el momento en que llega el paciente a terapia, pues en su gran mayoría asisten por referencias familiares o por cuestiones legales, casi nunca lo hacen por decisión propia por lo que se centra el problema en puntos específicos relacionados con ciertos comportamientos que mantiene, más no el trastorno de personalidad como tal.

Sobre los pacientes que posean este diagnóstico y que conjuntamente abusen de sustancias Beck propone que su patrón de consumo será más compulsivo y más rígido; y posiblemente tendrán mayor riesgo de recaer después de un tiempo de abstinencia. También algunos casos han demostrado que la comorbilidad puede estar relacionada con la adherencia al tratamiento ya que varios pacientes han logrado mantenerse al margen de la sustancia a la cual eran adictos pero no han podido implicarse de una manera óptima al tratamiento, por esto Beck recomienda que el terapeuta debe ser cauteloso con respecto al pronóstico a largo plazo del paciente.

Tomando en cuenta esto se postula que "Es importante que el terapeuta haga un diagnóstico exhaustivo de cada paciente con abuso de sustancias, de manera que podamos prever las dificultades asociadas con el tratamiento de los trastornos de personalidad" (Beck et al, 1995, p. 357).

Respecto a las adicciones, cuando existe la presencia de trastornos pertenecientes al eje II la terapia se ve afectada. Como recomendación Beck propone hablar con el paciente sobre la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, las metas y expectativas; además tomar en cuenta las estrategias que serán utilizadas.

También se recomienda que el terapeuta sea muy cuidadoso al realizar el diagnóstico, ya que algunos "rasgos" de personalidad pueden producirse como resultado de un tiempo largo de consumo; para esto se recomienda indagar qué rasgos de personalidad están presentes durante largos periodos de tiempo de abstinencia, entre los episodios de consumo de drogas.

"Para identificar la presencia de trastornos de personalidad en los pacientes con abuso de sustancias, se requiere de una evaluación cuidadosa de las

creencias y los patrones de conducta del paciente cuando se encuentra libre de drogas y compararlos con las creencias y conductas que son activadas por las sustancias psicoactivas. Una regla intuitiva que hay que seguir sería que las similitudes entre las creencias y las acciones cuando se están tomando drogas y cuando se está libre de su influencia, sugieren una alta probabilidad de que existe un trastorno en el eje II" (Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Lese, 1999, p. 361).

Para evaluar las creencias del paciente cuando está bajo la influencia de drogas se pueden utilizar técnicas como: informes de terceras personas, ejercicios de recuerdo libre de imaginación con respecto al consumo y otros.

Para justificar el diagnóstico de trastorno de personalidad también es importante considerar que éste le cause a la persona sufrimiento o le traiga conflictos con otras personas o con la sociedad, aún cuando tales sufrimientos fueran minimizados, negados, atribuidos a causas extrínsecas, etc. (Beck et al, 1995, p.82).

Sustancias psicotrópicas

Conceptualización de las drogas.

“Droga: Es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.” (O.M.S.)

No se puede establecer definitivo ya que muchos autores las clasifican de acuerdo a su punto de vista, pero las más aceptadas y en las que se compagina son las siguientes que ponemos a su disposición (O’Brien. 1999; Viena, 1961).

Por su origen.

En esta clasificación vamos a encontrar tres tipos: naturales, semi sintéticas y sintéticas; aquí las clasifica por la materia prima de la que esta elabora cada una de la sustancias.

A continuación detallamos cada una de estas:

Drogas Naturales: Las drogas naturales son aquellas que se las obtiene directamente de la naturaleza, esto quiere decir que la naturaleza nos ofrece en ciertos vegetales (tabaco,

alcohol, café, guaraná, cannabis, coca, amapola, hongos, ayahuasca, floripondio, san pedro, etc), minerales (bicarbonato sódico o el óxido de magnesio, etc.), animales (como el aceite de hígado de bacalao, los sueros como el antitetánico) principios psico-activos que alteran el sistema nervioso central.

Drogas Semi-Sintéticas: Es toda sustancia psico activa que se obtiene por un proceso químico de una sustancia natural.

En esta clasificación encontramos a la cocaína, heroína, morfina, lsd, penicilinas semi sintéticas o Ampicilina, etc.

Drogas Sintéticas o de Diseño: Este tipo de drogas no se encuentran en la naturaleza, son elaboradas en su totalidad en laboratorios, la materia prima de esta drogas no son sustancia activas, pero en el momento en que son combinadas sufren una transformación química que da como resultado algún principio psico activo.

Aquí podemos mencionar algunas como: los derivados anfetamínicos (extasis, speed, etc.), ketamina, PCP, fenilciclida (Valium), secorbital (Seconal), los corticoides (cortisona) o las benzodicepinas (diacepam).

Por sus efectos.

Drogas Estimulantes: Estas drogas una vez que llegan en el sistema nervioso central aceleran su funcionamiento, poniendo en alerta al organismo y aumentando la actividad física del cuerpo, provocando así una hiperactividad, euforia, iniciativa y dando una sensación de bienestar.

Esta droga actúa en las terminales de las células nerviosas (norepinefrina), causando aumento en el ritmo cardíaco y metabolismo en general.

En esta clasificación entran las siguientes drogas: café, té, guaraná, cocaína, éxtasis, MDMA, anfetaminas, metanfetaminas y análogos, etc.

Drogas Depresivas: En esta clasificación se ubican todas aquellas sustancias psico activas que provocan en el organismo una disminución de la actividad, pérdida del sentido de equilibrio, pérdida de sensibilidad y consciencia, visión borrosa, etc. Este tipo de drogas se les puedes distinguir entre: anestésicas, hipnóticas, sedantes, tranquilizantes y analgésicas.

Aquí encontramos entre las más comunes las siguientes: alcohol, ketamina, opio, GHB, rohypnol, barbitúricos.

El abuso de estas sustancias puede causar tolerancia, dependencia física y psicológica, etc.

Drogas Alucinógenas: Este es un tipo de sustancias que causa alteración en la conciencia o percepción en las persona, afectando a la visión, sonidos, tacto, olfato, etc., pueden inclusive causar efectos en el modo de pensar y a la autoconciencia, todo esto es causado por la interrupción de la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. A estas también se las conoce con los nombres de: enteógenos, psicodélicos, drogas visionarias, drogas de poder, etc.

Unos pocos de este tipo son de origen natural como la mescalina (peyote), otros sintéticos y semi sintéticos como el LSD, MDA (metilendioxianfetamina), el éxtasis, MDMA (metilendioximetanfetamina), polvo de ángel (fenciclidina), escopolamina, ayahuasca.

Por su situación jurídica.

En esta clasificación encontramos dos tipos las legales y las ilegales.

Legales: Esta clasificación se basa en las leyes existentes, esto quiere decir que hay sustancias psico activas que no son prohibidas el consumo, razón por la cual son consumidas y aceptadas en las sociedades.

Tenemos como ejemplo: el café, té, tabaco, alcohol, bicarbonato sódico o el óxido de magnesio, el aceite de hígado de bacalao, los sueros, antitetánicos, vitaminas, laxantes, analgésicos, fenilciclida (valium), secorbital (seconal), los corticoides (cortisona) o las benzodiazepinas (diacepam), etc.

Ilegales: Aquí se consideran a los psico activos que están bajo supervisión de ley.

Tales como: marihuana y sus derivados, cocaína y sus derivados, opio y sus derivados, mezcalina, LSD, MDA, éxtasis, polvo de ángel, escopolamina, etc.

(<http://www.geocities.ws/psicoresumenes/articulos/vadicciones.pdf>)

2.4 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Art.364 “...Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo...”

Régimen del buen vivir; SECCIÓN SEGUNDA: Salud.

“Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario....”

“Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.”

2.5 HIPOTESIS

Coexiste un mayor riesgo de recaída en pacientes que presentan una patología dual, ante las personas que solo cumplen con un solo criterio diagnóstico Trastornos relacionados con sustancias (Eje I DSM-IV TR).

2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Sustancias Psicotrópicas

2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Trastornos de Personalidad

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo investigativo se aplicó una investigación de carácter mixta;; Cualitativa, a través del análisis de la muestra obtenida se buscó demostrar un

a relación entre recaídas y trastornos de personalidad.

Cuantitativa, ya que los resultados obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico

3.1.1. METODOS

En el presente trabajo investigativo se utilizo una metodología:

Bibliográficos Histórico Descriptivo Científico Estadístico

3.1.2. TECNICAS

Entrevistas Test Documentos libros Revistas

3.2. POBLACION MUESTRA Y TAMAÑO

3.2.1. POBLACION

Pacientes con problemas de adicción a sustancias Psicotrópicas

3.2.2. MUESTRA

Pacientes del centro de rehabilitación de narcóticos anónimos Puerta de Al- Ghani

3.2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Quince pacientes en internamientos con varias recaídas

3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Concepto	Categorización	Indicadores	Ítems	Técnica
Trastornos de personalidad	Grupo A	Raros o excéntricos	Afecta constantemente sus actividades diarias?	Históricas Clínicas Documental Test
	Grupo B	Dramáticos , emotivos o inestables	Son capaces de tomar decisiones permanentes	
	Grupo C	Ansiosos o temerosos	Pueden asociarse con alguno de los otros grupos?	

VARIABLE INDEPENDIENTE

<i>Concepto</i>	<i>Categorización</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Ítems</i>	<i>Técnica</i>
<i>Sustancias psicotrópicas</i>	<i>Por su origen</i>	<i>Naturales</i> <i>Semi sintéticas</i> <i>Sintéticas</i>	<i>Consumo experimental hasta llegar a una adicción</i>	<i>Análisis de situaciones de riesgos</i>
	<i>Por su efecto</i>	<i>Depresoras</i> <i>Estimulantes</i> <i>Alucinógenas</i>	<i>Desconocimiento de efectos a nivel físico, psíquico, social, laboral</i>	<i>Técnicas de Craving</i>
	<i>Por su situación jurídica</i>	<i>Legales</i> <i>Ilegales</i>	<i>Será mas fácil la adicción a sustancias legales?</i>	<i>Técnica de Role Playing</i>

3.4. RECURSOS

Los recursos tecnológicos empleados en el presente trabajo de investigación fueron Computadora, Impresora, Cámaras fotográficas, celular; así como también recursos académicos como libros, cuadernos, lapiceros, marcadores,

3.5, RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de información del presente trabajo investigativo se realizó bajo la guía y coordinación académica de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Facultad de Psicología y el apoyo del centro de rehabilitación de Narcóticos Anónimos

El tema investigado es “Vulnerabilidad entre Los Trastornos de Personalidad y recaídas en el consumo de sustancias psicotrópica; en pacientes internados en el centro de rehabilitación N.A. “Puerta de Al – Ghani” de la Ciudad de Portoviejo año 2014.”

Los instrumentos que se utilizaron para recolectar esta información fueron

Test, Observación, Historias clínicas, Entrevistas

3.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En la recolección de la información se consideraron varios parámetros:

Los parámetros considerados para la aplicación del Test fueron:

- ✚ Pacientes internados que forman parte del tratamiento de rehabilitación en el centro Puertas de Al Ghani.
- ✚ Personas que tengan un nivel mínimo de instrucción del octavo año básico de educación.
- ✚ A través de la muestra estudiada y mediante la interpretación del test MMPI 2 se obtuvieron datos lo que permitieron la formulación de cuadros estadísticos y mediante un análisis del mismo se pudieron obtener conclusiones.

CAPITULO IV

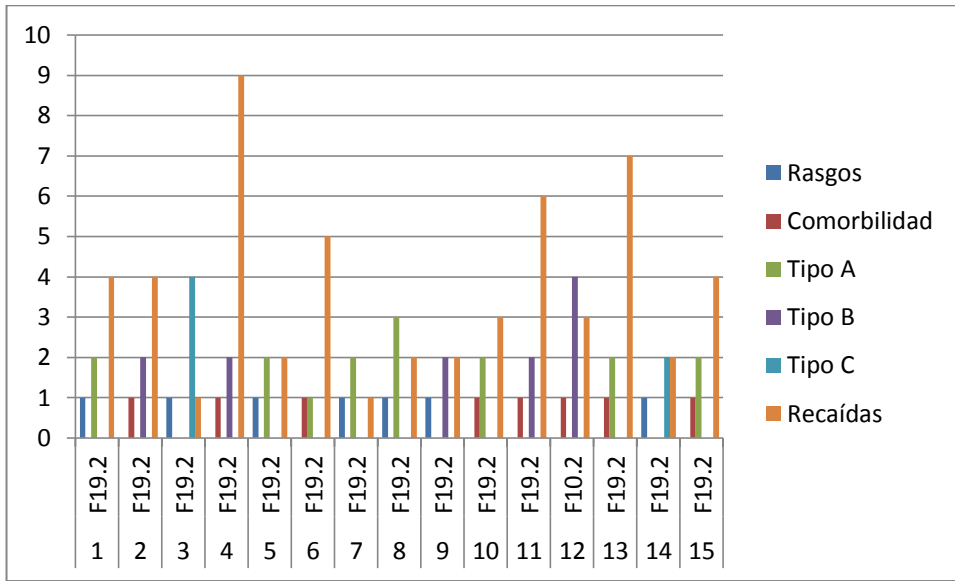
4. ANALISIS E INTERPRETACION DE LAMUESTRA

4.1. ANALISIS

A continuación se presentaran cuadros estadísticos de los resultados obtenidos a los 15 pacientes que formaron parte de la muestra en la aplicación del MMPI 2 que nos permita lograr identificar si presenta o no trastorno de personalidad y dentro que tipo se encuentra

Pct	Diag.	Rasgos	Comorbilidad	Tipo A	Tipo B	Tipo C	Recaídas
1	F19.2	1		2			4
2	F19.2		1		2		4
3	F19.2	1				4	1
4	F19.2		1		2		9
5	F19.2	1		2			2
6	F19.2		1	1			5
7	F19.2	1		2			1
8	F19.2	1		3			2
9	F19.2	1			2		2
10	F19.2		1	2			3
11	F19.2		1		2		6
12	F10.2		1		4		3
13	F19.2		1	2			7
14	F19.2	1				2	2
15	F19.2		1	2			4

Grafico resultados obtenidos



Representación Gráfica de los Datos obtenidos.

Fuente: Datos obtenidos por la Autora.

Paciente	Rasgo	Dualidad	Recaída
1	1		4
2		1	4
3	1		1
4		1	9
5	1		2
6		1	5
7	1		1
8	1		2
9	1		2
10		1	3
11		1	6
12		1	3
13		1	7
14	1		2
15		1	4

GRAFICO COMPARATIVA ENTRE RASGOS –DUALIDAD Y RECAÍDAS

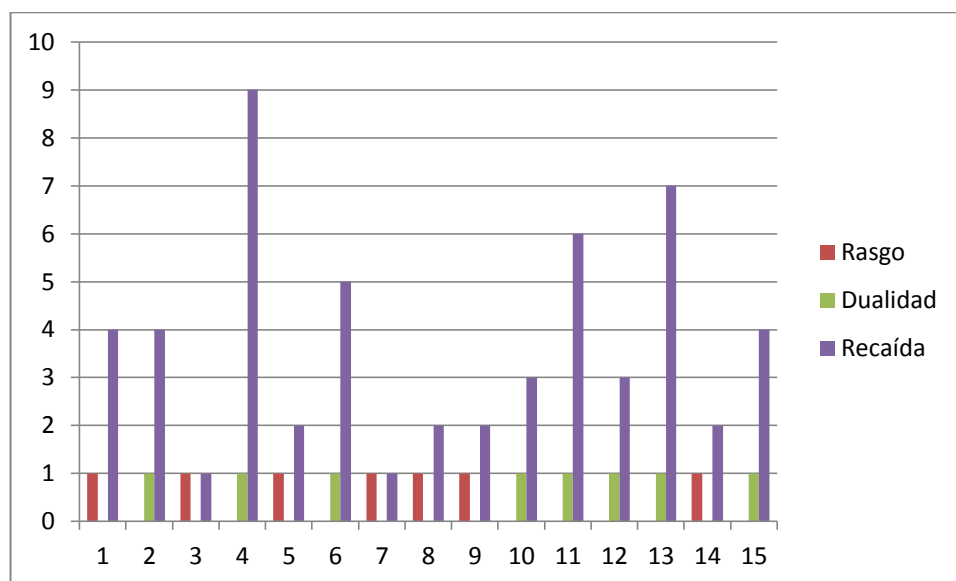


GRAFICO RELACIÓN ENTRE RASGOS-DUALIDAD-RECAÍDA

SIMBOLOGIA UTILIZADA

Tipo A: Trastornos de la personalidad Extraños o excéntricos	Tipo B: Dramáticos, emotivos o erráticos:	Tipo C: Ansiosos y temerosos:
Paranoide 1	Trastorno Límite 1	Trastorno por evitación 1
Esquizoide 2	Antisocial 2	Obsesivo-Compulsivo 2
Esquizotípico 3	Narcisista 3	Pasivo-agresivo 3
	Histriónico 4	Dependencia 4

Tipos	# de pacientes
Tipo A	8
Tipo B	5
Tipo C	2

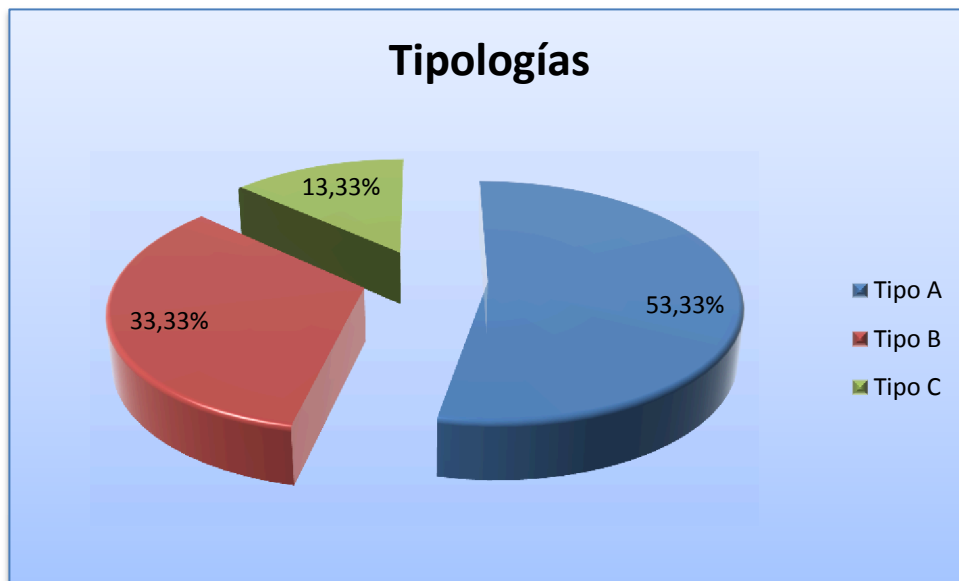
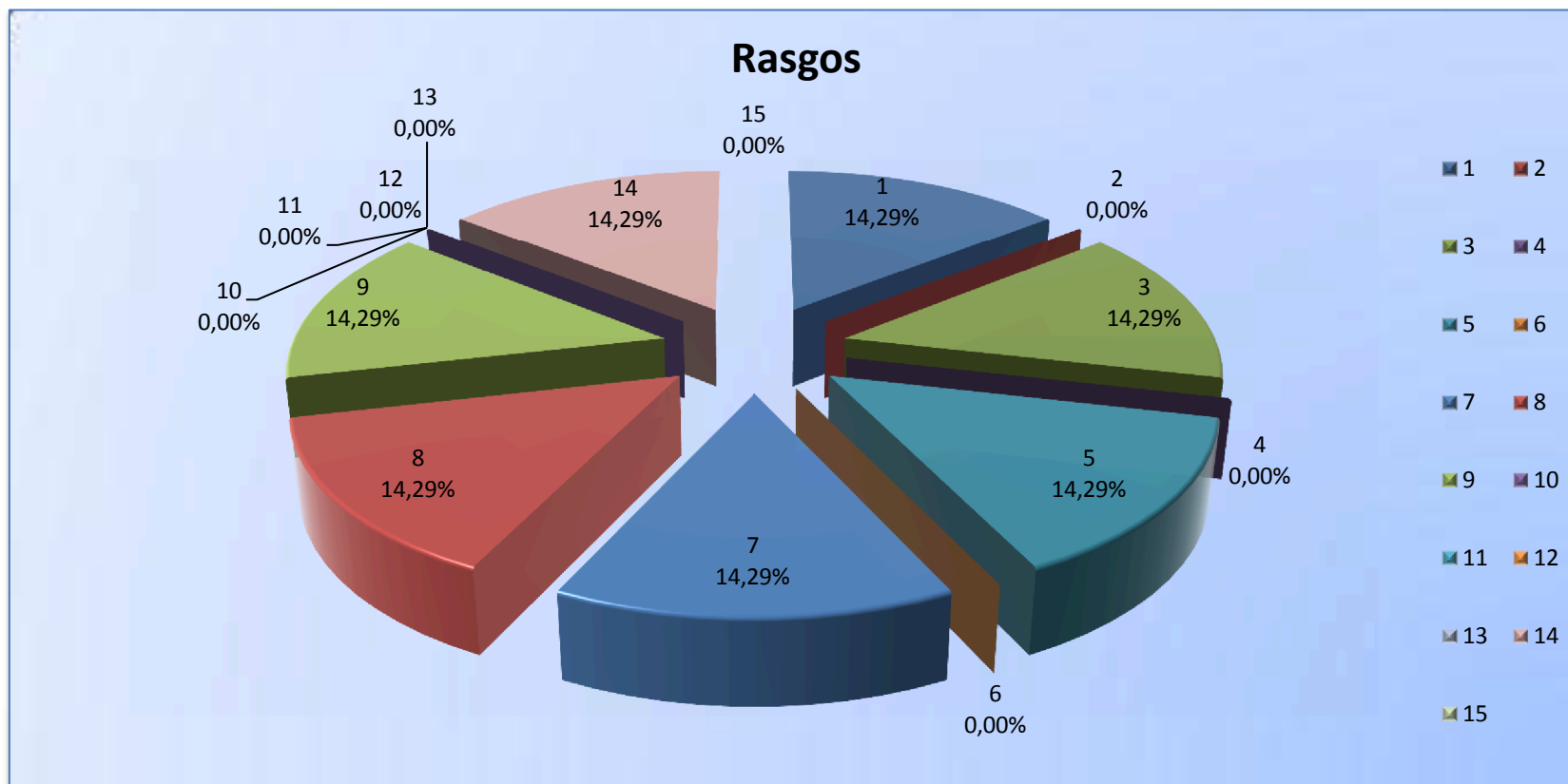
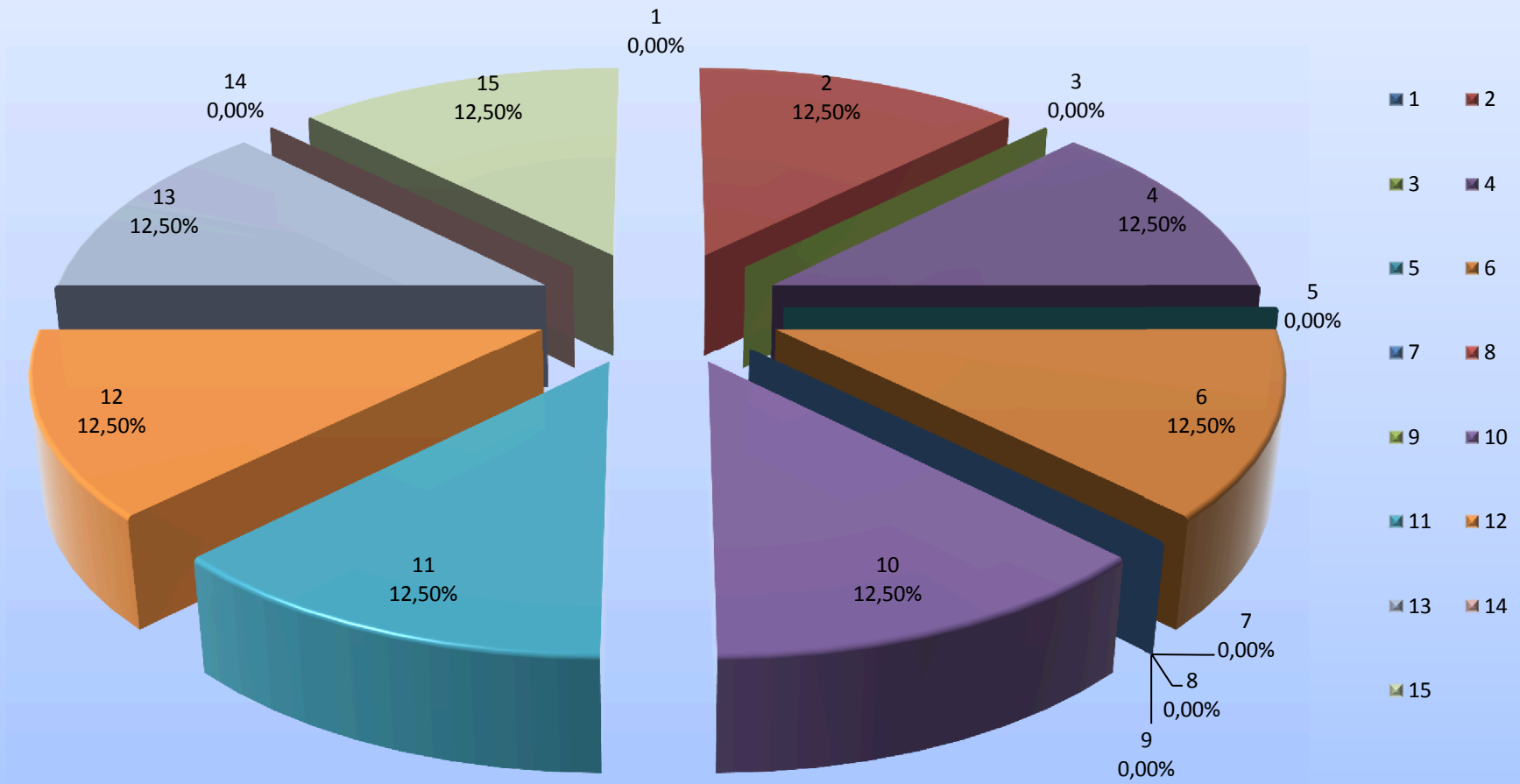


TABLA DE RESULTADOS

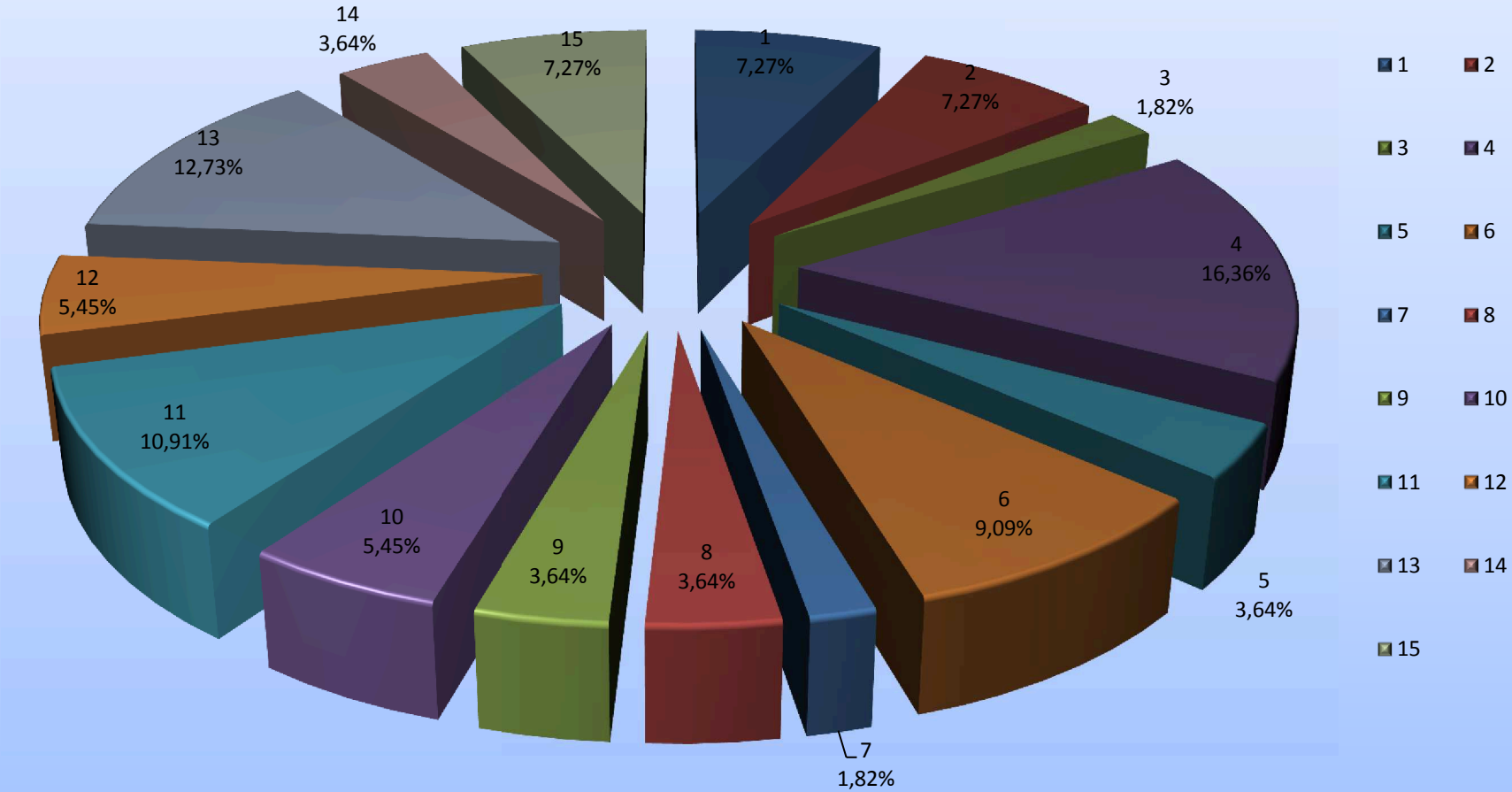
Paciente	Rasgo	%	Dualidad	%	Recaída	%
1	1	14,29%		0,00%	4	7,27%
2		0,00%	1	12,50%	4	7,27%
3	1	14,29%		0,00%	1	1,82%
4		0,00%	1	12,50%	9	16,36%
5	1	14,29%		0,00%	2	3,64%
6		0,00%	1	12,50%	5	9,09%
7	1	14,29%		0,00%	1	1,82%
8	1	14,29%		0,00%	2	3,64%
9	1	14,29%		0,00%	2	3,64%
10		0,00%	1	12,50%	3	5,45%
11		0,00%	1	12,50%	6	10,91%
12		0,00%	1	12,50%	3	5,45%
13		0,00%	1	12,50%	7	12,73%
14	1	14,29%		0,00%	2	3,64%
15		0,00%	1	12,50%	4	7,27%
	7	100,00%	8	100,00%	55	100,00%



Dualidad



Recaídas



ANALISIS: El presente cuadro estadístico nos muestra los datos obtenidos de una formaglobal, en el que encontramos que dentro de los quince pacientes de la muestra 8 pertenecen al grupo A correspondiendo a un porcentaje del 53.33% , 5 pacientes del grupo B correspondiendo a un porcentaje del 33.33 % y 2 paciente del grupo C correspondiente al con un porcentaje del 13.33%

Por lo que podemos concluir que en nuestra muestra predominan los pacientes con un trastorno de personalidad de Tipo A

. 4.1.1. FICHA DE OBSERVACION INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS CON CRITERIOS DE VALIDACION

Inventario multifásico de personalidad II (MMPI II)

Es un instrumento de medición usado especialmente para el diagnóstico y plan de tratamiento de enfermedades mentales.

Este test es la modificación del primer Inventario Multifásico de Personalidad publicado en el año 1943, esta revisión estuvo a cargo de la Universidad de Minnesota en 1989 teniendo una revisión posterior en el año 2001 con actualizaciones realizadas en el año 2003. Se lo emplea en el ámbito clínico para evaluar factores de personalidad, sirviendo también como herramienta para la selección de personal en cargos para seguridad pública como policía, bomberos, etc.

Descripción

Fue creado por Hathaway S.R. y McKinley J.C. y adaptado al español por Alejandro Ávila Espada y Fernando Jiménez en la Universidad de Salamanca. Consta de 567 preguntas con un tiempo de aplicación que oscila entre sesenta a noventa minutos, debe ser aplicado, corregido e interpretado por un profesional que previamente haya recibido un entrenamiento en este test y que de preferencia sea Psicólogo o Psiquiatra.

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, si se aplica en grupo es posible, de acuerdo al número de integrantes, sea preciso la presencia de otro evaluador; siendo cauteloso en cuanto la postura y gestos que realice mientras se toma la evaluación ya que por ejemplo el colocarse muy cerca de un sujeto puede estar interpretado como

pretensión de ver lo que la persona responde; es por ello que hay que manejar una postura relajada evitando permanecer por mucho tiempo en un mismo sitio.

Consta de un cuadernillo que contiene todos los ítems, hojas de respuesta y de corrección que permitirán la corrección manual y mecanizada habiendo también la posibilidad de realizarla con plantillas informáticas, para ello es preciso llenar las respuestas en el ordenador o ingresarlas manualmente y, por último, hojas de perfil en las cuales se recolecta de forma gráfica las respuestas permitiendo colocarlas en los baremos de las 28 escalas. En la versión informática se pueden colocar las demás escalas (Manual MMPI 2)

4.1.2. ENTREVISTA

Entrevista

Es una técnica utilizada para recolectar datos dentro de una investigación, a diferencia de una conversación común, se centra en la obtención de información, dirigida por el entrevistador hacia el interlocutor quien es en este caso el informante. Existen tres tipos de entrevista:

Entrevista Estructurada. Se caracteriza por estar elaborada con anterioridad, guiando al entrevistado en el tema, reenfocándole gentilmente sobre el mismo el mismo en caso de desviarse.

Entrevista Semiestructurada. Se sabe lo que se va a indagar, utiliza preguntas abiertas permitiendo la amplitud de respuesta entretejiendo la información obtenida en función de lo que se desea averiguar.

Entrevista No Estructurada. No existen lineamientos previos. Va surgiendo conforme se realiza y ninguno (entrevistado, entrevistador) sabe a priori los temas que se destacan o surgen.

En el ámbito clínico son empleadas las entrevistas estructuradas y semiestructuradas para poder determinar signos y síntomas que pudieran dar cuenta de presencia o ausencia de patología. Dentro de las entrevistas estructuradas se encuentran las entrevistas diagnósticas por ejemplo la "Mini entrevista Neuropsiquiatría Internacional".

La cual consiste en la exploración de categorías diagnósticas que pudieran indicar "Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10" (Enfatizando que dentro de esta clasificación se encuentran los Trastornos relacionados con sustancias).

Entrevista a Profesionales del área de Psicología Clínica

Psicólogo Clínico Miguel Ramón Gonzales

Maestría en Adicciones

1 Qué relación considera que existe entre los trastornos de personalidad y el abuso a ciertas sustancias psicotrópicas?

El abuso de sustancias psicoactivas y los trastornos de personalidad están relacionados en cuanto a la predisposición del sujeto al consumo por ejemplo en la personalidad antisocial. El consumo le permite manejar niveles de ansiedad altos o blindarse emocionalmente a la hora de cometer el delito.

2 Si logramos identificar el tipo de trastorno de personalidad que predomina en los adictos de acuerdo al tipo de sustancias psicotrópicas que usa, será más fácil su tratamiento?

Bueno sería de bastante ayuda sin dejar de lado otras variables como por ejemplo los legados de familia entre otras.

3Cuál es la calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes en función de los trastornos de personalidad?

La calidad de vida, el craving y ajuste psicológico de por si se ve alterada con el consumo, y por supuesto que dependiendo del trastorno de personalidad se afectara en mayor o menor medida.

4 Los pacientes con trastornos de personalidad tendrían mayor dificultad para la resolución de problemas en su vida cotidiana y esto podría activar las creencias básicas asociadas a las drogas y al consumo de las mismas?

Así es, teniendo en cuenta el tipo de trastorno.

- 5 Aquellos pacientes que presentan diagnóstico de trastorno de personalidad (EJE II, DSM - IV -TR) tendrían mayor probabilidad de caer en adicción en comparación con las personas que cumplen con un solo criterio diagnóstico correspondiente al EJE I ?**

Cierto.

DR. German Mármol

Psicología clínica

Dr. En Neuropsicología

Diplomado en adicciones y trastorno de personalidad

Maestría en psicoterapia cognitivo-conductual en adicciones

- 1. ¿Qué relación existe entre los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias psicotrópicas?**

Particularmente desde mi experiencia como profesional en el campo de las adicciones, puedo considerar una significativa relación entre las sustancias psicotrópicas y los trastornos de personalidad, por los diferentes motivos: años de estudios refleja tal correlación y los pacientes que llegan a consulta y que a la vez han sido diagnosticados son consumidores activos de diferentes sustancias (cocaína, heroína, marihuana, entre otras), el diagnóstico más frecuente es el antisocial de la personalidad. Estudios científicos respalda tal situación, aunque es necesario recalcar que la formación de personalidades patológicas, depende de muchos factores (familiares, culturales y genéticos).

- 2. ¿Si logramos identificar el tipo de trastorno de personalidad que predomina en los adictos de acuerdo al tipo de sustancias psicotrópicas y uso, será más fácil su tratamiento?**

Las personalidades patológicas asociadas al consumo de sustancia psicotrópicas diagnosticadas ya son un indicador de que el tratamiento deberá ser un proceso lento y de criterio sistematizado. La dificultad del tratamiento varia no en el diagnóstico, sino

de la intensidad de la manifestación de los rasgos patológicos y en la demarcación que existen en ellos.

Por otro lado para que el tratamiento se lleve a cabo es necesario que el paciente muestre predisposición a formar parte del tratamiento y querer mejorar la calidad de vida, caso contrario será irrealizable y poco favorable el proceso a ejecutar.

3. ¿Cuál es la calidad de vida y el ajuste psicológico de los pacientes dependientes en función de los trastornos de personalidad?

La calidad de vida observándola desde el punto de vista de un trastorno personalidad, va ser prácticamente desfavorable, por la manifestación conductas y reacciones que son anormales para nuestra sociedad.

Con respecto al ajuste psicológico, dependerá como lo había mencionado anteriormente de la predisposición al tratamiento y la intensidad de los rasgos de la personalidad diagnosticada.

4. ¿Los pcts. De trastornos de personalidad tendrían mayor dificultad para la resolución de problemas en su vida cotidiana y esta podría activar las creencias básicas asociadas a la droga y al consumo de las mismas?

Efectivamente, el ya estar diagnosticado con un personalidad patológica lo convierte en una persona predisponente sufrir una serie de cambios emocionales y conductuales que conllevan a la limitación en la resolución de los problemas de la vida diaria. Básicamente los esquemas y creencias que se forman surgen como producto de las vivencias cotidiana ya sea en el entorno familiar y social, sin embargo, el estar marcado por una personalidad patológica asociado al consumo de sustancias psicotrópicas,, indudablemente formaran creencias e ideas que suelen ser irracionales e irrefutables en cierto sentido para el sujeto desde su juicio, pero no racional para la sociedad. Los factores a incidir son muchos y esto va a depender del entorno y la genética.

5. ¿Aquellos pacientes que presentan diagnósticos de trastornos de personalidad (eje II Dsm) tendrían mayor probabilidad de caer en adicción en comparación a un solo criterio diagnostico correspondiente (eje I)?

La probabilidad en ambos es significativa, sino ponemos a ver la predisposición y la conjugación de ciertos factores va a influir más que la misma demarcación cerrada de diagnóstico. No podemos afirmar o cerrar el diagnóstico de una personalidad patológica tan apresuradamente; el revisar y hacer comparaciones entre los criterios abre la posibilidad a diversos caminos que nos ayudaran al establecimiento de un buen diagnóstico. Por lo tanto, no necesariamente se necesita tener una patología establecida y relacionarla con una adicción, a veces se puede tener uno o más criterios y el consumo de sustancia suele formar parte de aquel círculo y estado mental patológico del sujeto.

CAPITULO V

5.1. COMPROBACION DE HIPOTESIS

De acuerdo a los datos obtenidos no existe evidencia significativa que apoye a la hipótesis que propone la existencia de mayor probabilidad de recaída en pacientes que presentan diagnóstico de Trastorno de Personalidad (Eje II DSM-IV TR) frente a las personas que cumplen con un solo criterio diagnóstico Trastornos relacionados con sustancias (Eje I DSM-IV TR). Por lo que se puede interpretar que aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad no tienen mayor tendencia a una recaída en relación al grupo que tiene diagnóstico único (Trastornos relacionados con sustancias).

5.2. LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Mediante la elaboración de historias clínicas, entrevistas, test, se pudo realizar la investigación, la misma que nos permitió poder lograr los objetivos del trabajo de investigación planteada.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- ✚ La frecuencia de Trastornos de Personalidad y recaídas en participantes que han formado parte del proceso de internamiento en relación al 100% de la población estudiada corresponde al 55% de diagnóstico de personalidad y a recaída, por lo tanto se afirma que ésta no es alta frente a la población que tienen diagnóstico único de acuerdo a la muestra estudiada.
- ✚ El Tipo de Trastorno de Personalidad que proporcionalmente posee mayor número de recaídas dentro de la muestra estudiada pertenece al Tipo A
- ✚ En relación a la muestra no se afirma que el haber recibido Terapia Cognitivo Conductual este asociada significativamente con la recaída.
- ✚ Podemos afirmar que al realizar el trabajo que no existen suficientes investigaciones en relación al tema de recaídas y Trastorno de Personalidad en nuestro medio.
- ✚ Podemos afirmar que la recolección de datos y el adecuado uso de las historias clínicas son una fuente importante para poder realizar un correcto diagnóstico y por ende un plan de tratamiento que se ajuste a cada caso.

6.2. RECOMENDACIONES

- ✚ Se recomienda a los investigadores interesados continuar con el estudio de las adicciones, considerando la investigación realizada, se podrá escoger una muestra más amplia y valorar la variación de los resultados obtenidos.

Dentro de este estudio se podrán encontrar datos útiles para comprender datos relacionados con la adherencia al tratamiento, factores a tomar en cuenta durante el proceso terapéutico como la personalidad y factores influyentes para una probable recaída, entre éstos el tratamiento ambulatorio

- ✚ Se recomienda que el terapeuta haga un diagnóstico exhaustivo de cada uno de los pacientes que presentan abuso de sustancias, de manera que se pueda prever las dificultades asociadas con el tratamiento de los trastornos de personalidad.
- ✚ Reforzar en los pacientes las habilidades psicosociales que van a tener una importancia crucial en el sostenimiento de su tratamiento buscando prevenir las recaídas.
- ✚ También se recomienda que el terapeuta sea muy cuidadoso al realizar el diagnóstico, ya que algunos rasgos de personalidad pueden producirse como resultado de un tiempo largo de consumo, para esto se recomienda indagar que rasgos de personalidad están presentes durante largos periodos de tiempo de abstinencia, entre los episodios de consumo de drogas y previas al inicio del consumo, es importante considerar que el diagnóstico de Trastorno de Personalidad se lo establece a partir de los dieciocho años de edad del paciente, con excepción del trastorno disocial que se lo hace incluso desde los dieciséis años.

PROPUESTA

7.1. DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Ejecución de un Plan de prevención de recaídas, enfatizando el entrenamiento en las habilidades Psicosociales en las pacientes con problemas de adicción atendidos en centros de tratamientos N.A. A.A. C.T en la Provincia de Manabí

LUGAR: Provincia de Manabí

CIUDAD: En las que exista centros dedicados a los tratamientos de adicciones,

AÑO: 2014

7.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Las adicciones, sean del tipo que sean, son, como todo lo humano, fenómenos sumamente complejos que implican simultáneamente a todas las esferas de quien las sufre (cognitivas emocionales, sociales, etc.), de tal forma que ninguna teoría puede, por sí sola, dar completa cuenta de ellas. Necesitaríamos un abordaje abiertamente interdisciplinario. Porque las adicciones son muchas cosas a la vez. Pero quizás más que ninguna otra sean fenómenos esencialmente *psicosociales*. Pues bien, ésa será justamente la perspectiva, la *psicosocial*, que se pretende adoptar aquí. Más en concreto, lo que se intentará mostrar es la estrecha relación existente entre las adicciones, de cualquier clase que sean, tanto físicas (por ejemplo, el alcoholismo, el tabaquismo o la dependencia a cualquier otra sustancia química) como psicológicas y sociales (por ejemplo, la sumisión ciega a cualquier modalidad de secta), y un concepto tan central para entender al individuo y su conducta como es la *identidad*. Se tratará, pues, de explicar el comportamiento adictivo como la búsqueda de una nueva identidad. De ahí que, en el ámbito de las adicciones, las personas y los grupos de riesgo sean precisamente aquellas personas y aquellos grupos con problemas de identidad (a (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal Adolescentes, marginados sociales, grupos con problemas de integración social, etc.).

Finalmente, la anterior propuesta posibilita también una mayor eficacia a la hora de intervención y prevención que deberían ser, por tanto, eminentemente *psicosocial*

es y dirigidas a reducir las dificultades que en la esfera de su identidad personal y social poseen las personas y grupos de riesgo, haciendo hincapié sobre todo en tres formas básicas de intervención: mejora de las habilidades sociales, apoyo social e intervención socio comunitaria

Básicamente, la prevención tiene el propósito de prescindir la aparición, es decir, actuar para que un problema no aparezca con riesgos para la persona, la familia y la comunidad, en el uso indebido de drogas

Se logran identificar varios modelos de prevención de recaídas

- ✚ MODELO ETICO JURIDICO: Se sustenta que el consumo de drogas, es considerado un ser inmoral y responsable de su adicción, con medidas punitivas
- ✚ MODELO SANITARIO: El consumidor es considerado como una víctima de una enfermedad, y la sustancia es un agente agresor, sin importar la situación legal de la misma.
- ✚ MODELO GEO-POLITICO: Se sustenta en la conceptualización del de drogas y el narcotráfico ,a las circunstancias que crean y mantienen el subdesarrollo en América Latina
- ✚ ENFOQUE PSICOSOCIAL: Se acentúa al ser humano con sus carestías psicológicas y sociales, relegándose a un segundo plano la sustancia que, por sí misma, no justificaría la génesis del problema
- ✚ ENFOQUE SOCIO CULTURARAL: La estructura social, que crecen los consumidores de drogas, ni dejar de considerar el aspecto cultural del uso de ciertas sustancias por parte de grupos específicos.

A pesar de existir varios enfoques todos buscan un común, el mismo que es mantener al paciente limpio, evitar una recaída y proporcionarle las herramientas técnicas necesarias para que este se mantenga en abstinencia.

.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elaborara un Plan de Prevencion en Recaídas en los pacientes con problemas de adicción del centro N.A. Puertas AL Ghandi de la ciudad de Portoviejo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Analizar e identificar el tipo de personalidad del paciente.
- ✚ Desarrollar una terapia estratégica considerando el tipo de trastorno de personalidad que presenta el paciente la cual sea base para su tratamiento de acuerdo al modelo de Beutler.

Evaluar el Plan de Prevencion de Recaídas para observar los cambios obtenidos y las la utilización de las técnicas para el craving

7.4. JUSTIFICACION

Los trastornos de la personalidad y su relación con las recaídas en el consumo de sustancias han sido, y sigue siendo muy controvertida. En este contexto, algunos autores consideran los trastornos d personalidad una consecuencia del trastorno adictivo, por lo que serían trastornos inducidos aunque ésta proceda de la perspectiva médica como de la psicológica. Lo que las investigaciones han puesto de manifiesto es que una buena parte de los problemas que acompañan al consumo de sustancias procede de patrones disfuncionales de conducta que se mantienen en el tiempo con una elevada estabilidad y pueden justificar, también en parte, tanto la persistencia de la conducta adictiva (y, en consecuencia, el fracaso de las estrategias encaminadas a su control)

A pesar de que "drogadictos podemos ser cualquiera de nosotros", , hay personas cuyos rasgos psicopatológicos inciden de manera notable en su vulnerabilidad ante las drogodependencias, la búsqueda de la novedad o el afán por querer probarlo todo, así como la falta de reconocimiento del daño, son características consustanciales al ser humano, y principal causa de estas adicciones.

Las Drogas y trastornos de la personalidad forman un círculo vicioso cuyo origen es muy complicado determinar.

La personalidad de cada uno condiciona la predisposición hacia la adicción a determinado tipo de sustancias, el consumo de estas sustancias busca corregir los

propios "límites" personales del individuo, creando una sensación "efímera y falsa" de bienestar,

Los trastornos de la personalidad son expresiones de la conducta cuyos rasgos determinantes suelen presentarse al principio de la edad adulta y, si bien sus efectos pueden ser corregidos con el correcto tratamiento psicológico, su manifestación perdura y requiere de un seguimiento adecuado que prevenga contra futuras recaídas.

"No existe ningún tipo de adicción de la que no se pueda salir", a pesar de que ciertas patologías, especialmente cuando se reúnen en un mismo individuo, resultan especialmente complejas de tratar. En este sentido, el "trastorno límite de la personalidad" es la perturbación de la conducta con mayor riesgo de adicción a los narcóticos y cuyas características definen a personas inestables, impulsivas y con gran facilidad para crearse dependencias de tipo emocional o sentimental.

7.5. FUNDAMENTACION

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

FINALIZADO EL PROCESO DE TRATAMIENTO Y UNA VEZ QUE EL PACIENTE HA ALCANZADO LA ABSTINENCIA, HEMOS DE CONSIDERAR:

- ✚ Al cabo de uno a tres meses, se constata que el intento de superación de la adicción es un proceso largo y complejo, en el que pronto surgirán las primeras crisis.
- ✚ Muchos pacientes no serán capaces de superar estas crisis (o dificultades) y tendrán nuevos consumos, que en un importante número de casos volverán, de nuevo, a “engancharse”.

ALGUNOS CONCEPTOS IMPORTANTES DE PARTIDA:

RECAÍDA: “Cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y cambio de estilo de vida, que como mínimo ha de ser de uno a tres meses”.

Varios modalidades de recaída, Litman et al. (1983):

1. Evento discreto que se inicia con la vuelta al consumo de drogas.

2. Como un proceso que de forma insidiosa conduce de nuevo al consumo.
3. Como el retorno al consumo de drogas con la misma intensidad.
4. Como el uso diario durante un número específico de días.
5. Como una consecuencia del uso de sustancias.

La recaída no debe considerarse, no obstante, como una indicación de la motivación que uno tiene, sino más bien como una falta que puede corregirse mediante un examen y cambiando los factores de riesgo individuales.

Aunque la recaída puede manifestarse de distintas formas, la característica más importante consiste en volver a consumir de forma regular la droga característica de abuso.

DESLIZ “Violación de una regla autoimpuesta o conjunto de regulaciones que rigen una conducta determinada” (Marlat y Gordon, 1985)

Estos deslices pueden aportar señales sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que requiere una evaluación más detallada.

El hecho de reemplazar una conducta adictiva por otra podría considerarse como una señal potencial de desliz o recaída.

DIFERENCIA ENTRE DESLIZ Y RECAÍDA

“La caída o desliz se considera como una falta, la recaída como un paso atrás, pero nunca como un fracaso”.

“La recaída es una característica definidora de las conductas adictivas” (Lindsmith, 1968).

MODELO DE ESTADIOS DE CAMBIO DE Prochaska&DiClemente (1986):

✚ PRECONTEMPLACIÓN.

✚ CONTEMPLACIÓN.

✚ PREPARACIÓN.

✚ ACCIÓN.

✚ MANTENIMIENTO.

Para estos autores, el proceso de cambio en las adicciones no es lineal, sino dinámico y en espiral y las recaídas son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio.

Un paciente tras un consumo ocasional, desliz o recaída no va entrar en un proceso de naturaleza irreversible, sino que lo más probable es que regrese a uno de los estadios de cambio anteriores.

En un estudio clásico realizado por Hunt, Barnett y Branch (1971), se demostró que el 60% de las recaídas se daban en los tres primeros meses, con una aceleración negativa en la tasa de recaída a los seis meses y una estabilización al año de seguimiento.

Siguiendo a Marlatt (1993), se puede definir la prevención de recaídas como “un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas”.

Marlatt y Gordon (1986), consideran las conductas adictivas como un hábito adquirido que puede eliminarse y/o modificarse aplicando los principios del aprendizaje:

✚ Clásico.

✚ Instrumental.

✚ Aprendizaje social.

De acuerdo con el modelo de prevención de recaídas el proceso de cambio tiene lugar en tres etapas:

1. Asumir el compromiso de que el sujeto quiere cambiar.
2. Llevar a cabo el cambio.
3. Mantener el cambio logrado.

Dicho proceso se plasma, gracias a la utilización de una serie de técnicas cognitivo-conductuales.

La tercera etapa “mantenimiento del cambio”, la más larga y difícil, se caracteriza por un mayor número de crisis.

En el modelo de prevención de recaídas concede a una serie de factores cognitivo-conductuales un papel clave a la hora de explicar la recaída:

- ✚ La autoeficacia
- ✚ Las expectativas de resultado.

Este último factor, a su vez, está influido por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo.

La recaída se hace más probable si el drogodependiente anticipa unos efectos positivos para el consumo de la sustancia.

“Las expectativas desempeñan un papel central en el modelo de prevención de recaídas”.

Habitualmente, una recaída suele empezar por un pensamiento, sentimiento o conducta, que materializándose inicialmente en forma en un simple desliz, dan lugar a una recaída completa.

Sin embargo, según plantea el modelo de prevención de recaídas, una recaída puede empezar con la toma de una decisión aparentemente irrelevante (TDAI) que deriva en una situación de alto riesgo (SAR), y esta en un desliz o recaída.

Cuando el sujeto entra en una situación de alto riesgo (SAR), tiene sin embargo margen para corregir y adoptar una respuesta de afrontamiento adecuada, que le ayude a salir de dicha situación de alto riesgo.

Si esto ocurre, el sujeto va a notar un sentido general de autoeficacia que reforzará el tratamiento que está llevando a cabo.

1. EVALUACIÓN DE LAS SITUACIONES DE ALTO RIESGO

A la hora de evaluar las situaciones de alto riesgo en las conductas adictivas, Cummings, Gordon y Marlatt (1980) identificaron dos categorías principales:

- ✚ DETERMINANTES INTRAPERSONALES.

- ✚ DETERMINANTES INTERPERSONALES.

Estas categorías se pueden evaluar fundamentalmente mediante:

1. AUTORREGISTROS.
2. AUTOINFORMES.

Las recaídas suelen producirse:

- ✚ Déficit de habilidades de afrontamiento que se dan ante situaciones de naturaleza estresante.
- ✚ Acontecimientos vitales que tienen lugar en la vida del sujeto.

Algunos ejemplos de situaciones de alto riesgo características de los sujetos en tratamiento:

- ✚ Manejo de dinero.
- ✚ Consumo de otras drogas.
- ✚ Actividades de ocio con otros consumidores.
- ✚ Homenajes.

2. SEÑALES DE AVISO DE LOS FACTORES DE RIESGO

Pautas de pensamiento y actitudes de recaída

- ✚ Actitudes negativas
- ✚ Tener dudas sobre el proceso de recuperación.
- ✚ Autocompasión.
- ✚ Impaciencia.
- ✚ Esperar demasiado de los demás.

- ✚ Mantener una actitud negativa y de insatisfacción crónica
- ✚ Confiar demasiado en uno mismo.
- ✚ Que la vida no tenga sentido sin droga.
- ✚ Mantener actitudes y creencias rígidas.
- ✚ Sentimientos y estado de ánimo negativos
- ✚ Idealizar el efecto de la droga “estar colocado”.
- ✚ Poner a prueba el control personal.
- ✚ Deseo de gratificación.
- ✚ Estados de ánimo positivos.
- ✚ Problemas sexuales y de relación.
- ✚ Sueños relacionados con la recaída.

CONDUCTAS DE ALTO RIESGO

Muy habitualmente un paciente desarrolla, de forma no intencionada, una serie de conductas a lo largo del tratamiento que le llevan a una situación de alto riesgo. Ejemplo: aceptar una invitación a una fiesta en la que sabe que sus amigos van a consumir.

Además de estas situaciones, existen una serie de reacciones características que deben analizarse para prevenir posibles recaídas. Entre las más importantes destacamos:

- ✚ Reaccionar de forma exagerada ante deslices y recaídas.
- ✚ Conductas impulsivas.
- ✚ Otras conductas adictivas y/o compulsivas.
- ✚ Cambios graduales en el estilo de vida.

OTROS FACTORES DE ALTO RIESGO

- ✚ Presencia de otros trastornos mentales.
- ✚ Problemas físicos.
- ✚ Permisividad familiar.

A los adictos siempre se les ha adjetivado de “egoístas” dado que, además de moverse únicamente por sus propios intereses las relaciones interpersonales, el acto adictivo implica una acción narcisista que les coloca en “universos de una sola plaza” donde sólo existen ellos, si bien tal circunstancia no siempre resulta placentera pues también les aísla y limita al máximo su capacidad para encontrar satisfacciones que no sean de talante egoísta. De hecho, este es uno de los motivos que justifica la importancia que siempre se ha otorgado en el campo de las adicciones al cambio de los patrones de relación interpersonal como potenciales factores de recaída y que sustenta la necesidad de incorporar en los programas de tratamiento actividades grupales en forma de talleres que se destinen de manera específica al desarrollo de las capacidades y habilidades psicosociales para un desarrollo más acorde al entorno en el que debe desarrollarse .

7.6. METODOLOGIA. PLAN DE ACCION

PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

A partir del modelo inicial de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt & Gordon (1985), han surgido muchos procedimientos derivados.

La cadena de recaídas

La recaída es un proceso, una cadena progresiva de conductas, actitudes y eventos, que se inicia mucho antes de que el paciente comience a consumir droga de nuevo.

Aunque resulta difícil establecer claramente donde empieza una recaída, generalmente se inicia como consecuencia de algún estresante o de algún cambio (positivo o negativo).

La cadena de conductas que dan lugar a una recaída puede caracterizarse por la secuencia de pasos que enumeramos a continuación:

- ✚ El resultado de una acumulación de factores estresantes causados por cambios o eventos vitales, generalmente negativos.
- ✚ Activación de pensamientos muy negativos y/o positivos y estados de ánimo y sentimiento cambiantes.
- ✚ Negar que el problema sea serio, incluso, que exista.
- ✚ Los problemas originales van en aumento y los nuevos siguen surgiendo a medida que el paciente los sigue ignorando
- ✚ El paciente percibe que su situación concreta está llegando al punto de no retorno y se siente completamente incapaz de hacer nada para superarla. El deseo es cada vez mayor y los pensamientos sobre volver a consumir también. La recaída le parece por completo justificada
- ✚ El paciente, cada vez más a menudo, se encuentra en situación de alto riesgo o emprendiendo conductas que de forma sutil inducen al consumo
- ✚ El nivel de estrés va en aumento a medida que la vida del paciente discurre por caminos que están fuera de su control
- ✚ El impulso por consumir y los niveles de deseo cada vez mayores llevan al paciente a adquirir y consumir de nuevo.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

En el modelo de prevención de recaídas se distinguen tres niveles de intervención:

- ✚ El nivel de intervención de apoyo o inespecífico: consiste en prestar atención a los problemas y al discurso expresado por el individuo mediante un programa educativo sobre las recaídas.
- ✚ Manipulación ambiental: ejemplos de este tipo lo constituyen encerrarse en casa, no salir solo, no manejar dinero..., Etc.).
- ✚ Intervención genérica: se realiza mediante una terapia de apoyo, ayuda en la búsqueda de soluciones adaptativas, manipulación ambiental y guía psicológica anticipatoria, una vez que se conoce el curso general que siguen la mayoría de las crisis.

Estos tres niveles de intervención con un paciente que ha recaído, se operativizan mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, algunas de las cuales describimos a continuación:

- ✚ Educación sobre la prevención de recaídas.
- ✚ Vigilar situaciones de alto riesgo.
- ✚ Control de fallos ocasionales o deslices.
- ✚ Contrato de contingencias para prevenir recaídas.
- ✚ Planificar crisis y recaídas (intención paradójica), solo para casos concretos.
- ✚ Exposición controlada y manejo del deseo.
- ✚ Fomento de redes de apoyo social.

ACTIVIDAD: Asistencia psicológica, técnicas del control del craving

Para el Trastorno por uso de sustancias	Para el tratamiento de Comorbilidad en Caracteropatías	Para el tratamiento de Problemas Cognitivos derivados.
Técnicas para el Control	Psicoterapia centrada en la	Tratamiento de

del Craving. Técnicas de solución de problemas, Role Playing, Autocontrol emocional	personalidad	rehabilitación neuropsicología (Función Ejecutiva, Atención, Memoria)
---	--------------	---

TALLER DE HABILIDADES SOCIALES

Objetivos del taller:

El autoconocimiento de sí mismo, la identidad personal, el auto concepto logra Identificar los sentimientos en uno mismo y en los demás y expresarlos adecuadamente.

Manejar los pensamientos negativos que deterioran la autoestima y competencia social.

Desarrollo de las habilidades de comunicación verbal requeridas para que el sujeto participe en conversaciones.

Desarrollar una serie de habilidades para la competencia social y la adaptación al entorno que promuevan la integración del sujeto en el medio social donde se desenvuelve.

Aprender a resolver los problemas que le plantea su propio autocontrol y las relaciones sociales con los demás.

Entrenamiento específico en la solución de conflictos y/o problemas de relación interpersonal.

Desarrollo de las habilidades sociales "instrumentales" que posibiliten un funcionamiento lo más autónomo posible, dentro de la sociedad.

Adquisición de repertorios de conducta adecuados para que asista, participe y se integre en actos sociales y recreativos.

Contenidos:

GRUPO I: primeras habilidades sociales

1. Escuchar.
2. Iniciar una conversación.
3. Mantener una conversación.
4. Formular una pregunta.
5. Dar las gracias.
6. Presentarse.
7. Presentar a otras personas.
8. Hacer un cumplido.

GRUPO II: habilidades sociales avanzadas

1. Pedir ayuda.
2. Participar.
3. Dar instrucciones.
4. Seguir instrucciones.
5. Disculparse.
6. Convencer a los demás.

GRUPO III: habilidades relacionadas con los sentimientos.

1. Conocer los propios sentimientos.
2. Expresar los sentimientos.
3. Comprender los sentimientos de los demás.
4. Enfrentarse con el enfado del otro.
5. Expresar afecto.

6. Resolver el miedo.

7. Auto recompensarse.

GRUPO IV: habilidades alternativas a la agresión.

1. Pedir permiso.

2. Compartir algo.

3. Ayudar a los demás.

1. Negociar.

2. Emplear el autocontrol.

3. Defender los propios derechos.

4. Responder a las bromas.

5. Evitar los problemas con los demás.

6. No entrar en peleas.

GRUPO V: habilidades para hacer frente al estrés.

1. Formular una queja.

2. Responder a una queja.

3. Demostrar deportividad después del juego.

4. Resolver la vergüenza.

5. Arreglárselas cuando le dejan de lado.

6. Defender a un amigo.

7. Responder a la persuasión.

8. Responder al fracaso.

9. Enfrentarse a los mensajes contradictorios.

10. Responder a una acusación.
11. Prepararse para una conversación difícil.
12. Hacer frente a las presiones de grupo.

GUPO VI: habilidades de planificación.

1. Tomar iniciativas.
2. Discernir sobre la causa de un problema.
3. Establecer un objetivo.
4. Recoger información.
5. Resolver los problemas según su importancia.
6. Tomar una decisión.
7. Concentrarse en una tarea.

Aplicación y aspectos metodológicos:

El taller se lleva a cabo en sesiones de 60' – 90 'minutos de duración, una

Frecuencia quincenal y consta de una serie de materiales: fichas de trabajo, hojas de registro, hoja de gráfica de evolución y listado de objetivos. La ficha de trabajo contiene toda la información requerida para abordar el entrenamiento del objetivo operativo, especificando para la conducta requerida. La hoja de registro de datos recoge toda la información de la evaluación (línea - base) y el entrenamiento. La hoja de gráfica de evolución permite valorar las adquisiciones de distintas habilidades en cada sesión y observar el ritmo de aprendizaje, así como dispensar feedback visual a cada sujeto.

Las técnicas que se utilizan son: instrucción verbal, modelado, moldeamiento progresivo de respuestas, feedback verbal, reforzamiento positivo y actividades de generalización y tareas.

FINALIDAD: Lograr que el paciente con problemas de dependencia logre mantenerse en abstinencia mediante la utilización de técnicas cognitivas

TIEMPO: Un año de seguimiento ambulatorio,

LUGAR DE REALIZACION:PortoviejoCentro de Rehabilitación de Narcóticos Anónimos “Puertas de Al Ghandi”

FORMA DE INTERVENCION: Individual y Grupal

NUMERO DE SESIONES: Inicialmente cada quince, luego mensual, y anual

7.7. ADMINISTRACION

DESARROLLO: Esta propuesta se debe realizar por un grupo de profesionales de la salud como es Psiquiatra Psicólogo y Terapeuta Familiar, previo conocimiento sobre las adicciones y con la ejecución de un plan terapéutico de acorde a la Comorbilidad que presente cada paciente para de estar forma direccionar mejor el tratamiento y garantizar un resultado más óptimo.

Iniciando en el proceso de internamiento y manteniéndose en un tratamiento ambulatorio de por lo menos un año , inicialmente de una forma semanal de ser necesario, luego de una forma mensual, hasta llegar al año donde se le dará el alta, y se le recomendará una consulta semestralmente.

- ✚ Inicia con un encuadre en el mismo se establecerá la frecuencia de las sesiones y se le recordará el compromiso de confidencialidad psicólogo-paciente
- ✚ Intervención
- ✚ Establecer una Line Basic
- ✚ Reconocer los factores de riesgos externos
- ✚ Trabajar en el control de ira
- ✚ Trabajar en el Manejo del Craving
- ✚ Trabajar en un plan que le permita al paciente integrarse a la sociedad
- ✚ Identificar en las situaciones de mayor riesgo de recaídas

- ✚ Evidenciar los beneficios del seguimiento psicológico en el tratamiento ambulatorio
- ✚ Mantener el seguimiento aun después del año en el que se le da el alta al tratamiento ambulatorio.

TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO

Un programa típico de habilidades sociales está compuesto de 3 fases:

Entrenamiento en habilidades sociales básicas como

Observar, escuchar, dar y recibir retroalimentación (contacto ocular, volumen del habla, etc.). Entrenamiento en repuesta sociales específicas como el hacer yrechazar peticiones, hacer y recibir cumplidos, recibir rechazos, iniciary mantener una conversación, hacer y recibir críticas, manifestación deexpresiones positivas, defender los propios derechos, invitar, pedirinformación, terminar encuentros sociales y expresar opiniones.

Entrenamiento en habilidades de autocontrol como la autoobservación, establecer objetivos y sub-objetivos realistas y concretos, establecer patrones realistas y auto reforzamiento apropiados.

Al comenzar a aplicar un programa de EHS se debería de tener en cuenta algunas cuestiones:

Que el sujeto comprenda perfectamente los principios básicos de laconducta socialmente adecuada.

Que el sujeto esté preparado para empezar el programa de EHS.

Los intentos iniciales del sujeto deberán ser escogidos por su altopotencial de éxito, en cuanto a proporcionar reforzamiento.

Examinar los posibles cambios que se puedan producir a causa de la nueva conducta del paciente en su entorno cultural.

ENSAYO DE CONDUCTA.

El ensayo de conducta forma el núcleo del EHS. El sujeto representa cortas escenas que simulan las situaciones de la vida real. Se le pide al paciente que describa brevemente la situación-problema real y a las personas reales que están implicadas con ella (se le pide que las nombre por el nombre real). Si las otras personas están disponibles mucho mejor para resolver el problema. Se le dice al paciente que reproduzca el papel lo mejor posible. En una de estas sesiones es necesario:

Descripción de la situación problema.

Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del paciente.

Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo.

Demostración de una de estas respuestas por algún miembro del grupo o por el terapeuta.

Selección de una de las respuestas.

Práctica encubierta por el actor como paso previo por el cliente.

Ensayo de una respuesta competente por el paciente.

Evaluación de la efectividad de la respuesta por el paciente por otros miembros.

Sugerencias de otros miembros.

Reensayo de la misma y nueva evaluación.

MODELADO

La exposición del sujeto a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación. El modelo suele ser el terapeuta y la actuación se puede grabar en vídeo. El modelado tiene más efectividad cuando el modelo es de edad y sexo parecido al cliente y

cuando la conducta del modelo está más cerca de la del paciente. El modelado tiene la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralingüísticos de una determinada conducta interpersonal. El terapeuta debe dirigir la atención hacia los componentes separados y específicos de la situación.

RESPONSABLE: Elizabeth Murillo Cevallos

7.8. PREVISION DE LA EVALUACION

A lo largo del programa de intervención conductual el terapeuta tiene que realizar una evaluación continuada de los siguientes aspectos:

- ✚ Situaciones de alto riesgo.
- ✚ Estados de ánimo negativos.
- ✚ Actitudes, pensamientos y sentimientos que desencadenan una recaída.
- ✚ Conductas de recaída.
- ✚ Otros factores (eventos vitales, trastornos mentales...).

BIBLIOGRAFIA

- BECK, Aaron et al. (1999) *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*, tercera edición, España: Editorial Paidós Ibérica.
- BECK, Aaron et al. (1995) *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Editorial Paidós. Barcelona.
- BUTCHER, J.N. et al. (2009) *MMPI-A Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adultos manual*, segunda edición, Madrid: Editorial TEA.
- BUTCHER, J.N. et al. (2009) *Aplicación del MMPI-2 EN Pacientes Hispanos*, primera edición, México: Editorial El Manual Moderno.
- CANCELA Y OTROS. (2010) *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto*. Madrid: Publicaciones Universidad Autónoma de Madrid.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, (1992) *CIE10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*, Madrid: Meditor

<http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/prevalencia-e-intensidad-trastornos-personalidad-adictos-sustancias-13049863-area-clinica-2003>

<http://www.slideshare.net/karmen260992/trastornos-de-la-personalidad-asociados-a-adicciones>

http://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/PLAN_NACIONAL-PARA-EL-BUEN-VIVIR-2009_2013.pdf

http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf

<http://www.geocities.ws/psicoresumenes/articulos/vadicciones.pdf>

<http://www.adicciones.es/files/01.%20Editorial%20Florez%2015-3.pdf>

<http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/4034.pdf>

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/63247.pdf>

Informe presentado en la Red de Intervención y prevención en drogas

Todo sobre las drogas en el mundo moderno

http://www.libretheadicciones.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=9:iqne-es-la-adiccion&catid=2:consejeria. (Serie de informes Técnicos, ONU, números 116, 117, 1957).

<http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/completa/apartado06/tipos3.html>

http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/aprendizaje_social_desarrollo_de_la_personalidad_albert_bandura_richard_h_walters.pdf

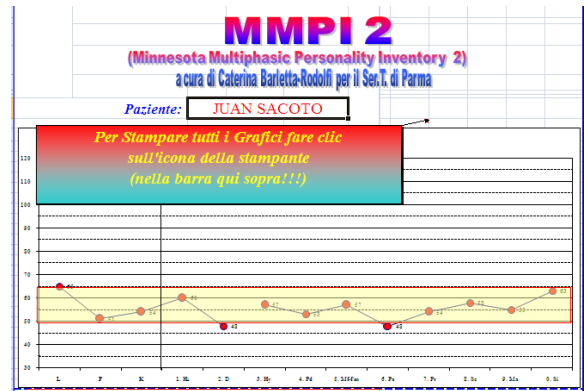
http://www.consep.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/boletines-observando/01_consep-boletin-diciembre-2012.pdf

ANEXOS

ANEXOS

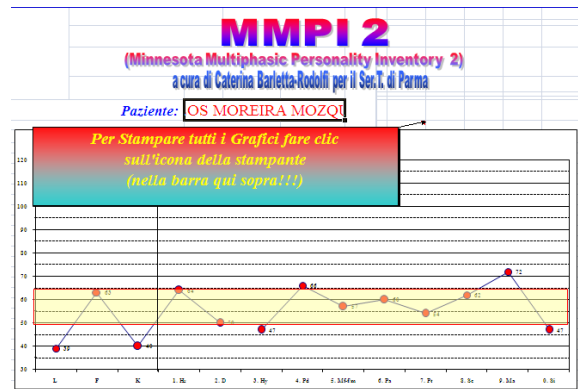
Paciente 1.

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	7	55	60
2. D	19	48	
3. Hy	26	57	
4. Pd	17	51	53
5. MF-fm	29	57	
6. Pa	8	48	
7. Pt	10	49	54
8. Sc	13	51	58
9. Ma	18	54	55
0. Si	36	63	



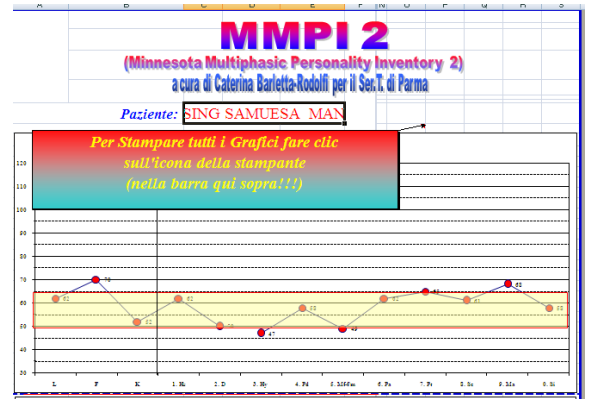
Paciente 2.

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	13	71	64
2. D	20	50	
3. Hy	21	47	
4. Pd	26	70	66
5. MF-fm	29	57	
6. Pa	12	60	
7. Pt	18	59	54
8. Sc	25	64	62
9. Ma	25	70	72
0. Si	22	47	



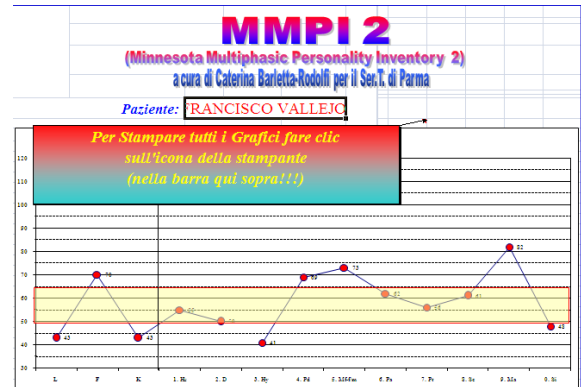
Paciente 3.

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	9	61	62
2. D	20	50	
3. Hy	21	47	
4. Pd	20	57	58
5. Mf-f/m	25	49	
6. Pa	13	62	
7. Pt	18	59	65
8. Sc	17	56	61
9. Ma	22	63	68
0. Si	32	58	



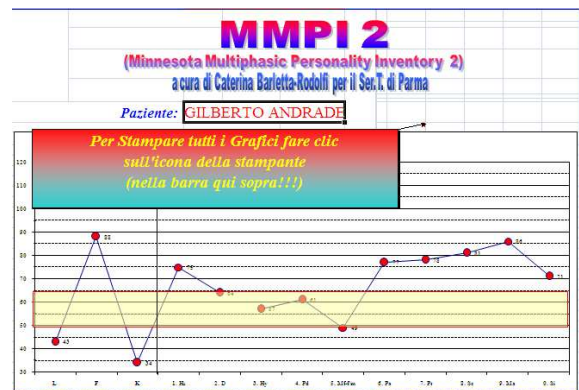
Paciente 4

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	8	58	55
2. D	20	50	
3. Hy	17	41	
4. Pd	26	70	69
5. Mf-f/m	37	73	
6. Pa	13	62	
7. Pr	17	58	56
8. Sc	22	61	61
9. Ma	27	75	82
0. Si	23	48	



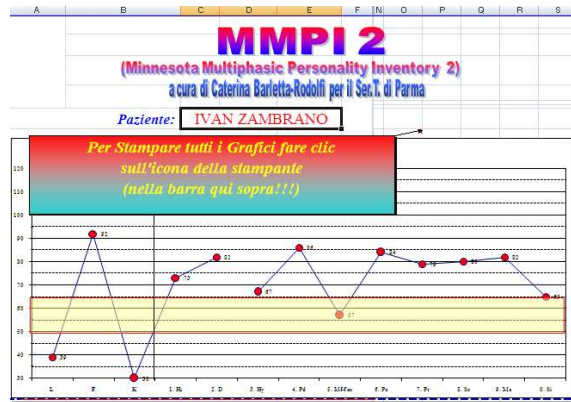
Paciente 5.

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	20	89	75
2. D	27	64	
3. Hy	26	57	
4. Pd	25	68	61
5. Mf-f/m	25	49	
6. Pa	20	77	
7. Pt	36	81	78
8. Sc	48	88	81
9. Ma	29	79	86
0. Si	43	71	



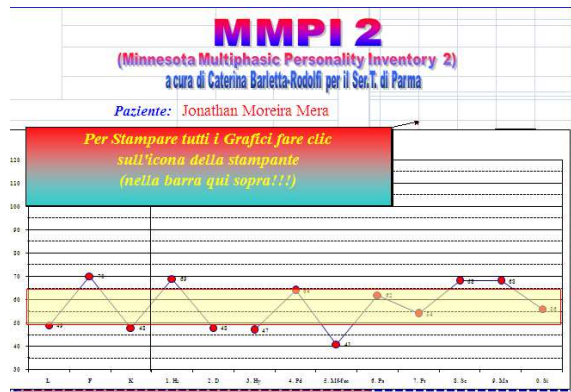
Paziente 6

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	20	89	73
2. D	37	82	
3. Hy	30	67	
4. Pd	35	88	86
5. Mf-fm	29	57	
6. Pa	23	84	
7. Pt	40	86	79
8. Sc	50	90	80
9. Ma	29	79	82
0. Si	38	65	



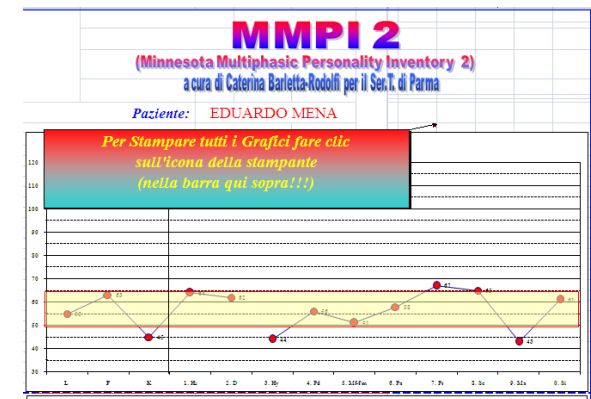
Paziente 7

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	13	71	69
2. D	19	48	
3. Hy	21	47	
4. Pd	23	64	64
5. Mf-fm	21	41	
6. Pa	13	62	
7. Pt	13	53	54
8. Sc	26	65	68
9. Ma	23	66	68
0. Si	30	56	



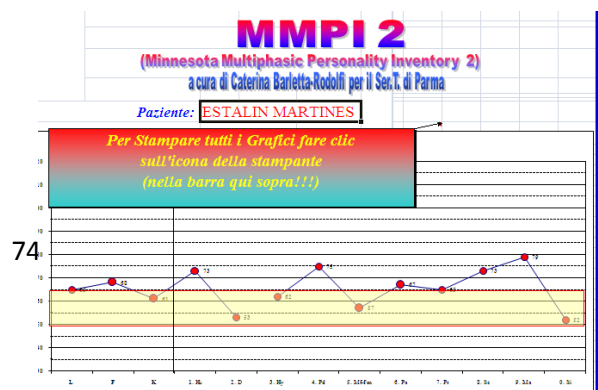
Paziente 8

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	12	68	64
2. D	26	62	
3. Hy	19	44	
4. Pd	20	57	56
5. Mf-fm	26	51	
6. Pa	11	58	
7. Pt	23	65	67
8. Sc	25	64	65
9. Ma	14	45	43
0. Si	35	61	



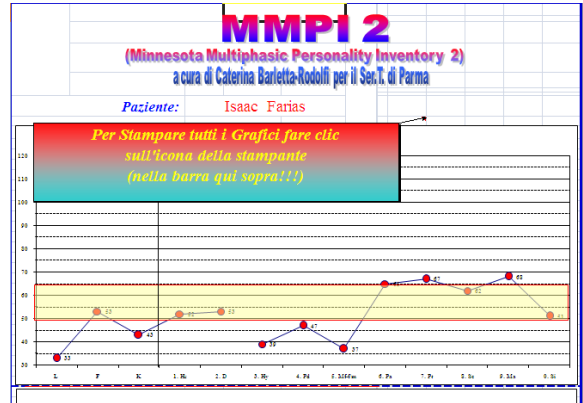
Paziente 9

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	11	66	73
2. D	21	53	
3. Hy	28	62	
4. Pd	24	66	75
5. Mf-fm	29	57	
6. Pa	15	67	
7. Pt	13	53	65
8. Sc	25	64	73
9. Ma	24	68	79
0. Si	27	52	



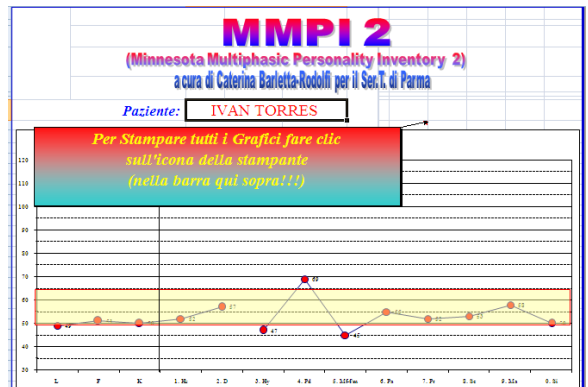
Paziente 10

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	7	55	52
2. D	21	53	
3. Hy	16	39	
4. Pd	17	51	47
5. Mf-fm	19	37	
6. Pa	14	65	
7. Pt	24	66	67
8. Sc	23	62	62
9. Ma	23	66	68
0. Si	26	51	



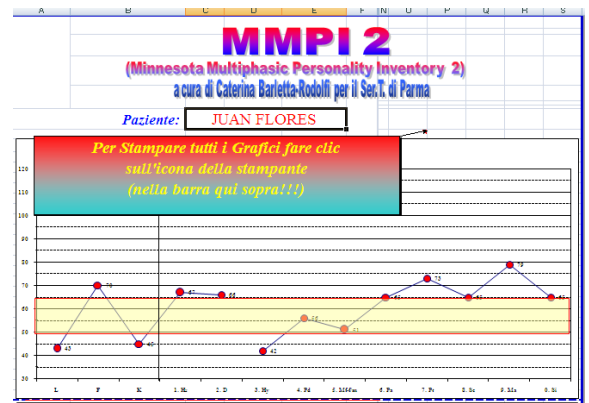
Paziente 11

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	5	50	52
2. D	23	57	
3. Hy	21	47	
4. Pd	24	66	69
5. Mf-fm	23	45	
6. Pa	10	55	
7. Pt	11	51	52
8. Sc	12	50	53
9. Ma	20	59	58
0. Si	25	50	



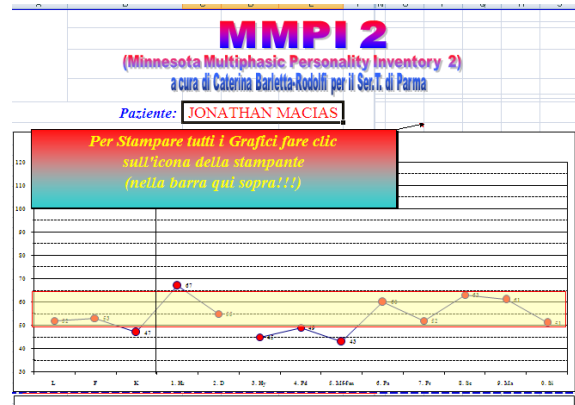
Paziente 12

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	13	71	67
2. D	28	66	
3. Hy	18	42	
4. Pd	20	57	56
5. Mf-fm	26	51	
6. Pa	14	65	
7. Pt	27	70	73
8. Sc	25	64	65
9. Ma	26	72	79
0. Si	38	65	



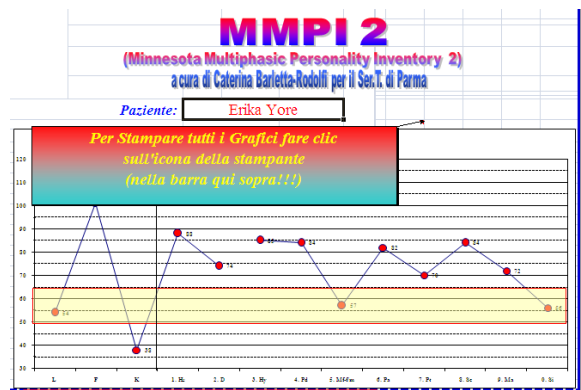
Paziente 13

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	12	68	67
2. D	22	55	
3. Hy	20	45	
4. Pd	17	51	49
5. Mf-fm	22	43	
6. Pa	12	60	
7. Pt	13	53	52
8. Sc	22	61	63
9. Ma	21	61	61
0. Si	26	51	



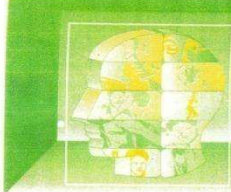
Paziente 14

Scale Cliniche di Base			
	Punti Grezzi	Punti T	Punti T Corretti k
1. Hs	26	95	88
2. D	36	74	
3. Hy	41	85	
4. Pd	36	83	84
5. Mf-fm	31	57	
6. Pa	23	82	
7. Pt	33	71	70
8. Sc	50	87	84
9. Ma	26	70	72
0. Si	34	56	



Paziente 15.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota Aplicada a los pacientes



MMPI-2
Inventario Multifásico
de Personalidad
de Minnesota - 2
S.K. Hathaway
J.C. McKinley

Nombre y apellidos

Edad Sexo Estado civil

Profesión

Titulación académica

Centro

Fecha

HOJA DE RESPUESTAS

Al contestar, compruebe que el número de la frase es igual en Cuadernillo y Hoja

121	171	221	271	321	371	421	471	521
122	172	222	272	322	372	422	472	522
123	173	223	273	323	373	423	473	523
124	174	224	274	324	374	424	474	524
125	175	225	275	325	375	425	475	525
126	176	226	276	326	376	426	476	526
127	177	227	277	327	377	427	477	527
128	178	228	278	328	378	428	478	528
129	179	229	279	329	379	429	479	529
130	180	230	280	330	380	430	480	530

1	41	81	121	161	201	241	281	321	361	401	441	481	521
2	42	82	122	162	202	242	282	322	362	402	442	482	522
3	43	83	123	163	203	243	283	323	363	403	443	483	523
4	44	84	124	164	204	244	284	324	364	404	444	484	524
5	45	85	125	165	205	245	285	325	365	405	445	485	525
6	46	86	126	166	206	246	286	326	366	406	446	486	526
7	47	87	127	167	207	247	287	327	367	407	447	487	527
8	48	88	128	168	208	248	288	328	368	408	448	488	528
9	49	89	129	169	209	249	289	329	369	409	449	489	529
10	50	90	130	170	210	250	290	330	370	410	450	490	530

11	51	91	131	171	211	251	291	331	371	411	451	491	531
12	52	92	132	172	212	252	292	332	372	412	452	492	532
13	53	93	133	173	213	253	293	333	373	413	453	493	533
14	54	94	134	174	214	254	294	334	374	414	454	494	534
15	55	95	135	175	215	255	295	335	375	415	455	495	535
16	56	96	136	176	216	256	296	336	376	416	456	496	536
17	57	97	137	177	217	257	297	337	377	417	457	497	537
18	58	98	138	178	218	258	298	338	378	418	458	498	538
19	59	99	139	179	219	259	299	339	379	419	459	499	539
20	60	100	140	180	220	260	300	340	380	420	460	500	540

21	61	101	141	181	221	261	301	341	381	421	461	501	541
22	62	102	142	182	222	262	302	342	382	422	462	502	542
23	63	103	143	183	223	263	303	343	383	423	463	503	543
24	64	104	144	184	224	264	304	344	384	424	464	504	544
25	65	105	145	185	225	265	305	345	385	425	465	505	545
26	66	106	146	186	226	266	306	346	386	426	466	506	546
27	67	107	147	187	227	267	307	347	387	427	467	507	547
28	68	108	148	188	228	268	308	348	388	428	468	508	548
29	69	109	149	189	229	269	309	349	389	429	469	509	549
30	70	110	150	190	230	270	310	350	390	430	470	510	550

31	71	111	151	191	231	271	311	351	391	431	471	511	551
32	72	112	152	192	232	272	312	352	392	432	472	512	552
33	73	113	153	193	233	273	313	353	393	433	473	513	553
34	74	114	154	194	234	274	314	354	394	434	474	514	554
35	75	115	155	195	235	275	315	355	395	435	475	515	555
36	76	116	156	196	236	276	316	356	396	436	476	516	556
37	77	117	157	197	237	277	317	357	397	437	477	517	557
38	78	118	158	198	238	278	318	358	398	438	478	518	558
39	79	119	159	199	239	279	319	359	399	439	479	519	559
40	80	120	160	200	240	280	320	360	400	440	480	520	560

Autores: S.K. Hathaway y J.C. McKinley - Comité de aplicación del MMPI-2; J.N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, J.R. Graham, A. Tellegen y B. Kaemmer
 Adaptación española: Alejandro Aulia-Espada y Fernando Jiménez-Gómez (1992, 1999).
 Traducción y adaptación española: J. García-López y J. García-López (1999) por The Regents of The University of Minnesota.
 Distribución en España: TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A. - Esp. 15111. Distribución: TEA Ediciones, S.A. - Esp. 15111. Distribución: TEA Ediciones, S.A. - Esp. 15111.
 Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A.

Pacientes centro de rehabilitación Al Ghani



ENTREVISTA APLICADA A LOS PROFESIONALES

1. Qué relación existe entre los trastornos de personalidad y el abuso a ciertas sustancias psicotrópicas?
2. Si logramos identificar el tipo de trastorno de personalidad que predomina en los adictos de acuerdo al tipo de sustancias psicotrópicas que usa, será más fácil su tratamiento?
- 3.Cuál es la calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes en función de los trastornos de personalidad
4. Los pacientes con trastornos de personalidad tendrían mayor dificultad para la resolución de problemas en su vida cotidiana y esto podría activar las creencias básicas asociadas a las drogas y al consumo de las mismas?
5. Aquellos pacientes que presentan diagnóstico de trastorno de personalidad (EJE II, DSM - IV -TR) tendrían mayor probabilidad de caer en adicción en comparación con las personas que cumplen con un solo criterio diagnostico correspondiente al EJE I ?



Grafico # 1 Hectáreas de Cultivo

POLICIA NACIONAL DEL ECUADOR
DIRECCION NACIONAL ANTINARCOTICOS
UNIDAD DE INFORMACIÓN Y COORDINACIÓN CONJUNTA
SECCION ESTADISTICA
APREHENSIONES DE DROGAS A ESCALA NACIONAL
 PERIODO: ENERO - JULIO 8 DE 2012

JEFATURAS Y SUBJEFAT.	MICROTRAFICO				TOTAL
	MARIHUANA	PASTA BASE	CLORHIDRATO	HEROINA	
ESMERALDAS	2.840.209,40	8.013,70	1.333,20		2.847.556,30
PICHINCHA	2.084.967,84	52.907,85		483,25	2.138.358,94
LA CONCORDIA	1.928.730,00	4.018,00			1.932.748,00
GUAYAS	374.068,00	33.153,00	2.586,00	1.236,00	411.043,00
LOS RIOS	244.063,40	4.419,20	1.004,00	1.026,00	250.512,60
LOJA	328,10	203.932,40			204.260,50
IMBABURA	69.083,50	39.865,30	49,00		108.997,80
TUNGURAHUA	93.857,50	932,50	95,00		94.885,00
CARCHI	83.534,00	8.210,50	1.000,00		92.744,50
NAPO	2.139,65	67.442,80			69.582,45
SUCUMBIOS	219,00	48.028,90	300,00		48.547,90
MANABI	3.915,70	14.801,40	905,90	4,50	19.627,50
MANTA	6.460,80	8.117,00	3.425,00		18.002,80
EL ORO	3.333,00	12.366,50			15.699,50
S. DOMINGO	2.375,00	9.874,70			12.249,70
PASTAZA	540,10	8.963,30			9.503,40
COTOPAXI	5.288,70	3.340,90			8.629,60
SANTA ELENA	4.524,50	2.727,50			7.252,00
AZUAY	913,30	4.007,90			4.921,20
BABAHOYO	1.986,60	2.599,90	116,00		4.702,50
ORELLANA	944,70	617,10			1.561,80
SANTA CRUZ	1.107,80	122,05			1.229,85
CHIMBORAZO	851,50	218,40			1.069,90
CAÑAR	545,90	339,80			885,70
GALAPAGOS	665,80	40,40			706,20
BAÑOS DE AGUA SAN	572,50	71,70			644,20
Z. CHIMCHI.		526,00			526,00
LA TRONCAL	24,00	361,40			385,40
BOLIVAR	91,60	173,85			265,45
MOR. SANTIAGO	131,90	130,60			262,50
TOTAL	7.755.473,79	538.324,55	10.814,10	2.749,75	8.307.362,19

Gráfico 2: Aprendidos por drogas en el Ecuador