



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Dirección e Intervención Sociosanitaria

Título del Trabajo:

“Trastornos por consumo de sustancias y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y rasgos de personalidad. Manabí-Ecuador”

Trabajo Fin de Máster presentado por: Cedeño Mendoza Pamela Andreina

Titulación: Dirección e Intervención Sociosanitaria

Director/a: Cabrejas Martínez Beatriz, Dra.

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.4 Intervención Social

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. Introducción	6
1.1. Justificación	9
1.2. Objetivos de la Investigación	9
2. Marco Teórico.....	10
2.1. El uso de sustancias psicoactivas. Consideraciones generales.	10
2.2. Principales características clínicas asociadas al uso, abuso y dependencias de sustancias psicoactivas.....	13
2.3. La comorbilidad psicopatológica y adicciones.....	18
2.4. Personalidad y consumo de sustancias.....	19
3. Método	26
3.1. Enfoque, alcance y diseño.....	26
3.2. Hipótesis y variables.....	26
3.3. Población y muestra	30
3.4. Técnicas de recogida de información.....	32
4. Resultados y discusión	36
4.1. Resultados	36
4.2. Discusión crítica de los resultados.....	47
5. Conclusiones	51
6. Limitaciones y propuestas	52
7. Referencias Bibliográficas	53
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Relación entre categoría edad y trastorno por consumo de sustancia.....	42
Figura 2 Relación entre escolaridad y trastorno por consumo de sustancia	42
Figura 3 Relación entre estado civil y trastorno por consumo de sustancia.....	43
Figura 4 Relación entre cantidad de hijos y trastorno por consumo de sustancia	43
Figura 5 Relación entre categoría ocupación y trastorno por consumo de sustancia.....	44
Figura 6 Relación entre rasgo sociopático y trastorno por consumo de sustancia	45
Figura 7 Relación entre rasgo de personalidad pasivo-dependiente y trastorno por consumo de sustancia	45
Figura 8 Relación entre rasgo anancástico y trastorno por consumo de sustancia.....	46
Figura 9 Relación entre rasgo esquizoide y trastorno por consumo de sustancia.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución personas investigadas según variables sociodemográficas	37
Tabla 2 Distribución personas investigadas según variables clínicas vinculadas al consumo	39
Tabla 3 Distribución personas investigadas según variables rasgos de personalidad	40

RESUMEN

Introducción: Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son frecuentes en la población latinoamericana, especialmente en Ecuador, Sin embargo, son escasos los estudios al respecto, que incluyen la relación de estos con características sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad en pacientes afectados por estos.

Objetivo: Caracterizar los trastornos por consumo de sustancias en relación con variables sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad en pacientes atendidos en Manabí-Ecuador, durante el primer semestre de 2019.

Métodos: Estudio analítico de casos y controles. Con la participación de 100 casos, en relación de 1:1. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad. Los instrumentos utilizados fueron historia clínica, cuestionario de evaluación de neuropsiquiatría (SCAN) y Cuestionario de Evaluación de Personalidad (PAS).

Resultados: Se trata de una población que es mayormente joven con nivel de escolaridad bajo, atribuyéndose a los de casos el grado de secundaria, con predominio del rasgo sociopático.

Conclusiones: Las características sociodemográficas y los rasgos de personalidad tienen relación con el trastorno por consumo de sustancia.

Palabras Claves: Características sociodemográficas; Trastornos por consumo de sustancia; Personalidad; Rasgos de Personalidad.

Abstract

Introduction: Disorders due to the use of psychoactive substances are frequent in the Latin American population, especially in Ecuador. However, there are limited studies in this regard, which include their relationship with sociodemographic characteristics, linked to consumption and personality characteristics in affected patients for these.

Objective: To characterize substance use disorders in relation to sociodemographic variables, clinics related to consumption and personality characteristics in patients treated in Manabí-Ecuador, during the first half of 2019.

Methods: Analytical study of cases and controls. With the participation of 100 cases, a 1: 1 ratio. Sociodemographic, clinical variables related to consumption and personality characteristics are studied. The instruments used were clinical history, neuropsychiatric evaluation questionnaire (SCAN) and Personality Evaluation Questionnaire (PAS).

Results: This is a population that is mostly young with a low level of education, attributed to cases of secondary school, with a predominance of sociopathic trait.

Conclusions: Sociodemographic characteristics and personality traits are related to substance use disorder.

Keywords: Sociodemographic characteristics; Substance use disorders; Personality Personality Traits.

Introducción

Psicológicamente hablando, Borja (2015) caracterizó al comportamiento adictivo como un estado crónico, repetitivo, sucesivo y que en ocasiones puede ocasionar la muerte. Se caracteriza entre otros aspectos, por la necesidad subjetiva e impulsividad del consumo, aún conociendo las consecuencias negativas que acarrea para su salud. La adicción es definida como una enfermedad, por las alteraciones que causan las sustancias a nivel estructural y funcional en ciertas áreas del cerebro humano.

Según el Informe Mundial sobre las Drogas realizado en el 2016, emitido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), estipula que 1 de cada 20 adultos, que representa aproximadamente a 250 millones de personas que oscilan entre 15 y 64 años, declararon haber consumido al menos una sustancia en el 2014, pese a esto, se estima que más de 29 millones de personas consumidoras de sustancias manifiestan trastornos en relación con ellas (UNOCS, 2016)

El informe previamente citado, señala que a nivel mundial se ha mantenido estable el consumo de cannabis alrededor del 3,8% con respecto al año 2014, el porcentaje de consumidores se ha elevado paralelo al aumento poblacional, América y África siguen siendo las regiones donde más se produce y consume el cannabis.

En la Unión Europea la cocaína es, tras el cannabis, la sustancia ilícita de mayor consumo entre los adultos jóvenes. Alrededor de 7,5 millones de jóvenes europeos entre 15 y 34 años la han probado en alguna ocasión. La prevalencia media de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 5,3%. Sin embargo, cinco países superan esta cifra y, siendo España uno de ellos. En este país, entre 1994 y 2004 el uso de cocaína creció en todos los sectores de la población. En 2005, el 7% de la población de 15 a 64 años la había probado alguna vez, el 3% en los últimos doce meses y un 1,6% en el mes previo a ser encuestado (González, Tumuluru, González & Gaviria, 2015)

Por otra parte, en el 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio que ubica al Ecuador en el noveno lugar, en América Latina, con mayor ingesta de bebidas alcohólicas. El consumo promedio de la población es de 7,2 litros por persona anual, produciendo un total de 6.042 muertes en el periodo comprendido entre 2003 y 2013, según los registros del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2014) es decir, un promedio de 604 por año.

En Ecuador, la última información disponible al respecto del consumo de sustancias psicotrópicas, proviene de la Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General. Este estudio fue realizado bajo supervisión y con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

(Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas , 2007). Como resultado de este estudio, se destaca la prevalencia de consumo según el tipo de droga, donde se le atribuye a la Marihuana el 4.3%, la Cocaína el 1.26% y la Base de Cocaína el 0.80%, siendo las tres principales drogas de consumo nacional. Lo que evidencia una alta incidencia del problema en comparación con otras regiones.

En la Provincia de Manabí, se realizó un estudio, como lo refleja la Cuarta Encuesta Nacional realizada en el 2012 sobre el Uso de Drogas en estudiantes de 12 a 17 años, desarrollada por el Consejo Nacional de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) en la Ciudad de Portoviejo. En éste se estipuló que el uso de Marihuana por uso experimental de 1.16%, ocasional un 1.07%, frecuente un 0.41% e intenso un 0.12%; el uso de Cocaína por uso experimental de 0.24%, ocasional un 0.24%, frecuente un 0.41% e intenso un 0.12% y al uso de Pasta Base por uso experimental es un 0.12% y frecuente un 0.53%.

Como se evidencia en los estudios, el consumo de sustancias psicoactivas es considerado un problema tanto de salud pública como un riesgo social, tal como lo reportan las estadísticas; según Ballesteros (2017) refiere que el 40% de los conductores fallecidos en las vías, reportaban en los exámenes clínicos sustancias psicoactivas en el instante de su muerte. Este resultado demuestra la relación existente entre el consumo de estas sustancias psicoactivas y los altos índices de fatalidad en carretera, convirtiéndose el consumo en un factor preponderante en la mortalidad por accidentabilidad.

Varias son las disciplinas que han intentado explicar el comportamiento adictivo. Pons, (2008) refiere que la psicología, presume que el consumo de sustancias es una conducta compensatoria; uno de los posibles medios que tendría el individuo para satisfacer alguna necesidad (física, psicológica o social) y que se elige al no poder encontrar un medio más adecuado o menos destructivo.

Por otro lado, Vargas (2001) establece el consumo de sustancias psicoactivas como fenómeno multi-etiológico y multidimensional que se ha convertido en un problema mundial con un incremento alarmante en su prevalencia. Teóricamente, uno de los múltiples factores predisponentes para los problemas de consumo es la personalidad; ciertos rasgos característicos de la misma incrementarán la probabilidad de iniciarse en el consumo de sustancias.

El estudio de la personalidad en el paciente adicto es de vital importancia para conocer las dimensiones que pueden estar involucradas en la gravedad del problema, que permitirá establecer mecanismos exitosos para los tratamientos del consumo de sustancias psicoactivas.

Según lo descrito por Szerman, Peris, & Balaguer (2010) desde el 2010 la NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) donde argumentan una

vez más la relación entre Trastornos de Personalidad (TP) y Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS), encontrando una correlación positiva media entre los consumidores de alcohol y otras sustancias y la presencia de TP entre el 28.6% y 47.7%, estudio realizado en Estados Unidos.

Otro de los referentes sobre el tema, Szerman, Peris, & Balaguer (2010) realizaron un estudio en España promovido por la Sociedad Española de Patología Dual, donde se obtuvo una prevalencia de TP del 71%, se apreció presencia destacada de los trastornos depresivo (25%), límite (25%) y paranoide (24%), seguidos por evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%).

Después de la revisión bibliográfica realizada en artículos revisados desde el año 2010 en idioma español, se plantea que existe una estrecha interrelación entre los Trastornos por Consumo de Sustancias y los Trastornos de Personalidad, pudiéndose explicar la coexistencia de una alta comorbilidad entre estos trastornos. Se ha demostrado que no sólo los Trastornos de Personalidad elevan la vulnerabilidad a desarrollar un Trastornos por Consumo de Sustancia, sino que también interfiere en el desarrollo del mismo.

Otra de las variables en el debate actual sobre los análisis de personalidad y uso sostenido de consumo de sustancias, lo constituye el enfoque de análisis. Por un lado, se encuentran estudios donde prevalece con un modelo de análisis categorial, definiendo y asociando al consumo de sustancias con un Trastorno de Personalidad. Este tipo de modelo entiende los fenómenos en términos de todo o nada, presencia versus ausencia del trastorno de personalidad. Si el paciente cumple con un número determinado de criterios, es diagnosticado con el trastorno en cuestión, de tal forma que padece o no padece del trastorno, con un punto de corte determinado entre normalidad y patología (Borja, 2015).

El mismo autor, determina que una variante que supera las limitaciones que aborda este enfoque es el dimensional. En este enfoque se realiza una aproximación novedosa y radicalmente opuesta al entendimiento tradicional de la enfermedad mental. Al no conceptualizarla como una categoría cualitativamente distinta a la normalidad, sino como la manifestación excesiva o deficiente de las variables de la misma normalidad, este modelo se basa la idea de continuo psicológico.

Aunque parece estar claro que existe cierta relación funcional entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias, los resultados de las investigaciones en esta línea no son consistentes y, además, no se han replicado en nuestro contexto. La réplica de estudios que han tenido éxito en otros contextos socioculturales provee una esperanza en cuanto a mejorar la comprensión etiológica y, en consecuencia, el tratamiento del fenómeno de consumo.

1.1. Justificación

A pesar de las características sociales, económicas o políticas de los países, el consumo de sustancias y sus trastornos relacionados han representado en las últimas década una de las principales problemáticas de salud pública de mayor impacto a nivel internacional, afectando múltiples esferas más allá de la personal, como la económica, social y familiar.

A partir del recorrido analizado se han identificado irregularidades, en la literatura y se logra establecer la alta asociación entre los TP y TCS, y que además existe una necesidad para trabajar estas variables dentro del ámbito psicológico. Pese a que en la actualidad existen ciertas dificultades que afectan este análisis, como: primero, se evidencia alta asociación entre los TP Y TCS; segundo, los TP juegan un papel decisivo en la compleja estructura de la enfermedad adictiva; tercero, el predominio del modelo categorial y la pertinencia de realizar una mirada dimensional; y cuarto, un déficit del análisis del consumo de sustancias y la dimensión de la personalidad. De ahí la necesidad de realizar este trabajo. La información precedente permite establecer las siguientes preguntas de investigación, como expresión tácita del problema a investigar:

¿Qué relación existe entre los trastornos por consumo de sustancias y un conjunto de variables sociodemográficas, clínicas y rasgos de personalidad, en pacientes residentes en Manabí-Ecuador, durante el primer semestre del 2019?

1.2. Objetivos de la Investigación

General:

Caracterizar los trastornos por consumo de sustancias en relación con variables sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad en pacientes residentes de clínicas de rehabilitación de Manabí-Ecuador, durante el primer semestre de 2019.

Específicos:

1. Analizar las características sociodemográficas, clínicas del consumo y rasgos de personalidad de los pacientes residentes de clínicas de rehabilitación en Manabí-Ecuador
2. Observar si existe relación entre los trastornos por consumo de sustancias y las variables sociodemográficas de estos pacientes.
3. Examinar si existe relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los rasgos de personalidad de estos pacientes.

2. Marco Teórico

2.1. El uso de sustancias psicoactivas. Consideraciones generales

El uso de sustancias psicoactivas con fines terapéuticos, recreativos y rituales es tan antiguo como la propia Humanidad. Históricamente se ha presenciado varios fenómenos caóticos debido a su uso, comercialización y distribución, en los siglos XX y XXI. El uso de sustancias psicoactivas ha dado lugar a varias crisis sociales, siendo tal su intensidad que actualmente el consumo de éstas, es considerado como un tema de gran importancia en cuanto a la salud pública. Es debido a esto que el consumo de sustancias psicoactivas sigue representando a nivel mundial un problema sociosanitario de primer grado, no sólo por el aumento de la prevalencia y los factores de riesgo que produce tanto en la salud física y psíquica de los individuos, sino también por la afectación que se genera tanto en ámbito psicosocial y comunitario.

Bajo la terminología de “sustancia psicoactiva” o “droga”, se agrupa una amplia gama de sustancias, que mantienen un potencial adictivo y de peligrosidad para la salud integral de los individuos, dependiendo de la misma estos indicadores pueden variar. Estas sustancias pueden ser de origen natural o sintético, y los métodos de administración pueden ser varios teniendo la capacidad de actuar directamente sobre el sistema nervioso central, ocasionando alteraciones significativas, como daño a nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento.

El consumo de drogas, analizado de la forma más básica y objetiva, aparentemente se reduce a la elección conductual de una persona cuyo organismo, ya condicionado por el consumo, reacciona a la sustancia química ingerida, todo esto en medio de escenarios sociales repletos de variables estimulantes y condicionadoras (Pons, 2008).

El consumo y uso de sustancias se puede determinar en cuatro parámetros; el *uso experimental*, se consume la droga con el fin de probar sus efectos, pero se abandona el consumo; *el uso regular o social*, después de haber cumplido con el uso experimental se integra el consumo al estilo de vida del individuo; el *uso nocivo*, consumo recurrente que provoca daño mental o físico; y el *abuso y dependencia*, que son definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psicología (APA), como determinantes de trastorno por consumo de sustancia.

Las sustancias psicoactivas más comunes se pueden agrupar en cuatro categorías: **alucinógenos**, donde se encuentra el cannabis, fenciclidina (PCP) y diétilamida de ácido lisérgico (LSD); **estimulantes** como la cocaína, anfetaminas y éxtasis; **opioides** que son morfina y heroína; y **depresores** que se consideran al alcohol, sedantes/hipnóticos e inhalantes/solventes volátiles

2.1.1. Modelos Interpretativos del consumo de sustancia

Entre los modelos interpretativos que permiten la explicación y comprensión de esta problemática, se encuentra el propuesto por Pons (2008) quien identifica 9 tipos de modelos

1.-Modelo Jurídico: aborda el consumo de sustancias desde la perspectiva legal y delictiva, asumiendo que las drogas que no están consideradas como legales no deben estar alcance de los individuos, y esto se puede realizar implantando una barrera dentro de la ley.

2.-Modelo de Distribución del Consumo: Analiza la oferta y disponibilidad de las sustancias en un lugar determinado, argumentando también si existe mayor o menor facilidad de disponibilidad de las mismas. A través de este modelo se pretende reducir los efectos negativos de las sustancias institucionalizadas, mediante un proceso de regulación. El alcance y la disponibilidad que tienen las personas frente al alcohol y tabaco, incentiva a que se produzca un consumo masivo de éstas pero se deja a un lado los factores psicológicos y sociales.

3.-Modelo Médico Tradicional: Determina que la dependencia es una enfermedad donde se produce una pérdida del control del individuo en relación al consumo. Aquí se establece que existe articulación con los procesos fisiológicos de cada persona y las características de las drogas, teniendo una interferencia en los procesos biológicos y fisiológicos de los individuos. Cabe recalcar que también existe una predisposición dentro de este nivel que causa el desarrollo del consumo progresivamente en aumento.

4.-Modelo Reducción del daño: Disminuye los resultados adversos que produce el consumo tanto en la salud, social o lo económico. Se implanta el término “consumo responsable” como resultado de este modelo. Tiene como fin que el consumo de sustancias tenga la menor cantidad de efectos negativos posibles para los individuos y sus entornos.

5.-Modelo de Privación Social: Atiende las condiciones socioeconómicas que origina el consumo de sustancias. Se plantean medidas que pueden eliminar los factores que desde el ambiente en el que se desenvuelve, fortalezcan el consumo abusivo y dependencia de sustancias.

6.-Modelo de Factores Socioestructurales: De forma general, Pons (2008) contempla la posibilidad de los siguientes eventos: a) los rasgos individuales se explican por las factores socioestructurales, básicamente por el consumo; b) al ser humano se le concibe como un ser que se define por las influencias socioculturales; c) el uso de los aportes de los modelos de investigación de las ciencias sociales, en especial de lo logrado de definición de ambientes sociales donde se consumen las diferentes sustancias y; d) la visión del problema

de drogas como un fenómeno social y grupal, y no solo como un problema que engloba en enfoque individual.

7.-Modelo Educación para la Salud: Vincula el consumo de drogas que afecta a la salud física, psíquica y relacional con las personas; al reducimiento de los procesos educativos. Se ha planteado que existen tres tipos de estrategias de intervención para este modelo: *mensajes inductores de miedo*, comunicaciones que tienen como fin cambiar la conducta perjudicial induciendo el miedo a la sustancia; *mensajes informativos objetivos*, aquí se proporciona información sobre las consecuencias que origina el consumo; y *procedimiento de modificación de conducta*, se da entre el profesional de la salud y la persona con consumo problemático de sustancia, donde se implementan y refuerzan comportamientos saludables para evitar y reducir el consumo de sustancias.

8.-Modelo Psicológico Individualista: Desde el modelo psicológico, se presume que el consumo de sustancias es una conducta compensatoria; uno de los posibles medios que tendría el individuo para satisfacer alguna necesidad (física, psicológica o social) y que se elige al no poder encontrar un medio más adecuado o menos destructivo (Pons, 2008). El modelo psicológico no solo analiza el consumo patológico, como lo hace el modelo médico tradicional, sino que entiende que las pautas de consumo pueden variar entre individuos de acuerdo a las variables antes mencionadas, y, en ese sentido, hace distinciones y establece parámetros y criterios para evaluar el nivel del consumo.

9.-Modelo Socioecológico: Se establece una serie de interrelaciones entre los sistemas orgánico, comportamental y ambiental. Cuando hablamos del ambiente no se refiere únicamente a los factores sociales y físicos, sino también al concepto que se tiene de aquel. Por lo tanto, el significado de los que las relaciones se den en él y dentro de él permite comprender el mecanismo del consumo de sustancias de cada sujeto, abarcando las características personales y ambientales.

2.1.2. Factores de Riesgo del consumo de sustancia

Para Torrealba (2017) se clasifica a los factores de riesgo en cinco categorías: 1) *individual*, que implica aquellos que se relaciona de forma directa con el individuo, sus motivaciones, nivel educativo, trastornos emocionales y dificultades experimentadas en la educación y la búsqueda de sensaciones nuevas; 2) *familiar*, aquellos que tiene una afectación por el ambiente familiar en cada sujeto, es decir de aquellos eventos que dejaron una marca en él pudiendo encontrar padres consumidores de sustancias, violencia familiar o abandono; 3) *escolar*, la capacidad de mantener la continuidad en los procesos educativos al igual que las deserciones y abandono de los mismos; 4) *social*, los sistemas en los que se desarrollan, los hábitos y costumbres de los miembros que ejercen influencia directa en la

determinación comportamental de cada individuo. Finalmente, 5) *comunitario* determinando la facilidad de acceso que el individuo tiene a la sustancia.

Estos factores actúan de manera específica con cada individuo, pues su conjugación con las diversas etapas de desarrollo en la que se encuentra, determina el nivel de riesgo al que se expone al ser expuesto a los factores de riesgo mencionados.

Con un efecto antagonista también se presentan los factores de protección, que actúan como agentes protectores del individuo basándose en las mismas características antes descritas, es decir, esfera individual, familiar, escolar, social y comunitaria; y al igual que estos, varían de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que el sujeto se encuentra. Se entiende que estos factores ayudan al individuo a prevenir el consumo de sustancias y a evitar situaciones de riesgo.

2.1.3. Características sociodemográficas y consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado a nivel mundial como un problema de salud pública de gran importancia dada la cantidad de muertes que se le atribuye de forma anual y el hecho de que estas muertes en su gran mayoría se pueden prevenir. En este sentido, es importante identificar de forma oportuna todos los grupos de riesgos así como a los factores que influyen en el consumo, para realizar de modo adecuado las medidas preventivas.

Entre los factores que se encuentran involucrados en el inicio de consumo, abuso y adicción a sustancias como el tabaco y las drogas se encuentran factores sociodemográficos entre los cuales se incluyen entre otros: edad, sexo, escolaridad, estado civil, lugar de residencia y relaciones interpersonales de impacto como son familia y amigos.

2.2. Principales características clínicas asociadas al uso, abuso y dependencias de sustancias psicoactivas

En el abordaje del consumo de sustancias, se determina la existencia de tres términos, que explican de forma directa su la relación de los sujetos con las mismas, *el uso*, cuando se consume la sustancia de forma responsable y ésta no produce efectos negativos en el individuo, *el abuso*, cuando hay un abuso continuado a pesar de que el individuo es consciente de las consecuencias que produce; y, *dependencia*, ya cuando se da un consumo problemático de sustancia por el uso excesivo, ocasionando efectos negativos significativos que perduran por un largo tiempo.

Por dependencia, o síndrome de dependencia, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en su capítulo de Clasificación de los Trastornos de Mentales y del Compartimento, se entiende: “Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física .El síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, tabaco, alcohol, diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un amplio rango de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes” (OMS, 1992, pág. 60).

Según la CIE-10, el diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de tres de los rasgos siguientes:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto

deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.

6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño. (OMS, 1992, pág. 61).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5, es una herramienta de clasificación diagnóstica publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA). Está compuesto por cuatro secciones, en la segunda se establecen los criterios y códigos diagnóstico, aquí encontramos los trastornos relacionados con consumo de sustancias. Estos trastornos tienen los siguientes criterios:

A. Patrón problemático de consumo de sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sustancias.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sustancias.
5. Consumo recurrente de sustancias que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

- a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

- a. Es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia (APA, 2014, pág. 483-484).

Adicionalmente, se establece que los Trastornos Inducidos por Sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos.

La Intoxicación tiene la característica esencial que se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia. Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación (p. ej., la beligerancia, la labilidad emocional, el juicio deteriorado), se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo. Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación es frecuente en las personas con un trastorno por consumo de sustancias, pero puede aparecer en las personas sin dicho trastorno. Esta categoría no es aplicable al tabaco. Los cambios más frecuentes en la intoxicación conllevan alteraciones de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. Las intoxicaciones a corto plazo o "agudas" pueden presentarse con diferentes signos y síntomas que aquellas continuadas o "crónicas". Por ejemplo, las dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente sociabilidad, pero si esas dosis se ingieren durante días o semanas, puede aparecer aislamiento social (APA, 2014, pág. 485-486).

Los criterios de abstinencia se caracterizan esencialmente en el desarrollo de cambios comportamentales significativos y problemáticos, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia. El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental. La

abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia tiene una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas (APA, 2014, pág. 486).

Martin (2014) establece que en las conductas adictivas podemos encontrar aspectos claves que permiten deducir la existencia de esta problemática. Como primer aspecto se determina la existencia de la compulsión o pérdida de control.

El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia, caracterizado por un estado clínico que origina la manifestación de dos trastornos: físicos y psicológicos que varían de acuerdo al modo y nivel de consumo, dándose cuando se da el proceso de interrupción de la administración de la sustancia o por medio de un antagonista específico se interfiere en su acción.

El tercer aspecto es el de tolerancia, aquí se manifiesta la necesidad de incrementar la ingesta de sustancias, muy similar al inicio de la adicción, lo que ocasiona el incremento de la cantidad y tiempo para conseguir mayor satisfacción.

El cuarto aspecto es el de intoxicación, originada en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación; la persona tiene la sensación que esta fuera de sí, con la percepción de que es otra.

El quinto aspecto es clave, porque se produce graves problemas dentro de las esferas: física y/o sanitaria, personal, familiar, laboral y social.

2.3. La comorbilidad psicopatológica y adicciones

La comorbilidad psicopatológica en las adicciones, ha sido abordada por varios autores, quienes la denominan también patología dual. Pereiro (2010) considera a la Patología Dual como el establecimiento de dos trastornos psiquiátricos, es decir, la presencia de un trastorno por consumo de sustancias acompañado de otro trastorno mental. Esta situación implica un mayor reto, por la posibilidad de que se agrave el cuadro clínico, el proceso de evolución y el pronóstico, y termina repercutiendo de forma negativa en el tratamiento de dichos trastornos.

La relación entre (TCS) y factores psiquiátricos es dinámica y diversa, ya que el consumo de sustancias puede influenciar tanto positiva como negativamente en síntomas psiquiátricos, dificultando el proceso de diagnóstico y terapéutico.

Entre las diversas hipótesis que ofrecen posibles relaciones entre etiopatologías y trastornos duales, el estudio de Baena & López (2006), propone tres mecanismos que son:

1. **Trastorno por Consumo de sustancias como trastorno primario que induce la presencia de otro trastorno psiquiátrico.** Periodo en el cual el síndrome de abstinencia e intoxicación provoca conductas psiquiátricas, ansiedad, psicosis, producidos mayormente por el consumo de cannabis, alcohol o cocaína, que pueden ocasionar crisis temporales de ansiedad, ocasionando o agravando las crisis de pánico, que pueden estar latente años después de que el paciente detenga el consumo.

2. **Trastorno Psiquiátrico induce a un Trastorno por Consumo de sustancias.** La presencia de un factor de riesgo psiquiátrico antecede la presencia de la adicción y la automedicación de sustancias psicoactivas

3. **Presencia de un indicador vulnerable del sujeto que condicione al padecimiento de ambos trastornos.** Se explica que el individuo puede presentar una condición que detone ambos trastornos.

2.4. Personalidad y consumo de sustancias

2.4.1. Personalidad. Definición

Con avance de la tecnología y la publicación de nuevos estudios, se ha dado mayor importancia al abordaje de la personalidad, por lo que ha surgido la necesidad e interés de quienes la han estudiado, para dar una explicación acerca del cómo y del porqué de las diferentes maneras de cómo se comporta cada individuo a causa de varios factores ambientales, biológicos y sociales.

La personalidad mirada desde el enfoque psicológico, ha tenido varias modificaciones. Es así que, Montañó, Palacios & Gantiva (2009) toman como referencia los aportes realizado por Leal & Vidales en el año 1997, determinando que la personalidad puede ser vista desde tres miradas diferentes: a) conjunto de hábitos y determinantes físicos que inciden en el ámbito social del individuo de forma efectiva; b) respuesta habitual del resultado que se produce entre la interacción de los impulsos internos del individuo con las demandas del medio; y c) sistema integro de actitudes y tendencias de comportamientos y conductas tradicionales, que se articulan a las tipología del ambiente.

Szerman, Peris & Balaguer (2010) realizan un recorrido sobre el abordaje de la personalidad, iniciando por Allport quién realizó una descripción de este término, desde lo abstracto pasando a lo coloquial y terminando como la técnica más empleada por profesionales del área de salud mental. Adicionalmente, estipulan que Michael Stone, explica la etiología de esta palabra, remontándose a los anfiteatros griegos y romanos, donde los actores de esta época era difícil que se hicieran oír, de ahí surgen la idea de colocar un pequeño megáfono tras la abertura de la boca de las máscaras que llevaban por (per-) el cual el sonido (sona) podía ser magnificado.

A partir del siglo XIX, cuando se enmarcó mayor importancia al desarrollo del concepto de personalidad. Se empieza a describir como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, permitiendo acceder a su adaptación dentro del ambiente. Esta conceptualización se sustenta a través del enfoque biológico, histórico y del aprendizaje; determinando una base de la personalidad formada por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (prevalencia de ansiedad) y psicoticismo (patrón de conductas desajustadas) (Eysenck, 1947)

Con estos aspectos propuestos, el mismo autor investiga las teorías del temperamento, explicando las dimensiones de personalidad establecidas: introversión en oposición a la extroversión; y emocionalidad en oposición a la estabilidad. La primera, tiende a variar en cada individuo, desarrollando cómo características peculiares ser más amistoso, impulsivo y extrovertidos, mientras también se puede observar un polo opuesto, donde predomina otras características como ser más reservado, callado y tímido.

El resultado de la relación: emocionalidad en oposición a la estabilidad, hace referencia al proceso de adaptación que tiene un individuo al ambiente, por su capacidad y a la permanencia de esta conducta a lo largo del tiempo. Generalmente, existe variación referente a las personas, en esta dimensión existen dos extremos: cuando las personas mantienen un desequilibrio emocional, inestabilidad y son propensas a exaltarse con facilidad, o presentan alto índice de ansiedad, malhumor e intranquilidad; y el otro, las personas tienen un equilibrio emocional, son calmadas, confiadas y despreocupadas.

Cuando hablamos de psicotismo estábamos englobando a aquellas personas que pierden o no tienen la presencia del principio de realidad, se genera una incertidumbre al no tener la capacidad de diferenciar cuando un acontecimiento es real o imaginario (Eysenck, 1947)

La personalidad, entonces, abarca la regularidad y consistencia en la conducta y las formas de experiencia de cada individuo. Muchos autores no la catalogan solo como una agrupación de rasgos, sino que revelan la importancia de su naturaleza integrada y organizada.

2.4.2. Rasgos de Personalidad

Los estudios sobre rasgos de personalidad a partir del siglo XX empiezan a tener mayor incidencia, Arango (2015) en su artículo de investigación cita a Amigó (2005) quien define dentro el ámbito social la perspectiva de rasgos de personalidad, como las manifestaciones de las consistencias del ser humano en su forma de actuar, permitiendo la diferenciación de varios matices y las diversas formas de comportarse de cada ser humano; proyectando el sentido original de la diferencia entre las personas, que lo determinan los factores internos de cada una.

El mismo autor plantea dos conceptos claves de personalidad: rasgos y personalidad. Al hablar de rasgos se estipula a las actitudes que son aprendidas y se van moldeando a lo largo del tiempo; mientras, la personalidad engloba las características esenciales de los pensamientos y sentimientos, la interacción de estos dos parámetros permitirá la construcción de la identidad y el desarrollo de habilidades para lograr la interacción con el otro.

Por otro lado, Feldam (2006) realiza una conceptualización dinámica de rasgos, donde cada individuo tiene un grado medible que se instaura en una persona particular, es decir, la capacidad de ser una persona más sociable que otra, pero ambos tienen la peculiaridad de la sociabilidad, uno lo desarrollará más a diferencia de otro. Varios autores plantean que no existe una definición exacta que permita explicar de forma concreta los rasgos de personalidad, pero concluyen que a través de una serie de preguntas se puede comprender a cada persona y englobarlo según su conducta. Por lo tanto la personalidad se determina

según el tipo de actitud que se desarrollará para lograr un desenvolvimiento con el resto de personas o claramente en el contexto que se instaure el individuo.

2.4.3. Teoría de los rasgos

Posterior para analizar la personalidad se debe desglosar en dos aspectos: rasgos y personalidad; surge la importancia de compartir la iniciativa de Montañó, Palacios y Gativa (2009) al definir e incorporar la teoría de los rasgos. El concepto está orientado a determinar que son características individuales como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores. Esto logrará que cada persona tenga una característica individual diferenciándose del otro.

Uno de los personajes más simbólicos que han argumentado esta teoría es Raymond Cattell (Aiken, 2003), quien agrupa y describe cuatro formas de clasificación de los rasgos: a) comunes, permiten marcar una diferencia con las otras personas; b) superficiales, aquellos que se pueden observar fácilmente, frente a fuentes, que solo pueden ser manifestados a través de un análisis factorial; c) constitucionales, argumentados por la parte hereditaria, frente a los moldeados por el ambiente, que se ajustan por la necesidad del ambiente; y d) los dinámicos, ocasionan motivación e incentivación para lograr un objetivo, con habilidad, la capacidad que se tiene para desarrollarlo, frente a temperamento, el desglose de aspectos emocionales que se instauran durante el proceso de logro

2.4.4. Personalidad y consumo de sustancias

Existen varias investigaciones que intentan determinar los vínculos existentes entre la personalidad y el uso de drogas. Una de las teorías que pretenden explicar esta relación es la psicológica, donde se establece que hay factores que argumentan esta idea, como baja autoestima, mayor ansiedad y menor capacidad de control en adolescentes consumidores. A pesar del intento de varios investigadores, actualmente aún no se puede determinar y demostrar la existencia de una personalidad adictiva o perfil específico relacionado con las conductas de adicción.

Por medio de la observación clínica se observa que algunos patrones de conductas individuales e indicadores de vulnerabilidad, pueden ser predisponente para una conducta adictiva:: “la inmadurez, la dependencia de su familia e iguales, no asunción de responsabilidades, inseguridad, baja confianza en sus capacidades, alto grado de paranoidismo, falta de motivación e iniciativa, conducta extraña, aislamiento de la familia, escasa o nula comunicación, inestabilidad e irritabilidad emocional, baja resistencia a la frustración” (Fantin, 2006, pág 3)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-, estipula que los rasgos de personalidad son patrones persistentes de percibir, pensar, y relacionarse con los demás. Existen ciertas características individuales y factores de vulnerabilidad que pueden

facilitar o predisponer al consumo. Aún no se tiene claro cuál es la asociación de estos indicadores, pero se ha demostrado en varias investigaciones la probabilidad del consumo en sujetos con rasgos de personalidad determinados, por ejemplo, en adolescentes prevalecen los niveles de elevada búsqueda de sensaciones. Otros factores, como la impulsividad, la necesidad de buscar nuevas sensaciones, determinar un autoconcepto y el predominio de la conducta antisocial, permitirán prever el consumo de forma inmediata (American Psychiatric Association, 2014)

Algunas investigaciones refieren que los adolescentes tienen características de personalidad peculiares, con un predominio de relación agresiva con el resto, parámetros altos de irresponsabilidad e impulsividad, además de ser indiferentes a las necesidades de los demás, evidenciando rebeldía y dificultad en las relaciones sobre todo en el ámbito familiar. En los jóvenes, con consumo problemático de sustancias psicoactivas se puede identificar dominio de miedos sociales y la fobia social, acompañada de impulsividad, disrupción y agresión, que son pronóstico del consumo de alcohol y tabaco (Fantin, 2006)

Las investigaciones evidencian la relevancia de la personalidad patológica en la incidencia del inicio de consumo de sustancias, exponiendo: “a) Estudios que muestran alta comorbilidad entre ciertos TP y los TCS. b) Estudios longitudinales que destacan cómo ciertas características de personalidad predicen la aparición posterior del consumo de sustancias y problemas adictivos. c) Estudios retrospectivos que muestran que en un número destacado de casos la psicopatología precede a los TCS” (Szerman, 2010, pág. 5)

El mismo autor expone la distinción de tres vías que pueden conducir a la adicción, donde los factores de personalidad juegan un rol importante dentro del desarrollo de la etiología:

La vía de la desinhibición conductual: Determina que las personas que tengan una puntuación alta en rasgos de conducta antisocial e impulsividad y bajo en reserva o evitación del daño, son más propensas a iniciar con las conductas del consumo de sustancias. A través de esta vía, se determina una relación con el trastorno antisocial y en ocasiones con el trastorno borderline, y las sustancias más relacionadas con el consumo son la cocaína y anfetaminas.

La vía de la reducción del estrés: Se prevé que aquellos individuos que mantienen una puntuación alta en reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo son sensibles a estar afectados por situaciones estresantes, donde responderán con ansiedad y labilidad emocional, detonando por estos factores el consumo de sustancia, con el objetivo de calmar los síntomas. Esta vía destacaría en la comorbilidad de los Trastornos de Personalidad evitativo, dependiente, esquizotípico y borderline. Las sustancias psicoactivas que prevalecen en esta vía son alcohol, tabaco, heroína y benzodiacepinas.

La vía de la sensibilidad a la recompensa: Se estima que dentro de esta vía están individuos con alta puntuación en búsqueda de novedades, búsqueda de recompensa, extraversión y gregarismo, denotan el consumo como efecto reforzante para conducir los rasgos antes mencionado. Prevala la comorbilidad con los trastornos de personalidad histriónica y narcisista, siendo la cocaína u otras sustancias estimulantes que se consumen en esta situación.

Sher & Trull (2002) resumieron tres hipótesis sobre la comorbilidad entre TP y TCS:

- TCS y TP están causados por una influencia común
- Los TP causan TCS.
- Los TCS causan los TP.

Plantean que quizá es posible que los tres modelos sean ciertos en distintos grados, aunque resulta difícil argumentar el tercero, siendo más probable que los efectos agudos de la intoxicación, las consecuencias psicosociales del consumo de sustancias y los cambios neurofarmacológicos que produciría la dependencia física podrían exacerbar la sintomatología de los TP y contribuir a su cronicidad, al tiempo que esa sintomatología agravada podría dar lugar a mayor alteración del control de impulsos e inestabilidad afectiva, lo que provocaría a su vez una dependencia más severa.

2.4.5. Modelo Categorical vs Modelo Dimensional

Las actuales categorías diagnósticas se orientan a la tradición psiquiátrica, y presentan problemas que no pueden resolverse dentro del sistema categórico (Widiger & Samuel, 2009). Por ejemplo, la verdadera naturaleza de los rasgos de personalidad ha resultado ser continua (Haslam, Holland & Kuppens, 2012) y la diferencia entre personalidad normal y trastornada puramente cuantitativa.

El mismo TP Límite es una amalgama de rasgos que no se relacionan especialmente entre sí, inestabilidad afectiva, impulsividad, vinculación insegura, psicosis transitoria, y que son comunes a otros trastornos, como la impulsividad en el antisocial o la vinculación insegura en histriónicos o dependientes. Los resultados son frecuentes solapamientos y diagnósticos múltiples (Widiger & Trull, 2007; Krueger et al., 2011), que obstaculizan el avance del conocimiento sobre los TP.

La propuesta de los análisis dimensionales, suponen una gran diferencia frente al establecimiento de categorías, porque deja a un lado la categorización y el establecimiento de diagnósticos múltiples, y pasa a dar importancia a los rasgos y las interrelaciones que pueden existir. En conjunto, incrementan la fiabilidad en un 15 % y la validez en un 37 % (Markon, Chmielewski & Miller, 2011; Morey et al., 2012).

Tras una extensa revisión de la literatura, o no tan extensa según otros (Widiger, 2013), el Grupo de Trabajo del DSM-5 propuso un modelo de 25 facetas (rasgos) de personalidad

agrupados en 5 dominios (dimensiones de orden superior). Aunque todos estos modelos difieren entre sí en cuanto al número y la naturaleza de sus variables, por ejemplo, incluyen o no una dimensión de Psicoticismo, o consideran la Compulsividad y la Impulsividad como dimensiones opuestas o como independientes, las diferencias son superficiales: todos ellos pueden integrarse en una estructura jerárquica común a la que el modelo DSM-5 es una aproximación plausible (Markon, Krueger & Watson, 2005).

2.4.6. Rasgos de personalidad y principales sustancias de consumo

Las investigaciones sobre rasgos característicos de personalidad y el consumo de sustancias, se están desarrollando de forma relevante, por el elevado interés que ha surgido para revisar esta relación. Fernández (2015) en su investigación presentó los hallazgos generales sobre la personalidad asociado a los principales tipos de sustancias:

Cannabis: estudios evidencian el predominio de personas con una elevada extraversión y amplia apertura a la experiencia, índices de impulsividad elevados, necesidad de indagar sensaciones y rasgos esquizotípicos comparando con los no consumidores. Este último es indicador de riesgo, porque puede denotar psicosis.

Existe también variación por la temporalidad del consumo, lo que mantiene un consumo por un período no extenso son más extrovertidos y neuróticos, diferenciando aquellos que han sostenido por un largo periodo que se muestran con mayor introversión y a nivel emocional estable.

Cocaína: Prevalencia de un mayor neuroticismo, ansiedad, impulsividad y búsqueda de sensaciones. Es frecuente encontrar que el desarrollo de trastorno límite de la personalidad, antisocial, evitativo y esquizoide.

Opiáceos: Indica alto neuroticismo, elevada extraversión y aumento de psicoticismo, orientado a una mayor prevalencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

Alcohol: Predomina rasgos de alta impulsividad, desinhibición y neuroticismo en los consumidores. Los indicadores que conducen a la impulsividad son la inhibición conductual y el mantenimiento del consumo problemático de alcohol.

De forma general, estudios han demostrado la incidencia de determinados rasgos de personalidad en el consumo de sustancias, caracterizado principalmente por altos parámetros de búsqueda de sensaciones; está implicado experimentar sensaciones nuevas y la probabilidad de tener riesgos. Fernández (2015) plantea la existencia de tres perspectivas que permite explicar la búsqueda de sensaciones en el consumo de sustancias:

Perspectiva Fisiológica: Las estructuras del sistema neuronal que intervienen en el efecto de recompensa, son compartidas entre las mismas variables.

Perspectiva Psicológica: Se produce emociones intensas por el riesgo originado al consumir la sustancia, por lo tanto, surge la atracción para buscar las sensaciones.

Perspectiva Social: Un rasgo interpersonal es la conceptualización que da la perspectiva social, donde se establece una interacción con las influencias sociales de forma reforzante y recíproco, produciendo minimización de los efectos negativos que se origina del consumo.

3. Método

3.1. Enfoque, alcance y diseño

El trabajo clasifica como estudio observacional analítico de casos y controles. En este se realizó la caracterización del trastorno por consumo de sustancia y su relación con variables sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad.

La investigación se desarrolla en el periodo comprendido entre los meses de enero a junio del 2019, tomando como muestra a los pacientes que ingresaron en este periodo en algunas de las Clínicas de Rehabilitación en la provincia de Manabí, Ecuador.

Para alcanzar los objetivos previstos se diseñó un protocolo que asume los beneficios que ofrece la vinculación de los enfoques cuantitativo y cualitativo de investigación, así como la triangulación de datos para la complementación de la información y el alcance de los objetivos previstos.

3.2. Hipótesis y variables

3.2.1. Hipótesis

Los trastornos por consumo de sustancia se relacionan con un conjunto de características sociodemográficas y rasgos de personalidad, característicos en pacientes residentes de clínicas de rehabilitación.

3.2.2. Variables

Para el estudio se planteó la incorporación de cuatro variables generales: trastorno por consumo de sustancias, características sociodemográficas, características clínicas del consumo y rasgos de personalidad, que sirvieron de base para enmarcar el proceso investigativo que se desarrolló.

Variable: *Trastorno por consumo de sustancia:* Los trastornos por consumo de sustancias están caracterizados por la agrupación de sintomatología cognitiva, comportamental y fisiológica, que se produce por el consumo recurrente de sustancias a pesar de los problemas significativos originados por las mismas. Los principales criterios de diagnóstico corresponden a la abstinencia y dependencia. Las cateogrías correspondientes a esta variable se orientan al establecimiento de presencia o ausencia del trastorno por consumo de sustancia, se detalla a continuación:

- **Si:** Hace referencia al trastorno por consumo de sustancias, acompañado por síntomas que interfieren en varios ámbitos del sujeto. Se toma como referencia aquellos pacientes ingresados en las clínicas de rehabilitación con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia bajo codificación CIE-10 y DSM 5.
- **No:** Aquellos que no se encuentran internados en las clínicas de rehabilitación y no tienen consumo problemático de sustancias.

Variable: Características socio-demográficas: Las características sociodemográficas engloban rasgos relevantes de las personas. Se establece como indicadores de esta variable a la edad, nivel de estudio, estado civil, cantidad de hijos y relación ocupacional. A continuación se detallan con las categorías asignadas a cada uno de ellos:

Edad: Edad cronológica, últimos años cumplidos. Para ello se han definido los siguientes grupos de edades:

- <20 años
- 20 –29 años
- 30-39 años
- 40-49 años
- 50-59 años

Nivel de estudio: Se ubicará el nivel de estudios de la población referente al número de años académicos cursados. Se consideran los que se detallan a continuación:

- **Primaria:** Aquellos pacientes que cursan o culminaron sus estudios primarios. Oscilan entre 1 a 7 años de estudios.
- **Secundaria:** Pacientes que cursan o culminaron sus estudios secundarios y mantienen 8 a 13 años de estudios.
- **Pregrado:** Pacientes que indicaron estar en proceso o quienes culminaron estudios en una institución superior, sus años de estudios oscilan entre 14 a 18 años.
- **Posgrado:** Pacientes que mantienen o finalizaron estudios de cuarto nivel, sus años de estudios corresponden a más de 18 años.

Estado Civil: Se ubicará el estado civil indicado por la persona, se consideran las que se describen a continuación:

- **Con pareja estable:** Se consideró a los pacientes que refirieron mantener un vínculo sentimental por varios años.

- **Sin pareja estable:** Aquellos pacientes que manifestaron tener vínculo sentimental pero con variabilidad de pareja, y no mantener una relación estable

Cantidad de hijos: Refiere al número de hijos que tiene los pacientes investigados, para ellos se definieron los siguientes grupos:

- **0 hijos:** Se consideró a los pacientes que reportan no tener hijos
- **1-2 hijos:** Se consideró pacientes que manifiesta tener uno o dos hijos.
- **3 o más hijos:** Se consideró a los pacientes que manifiesta tener 3 o más hijos

Relación Ocupacional: Se ubicó la relación laboral a la que se dedica, considerando los términos del tiempo destinado a la actividad. Se consideró los que se describen a continuación:

- **Vinculado a tiempo completo:** Se consideró a los pacientes que manifestaron tener ocupación laboral; sea formal, informal o indirecta, con un rango de trabajo de 8 horas.
- **Vinculado, a tiempo parcial:** Pacientes que indicaron tener ocupación laboral; sea formal, informal o indirecta, con un rango de trabajo inferior a 8 horas.
- **No vinculado:** Se consideró a los pacientes que no tuvieron ninguna ocupación laboral; sea formal, informal o indirecta.

Variable: *Principales características clínicas del consumo.* Se determinó como indicadores: la necesidad subjetiva de la sustancia, alteración de capacidad de abstinencia, alteración de la capacidad de detener el consumo, la tolerancia y el fracaso en desempeñar las principales obligaciones inherentes al rol social; estas características se han establecido de forma pertinente, para considerar la magnitud y severidad del consumo.

Necesidad subjetiva de la sustancia: Se consideró a la preocupación persistente y deseo intenso por la sustancia, detonando que el paciente se sienta incómodo en lugares donde no tiene acceso ni disponibilidad de la sustancia. Para ello se han definido las siguientes categorías:

- **Ausente:** No refiere la necesidad, ni se evidencia indicadores que muestren tal necesidad subjetiva del consumo de la sustancia.
- **Presente:** Muestra indicadores de la necesidad subjetiva de consumo mediante la intranquilidad, irritabilidad o modificaciones en el estado del humor, así como la preocupación por esta situación.

Alteración de capacidad de abstinencia: Cuando el paciente ha mantenido incapacidad referida o mostrada para controlar el consumo de la sustancia, a pesar de

presentar afectaciones somáticas o en el orden de salud mental. Se evaluó las siguientes categorías:

- **Ausente:** Paciente tiene la capacidad de controlar el consumo según se lo proponga, con o sin ayuda terapéutica.
- **Presente:** Persiste la incapacidad de controlar el consumo en este tiempo, con o sin ayuda terapéutica.

Alteración de la capacidad de controlar el consumo: Evidencia que una vez iniciado el consumo, el paciente no tiene la capacidad de poder controlar el mismo. Para ello se consideró las siguientes categorías:

- **Ausente:** No presenta dificultades para controlarse tras iniciar el consumo de sustancia.
- **Presente:** Alteración seria de la capacidad de control. Consume de forma desproporcionada en forma de intoxicaciones significativas.

Fracaso en desempeñar las principales obligaciones inherentes al rol social: Hace referencia a la reducción de importantes actividades personales, sociales y laborales; y deja de cumplir sus obligaciones y responsabilidades. Se consideró los siguientes aspectos:

- **Ausente:** No presenta dificultad en este sentido.
- **Presente:** Descuido en algunas, la mayoría y la totalidad de las obligaciones como consecuencia del consumo de la sustancia.

Tolerancia: Se produce cuando el paciente en respuesta a la necesidad, incrementa notablemente las cantidades de la sustancias, con el objetivo de que se produzca el efecto deseado o intoxicación; o en su defecto, contrarrestar la sintomatología que se produce por el continuado consumo la misma cantidad de la sustancia. Las categorías consideradas en este indicador son:

- **Ausente:** Cuando no se identifique en el paciente la existencia de necesidad aumentar la sustancia para lograr los efectos que se producían al inicio del consumo.
- **Presente:** El paciente tiene la necesidad de aumentar el consumo de sustancia para conseguir los efectos que se dieron al inicio. En este caso el paciente puede tolerar al menos un 50% más que anteriormente.

Variable: Rasgos de personalidad: Según Esbec (2011) los rasgos de personalidad son indicadores que están de forma persistente para percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, que se manifiestan en una extensa gama de contextos sociales y personales.

En algunos estudios, los investigadores prefieren emplear una aproximación dimensional más que categorial. Ello tiene la ventaja de que todos los sujetos evaluados con el cuestionario tendrán una puntuación de un rasgo clave para cada uno de los principales grupos de personalidad, y esto puede ser muy útil en sus estudios que buscan rasgos y características personalidad más que tipos específicos de trastornos de la personalidad (Peralta, Cuesta & Caro, 1993).

Se ha hecho coincidir con los criterios que establece el instrumento Cuestionario de Evaluación de Personalidad (PAS), para ello se considerado los siguientes:

- **Sociopática:** Se consideró sociópata a los pacientes que al ser evaluados muestren valores significativos en las puntuaciones de las variables: irritabilidad, impulsividad, agresividad, insensibilidad e irresponsabilidad.
- **Pasivo-dependiente:** Se consideró pasivo-dependiente a los pacientes que al ser evaluados muestren valores significativos en las puntuaciones de las variables: ansiedad, vulnerabilidad, inmadurez, falta de recursos y dependencia.
- **Anancástica:** Se consideró anancástica a los pacientes que al ser evaluados muestren valores significativos en las puntuaciones de las variables: introspección/introversión, susceptibilidad, obsesividad, rigidez y hipocondrias.
- **Esquizoide:** Se consideró esquizoide a los pacientes que al ser evaluados muestren valores significativos en las puntuaciones de las variables: suspicacia, introspección/introversión, timidez, insociabilidad y excentricidad.

3.3. Población y muestra

La muestra estuvo comprendida por un total de 200 personas distribuidas en dos grupos: 1) *grupo caso*, 100 pacientes residentes de las Clínicas de Rehabilitación de la Provincia de Manabí con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias valorados por varios métodos diagnósticos y profesionales de la salud. Y, 2) *grupo control*, 100 personas que no tiene consumo problemático de sustancia, comparados en pares por edad, sexo y zona de residencia.

A continuación, se relacionan los criterios de inclusión, exclusión y salida que se establecieron para formar parte de la muestra del estudio.

3.3.1. Criterios de inclusión utilizados para la selección de participantes

Casos:

1. Pacientes que ingresaron en Clínicas de Rehabilitación de la provincia Manabí con criterios diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas, que no presenten deterioro cognitivo significativo que limitara participar en la investigación.
2. Pacientes mayores a 18 años
3. Acceder a participar en la investigación, a partir del consentimiento informado (anexo 1).
4. Pacientes que ingresen en Clínicas de Rehabilitación de la provincia Manabí con criterios diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas y que no presenten enfermedad somática.

Controles:

1. Personas que no presentan consumo problemático de sustancias ni han estado internos en ninguna clínicas de rehabilitación provincia Manabí.
2. Mayores a 18 años
3. Acceder a participar en la investigación, a partir del consentimiento informado (anexo 1).
4. Personas que no presenten deterioro cognitivo ni enfermedad somática.

3.3.2. Criterios de exclusión utilizados para la selección de los participantes:

Casos:

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes que no accedan a participar en la investigación a partir del consentimiento informado.
3. Pacientes con historia de alteraciones neurológicas, trauma craneal o neurocirugía, epilepsia, tumoraciones o enfermedades neurodegenerativas.

Controles:

1. Menores de 18 años.
2. Personas que no accedan a participar en la investigación a partir del consentimiento informado.
3. Personas con historia de alteraciones neurológicas, trauma craneal o neurocirugía, epilepsia, tumoraciones o enfermedades neurodegenerativas.

3.3.3. Criterios de salida utilizados para la selección de los participantes:

Casos:

1. Pacientes que manifestaran su deseo de abandonar el estudio.
2. Pacientes que no completaran todas las sesiones de evaluación.

Controles:

1. Personas que manifestaran su deseo de abandonar el estudio.
2. Personas que no completaran todas las sesiones de evaluación.

3.4. Técnicas de recogida de información

3.4.1. Revisión de la Historia Clínica: Permitió el registro de las características sociodemográficas, los diagnósticos clínicos y psicopatológicos de los participantes durante todas las etapas de la investigación. (Anexo 2)

3.4.2. Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) (OMS, 1994).

Objetivo: Definir los perfiles de consumo en los pacientes, evaluación de la edad de inicio del consumo, el tiempo de consumo, la severidad de la dependencia, la necesidad subjetiva de consumo, la alteración en la capacidad de control (abstenerse-detener del consumo), la tolerancia, el fracaso en el desempeño de sus obligaciones inherentes al rol, conductas de riesgo, estrechamiento del patrón de consumo y síntomas de privación. A través, de este instrumento se pudo corresponder a especificar las variables clínicas del consumo de la población estudiada en la presente investigación.

Descripción: El Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) (anexo 3) es el resultado de una investigación de 30 años de duración, tiene como referente a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10). Está compuesto por un grupo de instrumentos orientados a analizar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a las principales alteraciones psiquiátricas de la edad adulta, siendo de las pruebas más empleadas en psiquiatría. Desde su aparición ha transitado por diferentes versiones. La versión 1 estuvo vigente desde 1982 hasta 1992; en este último año se presentó la versión 2, que sería empleadas hasta 1994; remplazada esta última por la versión 2.1.

Está compuesto internamente por 4 secciones. La primera parte se encuentra la décima edición del Present State Examination (PSE10), en la segunda parte está presente el Glosario de Definiciones Diferenciales (Glossary of Differential Definitions), en la tercera Lista de Comprobación de Grupos de Items (Item Group Checklist -IGC-) y por último el Cuestionario de la Historia Clínica (Clinical History Schedule -CHS-).

De acuerdo a su composición el SCAN se divide en dos partes principales. Una de ellas está dirigida a determinar la presencia de trastornos somatomorfos, de ansiedad, disociativos, depresivos y bipolares; así como el consumo de alcohol y otras sustancias. En un segundo momento se pesquisan los trastornos de naturaleza psicótica, los afectivos y la conducta general. Para su análisis se emplean algoritmos informáticos que procesan los datos obtenidos tras la aplicación de la prueba, empleándose para ello hojas de codificación o en su lugar puede emplearse el programa informático que contiene el SCAN. El SCAN ha demostrado ser un instrumento de evaluación psicopatológica fiable y aplicable transculturalmente. En nuestro continente ha sido validado en Cuba, Argentina, y México.

La sección que se utiliza para la presente investigación corresponde a la 11 y 12, donde se realiza la valoración de las características asociadas al consumo de alcohol y a otras sustancias psicotrópicas.

3.4.3. Cuestionario de Evaluación de la Personalidad. PAS (Versión Española) (Peralta, Cuesta y Caro, 1993)

Objetivo: Definir los rasgos y trastornos de personalidad de los pacientes, mediante la entrevista con el sujeto e informante

Descripción: Este cuestionario fue diseñado para formalizar la evaluación de la personalidad, pudiendo ser aplicado a cualquier sujeto independientemente de su estatus psiquiátrico. La forma de empleo del cuestionario dependerá del estado actual del paciente cuya previa evaluación es necesaria para la aplicación del PAS. Se recomienda el empleo del PSE o del SCID para la evaluación del trastorno mental, pero si ello no es posible, se deberá obtener suficiente información de la historia y de la exploración clínica al objeto a recoger cualquier problema psiquiátrico, el cual debería ser recogido en la hoja de puntuación. Si esto no se hace, se corre el riesgo de que la evaluación de personalidad sea contaminada por el estado mental. El PAS evalúa 24 variables de personalidad. Cada una de ellas pueden ser exploradas mediante una entrevista con el sujeto y/o un informante.

La entrevista con el informante es deseable en todos los casos. La entrevista con el sujeto no es necesaria si es incapaz de dar respuestas coherentes a las preguntas debido a la presencia de importantes trastornos psicopatológicos. La entrevista con el informante se realiza cuando ha habido un importante cambio cualitativo en la personalidad del sujeto de forma que la información sobre su propia personalidad previa es improbable que sea fiable, el sujeto manifiesta importantes alteraciones mnésicas (sean estas de naturaleza orgánica o psicológica), y es incapaz de evocar aspectos de su estado premórbido. Si no es posible entrevistar a un informante, se pueden considerar otras fuentes de información (médico general, trabajador/a social, etc.), siempre y cuando la información proporcionada sea

válida. Si se dispone de varios informantes, la puntuación final será la proporcionada por aquellos que proporcionen la información más fiable.

Como se indicó anteriormente, el instrumento está compuesto por 24 variables, con las que se puede obtener resultado 13 rasgos de personalidad; para el trabajo se han considerado 4: Sociopática; Pasivo-dependiente; Anancástica; Esquizoide

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis

Para dar salida a los objetivos planteados se construyeron Tablas de Contingencias que fueron analizadas a través de sus medidas descriptivas de frecuencias absolutas y relativas. Además, se aplicaron técnicas de la inferencia estadística para el Análisis de Tablas de Contingencia Tradicional o específico según el tipo de variables. Así, cuando se trataba de dos variables categóricas se empleó la Prueba χ^2 de Homogeneidad, si una variable era ordinal y la otra dicotómica, la Prueba de Bartholomew, si una era dicotómica y la otra politómica, la Razón de Verosimilitud, y en caso de una continua y otra dicotómica, la χ^2 para la Regresión. En todas las pruebas se empleó un nivel de significación del 5% (Fliess, 1981).

La captura de los datos se realizó por la autora y un colega, de manera cruzada para garantizar la calidad del dato introducido a la base de datos. Previo al procesamiento de los datos se realizó análisis exploratorio de datos, con vistas a detectar errores u omisiones, y su respectiva subsanación. Para el procesamiento de los datos, se utilizaron los paquetes de programas SPSS versión 25 y Epidat 3.1. La información se presenta en tablas estadísticas.

3.6. Procedimientos:

El trabajo fue realizado en tres fases: planificación, intervención y análisis de resultados. El procedimiento dentro del grupo caso y control fue similar, con la variación que al grupo de casos se debió solicitar la autorización de ingreso a las clínicas de rehabilitación. Posterior, antes de iniciar la fase de intervención, se aplicó el consentimiento informado a ambos grupos.

En la fase de intervención en ambos casos se realizó en tres fases con una duración que osciló entre 30 a 45 minutos por sesión:

- a) Entrevista inicial con las personas investigadas para la indagación a través de la historia clínica, datos generales orientándose a la obtención de los resultados sociodemográficos

- b) En la segunda parte, se aplicó el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, para definir las características clínicas asociadas al consumo de sustancia
- c) En la tercera parte, se administró el Cuestionario de Evaluación de Personalidad (PAS) para indagar los rasgos de personalidad que tipifican a los pacientes investigados.

3.7. Ética

Durante el proceso de investigación, se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica en sujetos humanos. Desde esta perspectiva, la investigación incluye los principios éticos que aparecen en la Declaración de Helsinki (2015).

Se solicitó la aprobación institucional para la realización del proyecto en para los pacientes del grupo caso, que se encontraba internado en las clínicas de rehabilitación; y el consentimiento informado a los participantes tanto en los casos y controles. A todas se les comunicó el objetivo del trabajo, la ausencia de riesgo a la salud de los procedimientos empleados en el estudio y que tenían el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento, sin consecuencia alguna para ellas.

4. Resultados y discusión

La presentación, análisis y la discusión de los resultados de este estudio se realizan siguiendo la siguiente lógica: en un primer momento, se presenta un análisis integrador (cuantitativo) para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación; y, en una segunda parte la discusión crítica de los resultados encontrados en referencia a planteamientos investigativos.

4.1. Resultados

En esta sección se analizan los resultados del estudio en el orden de los objetivos, estos se exponen en tablas estadísticas distribuidas de la siguiente manera: 1 a la 3 correspondencia al primer objetivo (características sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad), el segundo objetivo (la relación entre características sociodemográficas y trastornos por consumo de sustancia) y la salida al tercer objetivo (la relación entre rasgos de personalidad y trastornos por consumo de sustancia).

4.1.1. Analizar las características sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad

La distribución de las personas investigadas según las variables sociodemográficas, clínicas vinculadas al consumo y rasgos de personalidad se presenta en las tablas 1 a la 3.

En relación a las principales características socio-demográficas encontramos los indicadores de edad, escolaridad, estado civil, cantidad de hijos y ocupación. Los casos estudiados (200 personas) (N=200) 100%, se destaca que está constituida por hombres en su totalidad, distribuidos en N=100 grupo control y N=100 grupo casos.

Tabla 1 Distribución personas investigadas según variables sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Trastorno por consumo de sustancia				Total	
	Casos		Controles			
	N	%	N	%	N	%
Edad						
<20	36	36,0	20	20,0	56	28,0
20-29	52	52,0	53	53,0	105	52,5
30-39	5	5,0	18	18,0	23	11,5
40-49	3	3,0	8	8,0	11	5,5
50-59	4	4,0	1	1,0	5	2,5
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Escolaridad						
Primaria	5	5,0	0	0,0	5	2,5
Secundaria	80	80,0	61	61,0	141	70,5
Pregrado	15	15,0	30	30,0	45	22,5
Posgrado	0	0,0	9	9,0	9	4,5
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Estado civil						
Con pareja estable	18	18,0	22	22,0	40	20,0
Sin pareja estable	82	82,0	78	78,0	160	80,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Cantidad de hijos						
0	86	86,0	55	55,0	141	70,5
1-2	11	11,0	36	36,0	47	23,5
3 o más	3	3,0	9	9,0	12	6,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Ocupación						
Vinculado a tiempo completo	15	15,0	52	52,0	67	33,5
Vinculado a tiempo parcial	7	7,0	20	20,0	27	13,5
No vinculado	78	78,0	28	28,0	106	53,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00

Así, en la tabla 1 se evidencia las frecuencias y porcentajes de personas en función de la edad y la presencia o no de un Trastorno por consumo de sustancia. Tal y como se puede observar, existe un predominio del grupo de adultos jóvenes (20 -29 años) constituyendo el 52%; seguido por los menores de 20 años (36%). De forma análoga, en el grupo controles, el grupo de 20-29 años también estaba comprendido por el 53% de la muestra, seguido de los menores de 20 años con un 20% (Tabla 1)

Posterior, se muestra la función del nivel de escolaridad distribuido en frecuencias y porcentaje. En el grupo casos, predominó la secundaria con el 80%; seguido por estudios de pregrado atribuyéndosele un 15%. Mientras, en el grupo controles se puede observar la prevalencia del grupo secundaria con el 61%, seguida por el grupo de pregrado con 30%.(Tabla 1).

En relación con el estado civil, se aprecian distribuciones similares entre ambos grupos, así, en la mayoría de los estudiados predominaron la condición sin pareja estable, siendo el 82% para el grupo de casos y el 78% para el grupo controles (Tabla 1).

De acuerdo, a la cantidad de hijos de las personas investigadas y la presencia o no del trastorno por consumo de sustancias. Se notó que, en el grupo casos hubo predominio de no tenencia de hijos, con el 86% y, que también prevaleció esta categoría en el grupo controles, pero con un menor aporte relativo (55%) y diferencia porcentual del 31%, a favor de los que pertenecían al grupo de casos (Tabla 1).

Finalmente, se evidencia las frecuencias y los porcentajes de las personas en función de la ocupación y la presencia o no de trastorno por consumo de sustancia. Se muestra, que en el grupo casos hubo un predominio de personas no vinculadas laboralmente con el 78%, en tanto que, en el grupo controles existió prevalencia del vínculo a tiempo completo con el 52% y se observa un porcentaje inferior en la dimensión no vinculado con un 28%. (Tabla 1).

Tabla 2 Distribución personas investigadas según variables clínicas vinculadas al consumo

Características vinculadas al consumo	Trastorno por consumo de sustancia				Total	
	Casos		Controles			
	N	%	N	%	N	%
Necesidad Subjetiva						
Presente	100	100,0	9	9,0	109	54,5
Ausente	0	0,0	91	91,0	91	45,5
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Alteración de la capacidad de controlar consumo						
Presente	100	100,0	6	6,0	106	53,0
Ausente	0	0,0	94	94,0	94	47,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Fracaso a desempeñar roles sociales						
Presente	95	95,0	3	3,0	98	49,0
Ausente	5	5,0	97	97,0	102	51,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Tolerancia						
0	100	100,0	5	5,0	105	52,5
1-2	0	0,0	95	95,0	95	47,5
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Alteración de la capacidad de abstenerse						
Presente	100	100,0	6	6,0	106	53,0
Ausente	0	0,0	94	94,0	94	47,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00

Así, en la tabla 2, se muestra las variables características clínicas del consumo y los trastornos por consumo de sustancias. Abarcando las categorías necesidad subjetiva, alteración de la capacidad de controlar el consumo, fracaso a desempeñar roles sociales, tolerancia y alteración a la capacidad de abstenerse.

Referente a la necesidad subjetiva se aprecia que la totalidad de los casos, 100%, mantienen necesidad subjetiva, mientras que el 91% de los controles no tienen esta característica (Tabla 2).

De forma similar se evidencia que existe una prevalencia importante entre la alteración de la capacidad de controlar el consumo presente en el 100% de los casos, y solo el 6% en el grupo controles (Tabla 2)

También se detalla la frecuencia y el porcentaje de los indicadores fracaso a desempeñar los principales roles sociales. Tal como se puede observar en el grupo de casos, existió un predominio de pacientes que tienen presente el fracaso de los roles sociales constituyéndose un 95%. A diferencia del grupo controles, donde se observó la alta prevalencia de un 97,0% de pacientes que no presentan esta característica.

Referente a la distribución de las unidades de análisis en función de la tolerancia representados por frecuencias y porcentaje. Observándose que la totalidad de los casos (100%) son tolerantes a la sustancia, y, en tanto a la mayoría de los controles contrarrestó este resultado, predominando en un 95% de personas con ausencia de esta característica. (Tabla 2)

Por último, se muestra la representación de frecuencia y porcentaje en función de la alteración de la capacidad de abstenerse. Evidenciando, el predominio del 100% de personas del grupo de casos con presencia de esta alteración; a diferencia, del 94% del grupo controles que la tiene ausente (Tabla 2)

En la tabla 3, se puede evidencia la distribución de frecuencia y porcentaje de los rasgos de personalidad, que se encuentran agrupados en sociopático, pasivo-dependiente, anancástico y esquizoide.

Tabla 3 Distribución personas investigadas según variables rasgos de personalidad

Rasgos de personalidad	Trastorno por consumo de sustancia				Total	
	Casos		Controles			
	N	%	N	%	N	%
Rasgo sociopático						
Presente	82	82,0	0	0,0	82	41,0
Ausente	18	18,0	100	100,0	118	59,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Rasgo pasivo-dependiente						
Presente	57	57,0	100	100,0	157	78,5
Ausente	43	43,0	0	0,0	43	21,5
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Rasgo anancástico						

Presente	74	74,0	2	2,0	76	38,0
Ausente	26	26,0	98	98,0	124	62,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00
Rasgo esquizoide						
Presente	70	70,0	0	0,0	70	35,0
Ausente	30	30,0	100	100,0	130	65,0
TOTAL	100	100,00	100	100,00	200,00	100,00

Para determinar el rasgo sociopático se consideraron las variables de irritabilidad, impulsividad, agresividad, insensibilidad e irresponsabilidad. Tal y como se puede observar, existe un predominio de personas que presentan este rasgo en el grupo de casos, atribuyéndosele un 82%. Esta información, se contrarresta al mostrar que en el grupo controles prevaleció en su totalidad la ausencia del rasgo sociopático (Tabla 3).

El rasgo pasivo-dependiente fue analizado por las variables ansiedad, vulnerabilidad, inmadurez, falta de recursos y dependencia, que inciden para la presencia de este rasgo. Se puede observar que en el grupo casos este rasgo estuvo presente en un 57% de los pacientes; mientras, el grupo controles predominó al 100% en los pacientes el rasgo pasivo-dependiente (Tabla 3).

El rasgo de personalidad anancástico fue evaluado a través de las variables introspección/introversión, susceptibilidad, obsesividad, rigidez y hipocondriasis. Tal y como se puede observar existe un predominio de presencia de este rasgo en el grupo de casos, constituyéndolo un 74%. De forma diferente, se encuentra ausencia de este rasgo con un 98% en el grupo controles (Tabla 3).

Finalmente, el rasgo esquizoide agrupa las variables suspicacia, introspección/introversión, timidez, insociabilidad y excentricidad. En la tabla 3, se observa que existe un predominio de este rasgo, del 70% en el grupo de casos, a diferencia del grupo controles que refiere un 100% de ausencia del rasgo (Tabla 3).

4.1.2. Caracterización características sociodemográficas y Trastornos por Consumo de Sustancia

La relación existente entre las características sociodemográficas y los trastornos por consumo de sustancia se pueden evidenciar en la tabla previamente cita (Tabla 1), donde de forma general se realizar la descripción de los resultados.

Al analizar si existe relación entre la edad y la presencia o ausencia de un trastorno por consumo de sustancias (ver resultados en tabla 1), la prueba X^2 de linealidad ($X^2_{Reg}=5,333$) o para la regresión mostró que estas diferencias son significativas ($p=0,021$); lo que pudiera interpretarse a través de estos resultados que, en el grupo de pacientes con menor edad se encuentra un mayor porcentaje de personas con Trastorno por consumo de sustancias (Figura 1).

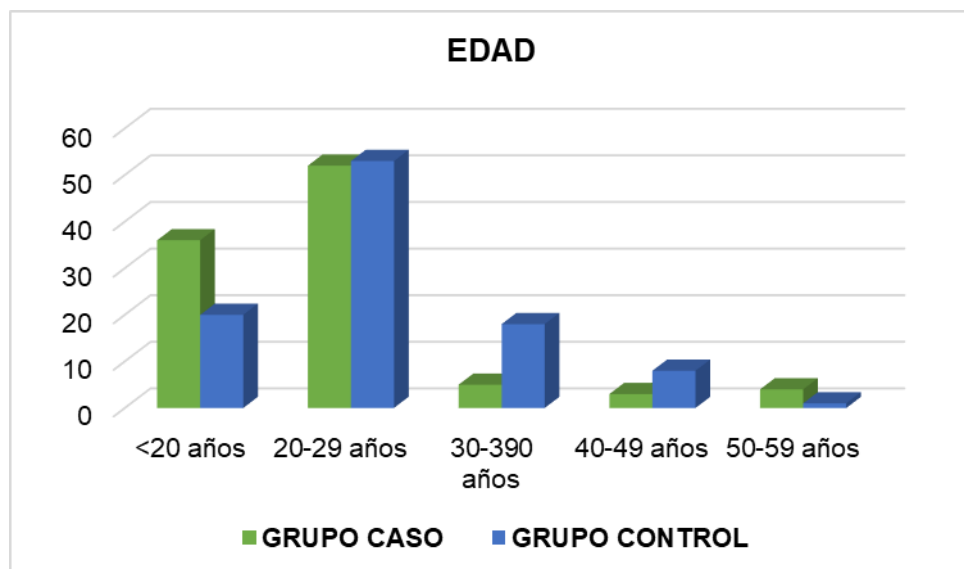
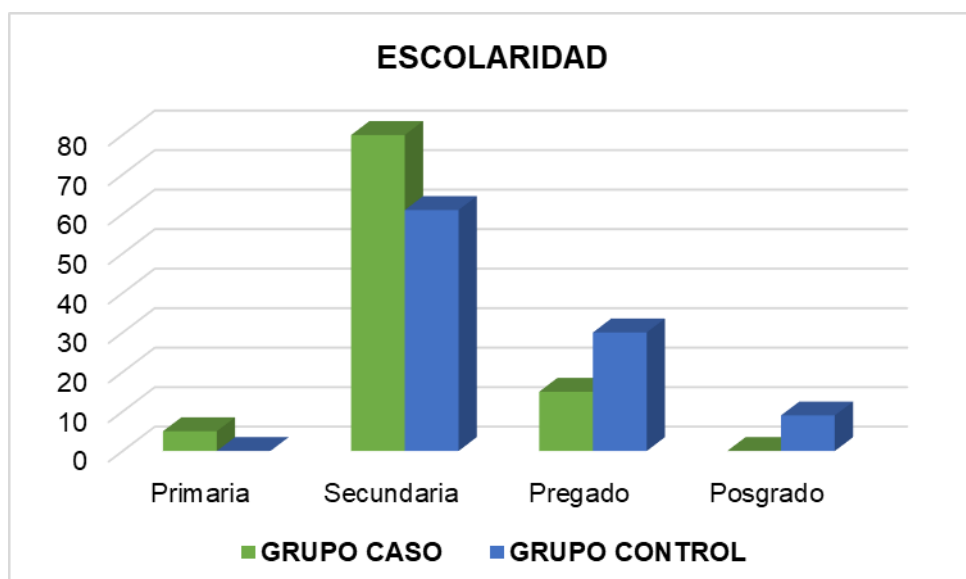


Figura 1 Relación entre categoría edad y trastorno por consumo de sustancia

Al estipular la relación existente entre las variables escolaridad y trastorno por consumo de sustancia (ver resultados en tabla 1), en función de presencia y ausencia, a través de la Prueba de Bartholomew ($X^2_{Barth}=21,560$) se muestra que la diferencia de los resultados fue significativa, o sea, que existen evidencias suficientes para afirmar que existe mayor proporción de personas con baja escolaridad (primaria y secundaria) en personas con trastorno por consumo de sustancias ($p<0,00,1$) (Figura 2)



Relacionando el estado civil con los determinantes si mantiene pareja estable o no y en función de la presencia o no del trastorno por consumo de sustancia (ver resultados en tabla 1). A través de la de prueba Homogeneidad o X^2 con corrección por continuidad ($X^2_{co}=0,281$), Se muestra una diferencia mínima del 4% entre los grupos, en el indicador con pareja establece, determinando que no existe diferencias significativas ($p=0,596$) (Figura 3).

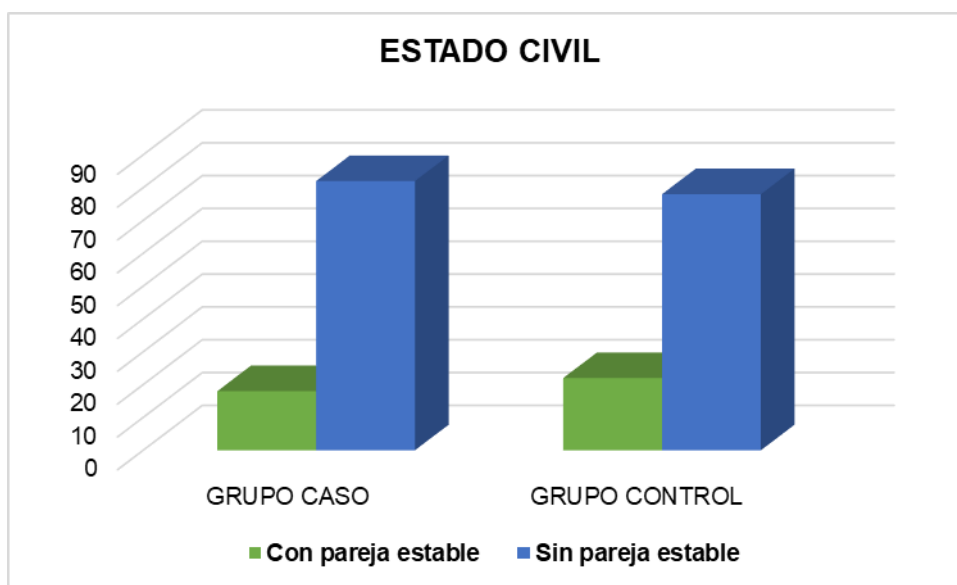


Figura 3 Relación entre estado civil y trastorno por consumo de sustancia

Al analizar si existe relación entre la cantidad de hijos y la presencia o ausencia de un trastornos por consumo de sustancias (ver resultados en tabla 1), la Prueba X^2 para la Regresión o de Linealidad ($X^2_{Reg}=19,517$), mostró que estas diferencias resultaron significativas ($p=0,000$) demostrándose que en el grupo de pacientes con trastorno por consumo de sustancia prevalece la no tenencia de hijos (Figura 4).

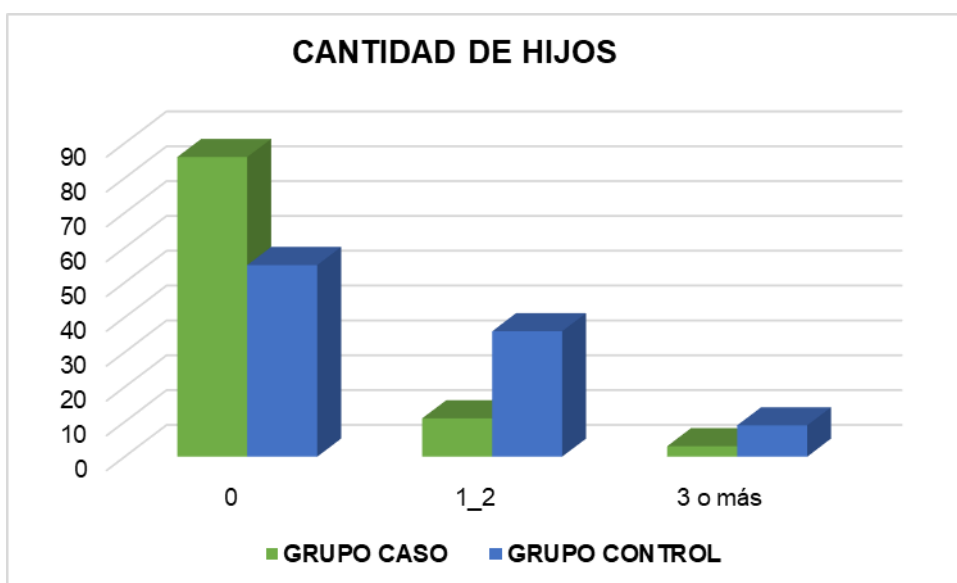


Figura 4 Relación entre cantidad de hijos y trastorno por consumo de sustancia

Finalmente, al establecer la relación entre estos indicadores, ocupación y trastorno por consumo de sustancia (ver resultados en tabla 1), a través de la Prueba de Bartholomew ($X^2_{\text{Barth}} = 50,277$) muestra diferencias significativas ($p < 0,001$), hay que considerar que a mayor prevalencia del no vínculo laboral, mayor trastorno por consumo de sustancia (Figura 5).

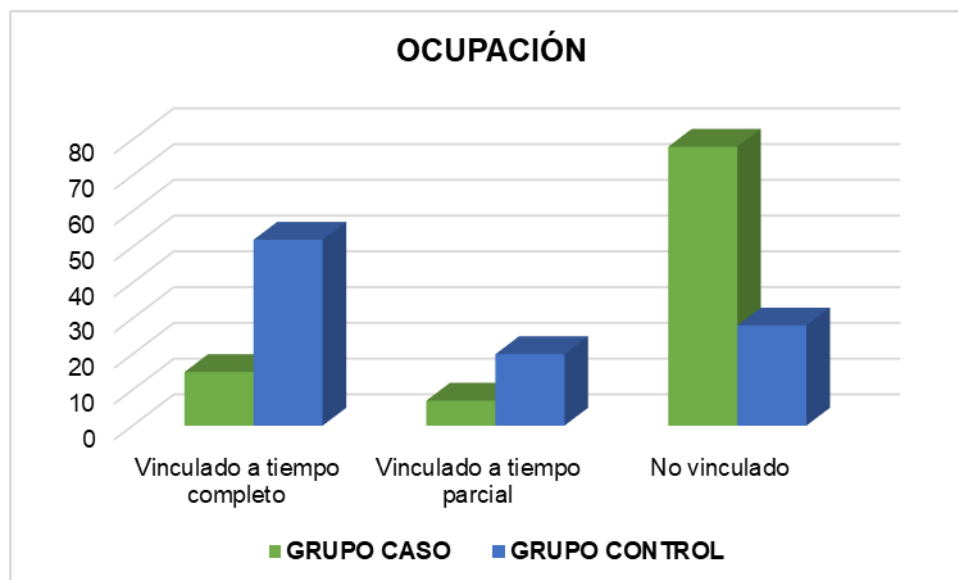


Figura 5 Relación entre categoría ocupación y trastorno por consumo de sustancia

4.1.3. Caracterización rasgos de personalidad de los Trastornos por consumo de sustancias.

La relación existente entre los rasgos de personalidad y los trastornos por consumo de sustancia se pueden evidenciar en la tabla previamente citada (Tabla 3), donde de forma general se realiza la descripción de los resultados, evidenciando la prevalencia que predomina en el grupo de casos.

En función, del rasgo sociopático y la presencia o ausencia de trastorno por consumo de sustancia (ver resultado en tabla 3), se contrarresta al mostrar que en el grupo de casos prevaleció en su totalidad la ausencia del rasgo sociopático. Tal como se puede observar en la figura 6, es en el grupo de casos donde encontramos una mayor proporción de personas con este rasgo, esto se determina a través de Homogeneidad o X^2 con corrección por continuidad ($X^2_{\text{co}} = 17,643$), se detallan que las diferencias son significativas ($p = 0,000$) (Figura 6).

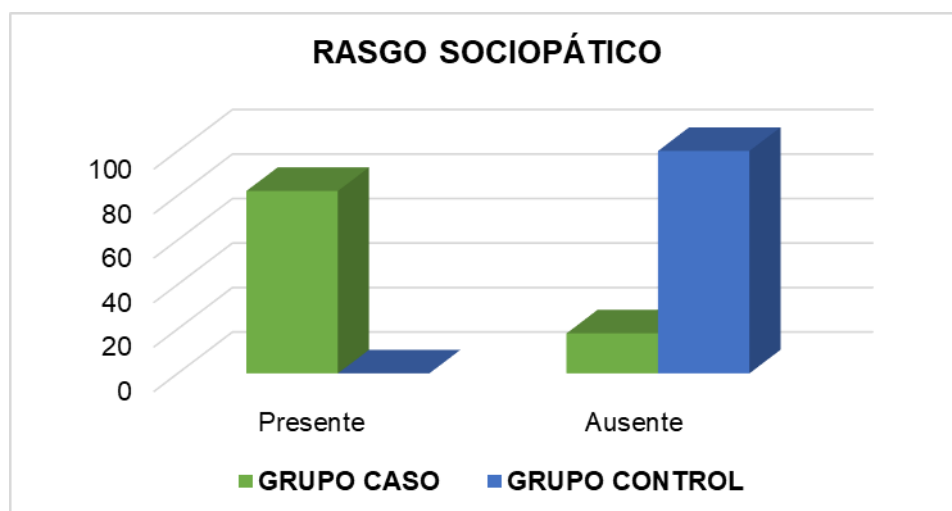


Figura 6 Relación entre rasgo sociopático y trastorno por consumo de sustancia

Referente al rasgo pasivo-dependiente y trastorno por consumo de sustancia (ver resultado en tabla 3), al determinar la relación entre estos parámetros, a través de la Prueba de Homogeneidad o X^2 con corrección por continuidad ($X^2_{co}=52,259$), se detallan que la relación es significativa ($p=0,000$), interpretándose que hay una mayor proporción de personas con la presencia de rasgo pasivo-dependiente en el grupo control (Figura 7).

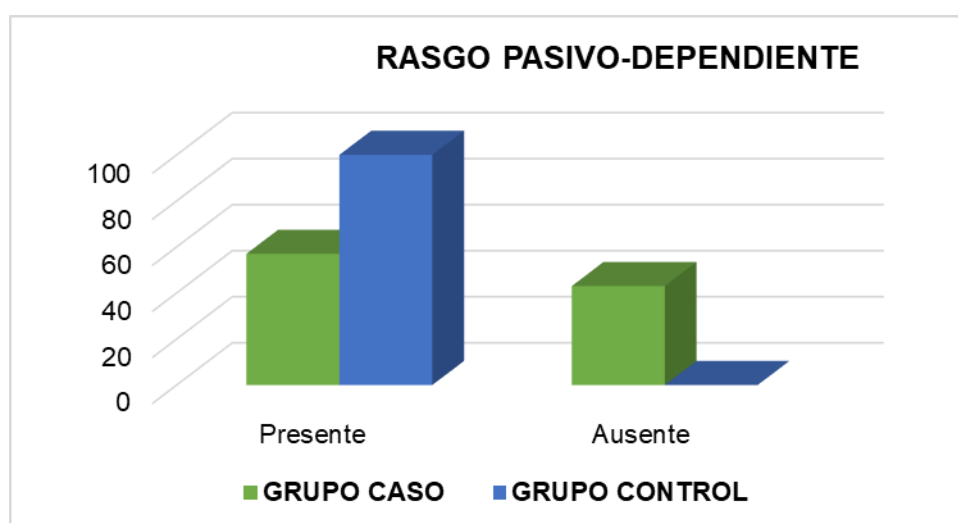


Figura 7 Relación entre rasgo de personalidad pasivo-dependiente y trastorno por consumo de sustancia

Al analizar la relación entre las variables rasgo anancástico y los trastornos por consumo de sustancia (ver resultado en tabla 3) por medio de la prueba Homogeneidad o X^2 con corrección por continuidad ($X^2_{co}=21,968$), que da como resultado una diferencia significativa ($p=0,000$), puede considerarse por estos resultados, que hay una mayor proporción de sujeto con rasgos anancástico entre el grupo de pacientes con trastorno por consumo de sustancia (Figura 8).

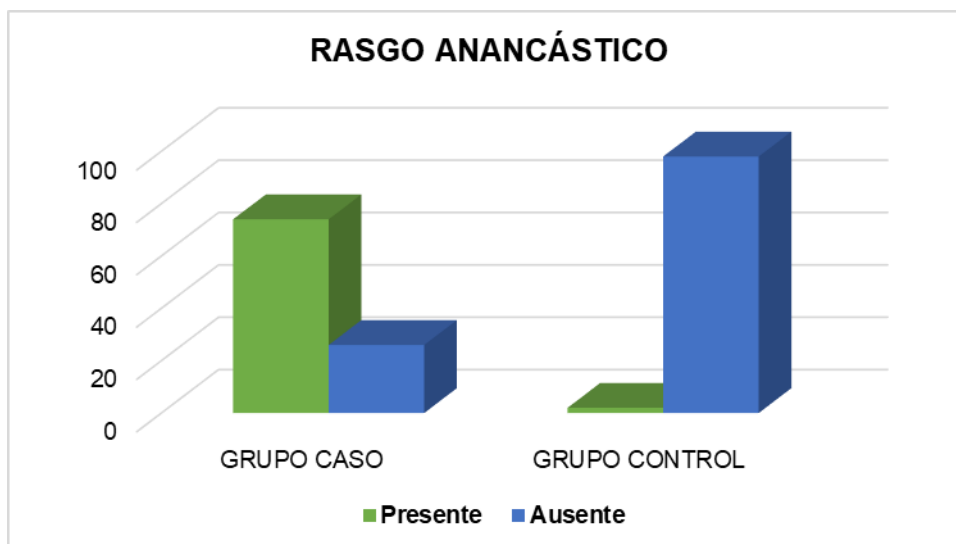


Figura 8 Relación entre rasgo anancástico y trastorno por consumo de sustancia

En función, del rasgo esquizoide y la presencia o ausencia de trastorno por consumo de sustancia (ver resultado en tabla 3), al determinar la relación de estos parámetros, a través de Homogeneidad o X^2 con corrección por continuidad ($X^2_{co}=32,980$), se detallan que los resultados son significativas ($p=0,000$) Tal y como se observa en la figura 9, es el en el grupo de casos donde encontramos una mayor proporción de sujetos con rasgo esquizoide, frente al grupo control, donde hay una mayor proporción de sujetos sin este rasgo (Figura 9).

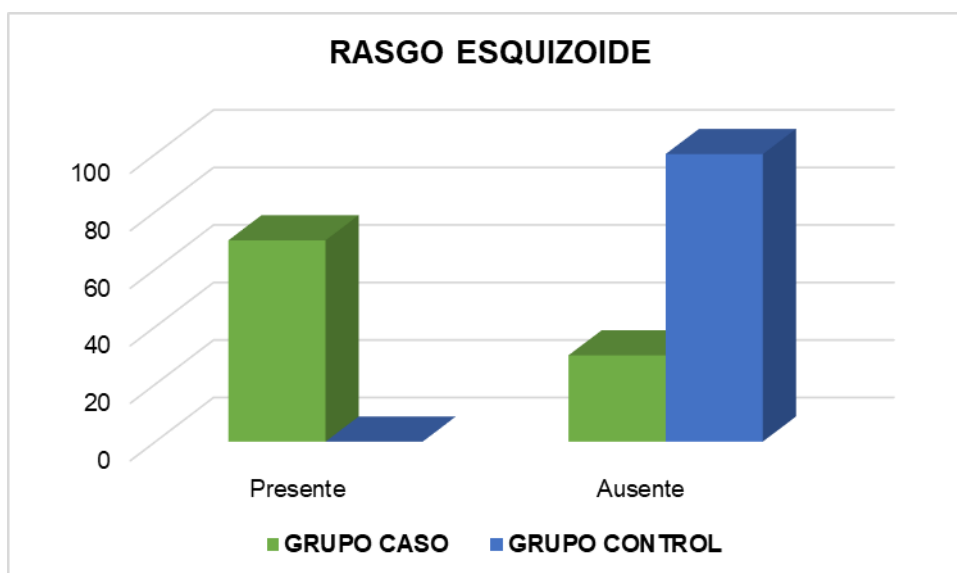


Figura 9 Relación entre rasgo esquizoide y trastorno por consumo de sustancia

4.2.

Discusión crítica de los resultados

A continuación, se discuten los resultados presentados, tras la guía de los objetivos consignados en apartados anteriores. La lógica de este apartado se base en la comparación con otros estudios, realizados con metodologías similares.

4.2.1. Observar si existe relación entre los trastornos por consumo de sustancia y las características sociodemográficas

El análisis de la edad permite conocer que los resultados coinciden con los de la literatura revisada. Así, Fantin (2006), en Argentina, encuentra que la prevalencia de consumo se concentra en la población joven. Este autor atribuye el resultado, a que la mayoría de las actividades relacionadas con el ocio y la recreación, tan perseguidas por este segmento de la población, giran alrededor de la oferta de sustancias psicoactivas, cuyo consumo puede generar los trastornos estudiados. Por otra parte, Torres, Posada, Bareño & Berbesí (2010) reportan en un estudio en Colombia sobre *“Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados”*. El trabajo evidencia la existencia de relación entre la edad joven (entre 18 y 29 años) y los trastornos por abuso y dependencia de estas sustancias.

En relación al nivel educativo predominó una baja escolaridad en el grupo de casos, a diferencia del grupo de control donde se pudo observar que existe una mayor incidencia en personas con escolaridad de pregrado. Varios estudios han demostrado que la prevalencia del nivel educativo en pacientes consumidores de sustancia, es similar a los resultados obtenidos en esta investigación; por un lado, Medina & Rubio (2012) en una investigación realizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia, concuerdan en la existencia de un porcentaje predominante de su población estudiada no ha terminado la secundaria. Por otra parte, Isaza, Suárez, Henao & González (2010) indica que el consumo de sustancias psicoactivas puede causar abandono escolar, por las necesidades de consumir o porque es incompatible con las actividades que deben desarrollarse con el fin de obtener los recursos necesarios para el consumo. La relación de estos datos con los del trabajo se sugiere que existe un mayor porcentaje de personas con trastornos de consumo de sustancia entre aquellos que presentan un menor nivel formativo.

Referente a las características estado civil, se mostró predominio del indicador sin pareja estable en ambos grupos. Esto puede asociarse, al establecimiento de la población joven, argumentando que aún no ha decidido establecer un vínculo estable. Este análisis muestra correspondencia con el estudio realizado por Torres, Posada, Bareño & Berbesí (2010) en

Colombia sobre “*Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana*”, donde refieren que, según el comportamiento del estado civil para los indicadores anuales, la más alta prevalencia se presentó para los solteros, y sólo para ellos se encontraron casos de dependencia en el periodo del estudio. Por su parte Medina & Rubio (2012) en su investigación realizado sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia, declara en la caracterización realizada por ellos, que en relación al estado civil, el 97,6% de los participantes dijo estar solteros; lo que determina una correlación con en el presente estudio.

La variable cantidad de hijos, Córdoba, Betancourth y Tacán (2017) en su estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas desarrollada en Colombia, dentro de las características sociodemográficas el parámetro de cantidad de hijos, reporta que la mayoría de los pacientes indicaron que no tienen hijos; esta información se relaciona con los que se obtuvo en la investigación, donde predominó la no tenencia de hijos. Lo que es importante considerar para futuras investigaciones, es indagar la relación de estos parámetros consumo de sustancias y cantidad de hijos, para ver si existe una influencia o el uno es detonante del otro parámetro.

El análisis de la ocupación, reflejó la tendencia dentro del grupo de casos de no mantener un vínculo laboral, esto se corresponde a lo que plantea Medina & Rubio (2012) establecen a través de su investigación que la población más dominante es la que no mantienen vínculo laboral. Tales cifras difieren mucho cuando se las compara con estudios realizados en la población general, y pueden indicar que la desocupación es un fuerte factor de riesgo, y también puede indicar que el consumo genera graves dificultades de convivencia y de concentración, lo que puede explicar los altos niveles de desocupación encontrados.

4.2.3 Examinar si existe relación entre los trastornos por consumo de sustancias y los rasgos de personalidad

En lo relativo a los rasgos de la personalidad asociados a los trastornos por consumo de sustancias (figura 6 a 9) puede decirse lo siguiente. Así, (Fantín, 2006) encuentra, en su estudio, un predominio de rasgos de personalidad sociopática en adolescentes con consumo de sustancia. (Lacoste, 2000) establece, que el trastorno por el consumo de sustancia se produce en personas con rasgos de personalidad antisocial. Esto corresponde los resultados obtenidos en el estudio, donde existe prevalencia de un alto porcentaje de pacientes con este rasgo de personalidad.

La experiencia demuestra que los adolescentes constituyen un grupo de población expuesto al riesgo de trastorno por consumo de sustancias y gran parte se debe a la relación de varios factores personales, sociales, el desarrollo de su competencia social, además de todos los cambios que sufren en esta etapa de la vida, a los que se suman la dificultad para adaptarse a dichos cambios y la influencia del contexto. Puede asociarse, al incumpliendo de normas establecidas por la ley, como ejercer conductas delictivas entre otras, tal como detallaron los pacientes durante la entrevista; por lo tanto, estos aspectos se asocian al predominio del rasgo sociopático.

A diferencia del grupo de control donde prevaleció el rasgo de personalidad pasivo-dependiente, correspondiéndose a lo planteado por Kranzler (1994) donde estipula que el rasgos pasivo-dependiente se encontraba en un bajo porcentaje en relación al rasgo psicopático, correlacionándose que la presencia de rasgo pasivo-dependiente esta articulado en la ausencia del consumo de sustancia. Por su parte, López & Becoña (2006) encontraron en sus estudios, rasgos básicos más prevalentes en estos pacientes con consumo de sustancia a los pasivo-agresivos, antisociales, narcisistas e histriónicos, y borderline y paranoides como más prevalentes en cuanto a patología de personalidad. Esto se asocia con los resultados del trabajo, donde se determina el predominio del rasgo pasivo-dependiente en el grupo de control, esto puede ser considerado de forma oportuna para el eje preventivo y promocional que se debe realizar para contrarrestar esta problemática.

En relación al rasgo anancástico también se relaciona con lo planteado por otros estudios la existencia de este trastorno no es prevalente, así que Fernández y Gutiérrez (2005) establece el rasgo anancástico está presente en algunos pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Santo (2017) encontró que este rasgo se encuentra presente en pacientes pero en baja escala, pero no descarta la importancia de este indicador ya que al no ser considerado puede orientar al paciente a problemas de depresión. El tipo de intervención y tratamiento orientando a esta población debe ser considerado por las variaciones que tienen los pacientes, principalmente disminuir grados de ansiedad, alterando su vida.

Finalmente, Lorea, Fernández, López y Landa (2009) en su investigación *“Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II”*, establecen que el rasgo esquizoide se presenta en la minoría de los casos, no siendo un rasgo predominando dentro de los pacientes con trastorno por consumo de sustancia. De igual manera, se notó la presencia de este rasgo en el trabajo, estableciéndose la correlación de los resultados con los de otras investigaciones. Armstrong (2003) considera que las personas con rasgo esquizoide tienen características peculiares como retraimiento, auto suficiencia y pérdida de afecto, considerándoles solitarios clásicos. La interacción del consumo de sustancia y el rasgo esquizoide da como resultado un proceso de distanciamiento entre el paciente y su

mundo. La valoración, atención y seguimiento que deben estar expuesto los pacientes con este rasgo específico debe estar alineado a su condición, el equipo multidisciplinario deberá garantizar que el paciente de continuidad al tratamiento, caso contrario, mientras el proceso no esté adecuado a su rasgo de personalidad, puede agravar la situación del consumo de sustancias.

5. Conclusiones

- Los pacientes con trastorno por consumo de sustancia en la población de la provincia de Manabí, desde una perspectiva sociodemográfica, afecta a personas jóvenes - menores de 30 años de edad- sin descendencia, que poseen baja escolaridad y no tienen vínculo laboral, aspectos que pudieran tipificar a este segmento de la población manabita.
- Las características clínicas vinculadas al consumo con mayor prevalencia entre los pacientes ingresados en las clínicas de rehabilitación son necesidad subjetiva, tolerancia, alteración a la capacidad de controlar el consumo y alteración a la capacidad de abstenerse.
- Los rasgos globales de la personalidad que tipifican al paciente con trastorno por consumo de sustancia en la provincia de Manabí, son el sociopático, anancástico y esquizoide, en tanto el pasivo-dependiente, es característico de la población sin este trastorno; resultados que podrían utilizarse tanto para la prevención del trastorno como para una conducta terapéutica desde un enfoque preventivo-promocional.

6. Limitaciones y propuestas

Desde una perspectiva metodológica, el estudio tuvo como limitación su tamaño de muestra ($n=200$), dado por la escasez de recursos económicos y financieros para contratar la cantidad requerida de auxiliares de investigación y encuestadores, a lo que se adicionó la estrechez del intervalo temporal disponible para la ejecución del trabajo de campo. Sin embargo, la cantidad de unidades de análisis involucradas en el estudio, se consideran adecuadas para un estudio descriptivo, de naturaleza exploratoria, cuyos resultados podrían establecer hipótesis, a verificar en trabajos posteriores. Además, se debe considerar los procesos diagnósticos utilizados en las clínicas de rehabilitación, pudiéndose observar metodologías diferentes desde el profesional que lo realiza hasta los instrumentos de valoración; lo cual no garantiza un diagnóstico acertado.

A partir de lo señalado en el documento, llegamos a las siguientes propuestas:

1. Desde una perspectiva metodológica, se considera oportuno, realizar nuevas investigaciones, orientadas a verificar las hipótesis de referencia, con tamaños de muestra superiores.
2. Proponer una sistematización del proceso de diagnóstico de pacientes con trastorno por consumo de sustancia, considerando la perspectiva teórica y práctica que se debe tomar como referencia, de acuerdo a las necesidades identificadas en los pacientes.
3. Establecer un Protocolo de actuación para el abordaje de la enfermedad de referencia, actualizado a partir de una revisión sistemática, sobre pautas metodológicas establecidas para este tipo de investigación.
4. Establecer estrategias de intervención sobre el paciente, desde diferentes perspectivas: individual, familiar, sociosanitario y comunitario, con enfoque preventivo promocional, encaminadas al diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y el desarrollo en la familia y en la comunidad, de la resiliencia y la aceptación de la enfermedad, como vías que coadyuven al mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de este segmento de la población.
5. Capacitar a los profesionales de la salud, para el diagnóstico y tratamiento adecuados de trastornos por consumo de sustancia y la tipificación de rasgos personalidad de aquellos pacientes.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR. Barcelona: Masson.
- Armstrong (2003) El Fenómeno esquizoide en consumidores de drogas. Revista de Toxicomanías. Nº 37
- Arango, A. (2015) Rasgos de personalidad según orden de nacimiento. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Ballesteros, R. (2017) España tiene un problema: el 40% de los muertos de tráfico consumió droga o alcohol. El Confidencial. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/espana/2017-01-04/trafico-siniestralidad-accidente-carretera-drogas-alcohol_1311951/
- Becoña, E. (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol
- Borja, F. (2015) *Dimensiones de personalidad y su relación con el consumo de sustancias*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ambato, Ecuador.
- Córdoba, E.; Betancourth, S. y Tacán, L. (2017) Consumo de sustancias psicoactivas en una universidad privada de Pasto, Colombia. Psicogente, 20(38), 308-319
- CONSEP. (2007). Tercera Encuesta Nacional sobre el Consumo de drogas en la Población general. Quito
- CONSEP. (2013). Cuarta Encuesta Nacional sobre el uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. Quito.
- Esbec, E. (2011) La reformulación de los trastornos de personalidad en el DMS-V. Actas Españolas de Psiquiatría 39(1):1-11.
- Fantin, M. (2006) Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Fernández, S. (2015) Características de personalidad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida en patología dual. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Fernández, J. y Gutiérrez, E (2005) Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. Adicciones, vol. 17, núm. 2, 2005, pp. 95-110

- Fleiss, J (1981) Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: John Wiley & sons
- González, I., Tumuluru, S., González, M. y Gaviria, M. (2015) *Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento*. 35 (127), 555-571.
- Isaza, C; Suárez, P; Henao, J. & González (2010) Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Investigaciones Andinas*. 12(21), pp. 24-34
- Lacoste, J. A. (2000, Marzo). Trastornos mentales asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Mesa Redonda presentada en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría.
- López, A. & Becoña, E. (2006) Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema* Vol. 18, nº 3, pp. 578-583
- Lorea, I; Fernández, J; López, J y Landa, N. (2009) Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II *Adicciones*, vol. 21 (1), pp. 57-63
- Marín, R.; Benjet, C.; Borges, G.; Eliosa, A.; Nanni, R.; Ayala, A.; Fernández, J. & Medina, M. (2013) Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment* vol.36 no.6. México.
- Martín, C. (2014) Dimensiones de personalidad en pacientes drogodependientes (tesis de licenciatura). Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Medina, O. & Rubio, L. (2012) Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 41, núm. 3, pp. 550-561. Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia.
- Montaño, M.; Palacios, J. & Gantiva, C. (2009) Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 3, núm. 2, pp. 81-107. Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia.
- Montaño, M; Palacios, J; Gantiva, C. (2007) Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición *Psychologia. Avances de la disciplina*, vol. 3, núm. 2, pp. 81-107 Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia
- Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.

- Peluso, J., Frederick, S., Foster, A., Noel, A. y Aglira, A. (1998). Desorden de personalidad antisocial. *Issues in Psychosocial Nursing*, Vol. 1, número 1. Recuperado el 20 de Febrero, <http://www.nursing.duq.edu/faculty/issues/index.html>.
- Pereiro, C. (2010) *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación. Socidrogalcohol*
- Pons, J. (2008) Modelos interpretativos del consume de drogas. "Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial", Vol. 4, nº 2, pp. 157-186. México
- Santo, C. (2017) *Características de la personalidad y patología dual en adolescentes de la sala de primera acogida del Hospital Provincial General de Latacunga* (tesis de pregrado) Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
- Sopelana, P. (2007) Consumo adictivo de sustancias psicoactivas. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, ISSN 0304-5412, Serie 9, Nº. 86.
- Salazar, Y., Cedeño, P. y Caballero, A. (2017) Caracterización clínica y de personalidad en pacientes con consumo combinado de pasta base de cocaína y marihuana. Serie de Casos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 14(3)
- Salazar, Y., Caballero, C.; Caballarso, M. y Mendoza R. (2014) Patología Dual: trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en mujeres drogodependientes. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 11(2)
- Szerman, N., Peris, L. & Balaguer, A. (2010) *Patología Dual. Protocolos de Intervención. Trastornos de Personalidad*. Barcelona: EdikaMed, S.L.
- Torrealba, A. (2017) Trabajo de Investigación sobre las drogas. Venezuela.
- Torres, Y.; Posada, J.; Bareño, J.; Yajaira, D, & Fernández, B. (2010) Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39, pp 14-35.
- UNODC (2016) *Informe Mundial sobre las Drogas 2016*. Recuperado en: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Vargas, D. (2001) Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. *Rev. Salud pública* vol.3 no.1. Universidad Nacional de Colombia.
- Verheul R. (2001) Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 16(5):274-82.

7.1. Bibliografía

- Delboy, A. (2012) Psicópata – sociópata o antisocial-diagnóstico diferencial. Blog de psicología conductual en particular, y otros temas en general. Recuperado en: <http://consultoriopsicologicodelboy.blogspot.com/2012/09/psicopata-sociopata-o-antisocial.html>.
- Fernandez, J., Lorea, I., López, J. & Landa, N. (2003) Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y modificación de conducta*, vol. 29, N°23.
- Glockner, J. (2011) DROGAS y conducta Elementos: Ciencia y Cultura, vol. 19, núm. 82, pp. 59-64. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Puebla, México.
- Grigoravicius, M. (2010) Consumo de sustancias psicoactivas y expectativas hacia el alcohol en niños escolarizados entre 8 y 12 años. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Jáuregui, I. (2007) Droga y sociedad: La personalidad adictiva de nuestro tiempo *Nómadas*, núm. 16, pp. 121-130 Universidad Complutense de Madrid, España.
- Mateu, C., Benito, A., Pena-Garijo, J., Ferrer, J., Barea, J. & Haro, G. (2010) Trastornos de personalidad y adicción a opiáceos: Un estudio descriptivo mediante SPECT en pacientes con patología dual. *Salud y drogas*. Vol. 10, núm. 2, 2010, pp. 91-110 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España
- Molina J. & Trabazo V. (2009) Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *EduPsykhé*, Vol. 8, No. 2, 101-126.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra. Recuperado en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2008) Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública. Recuperado en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf
- Pedrero, E., Puerta, C., Lagares, A., & Sáez, A. (2003) Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 5(3):241-55. Madrid, España.

- Peruga, A. (2001) Políticas de control de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en América Latina. *Adicciones*, vol.13 núm. 4 págs. 367-370.
- Pons, J. & Berjano, E (1999) El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid.
- Santurio, V., Cuadra, L., Sánchez, K. & Urcelay, I. (2012) Los trastornos de personalidad y la adicción a sustancias. *Psicología de las Adicciones*. Vol 1, pp. 12-17. Universidad de Oviedo.
- Souza, M. (2000) Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. México: Ciencia y Cultura Latinoamérica.
- Souza, M. (2005) Personalidad y adicciones. *Revista Mexicana Neurociencias*. 6(4): 336-345.
- Szerman, N., Carrasco, J., Martínez, J., Ramirez. J., Roncero, C. & Rubio, V. (2013) Patología dual y Trastorno de la personalidad. Madrid. ADAMED S.L.U.
- Villacé, M., Fernández, A. & Da Costa, M. (2013) Consumo de alcohol según características sociodemográficas en jóvenes de 18 a 24 años. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Universidade de São Paulo, Brazil.
- Viña, C. & Herrero, M. (2004) El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de la Laguna. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 4, Nº 3.

ANEXOS

Anexo 1

	DOCUMENTO: PROTOCOLO DEL PROCESO PROCESO: FORMALIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN “ESTUDIO DE CORRELACIÓN: CONSUMO DE SUSTANCIA Y RASGOS DE PERSONALIDAD “
---	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Saludos:

Se ha determinado que existe una relación funcional entre los rasgos de personalidad y consumo de sustancias, lo que ha permitido que en la actualidad se desarrolle un marcado interés en relacionar estadísticamente las principales características clínicas asociadas al consumo y el perfil de personalidad desde la perspectiva dimensional.

Con el objetivo de determinar las principales características clínicas y de personalidad en una muestra de pacientes consumidores de varias sustancias, un equipo de profesionales está realizando una investigación, que permitirá identificar algunas variables asociadas al consumo en la provincia de Manabí.

Usted _____

Del Centro de Rehabilitación _____ ha sido seleccionado para participar en este estudio. El estudio consiste en la aplicación de una serie de instrumentos: **1) Guía de Entrevista** que determinará la caracterización socio-demográfica, **2) Cuestionario para la Evaluación Clínica** con el que se logrará definir los perfiles de consumo, y **3) Cuestionario de Evaluación de Personalidad** a través del cual se realizará un análisis de los principales perfiles de personalidad característicos; que será aplicado a pacientes que consumen algún tipo de sustancia. Las pruebas utilizadas no son invasivas y no suponen ninguna afectación a la salud.

El equipo de investigadores tomará las medidas para que estas sean realizadas bajo las condiciones adecuadas, sin afectar la dinámica relacional.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este Centro de Rehabilitación _____ y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla.

No se compartirá información confidencial (nombres, apellidos, número de cédula, teléfono, dirección, entre otros). Después de estos encuentros, se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Yo: _____

He sido invitado a participar en la investigación. Entiendo que seré evaluado con varios instrumentos, y que estas pruebas no me afectan en nada. He sido informado de que no habrá riesgos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará gastos. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el teléfono que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera la permanencia en el Centro de Rehabilitación _____.

Participante: _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Anexo 2

HISTORIA CLÍNICA (AUTORÍA PROPIA)

6. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y Apellidos:

Edad:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Estado Conyugal:

Instrucción:

Grado Escolar:

Religión:

Relación ocupacional:

Dirección:

Institución donde realizo la atención:

Fecha de Atención:

7. MOTIVO DE CONSULTA

8. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

4. HISTORIA FAMILIAR

5. GENOGRAMA

6. HISTORIA PERSONAL

7. ANTECEDENTES

APP:

AFP:

8. PERSONALIDAD PREMORBIDA

9. EXAMEN MENTAL O EXPLORACIÓN PSICOPATOLOGÍA

10. DIAGNÓSTICO DEL CENTRO

Anexo 3

Portada de Cuestionario para Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) Acceso Libre

OMS Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría

Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría

S*chedules*

for

C*linical*

A*ssessment*

in

N*europsychiatry*

Versión 2.1

Entrevista

Present State Examination (Examen del Estado Actual)
Item Group Checklist (Lista de Comprobación de los Grupos de Items)
Clinical History Scheduel (Cuestionario de la Historia Clínica)

Organización Mundial de la Salud
División de Salud Mental