



1859



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios
residentes de los centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas
(CETAD) de la ciudad de Loja.**

Trabajo de Integración Curricular previo a
la obtención del Título de Licenciada en
Psicología Clínica.

AUTORA:

Doménica María Márquez Maldonado.

DIRECTORA:

Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz. Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

Certificación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Certificación

Loja, 31 de marzo de 2023

Psicóloga Clínica

Gabriela Rojas Muñoz. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular: **“RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS RESIDENTES DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) DE LA CIUDAD DE LOJA”**, de autoría de la estudiante **Doménica María Márquez Maldonado** CI. 190088866, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.

1104892029

gabriela.rojas@unl.edu.ec

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR.

c.c.: Archivo

Autoría

Autoría

Yo, **Doménica María Márquez Maldonado**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Doménica María Márquez Maldonado

Firma:



Cédula de identidad: 1900888866

Fecha: Loja, 12 de abril del 2023

Correo electrónico: domenica.marquez@unl.edu.ec

Teléfono: 0980181676

Carta de autorización

Carta de autorización

Yo, **Doménica María Márquez Maldonado**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado **Rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios residentes de los centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) de la ciudad de Loja** como requisito para optar el Título de **Licenciada en Psicología Clínica**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 12 días de abril del 2023, firma la autora:

Firma:



Autora: Doménica María Márquez Maldonado

Número de Cédula: 1900888866

Dirección: Loja, Esteban Godoy, Tercera Etapa, Av. Sldo. Hector Pilco y Sldo. C. Yuqui

Correo electrónico: domenica.marquez@unl.edu.ec

Teléfono: 0980181676

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñóz. Mg. Sc.

Dedicatoria

Sin dudarlo, me dedico a mí, el presente trabajo de integración curricular, por mi ferviente lucha y mi incansable ímpetu para cumplir con mis obligaciones, inclusive cuando no encontraba motivos.

Por continuar aquí, y por ver un destello de luz en distintas noches de soledad, por último, por demostrarme a mí misma, que, si me tengo a mí, es más que suficiente.

Doménica María Márquez Maldonado

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, por su formación durante estos 4 años como profesional en Psicología Clínica y a toda su planta docente.

Agradezco de manera muy especial a la Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, quien, a más de guiarme como directora para la realización del presente proyecto, también ha sido fuente de apoyo y consuelo entre tanto caos. No encuentro las palabras para expresar mi más sincero agradecimiento, solo quiero constatar la calidez y ternura que la envuelve, convirtiéndola en una increíble profesional y ser humano.

A la Directora Técnica del CETAD “Nuevo Renacer”, Psic. Cl. Jhuleidy Paucar, por darme la oportunidad y apertura para realizar mis prácticas pre-profesionales y por permitirme realizar en dicha institución, mi proyecto de investigación. A su vez, agradezco al Director Técnico del CETAD “Centsadic”, Psic. Cl. Víctor Sánchez, quien amablemente, me brindó su apoyo para trabajar en su institución. Así mismo, a cada uno de los usuarios, que comedidamente decidieron participar del proyecto, los cuáles poco a poco se han retirado, pero, son personas que llevo siempre conmigo.

Gracias a mis amigos más cercanos, en especial, a mi querida Cami, porque con su paciencia, cariño y lealtad, me ha salvado la vida tantas veces y ha compartido conmigo los sin sabores de la vida.

Gracias a mis padres, por apoyarme durante este trayecto, en la medida de sus posibilidades.

Doménica María Márquez Maldonado

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	ix
Índice de anexos.....	x
1. Título.....	1
2.Resumen.....	2
2.1.Abstract.....	3
3.Introducción.....	4
4.Marco teórico.....	6
4.1.Capítulo 1: Personalidad.....	6
4.1.1.Definiciones Según Autores.....	6
4.1.2.Perspectiva Histórica.....	6
4.1.3.Teorías de la Personalidad.....	7
4.1.4.Rasgos de Personalidad.....	9
4.1.5.Trastornos de Personalidad Según el DSM-5.....	11
4.1.6.Tratamiento Psicológico Focalizado en la Personalidad.....	18
4.2.Capítulo 2: Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	22
4.2.1.Conceptos Generales.....	22
4.2.2.Perspectiva Teórica.....	23
4.2.3.Clasificación De Sustancias Psicoactivas.....	25
4.2.4.Tipos de Consumidores de Sustancias.....	25
4.2.5.Clasificación Según su Condición: Sustancias Legales e Ilegales.....	26
4.2.6.Tipos De Sustancias Psicoactivas.....	26
4.2.7.Tratamiento Psicológico Focalizado en las Adicciones.....	28
4.2.8.Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.....	29
4.2.9.Enfoque Conductual - Contextual.....	30
5.Metodología.....	39

5.1.Área de estudio.....	39
5.2.Población y muestra	39
5.2.1.Criterios de inclusión.....	39
5.2.2.Criterios de exclusión.....	40
5.3.Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
5.3.1.Técnicas.....	40
5.3.2.Instrumentos	40
5.4.Equipos y materiales	42
5.5.Consideraciones éticas	42
5.6.Variables..	42
5.6.1.Variable independiente.....	42
5.6.2.Variable dependiente	42
5.6.3.Operacionalización de variables.....	42
5.7.Procesamiento de análisis de datos	44
5.8.Procedimiento	44
5.8.1.Primer fase	44
5.8.2.Segunda fase.....	44
5.8.3.Tercera fase	44
6.Resultados.....	46
7.Discusión.....	72
8.Conclusiones.....	74
9.Recomendaciones	75
10.Bibliografía.....	76
11.Anexos.....	89

Índice de tablas

Tabla 1 Rasgos de personalidad, según MCMI-III.....	46
Tabla 2 Nivel de intervención intensiva y tipo de sustancia psicoactiva, según ASSIST	46
Tabla 3	47
Tabla 4 No requiere nivel de intervención y tipo de sustancia psicoactiva, según ASSIST	48
Tabla 5 Relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas.....	49
Tabla 6 Datos sociodemográficos de edades en los usuarios residentes de los CETAD	110

Índice de anexos

Anexo 1 Aprobación del Proyecto de Integración Curricular	89
Anexo 2 Asignación del tutor.....	90
Anexo 3 Cartas de solicitud para aplicación de reactivos	91
Anexo 4 Consentimiento informado	95
Anexo 5 Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	96
Anexo 6 Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)	102
Anexo 7 Evidencia fotográfica.....	107
Anexo 8 Resultados complementarios	110
Anexo 9 Certificado de traducción.....	111

1. Título

Rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios residentes de los centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) de la ciudad de Loja.

2. Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente desde los indicios de la humanidad, pero, se desconoce a ciencia cierta cuáles son las causas que la producen, sin embargo, se puede tomar en cuenta distintos factores personales, biológicos, sociales y familiares que tienen cierta influencia en el inicio, desarrollo o mantenimiento del consumo. La personalidad es el resultado del temperamento, carácter e influencia del ambiente que implican los sentimientos, las emociones o pensamientos que definen el patrón de conducta; a partir de ello algunos estudios han confirmado la posible correspondencia entre la personalidad y el consumo de sustancias psicoactivas, partiendo de la premisa que la influencia de este es multicausal. Es por esto que surge el objetivo del presente estudio, que fue determinar la relación que existe entre los rasgos de personalidad y el consumo de los distintos tipos de sustancias psicoactivas. Se realizó un diseño de estudio no experimental, de tipo descriptivo-correlacional con corte transversal, participaron 41 usuarios residentes de dos centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) “Nuevo Renacer” y “Centsadic” de la ciudad de Loja, seleccionados de manera no probabilística e intencional. Los instrumentos utilizados fueron: inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III) y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST). Se identificó mayor porcentaje en los rasgos de personalidad depresivo y antisocial, prevaleció el nivel de intervención intensiva, destacando el consumo de alcohol y la cocaína, mediante la prueba estadística Rho de Spearman se evidenció una correlación directa pero muy baja, lo que indica que no existiría un perfil específico de personalidad que denote si es proclive al consumo, a partir de ello se diseña un plan de tratamiento psicológico dirigido a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, que requieren un nivel de intervención intensiva.

Palabras Clave: salud mental y adicciones, estructura de la personalidad, sustancias psicotrópicas, diferencias individuales.

2.1. Abstract

The consumption of psychoactive substances has been present since the beginning of mankind, but the causes that produce it are not known for certain, however, different personal, biological, social and family factors can be taken into account that have some influence on the initiation, development or maintenance of consumption. Personality is the result of temperament, character and influence of the environment that involve feelings, emotions or thoughts that define the behavior pattern; based on this, some studies have confirmed the possible correspondence between personality and the consumption of psychoactive substances, starting from the premise that the influence of this is multicausal. This is why the objective of the present study was to determine the relationship between personality traits and the consumption of different types of psychoactive substances. A non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional study design was carried out with the participation of 41 users residing in two centers specialized in the treatment of alcohol and other drugs (CETAD) "Nuevo Renacer" and "Centsadic" in the city of Loja, selected in a non-probabilistic and intentional manner. The instruments used were: Millon's multiaxial clinical inventory-III (MCMI-III) and the screening test for alcohol, tobacco and other substance use (ASSIST). A higher percentage of depressive and antisocial personality traits were identified, the intensive intervention level prevailed, highlighting alcohol and cocaine consumption, by means of Spearman's Rho statistical test a direct but very low correlation was evidenced, which indicates that there would not be a specific personality profile that denotes whether it is prone to consumption, from this a psychological treatment plan is designed aimed at people with psychoactive substance use problems, which require a level of intensive intervention.

Key words: *mental health and addictions, personality structure, psychotropic substances, individual differences.*

3. Introducción

La personalidad es aquel cúmulo de características que definen nuestro patrón de conducta. Como menciona (Linares, 2007) “puede ser definida como la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente y doblemente contextualizada por un substrato biológico y un marco cultural”. Es decir que, nuestra manera de accionar viene dirigida por aprendizajes que mantenemos al interaccionar con el entorno, dando lugar a lo que conocemos como personalidad. Dicha dimensión puede influir directamente en las esferas en las que nos encontramos inmersos, como el área social, laboral, familiar o educativa.

La personalidad es el resultado de nuestras características que implican los sentimientos, las emociones o pensamientos que definirían nuestro patrón de comportamiento. Es difícil comprenderla de forma directa, solo se la puede conocer y comprender a través de aspectos concretos observables, tales como los hábitos, las costumbres, las conductas, las relaciones con otros (Tintaya, 2019).

No obstante, también influye en nuestras preferencias individuales, algunos estudios corroboran que las variables de personalidad tienen un porcentaje de influencia en el uso o abuso de ciertas sustancias. En un estudio realizado en España (González et al., 2016) se concluyó, que en los consumidores de alcohol los rasgos significativos fueron estabilidad, gregarismo, amigabilidad, sensibilidad, confianza, apertura a la experiencia, perfeccionismo y calma. Para los consumidores de cannabis, el gregarismo, amigabilidad, sensibilidad, confianza, apertura a la experiencia, el perfeccionismo y la calma, fueron estadísticamente significativos. En una investigación realizada por (Lammers et al., 2015), encontraron que "los adolescentes con rasgos de personalidad como la baja autoestima, la ansiedad y la depresión tienen un mayor riesgo de consumir drogas" (p. 248). Así mismo, en otro estudio reciente, (Galindo-Donaire et al., 2023), encontraron que "la neuroticismo, la extraversión y la apertura a la experiencia se asociaron con el consumo de tabaco y cannabis en adultos jóvenes" (p. 6). En cuanto a los consumidores de cocaína, la calidez, confianza y la calma fueron los rasgos altamente relevantes.

Consta de dos capítulos, el primero se titula personalidad y contiene subtemas como: definición según autores, perspectiva histórica, teorías de la personalidad, rasgos de personalidad, trastornos de personalidad según el DSM-5, con relación al tratamiento, una perspectiva desde el enfoque cognitivo conductual y la psicoterapia integrativa. En cuanto al segundo capítulo, se titula consumo de sustancias psicoactivas y contiene de

por medio, los conceptos generales, perspectiva teórica, clasificación de sustancias psicoactivas, tipos de consumidores de sustancias, clasificación según su condición (sustancias legales e ilegales) y tipos de sustancias psicoactivas, con relación al tratamiento psicológico, incluye el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente y el enfoque conductual contextual.

Los resultados de dichas investigaciones corroboran que las variables de personalidad tienen un porcentaje de influencia en el uso o abuso de ciertas sustancias. Es así que, en el presente trabajo de investigación se respondió a la pregunta de investigación: ¿Se relacionan los rasgos de personalidad con el consumo de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas en individuos institucionalizados? para ello se identificó los rasgos de personalidad prevalentes, se estableció el nivel de intervención y tipo de sustancia psicoactiva que fue consumida en los usuarios residentes de los centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) de la ciudad de Loja, para posteriormente determinar cómo se relacionan estas variables, a partir de los resultados obtenidos, se elaboró un plan de tratamiento psicológico, con un enfoque conductual contextual, dirigido a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, que requieren un nivel de intervención intensiva, participaron 41 usuarios residentes de dos centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) “Nuevo Renacer” y “Centsadic” de la ciudad de Loja, los mismos que fueron seleccionados de manera no probabilística e intencional. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST). Una vez entregados los debidos consentimientos informados en cada institución, se procede con la aplicación de los reactivos psicológicos, ya obtenidos los resultados y con ayuda del programa SPSS versión 25, se prosigue con el análisis de los datos, describiendo las variables a través de las tablas de frecuencia, finalmente se describe la discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, y culminación del informe final de la investigación.

4. Marco teórico

4.1. Capítulo 1: Personalidad

La personalidad es la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse, es decir, que “la personalidad se forma en función del desarrollo del individuo, a partir de las características ambientales, biológicas y sociales que explican, modulan y mantienen su comportamiento” (Sinisterra et al., s. f., p. 85). Es así que, incluye los diversos procesos psicológicos, y “puede ser comprendida como la forma de organización más compleja e integral de la subjetividad del individuo humano que mediatiza sus desplazamientos y creaciones en la comunidad” (Tintaya, 2019, p. 124).

4.1.1. Definiciones Según Autores

Existen diversas definiciones acerca del constructo de personalidad, las cuales parten de premisas que sustentan su teoría, como Allport (1986), el cual refiere que la personalidad es una organización dinámica que surge de uno mismo y la interacción de sistemas psicofísicos que definen el patrón de comportamiento, incluyendo aspectos cognitivos y afectivos.

Sin embargo, desde una perspectiva conductual, la personalidad constaría de conductas que se mantienen a lo largo del ciclo vital por la incidencia de reforzadores, en este caso, se resta importancia a los aspectos internos, ya que, este enfoque se centra en predecir y controlar la conducta manifiesta y observable (Cloninger, 2002).

Por otro lado, según Cattell (1950), la personalidad nos brinda una pauta para conocer la conducta de una persona en cualquier contexto, basándonos en experiencias previas. Y en palabras de Bandura (1977), la personalidad no es más que la interacción constante de la parte cognitiva, el ambiente y el historial de aprendizaje individual, dichos factores determinan el actuar de un individuo ante una situación determinada.

4.1.2. Perspectiva Histórica

El interés humano por asignar una definición a las características individuales que definen la conducta, ha sido motivación para los escritores o filósofos en el estudio de lo que hoy conocemos como personalidad. Su estudio se remonta a muchos años atrás, empieza aproximadamente un siglo antes de Cristo, en ese entonces los griegos a través del drama, utilizaban máscaras para representar distintos estilos de vida, pero, sin dejar de ser ellos mismos (Sinisterra et al., s. f.).

Además, Hipócrates intentó categorizar a las personas según sus características individuales en grupos como: melancólicos, coléricos, sanguíneos y flemáticos. La idea

de los griegos acerca de la personalidad en sí, se basaba en el exceso de cualquier fluido anteriormente mencionado, aquel definiría la personalidad en los seres humanos (Rodríguez, s. f.).

Siglos más tarde, Claudio Galeno de Pérgamo, incluye en su teoría 9 tipos de temperamentos, a diferencia de Hipócrates, quien incluía 4, además, refiere que existe un temperamento “óptimo” el cual pretende brindar un equilibrio en la personalidad. Según Immanuel Kant (1798), la personalidad se caracteriza por la presencia del temperamento y el carácter, situaciones que se rigen bajo un aspecto psicológico y fisiológico, es decir, se componen de una parte objetiva, que es la actividad o conducta observable y la subjetiva, que alude a los sentimientos que se manifiestan (Rodríguez, s. f.)

Luego, aparecieron las teorías de la personalidad desde un enfoque psicológico, entre las cuales destacamos las psicodinámicas, cognoscitivas, del aprendizaje social o conductuales. Dicho esto, se puede mencionar que la personalidad ha sido objeto de estudio desde los indicios de la humanidad, pues refleja el interés o la necesidad ancestral de conocerse, comprenderse o aceptarse a sí mismo.

4.1.3. Teorías de la Personalidad

4.1.3.1. Teoría Psicodinámica de la Personalidad. “La perspectiva psicoanalítica sobre la personalidad se ha vuelto uno de los enfoques más ampliamente conocidos fuera de la psicología” (Cloninger, 2002, p. 29). Desde este modelo, la personalidad es el resultado de fuerzas psicológicas que no son observables, es decir, que surgen dentro de nuestra conciencia. Según Sigmund Freud (1923), existen tres estructuras de la personalidad que surgen a medida que el individuo va desarrollándose, el ello, presente desde la etapa del nacimiento, es la fuente de nuestros impulsos, el yo, abarcaría la razón y el superyó las normativas sociales idealizadas, cada estructura tiene una función en específico y debe ir relacionada acorde a la edad o etapa en la que se encuentre la persona. Así mismo, Freud hace énfasis a las experiencias de la infancia, puesto que serán las que influyan en el desarrollo y el mantenimiento de la personalidad.

Jung por lo general no se refería a la personalidad sino a la psique, una palabra griega para denominar “espíritu” o “alma”. Catalogó al término en el Sí mismo, incluyendo las cualidades y potencialidades de la persona, las cuales se pudieron haber vuelto conscientes o no, en alguna etapa determinada de su vida (Cloninger, 2002).

4.1.3.2. Teoría Fenomenológica de la Personalidad. Plantea que los seres humanos son quienes emplean una manera determinada para observar el mundo y son ellos quienes viven su vida conforme a sus aprendizajes, percepciones y normas.

A diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen. (Sinisterra et al., s. f, p. 90)

Uno de los autores reconocidos de esta teoría es Carl Rogers, el cual considera que los seres humanos construyen su personalidad cuando existe una base de metas positivas y su actuar va direccionado a un bienestar, establecido por propósitos personales.

4.1.3.3. Teoría Conductual de la Personalidad. A diferencia de los otros autores, Skinner (1954b) no propone causas de la conducta relacionadas con la personalidad del individuo. Consideraba que la personalidad no precedía de una base sólida y mucho menos, científica, afirmando que el comportamiento no puede ser causado por “fuerzas” internas del individuo como rasgos, pensamientos, emociones, etc.

Su estudio se centra en predecir y controlar la conducta manifiesta y observable, la cual se basa en la presencia y el registro de las acciones que tiene cada persona, atribuyendo la misma, a factores externos que la pueden ir modulando. Argumentaba que, es ilógico considerar que los rasgos de personalidad (como la extroversión) o los motivos internos (como la autorrealización y la ansiedad) puedan ser las causas de la conducta (Cloninger, 2002). Está claro que, desde la perspectiva del aprendizaje, los rasgos son considerados como pequeñas descripciones de las conductas que se explican con un razonamiento circular no válido, volviéndose inferencial.

4.1.3.4. Teoría Cognitiva de la Personalidad. La presente teoría postula que nuestro comportamiento está guiado por la manera de pensar individual, y aunque toma en cuenta la interacción con el medio ambiente, prioriza los criterios o estándares que reflejan nuestro patrón de pensamiento, lo que incluye factores como la percepción, lenguaje, atención, pensamiento, conciencia, etc. En palabras de Bandura (1977), la personalidad es aquella interacción entre el área cognitiva, el aprendizaje y el ambiente, que dan como resultado una manera de comportarnos acorde a las expectativas propias del individuo.

4.1.4. Rasgos de Personalidad

4.1.4.1. Perspectiva de la Teoría de Allport. Según autores, la personalidad es consistente a lo largo del tiempo, promueve a comportarnos de una manera determinada y estable en un periodo de tiempo, sin embargo, las investigaciones refieren que son las situaciones contextuales las que predicen nuestra conducta. Allport (1966), dio inicio a la premisa de que las condiciones ambientales pueden influir significativamente en la vida de las personas, aunque actúen de manera diferente.

En su definición de personalidad encontramos que: *“Personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”*. Lo cual reseña que, los individuos nos manejamos por la integralidad, mientras mayor sea, existirá estabilidad, de lo contrario, se evidenciarían indicios patológicos, en primera instancia, en los rasgos de personalidad. Así mismo, el desarrollo de la personalidad se encuentra mediado por las últimas etapas de la vida, en las que el individuo está más avanzado en las diferentes esferas de su existencia.

La búsqueda de rasgos personales que expliquen las diferencias intra e interindividuales se inicia con F. Galton a finales del siglo XIX, posterior a ello, los estudios de tanto de Allport como Eysenk, parten de modelos con distintas dimensiones que agrupan a rasgos normales o anormales según el caso (Masià, s. f.).

De acuerdo con Allport (1937b), un rasgo es una especie de sistema que puede responder o crear diversos estímulos que pueden ser funcionales y permiten una conducta adaptativa observable, no obstante, pueden modificarse a medida que el individuo acoja nuevas formas de incluirse en el mundo.

4.1.4.1.1. Categorización De Los Rasgos. Para describir el nivel de incidencia que tenían los rasgos en la personalidad, Allport categorizó los mismos de la siguiente manera (Cloninger, 2002):

Rasgos centrales: Son las características propias que resumen nuestra personalidad y pueden influir en otras conductas, disminuyendo o potenciando su acción, por ejemplo, la confianza en uno mismo.

Rasgos secundarios: Semejantes de los rasgos centrales, sin embargo, en este caso no afectan en gran medida a lo que realice la persona, aunque sean consistentes. Se centran en las diferencias individuales (gustos, preferencias, etc.)

Rasgos cardinales: No son tan frecuentes, pero, al mostrarse, son tan dominantes que pueden tomar el control de la vida de la persona.

4.1.4.2. Perspectiva de la Teoría de Cattell. Según Cattell (1950), la personalidad es aquella que permite realizar predicciones acerca del comportamiento, actitud, valores y roles del individuo atendiendo a las características del contexto.

En este sentido, los rasgos de personalidad sería aquellas características o elementos que tienen un valor de predicción con relación a la conducta en un momento específico. Cabe mencionar, que, aunque no se refiere a una entidad física en sí, su relevancia es la relación que existe de por medio, por lo que se los cataloga como “determinantes de conducta”. (Cloninger, 2002a)

4.1.4.2.1. Tipos de Rasgos Según Cattell. El presente autor refiere cuatro dimensiones que están presentes en los rasgos de personalidad (Cloninger, 2002b):

Rasgos de superficie: Hace referencia a la existencia de características que pueden ser un posible predictor del comportamiento, pero, no indica como tal, la evidencia de que exista dicho elemento.

Rasgos de origen: Son aquellos rasgos que, a pesar de las variables contextuales, puede mantenerse y aparecer una y otra vez en la personalidad de la gente.

Rasgos de habilidad: Engloban algunos tipos de inteligencia y, además, reflejan la capacidad de una persona para trabajar por un objetivo o meta propuesta, es decir, se mide su autoeficacia. Tomando en cuenta que, lo esencial es la herencia y el aprendizaje con el medio ambiente.

Rasgos de temperamento: Atribuyen el comportamiento individual a la parte genética o hereditaria.

Rasgos dinámicos: Describen la subjetividad del individuo para la realización de sus tareas, es decir, la parte motivacional y energética que dirige a la acción.

4.1.5. Trastornos de Personalidad Según el DSM-5

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro:

4.1.5.1. Criterios Diagnósticos Generales. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

- Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 - Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
 - Funcionamiento interpersonal.
 - Control de los impulsos.
- A.** El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- B.** El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.
- C.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
- D.** El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- E.** El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 646-647)

Los trastornos de personalidad se caracterizan por patrones de comportamiento inflexibles, los cuales, al ser tan marcados pueden generar afecciones en el funcionamiento del individuo y en las esferas en las que se encuentra inmerso, como el

área personal, familiar y social. A continuación, se van a describir los principales trastornos de personalidad, los cuales se dividen en tres clústeres o grupos: A, B y C.

4.1.5.2. Trastornos de la Personalidad: Grupo A.

4.1.5.2.1. Trastorno de la Personalidad Paranoide. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

- Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
- Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
- Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
- Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
- Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
- Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
- Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 649)

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

- No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.

- Casi siempre elige actividades solitarias.
- Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
- Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
- No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
- Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
- Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 652-653)

4.1.5.2.3. Trastorno de la Personalidad Esquizotípica. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
- Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
- Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
- Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
- Susplicacia o ideas paranoides
- afecto inapropiado o limitado.
- Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
- No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.

- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 655-656)

4.1.5.3. Trastornos de la Personalidad: Grupo B.

4.1.5.3.1. Trastorno de la Personalidad Antisocial. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:

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

A. El individuo tiene como mínimo 18 años.

B. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

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

4.1.5.3.2. Trastorno de la Personalidad Límite. Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
 - Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 - Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 - Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
 - Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
 - Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 - Sensación crónica de vacío.
 - Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 663)

4.1.5.3.3. Trastorno de la Personalidad Histriónica. Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
- La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
- Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
- Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.

- Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
- Muestra auto dramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
- Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
- Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

4.1.5.3.4. Trastorno de la Personalidad Narcisista. Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
- Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
- Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
- Tiene una necesidad excesiva de admiración.
- Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
- Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
- Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
- Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.
- Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 669-670)

4.1.5.4. Trastornos de la Personalidad: Grupo C.

4.1.5.4.1. Trastorno de la Personalidad Evitativa. Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

- Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
- Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
- Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
- Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
- Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
- Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.

4.1.5.4.2. Trastorno de la Personalidad Dependiente. Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

- Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
- Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
- Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)
- Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).

- Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
- Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 675)

4.1.5.4.3. Trastorno de la Personalidad Obsesiva-Compulsiva. Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

- Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
- Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
- Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
- Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
- Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.
- Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
- Muestra rigidez y obstinación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 678-679)

4.1.6. Tratamiento Psicológico Focalizado en la Personalidad

En cuanto al tratamiento de la personalidad, existen diversos estudios que avalan medianamente la eficacia de cada uno de ellos, pero, aun así, son escasos y no cumplen

con las condiciones de diseño y control, por ende, existe dificultad para determinar su eficacia total. Con respecto a las intervenciones psicológicas, estas se enfocan directamente en los trastornos de personalidad, sin embargo, en los resultados de la presente investigación no se evidencia patología severa de la personalidad; desde este punto de vista los trastornos de personalidad son aquellos patrones de conducta que se caracterizan por ser estables e inflexibles en cuanto a comportamientos desadaptativos, que surgen como resultado de la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales (Llopis Giménez et al., 2017).

Los enfoques que más destacan para abordar la personalidad son los siguientes:

4.1.6.1. Enfoque Cognitivo – Conductual. El enfoque cognitivo-conductual es una teoría y un enfoque terapéutico que se enfoca en cómo los pensamientos, emociones y comportamientos interactúan entre sí. Según esta perspectiva, los pensamientos y creencias negativas o distorsionadas pueden dar lugar a emociones negativas, lo que a su vez puede provocar comportamientos inadaptados. Por lo tanto, su objetivo es ayudar a las personas a identificar y cambiar sus patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales. El enfoque cognitivo-conductual se ha utilizado de manera efectiva en el tratamiento de diversos trastornos de personalidad, incluyendo el trastorno límite de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno de personalidad por evitación y el trastorno de personalidad dependiente, entre otros (Diego Gonzalez et al., 2017a).

Se basa en varios principios fundamentales, incluyendo la idea de que los patrones de pensamiento y comportamiento pueden ser aprendidos y desaprendidos a través de la experiencia. También se cree que el cambio terapéutico puede ser alcanzado a través del entrenamiento en habilidades, la exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad y el uso de técnicas de relajación. Algunos de los tratamientos más comunes dentro de la terapia cognitivo-conductual son el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y la exposición con prevención de respuesta para trastornos de ansiedad. Algunos autores que han realizado importantes contribuciones al desarrollo del enfoque cognitivo-conductual son Aaron Beck, quien desarrolló la Terapia Cognitiva, Albert Ellis, quien desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual, y Judith Beck, quien ha trabajado en el desarrollo de las Técnicas de Terapia Cognitiva (Diego Gonzalez et al., 2017b).

4.1.6.2. Psicoterapia Integrativa. La psicoterapia integrativa es una práctica que aborda la personalidad de una persona como una entidad integral, en lugar de centrarse únicamente en síntomas específicos o problemas de comportamiento. Se enfoca en ayudar a las personas a comprender y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que pueden estar contribuyendo a su malestar emocional, y a desarrollar habilidades para afrontar los desafíos de la vida.

4.1.6.2.1. Psicoterapia Integrativa según Theodore Millon

La psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad (IPF) es un enfoque terapéutico que se basa en la teoría de la personalidad y la psicopatología de Theodore Millon. El objetivo de la IPF es ayudar a las personas a comprender y cambiar los patrones de pensamiento, emoción y comportamiento disfuncionales que pueden estar contribuyendo a sus problemas emocionales y conductuales. Este enfoque terapéutico utiliza técnicas de diferentes corrientes teóricas, como la terapia cognitivo-conductual, la psicodinámica y la terapia humanista. Su tratamiento es individualizado y adaptado a las necesidades específicas de cada persona, a través de la terapia, se trabaja para fomentar el desarrollo de habilidades adaptativas y reducir los patrones disfuncionales de pensamiento, emoción y comportamiento. Algunos de los principales objetivos de la IPF son (Millon, 1999):

- Ayudar a la persona a comprender y aceptar su personalidad.
- Identificar y trabajar en los patrones disfuncionales de pensamiento, emoción y comportamiento.
- Desarrollar habilidades adaptativas y mejorar las relaciones interpersonales.
- Promover la resolución de conflictos internos y externos.
- Fomentar el desarrollo del bienestar emocional y el crecimiento personal.

4.1.6.2.1. Psicoterapia Integrativa según Lucio Balarezo

Según (Balarezo, 2008) la psicoterapia integrativa focaliza en la personalidad (PIFP), permite el tratamiento de desajustes emocionales que conducen a problemas de conducta, ya que, genera una cercanía con el consultante y un mejor entendimiento de su estilo de vida. La PIFP se basa en el modelo integrativo de psicoterapia, que combina diferentes enfoques terapéuticos en una única intervención adaptada a las necesidades de cada paciente. El modelo integrativo se basa en la premisa de que ningún enfoque terapéutico es suficiente por sí solo para tratar los problemas psicológicos complejos.

- La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los enfoques que se utilizan en la psicoterapia integrativa. La TCC se enfoca en los pensamientos y comportamientos del paciente y en cómo estos pueden estar contribuyendo a su malestar emocional. En el caso de Lucio Balarezo, la TCC podría ser útil para abordar patrones de pensamiento negativos que pueden estar afectando su autoestima y su bienestar emocional (Balarezo, 2013a).

- La terapia psicodinámica es otro enfoque que puede ser útil en la psicoterapia integrativa. Este enfoque se enfoca en la exploración de los conflictos emocionales inconscientes del paciente y en cómo estos pueden estar afectando su comportamiento y su bienestar emocional. En el caso de Lucio Balarezo, la terapia psicodinámica podría ayudarlo a explorar patrones de comportamiento inconscientes que puedan estar afectando su capacidad para relacionarse con los demás (Balarezo, 2013b).

La PIFP incluye la exploración del funcionamiento de la personalidad, la identificación de los problemas centrales de la personalidad y la formulación de un plan de tratamiento integrativa, utiliza técnicas de diferentes enfoques terapéuticos, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia humanista y la psicoterapia psicodinámica. Su objetivo es ayudar al paciente a desarrollar un mayor conocimiento y comprensión de sí mismo y de sus patrones de pensamiento, emociones y comportamiento (Balarezo, 2011a).

Los tipos de personalidad se agrupan en diferentes categorías que compartan características similares, por ejemplo: las personalidades de acercamiento afectivo, corresponden a la histérica y ciclotímica, las de acercamiento cognitivo, a la paranoide y anancástica, las de acercamiento comportamental al tipo inestable y disocial, por último, las de acercamiento distante corresponden a la esquizoide, evasiva y dependiente (Balarezo, 2011b).

Como se puede evidenciar, el enfoque cognitivo conductual más la psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, son los tratamientos más utilizados en la actualidad, sin embargo, según los resultados obtenidos en la presente investigación, no es posible realizar un plan de intervención para abordar deficiencias en cuanto a los rasgos de personalidad, ya que, la relación existente entre las dos variables, fue directa, pero, muy baja, indicando que, la personalidad no es un factor inamovible e inflexible que se involucre en el inicio, desarrollo o mantenimiento de una conducta adictiva.

4.2. Capítulo 2: Consumo de Sustancias Psicoactivas

4.2.1. Conceptos Generales

4.2.1.1. Adicción. La adicción es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de signos y síntomas como la tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y craving. Se produce y mantiene por la influencia de factores genéticos, ambientales y personales e inclusive es “progresiva y fatal, modifica el funcionamiento del individuo tanto a nivel personal como social, se caracteriza por la pérdida de control a pesar de las consecuencias que puede experimentar la persona durante el consumo”. (Mart, s. f.)

Según Koob y Volkow (2010), la adicción es un proceso crónico que se caracteriza por la presencia de una conducta compulsiva, pérdida de control y el síndrome de abstinencia, el cual refiere una disminución en el estado emocional disfórico o negativo. Es decir, la adicción se caracteriza por la búsqueda constante de reforzadores negativos que mantienen el comportamiento impulsivo o compulsivo.

4.2.1.2. Tolerancia. Consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio (Martínez, 2017)

4.2.1.3. Síndrome de Abstinencia. Se refiere al conjunto de síntomas físicos y psicológicos que puede llegar a experimentar la persona luego del cese del consumo de manera involuntaria o brusca. En cuanto a la intensidad, duración y sintomatología, dependen directamente de la sustancia consumida. “Se refiere al cuadro clínico que aparece evitando el consumo cuando se depende de él” (Álvarez, 2018)

4.2.1.4. Uso, Abuso y Dependencia. Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia de manera esporádica, la cual no genera consecuencias negativas a nivel personal o en su entorno, es el tipo más habitual. El abuso consiste en continuar el consumo a pesar de los efectos negativos que puedan presenciarse. Por último, la dependencia, se describe por el uso excesivo o crónico de una sustancia, sin embargo, también puede ocurrir por un periodo de tiempo continuo o durante los fines de semana (Becoña & Cortés, 2011)

Por dependencia, o síndrome de dependencia, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto”.

A pesar de que todas las personas están expuestas a consumir drogas como el alcohol y la nicotina, cuyo consumo es legal, solo un porcentaje bajo es vulnerable a la dependencia a éstas o a cualquier droga de abuso. Como hemos dicho, se tiene evidencia que sugiere la existencia de una relación entre los cambios genéticos y el ambiente, que provocan disfunciones en algunos sistemas cerebrales que tornan vulnerable a un individuo a padecer dependencia a una droga de abuso. (Méndez et al., 2017)

4.2.2. *Perspectiva Teórica*

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, es decir, se remonta a miles de años en la historia, en épocas inmemorables. Tanto como fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados, beber pócimas o utilizar el opio para el dolor, la ingesta se realizaba para rituales, fines medicinales, costumbres o por distracción. Alrededor del año 3000 a.C ya se utilizaban algunos opiáceos, como, por ejemplo, en Asia el cáñamo, en América las hojas de coca y en la sociedad Azteca, el Peyote. Sin embargo, en Mesopotamia o Egipto, se documenta el consumo de alcohol y sus derivados. Aunque no se conozca con exactitud la primera droga consumida, se estima que el alcohol ha sido un producto que aumentó el comercio colonial, siendo así, una fuente de ingreso de las colonias (Empresa Sin Drogas, 2018).

Más actualmente, ha ido evolucionando el término de adicciones y sus derivados industriales o químicos, dando origen a nuevas sustancias. Algunas como la heroína, cocaína, drogas de diseño o LSD. No obstante, también existen adicciones que no incluyen de por medio el uso de alguna sustancia, conocidas como adicciones comportamentales, pueden ser al internet, videojuegos, teléfono móvil, sexo, compras o juegos de azar.

4.2.2.1. Estadísticas Sobre el Consumo de Drogas en Ecuador.

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática que afecta directamente y en su mayoría a la población adolescente, siendo los varones, el grupo más afectado. Algunas sustancias como la marihuana, la base de cocaína o el crack, son las drogas ilícitas más consumidas, creando problemas en todas las esferas del individuo. En nuestro país, Ecuador, el Ministerio de Salud Pública indica que las adicciones hoy en día ya constan una problemática de salud pública, por lo que es necesaria la creación de programas informativos, de promoción y prevención en el consumo de drogas. Es así que, dentro de la Política de Estado, mediante la Estrategia Nacional del Plan Nacional de Drogas se busca “reducir drásticamente y sosteniblemente los impactos sociales, políticos y económicos de la producción, el tráfico y el consumo ilícito de drogas en el país”. (Marambio, 2009)

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en cuanto al control de la oferta de drogas en 2020, Ecuador fue el tercer país con mayores incautaciones de cocaína luego de Estados Unidos (11%) y Colombia (41%), representando el 6.5% de éstas a nivel mundial. A través de los estudios, se corrobora que Ecuador tiene el mayor número de atenciones y tratamientos enfocados en la adicción, con un total de 110.970 personas atendidas, las sustancias psicoactivas son opioides, cannabis, cocaína y pasta base. (*La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2022*)

En relación al grupo etario con mayor consumo del país, se trata de la ciudad de Guayaquil, siendo los entrevistados quienes confirmaron el consumo de marihuana en un 10,77%, heroína en un 4,89%, cocaína un 3,02% y base un 1,96%. Esto significa que, aproximadamente un 39% de la población ha consumido alguna sustancia psicoactiva. Según el instituto nacional de abuso de drogas en el año 2020 indica que: El 9% de los adultos de 50 a 64 años reportaron el consumo de marihuana el año anterior en el período 2015-2016, en comparación con el 7.1% en 2012-2013. El consumo de cannabis el año anterior entre los adultos de 65 años o más aumentó marcadamente, del 0.4% en el 2006 y 2007 al 2.9% en el 2015 y 2016. El Ecuador cuenta con varias políticas del estado, enfocadas en brindar una atención de calidad a las personas que padecen una adicción a las drogas. Es así que, existen servicios ambulatorios o residenciales brindados por el Ministerio de Salud Pública, los cuales son meramente gratuitos y ofrecen una recuperación en problemas adictivos. Así mismo, existe la presencia de los Centros Especializados en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), los cuales tienen convenios con el estado, no obstante, también

existen instituciones privadas. A pesar de los mecanismos utilizados por el estado, sigue escaseando un constante seguimiento a las empresas destinadas al tratamiento de adicciones y una atención integral, que abarque no solo el aspecto personal, sino que, incluya los diferentes sistemas en los que se encuentra inmerso el individuo (Comisión Interamericana para el Central del Abuso de Drogas, 2019)

4.2.3. Clasificación De Sustancias Psicoactivas

Las sustancias psicoactivas o comúnmente llamadas drogas pueden clasificarse distinta manera, ya sea tomando en consideración su origen (naturales, sintéticas o semisintéticas) su tipo de dependencia, peligrosidad, legalidad, aceptación social o su afección en el sistema nervioso central (Cuerno, 2013)

- **Drogas estimulantes:** La actividad del SNC se estimula e incrementa, incidiendo directamente en la actividad física y psíquica del individuo. Conductualmente hay cambios observables como el estado de ánimo elevado o el gregarismo. El consumo de dosis muy altas puede derivar a un brote psicótico.

- **Drogas depresoras:** Disminuyen y bloquean la actividad normal del SNC, ya que generan un estado de relajación, es decir, la persona no puede reaccionar ante la presencia de estímulos externos.

- **Drogas alucinógenas:** Modifican la función del SNC, provocando alucinaciones y percepciones distorsionadas de la realidad (cannabis, LSD, éxtasis, PCP y ketamina).

Además, la combinación de varias drogas o policonsumo suele intensificar los efectos de cada sustancia consumida, es decir, las complicaciones se duplicarían y las consecuencias podrían llegar a ser perjudiciales para la persona.

4.2.4. Tipos de Consumidores de Sustancias

Cuerno (2013) menciona que existen diversos tipos de consumidores de sustancias, los cuales se caracterizan por el periodo de consumo y el contexto, se clasifican de la siguiente manera:

- **Experimental:** Prima la curiosidad y las experiencias ajenas del grupo social acerca de los efectos “placenteros” que brinda el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Su frecuencia suele ser casual o esporádica.

- **Social:** Como el consumidor experimental, la frecuencia es esporádica, en este caso el objetivo es encajar en algún grupo social para generar inclusión y disfrute, de hecho, aunque no exista interés por consumir, se prioriza la diversión.

- **Problemático:** El consumo se deriva a consecuencias notables en las diferentes áreas del individuo, sin embargo, se mantiene por la necesidad de realizar catarsis bajo el efecto de las sustancias. Puede presenciarse la tolerancia, con el fin de obtener bienestar.

- **Habitado:** Ya no es un consumo esporádico, el objetivo es mantener el estado de bienestar psicológico o físico que proporciona la sustancia.

- **Adicto:** Existe la presencia del efecto priming o compulsión, que es la incapacidad de detener el consumo, entonces se desea permanecer en el estado satisfactorio que brinda la sustancia. (pág. 79).

4.2.5. Clasificación Según su Condición: Sustancias Legales e Ilegales

Cada país se rige bajo una legislación estatal que clasifica los diferentes tipos de drogas o sustancias con el fin de estimar y conocer la relación existente entre los individuos con cada una de ellas.

Las drogas lícitas o legales son aquellas legalmente disponibles mediante prescripción médica o cuya comercialización es permitida; y las drogas ilícitas o ilegales son aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos o que son usadas sin la prescripción exigida. Sin embargo, las drogas ilegales se clasifican como “drogas ilícitas”, aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos o que son usadas sin la prescripción médica exigida. (Bedoya et al., 2015)

4.2.6. Tipos De Sustancias Psicoactivas

4.2.6.1. Alcohol. Es una sustancia lícita o legal en la mayoría de países a nivel mundial, por lo que su uso es en debidas ocasiones “normalizado. El uso nocivo del alcohol causa una alta carga de morbilidad y tiene importantes consecuencias sociales y económicas, ya que afecta directamente en el funcionamiento individual. “Los índices de consumo en términos de frecuencia e intensidad que se han registrado por sustancias refieren en primer lugar al alcohol, seguido del tabaco, la marihuana y la cocaína, siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres”. (Sepúlveda & Zapata, 2015)

Actúan como depresor sobre el sistema nervioso central. El alcohol interfiere con las vías de comunicación del cerebro y puede afectar la forma en que funciona. En el cerebro, el alcohol ejerce sus efectos al interactuar con numerosos neurotransmisores y sus receptores, con los diferentes neurotransmisores que

producen diferentes efectos conductuales por el alcohol (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. s. f.).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo problemático de alcohol es un patrón de consumo que aumenta las posibilidades de que la persona tenga consecuencias adversas. Una persona puede beber y no tener problemas, pero si consume a ciertos niveles puede aumentar el riesgo a futuro, ya sea de enfermedades agudas o crónicas.

4.2.6.2. Tabaco. Se caracteriza por la presencia de un alcaloide muy adictivo; la nicotina. Por lo general, su consumo empieza en la etapa de la adolescencia temprana, de hecho, algunos estudios han referido que la exposición a tabaco también se ha asociado con el riesgo de usar otras drogas, considerándola como una sustancia de “entrada”, por lo que el riesgo de frecuentar otras sustancias, se incrementa. De por medio existe la interacción de factores ambientales, psicológicos o genéticos (Medina-Mora et al., 2002).

El tabaco es perjudicial en todas sus modalidades y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco. Fumar cigarrillos es la forma de consumir tabaco más extendida en todo el mundo. Otros productos de tabaco son: el tabaco para pipa de agua o narguile, diferentes productos de tabaco sin humo, cigarros, puritos, tabaco de liar, tabaco picado, *bidis* y *kreteks*. (*Organización Mundial de la Salud*, 2022.)

4.2.6.3. Cocaína. Es una de las sustancias que generan mayor dependencia en las personas, debido a la actividad reforzadora que posee, de hecho, es muy proclive que se experimente el síndrome de abstinencia minutos después de la ingesta, la cual puede ser por vía inhalatoria o inyectada. En algunos estudios se confirmó que los consumidores de cocaína suelen auto administrarse las dosis de cocaína de una manera compulsiva y con el fin de generar un estado eufórico. Existe dificultad para controlar el consumo, por lo que el riesgo de incrementarla y de sufrir una intoxicación aguda, siempre está presente (González Chamero, 2009).

La pasta base de cocaína se usa en todo el hemisferio, mientras que la pasta base se usa principalmente en América del Sur y el crack es más común en el Caribe angloparlante y en América del Norte. En la población general la prevalencia varía de 0,03% a casi 2,0%; entre los estudiantes de enseñanza secundaria la prevalencia va del 0,17% a más del 4,0%. En diez países el 2% o más de los estudiantes de enseñanza

secundaria han consumido cocaína en algún momento. Actualmente se observan tasas más altas de uso entre los hombres, sobre todo en los adolescentes (Comisión Interamericana para el Central del Abuso de Drogas, 2019).

4.2.6.4. Marihuana. Se trata de una sustancia con mayor incremento de consumo en la etapa de la adolescencia, puesto que, al ser normalizada por el grupo etario, no se conocen las consecuencias o efectos negativos de la misma, se compone por el tetra-hidrocanabinol (THC), involucrado con la regulación de emociones y procesos cognitivos.

Su consumo intenso incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos síntomas depresivos y conducta suicida. Las alteraciones cognitivas podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero el consumo durante la adolescencia puede producir cambios persistentes. (Bedoya et al., 2015)

La marihuana sigue siendo la sustancia ilícita más consumida a nivel mundial; cerca del 5 % de los consumidores en el mundo se encuentran en Suramérica, el Caribe y Centroamérica. Existe un amplio espectro de consumo de cannabis, en la población general la prevalencia oscila entre el 0,5% a casi el 16%. Entre los estudiantes de enseñanza secundaria, el rango es aún más amplio, desde menos del 1% en el extremo inferior (0,9%) hasta casi un tercio (32,8%) en el otro extremo. En la mayoría de los países el consumo de cannabis es mayor entre los hombres, con una tendencia a eliminar la brecha. Los cambios en la legislación y las regulaciones de la marihuana y la despenalización de la marihuana con fines recreativos o medicinales han llevado a un mayor acceso para los adultos (ISEP, 2019).

4.2.7. Tratamiento Psicológico Focalizado en las Adicciones

Las adicciones son trastornos crónicos que afectan a millones de personas en todo el mundo, convirtiéndose actualmente en una problemática de salud pública. En cuanto a su intervención, hay una variedad de tratamientos disponibles para ayudar a las personas a superar sus adicciones. Los tratamientos basados en evidencia para las adicciones son aquellos que se han demostrado eficaces en estudios científicos rigurosos. Estos tratamientos suelen basarse en enfoques terapéuticos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de grupo, o lo que se conoce ahora como las terapias de tercera generación, las cuáles han dado resultados comprometedores en la intervención por el consumo de sustancias psicoactivas. Es importante tener en cuenta que los tratamientos para las adicciones deben estar basados en evidencia y ser adaptados a las

necesidades individuales de cada persona (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2018).

Así mismo, dentro del ámbito de drogodependencias, se utiliza el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, el cual es un enfoque utilizado en psicología para comprender y explicar el proceso de cambio de comportamiento en los individuos, permite comprender las etapas que atraviesa una persona durante el proceso de cambio de comportamiento y adaptar su intervención en consecuencia. Este modelo se basa en seis etapas distintas que reflejan el estado de ánimo, las actitudes y las acciones de la persona en diferentes momentos del proceso de cambio.

4.2.8. Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente es un modelo de cambio de comportamiento que se aplica comúnmente en el tratamiento de adicciones. El modelo se basa en la idea de que el cambio de comportamiento es un proceso gradual y que las personas pasan por una serie de etapas diferentes antes de lograr un cambio duradero en su comportamiento adictivo. Existen cinco etapas del modelo transteórico (Prochaska et al., 1992):

- **Precontemplación:** en esta etapa, la persona no reconoce que tiene un problema con la adicción y no tiene intención de cambiar su comportamiento.
- **Contemplación:** en esta etapa, la persona reconoce que tiene un problema con la adicción y comienza a considerar la posibilidad de cambiar su comportamiento en el futuro cercano.
- **Preparación:** en esta etapa, la persona ha tomado la decisión de cambiar su comportamiento y está haciendo planes concretos para hacerlo.
- **Acción:** en esta etapa, la persona está tomando medidas activas para cambiar su comportamiento adictivo.
- **Mantenimiento:** en esta etapa, la persona ha logrado un cambio duradero en su comportamiento adictivo y está trabajando para mantener ese cambio a largo plazo.

Además, hay una sexta etapa llamada "recaída", que se refiere al regreso al comportamiento adictivo después de haber logrado un cambio inicial. Esta etapa es vista como parte del proceso de cambio y no como un fracaso total. El modelo transteórico se utiliza en el tratamiento de adicciones para ayudar a las personas a comprender el proceso de cambio y a identificar en qué etapa se encuentran (DiClemente et al., 1991).

Algunas de las técnicas que podemos encontrar en este modelo son:

- **Entrevista motivacional:** Identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se delimitan objetivos por parte del consultante y se acepta la ambivalencia en cuanto a los puntos de vista entre terapeuta-consultante (Becoña & Cortés, 2011).

- **Concientización:** Se refiere a las actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona, de modo tal que pueda obtener respuestas efectivas (Pallarès-Piquer, 2018).

- **Percepción de autoeficacia:** Se refiere a la percepción o conocimiento que tienen las personas de acuerdo a su capacidad, para realizar diversas acciones, como para enfrentar problemas u obstáculos de una manera adecuada y funcional, que no interfiera en su calidad de vida (Pool-Cibrián & Martínez-Guerrero, 2013).

- **Reestructuración positiva:** Consiste en aumentar el autoestima y confianza del consultante a través del empleo de comentarios positivos, los cuáles contribuyan a la mejora de hábitos y concepción de sí mismo, proporcionando seguridad y apoyo al consultante (Linares-Ortiz et al., 2014).

4.2.9. Enfoque Conductual - Contextual

La modificación de conducta es un enfoque terapéutico que se ha utilizado en el tratamiento de las adicciones. Se basa en la premisa de que los comportamientos adictivos son aprendidos y, por lo tanto, pueden ser modificados a través del aprendizaje de nuevos comportamientos. Tiene como herramienta base al análisis funcional de la conducta, el cual nos permite comprender el comportamiento, en este caso, la adicción a las drogas, pero, con una totalidad dinámica y ajustada. Tomando en cuenta al organismo complejo (la persona) y el contexto determinado en el que realiza dicha acción (condicionantes sociales o culturales), obteniendo así, las consecuencias a nivel fisiológico o social (Morris et al., 2013).

El enfoque conductual contextual (ECC) es una perspectiva teórica y clínica que se ha utilizado en el tratamiento de diversas afecciones psicológicas, incluyendo las adicciones. Se enfoca en la interacción compleja entre los eventos ambientales y psicológicos que influyen en el comportamiento humano, se basan en la idea de que el sufrimiento emocional y la conducta problemática son el resultado de la interacción entre los pensamientos y las emociones del paciente y su contexto social y cultural (McGuire et al., 2017).

Se centran en enseñar al paciente habilidades de aceptación, para que puedan aprender a tolerar cualquier tipo de evento privado (emoción desagradable), sin recurrir al consumo de sustancias psicoactivas. Estas terapias también se enfocan en ayudar al paciente a desarrollar un sentido de propósito y significado en su vida, para que puedan encontrar satisfacción y felicidad fuera de la adicción. Algunas de las terapias conductuales contextuales utilizadas en el tratamiento de las adicciones incluyen la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la terapia dialéctica conductual (DBT) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Gifford et al., 2004).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) se centra en enseñar al paciente habilidades de mindfulness, aceptación y valores, para que puedan aprender a vivir plenamente en el presente, incluso en presencia de pensamientos y emociones difíciles. La terapia dialéctica conductual (DBT) se enfoca en enseñar habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar emocional, así como habilidades de resolución de conflictos interpersonales. La terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) se centra en enseñar al paciente a identificar y cambiar patrones de pensamiento disfuncionales a través de la atención plena (Hayes et al., 2013a).

El plan de intervención que se desarrolló, fue bajo el enfoque conductual contextual, con una perspectiva de las fases de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la cual es un enfoque terapéutico que se centra en la aceptación de experiencias internas, como pensamientos y emociones, mientras se avanza hacia valores personales y objetivos de comportamiento. La ACT se ha utilizado para tratar la adicción y ha demostrado ser eficaz en la reducción del consumo de drogas y alcohol. "Los resultados sugieren que la ACT es un enfoque efectivo para el tratamiento de la adicción y puede ser útil para mejorar la abstinencia y la calidad de vida". (Rostami et al., 2022)

Las técnicas que sobresalen en este enfoque son:

- **Definición de valores:** En esta fase, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir sus valores personales y lo que es importante para él o ella. "La fase de definición de valores es esencial para la terapia ACT, ya que ayuda al paciente a identificar lo que es importante para él o ella y proporciona un marco para la toma de decisiones y la acción". (Gómez, 2019)

- **Desesperanza creativa:** Consiste en que, el consultante pueda reconocer las estrategias que ha utilizado para modificar aquellos pensamientos, sentimientos o emociones que le han resultado desagradables y la función que ha cumplido cada una, explicando que a largo plazo no han funcionado (León-Quismondo et al., 2014).

- **Aceptación:** En esta fase, el paciente aprende a aceptar sus pensamientos y emociones sin luchar contra ellos o intentar controlarlos. "La aceptación es un componente clave de la terapia ACT, ya que ayuda al paciente a disminuir la lucha contra sus pensamientos y emociones y a desarrollar una mayor flexibilidad psicológica". (Hayes et al., 2013b)

- **Definición de metas:** En esta fase, el paciente aprende a definir metas claras y alcanzables que estén en línea con sus valores personales (Ribero-Marulanda, S. & Agudelo-Colorado, L., 2016).

- **Compromiso con la acción:** En esta fase, el paciente se compromete a tomar medidas concretas para alcanzar sus metas, a pesar de los pensamientos y emociones difíciles que puedan surgir (León-Quismondo et al., 2014).

- **Distanciamiento de los eventos privados:** Consiste en la observación de los eventos privados, se ayuda al consultante a diferenciar en el hecho de tener un pensamiento del pensamiento y la persona que lo posee (Gómez, 2019).

- **Autorrealización:** Consiste en delimitar las expectativas, valores y necesidades propias del consultante, las cuales permiten una reafirmación de sus capacidades y conllevan al establecimiento de metas a corto y largo plazo (Romero, 2015).

- **Meditación guiada:** Herramienta que permite, mediante palabras e imágenes, dejar de lado emociones negativas como el dolor, el estrés y las preocupaciones del día a día, ayudándonos a conectar con nuestro interior (Capdet & Pablo, 1998).

- **Metáforas:** Recurso valioso que permite establecer un nuevo contexto que valide el conocimiento expresado por el usuario (Ribero-Marulanda, S. & Agudelo-Colorado, L., 2016). Algunas de las que encontramos plasmadas en el plan de intervención son:

- **Metáfora de los dos escaladores:** Sugiere la idea de que el terapeuta es como un guía o acompañante en el camino del paciente hacia la cima de la primera montaña, que representa sus valores y objetivos en la vida. Se refiere a la distancia entre dos montañas, las cuales representan al terapeuta y al cliente. Entre las dos montañas hay un valle, que simboliza la distancia emocional entre el terapeuta y el cliente. El objetivo de la terapia es que el cliente atraviese el valle y llegue a la montaña del

terapeuta, lo que significa que el cliente ha llegado a un lugar de mayor claridad y comprensión.

"Un terapeuta es como un guía que ha estado en el camino antes y puede ayudarte a navegar a través de los obstáculos para llegar a la cima. Él o ella no puede hacer el viaje por ti, pero puede mostrarte el camino y ayudarte a evitar errores comunes. A través de la aceptación y el compromiso, el terapeuta te ayudará a enfrentar los obstáculos y a seguir avanzando hacia tus objetivos." (Harris, 2019, p. 150).

- **Metáfora del barco en alta mar:** Esta metáfora se utiliza para ayudar a los clientes a entender que la vida está llena de incertidumbre y que pueden aprender a aceptarla y a seguir adelante: Imaginemos que tu vida transcurre en un barco en altamar, donde usualmente eres el único tripulante a bordo. Conocer la dirección hacia la cual estás navegando resulta motivante y le da sentido a tu viaje, aunque eso no te asegura que el camino sea siempre agradable. "La metáfora del barco en alta mar se utiliza para enseñar a los clientes a aceptar la incertidumbre y el cambio en sus vidas, y a seguir adelante a pesar de ellos." (Harris, 2019, p. 86)
- **Metáfora del marinero:** La metáfora del marinero en el mar representa la experiencia de estar atrapado en una situación difícil, como una enfermedad crónica, la pérdida de un ser querido o una crisis personal. El objetivo es que la persona aprenda a encontrar un sentido de dirección y propósito a pesar de las dificultades, utilizando habilidades como la atención plena, la defusión cognitiva y el compromiso con valores. Se utiliza para describir la experiencia de sentirse atrapado en una situación difícil y desesperanzada, como si se estuviera a la deriva en un mar tormentoso. "La atención plena en el contexto del marinero en el mar implica estar presente en el momento actual, en lugar de preocuparse por el futuro o el pasado." (Harris, 2009, p. 126)
- **Metáfora del jardín:** Consiste en solicitar al consultante que imagine que tiene un jardín, al cual le gusta cuidar, flores de todos los colores, varias plantas y árboles frutales, pero, depende de varios factores que ellas produzcan flores, muchas veces llegan plagan o hierbas que ensucian el jardín, si nos centramos en arrancarlas y en el cuidado, centraremos nuestra atención a ello y las flores desaparecerán, pero, ¿y si las malas

hierbas tienen alguna ventaja? El objetivo es que la persona aprenda a cultivar las plantas que le ayudan a moverse hacia sus valores personales y a dejar que se marchiten las que le impiden hacerlo. Para lograr esto, la terapia se enfoca en desarrollar habilidades como la atención plena, la defusión cognitiva y el compromiso con valores. "El objetivo de la terapia es que el cliente aprenda a cultivar las plantas que le ayudan a avanzar hacia sus valores y a dejar que se marchiten las que le impiden hacerlo." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011, p. 87)

- **Metáfora del polígrafo:** En este caso, le solicitamos al consultante que imagine que está enchufado a un polígrafo moderno y de alta gama, el cual puede detectar todo lo que sucede en nuestro cuerpo. El objetivo es no activar el botón de alarma (sucede cuando exista una respuesta fisiológica), lo llamativo es que detecta los pensamientos negativos. El punto es mantener un estado pleno y de equilibrio. La metáfora del polígrafo se utiliza para describir cómo nuestros pensamientos a menudo nos engañan y nos llevan a creer cosas que no son ciertas. El objetivo de la metáfora es enseñar a la persona a identificar y desafiar sus pensamientos limitantes y autoengaños, y a tomar medidas basadas en sus valores y objetivos. "La defusión cognitiva en el contexto del polígrafo implica separarse de los pensamientos limitantes y autoengaños que nos impiden avanzar hacia nuestros objetivos y valores." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016, p. 106)
- **Metáfora del autobús:** Le solicitamos al consultante que imagine un autobús en el cual él es el conductor, de por medio existen algunos pasajeros (pensamientos, sentimientos, emociones), algunos temibles y amenazantes, que le exigen al conductor lo que debe hacer y a dónde ir. La metáfora del autobús representa la idea de que nuestros pensamientos y emociones son como pasajeros en un autobús, mientras que nosotros somos el conductor. El objetivo de la metáfora es que la persona aprenda a separarse de sus pensamientos y emociones difíciles y a comprometerse con acciones basadas en sus valores. "El compromiso con valores en el contexto del autobús implica enfocarse en lo que es importante para nosotros y tomar medidas basadas en nuestros objetivos y valores, en lugar

de estar controlados por nuestros pensamientos y emociones." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016, p. 99)

- **Metáfora del monstruo en la montaña:** Representa la idea de que nuestras emociones y pensamientos difíciles son como un monstruo que nos persigue. Si luchamos contra el monstruo, solo se hace más grande y fuerte, en cambio, si aprendemos a aceptar el monstruo y dejarlo ir, nos liberamos de su control. Se utiliza para enseñar a las personas a aceptar sus pensamientos y emociones difíciles en lugar de luchar contra ellos. La idea es que la resistencia a las emociones y pensamientos difíciles solo aumenta el sufrimiento y nos aleja de nuestros valores y objetivos. "La aceptación en el contexto de la lucha con el monstruo implica permitir que los pensamientos y emociones difíciles estén presentes y dejarlos ir sin juzgarlos o resistirlos. Esto nos permite estar presentes en el momento actual y tomar medidas basadas en nuestros valores y objetivos." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016, p. 85)

A su vez, consta de algunas técnicas que rigen bajo el enfoque conductual, el cual se enfoca en el estudio de la conducta observable y medible, y en cómo esta conducta es influenciada por el ambiente en el que se desenvuelve el individuo. Este enfoque pone énfasis en la importancia del aprendizaje y la experiencia en la modificación de la conducta, y en la utilización de técnicas específicas para el cambio conductual. Algunas características del enfoque conductual son:

- **Énfasis en la observación y medición de la conducta:** "La conducta observable y medible es el objeto propio de la psicología conductual" (Domjan, 2018, p. 3). Este enfoque pone énfasis en la importancia de observar y medir la conducta con precisión, con el fin de poder estudiarla y modificarla de manera efectiva.
- **Enfoque en el aprendizaje:** "El comportamiento se desarrolla y cambia a través del aprendizaje, es decir, mediante la experiencia con el ambiente" (Martin, Pear, & O'Donnell, 2019, p. 9). El enfoque conductual considera que la conducta es el resultado del aprendizaje y que, por lo tanto, puede ser modificado a través de técnicas específicas de aprendizaje.

Las técnicas que sobresalen en este enfoque son:

- **Análisis funcional de la conducta:** Consiste en analizar el comportamiento del paciente teniendo en cuenta su contexto y antecedentes. Por eso,

toma en consideración sus creencias, pensamientos o vivencias respecto a una determinada acción, ya que así se obtienen consecuencias a nivel fisiológico o social (Kaholokula et al., 2013).

- **Entrenamiento en habilidades sociales:** Esta técnica se enfoca en ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades interpersonales efectivas para reducir el riesgo de recaídas. Los pacientes pueden aprender a manejar situaciones sociales que involucran el consumo de drogas y alcohol, y aprender habilidades para comunicarse de manera efectiva y resolver conflictos (Monti et al., 1989).

- **Contracondicionamiento:** Parte de los modelos de modificación de conducta, consiste en cambiar las respuestas a nivel fisiológico, cognitivo o motor provocados por estímulos condicionados del consumo (Torres Carvajal, 2010).

- **Moldeamiento:** Esta técnica consiste en reforzar conductas sucesivamente más cercanas a la conducta deseada, con el objetivo de moldear la conducta final deseada. Según Skinner (1953), el moldeamiento es una técnica efectiva para enseñar nuevas conductas y ha sido ampliamente utilizada en el ámbito de la educación y la formación laboral.

- **Modelado:** Es una técnica terapéutica en la cual el individuo aprende comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas (González, s. f.).

- **Relación progresiva de Jacobson:** Es una práctica mente y cuerpo, que consiste en dirigir la atención de la persona en un determinado grupo muscular, contraerlo, mantener la contracción durante un período y, a continuación, relajarlo (Silveira et al., 2020).

- **Imaginación emotiva:** Consiste en asociar un estímulo ansioso que nos provoca ansiedad y malestar, con otro estímulo de naturaleza agradable, por ejemplo, una imagen o escena imaginada que genere bienestar en la persona (Bedolla Pereda & Caballero Quiroz, 2014).

- **Entrenamiento en relajación:** Se enfoca en enseñar a los pacientes, técnicas de relajación para ayudarlos a manejar el estrés y la ansiedad que pueden contribuir a la adicción. Los pacientes pueden aprender técnicas de respiración profunda, relajación muscular progresiva y meditación (Dimeff & Marlatt, 1998).

- **Resolución de problemas:** Proceso para identificar una solución para un problema o conflicto. El objetivo es que el consultante identifique las soluciones más fiables a través de preguntas (Almazán Antón et al., 2012).

- **Balance decisional:** Refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para su salud (Zamarripa et al., 2019).

- **Manejo de contingencias:** Se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas (Lefio et al., 2013).

- **Control de estímulos:** Se trata de desarrollar estrategias para que pueda controlar las situaciones de riesgo a las que deba enfrentarse (Flores Mares & Barragán Torres, 2010).

Otro apartado, dentro del enfoque conductual contextual, es la terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés) es un enfoque terapéutico basado en la evidencia que fue desarrollado originalmente para tratar el trastorno límite de la personalidad (TLP), pero que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de diversas condiciones de salud mental, incluyendo las adicciones. La DBT combina técnicas de la terapia conductual con elementos de la meditación zen y las prácticas de atención plena para ayudar a los pacientes a aprender habilidades de regulación emocional, manejo del estrés y resolución de problemas.

En un estudio de revisión sistemática y meta-análisis realizado por (Linehan et al., 2002) encontró que la DBT era efectiva en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias, con efectos significativos en la reducción del consumo de drogas y alcohol.

Algunas de las técnicas presentes en la terapia dialéctico conductual son:

- **Habilidades básicas de conciencia:** Se basa en técnicas relacionadas con la meditación, y están dirigidas a los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo. Se basan en controlar los procesos atencionales, decidir qué se atiende y durante cuánto tiempo se atiende a un estímulo en específico (Vega & Sánchez Quintero, 2013a).

- **Habilidades de regulación emocional:** Consiste en el aprendizaje en cuando a identificar, nombrar emociones y reconocer la función que cumplen en el entorno. A través de ello, se consigue una convivencia saludable, en donde se concibe actividades agradables (Vega & Sánchez Quintero, 2013b).

- **Habilidades de tolerancia al malestar:** Al igual que las habilidades básicas de conciencia, llevan el compuesto del *mindfulness* relacionado con la aceptación. Lo importante en este caso no es evitar el dolor o sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad (Vega & Sánchez Quintero, 2013c).

5. Metodología

La presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, ya que es secuencial y probatorio, su propósito fue medir y valorar magnitudes del problema a investigar con los instrumentos previamente estandarizados; con diseño de estudio no experimental, puesto que no constató la manipulación de las variables establecidas, de tipo descriptivo-correlacional, que pretendía asociar las variables de rasgos de personalidad y de consumo de sustancias psicoactivas, el objetivo fue conocer el grado de asociación entre estas dos variables en una muestra o contexto en particular, y fue un estudio de tipo transversal por que se realizó en un periodo de tiempo determinado.

5.1. Área de estudio

El presente estudio tuvo como propósito desarrollarse en los tres centros especializados en Tratamiento de Alcohol y otras Drogas (CETAD) situados en la ciudad de Loja, sin embargo, de los tres se ejecutó en dos, ya que uno de ellos no presentó usuarios en el tiempo de recolección de información, siendo estos:

- *Nuevo Renacer*, ubicado en las calles Condamine y Teodoro Wolf, casa N^a 28-22, una cuadra diagonal a la Universidad de Loja.
- *Centsadic*, ubicado en la Avenida de los Paltas y Finlandia.
- *Por Amor a la Vida*, ubicado en el barrio San Pedro, calles Colombia entre Brasil y Paraguay, (este centro estuvo carente de usuarios).

5.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por los usuarios residentes de las clínicas de rehabilitación de la ciudad de Loja, durante el periodo de investigación: Nuevo Renacer y Centsadic. En el primer centro hay 24 usuarios, en el segundo 17 y en el tercero no se contó con usuarios, sin embargo, existió un total de 41.

La muestra fue de tipo no probabilístico, intencional y estuvo conformada por todos los usuarios considerando además los criterios de inclusión y exclusión.

5.2.1. Criterios de inclusión

En esta investigación fueron incluidos todos los usuarios que:

- Tuvieron constancia de un contrato legal, con un mínimo de 3 meses de duración residencial.
- Que desearon voluntariamente participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

- Estuvieron con un diagnóstico previo de Trastorno por Consumo de Sustancias.

5.2.2. Criterios de exclusión

Fueron excluidos de la investigación aquellos que:

- Fueron menores de dieciocho años.
- Padecieron alguna discapacidad física o cognitiva que les impedía completar los cuestionarios.
- No padecieron un diagnóstico por patología dual o comorbilidad.

5.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

5.3.1. Técnicas

Se realizó la entrega del consentimiento informado, lo cual corroboró la participación activa en la presente investigación y como punto final, se realizó la aplicación de los distintos reactivos psicológicos los cuales permitieron un análisis estadístico para las variables que se pretendía estudiar.

5.3.2. Instrumentos

5.3.2.1. Consentimiento informado

El consentimiento informado es el proceso de comunicación entre el profesional (personal sanitario y/o investigador) y el enfermo que culmina en la decisión respecto a una intervención concreta. Tiene una doble función teórica, por un lado facilita que el paciente tenga un conocimiento validado acerca de las intervenciones a las que se va a someter por parte del especialista, además, serviría para justificar o atestiguar que el cliente ha brindado acceso a la información personal (Rubiales et al., s. f.)

Entonces, en el consentimiento informado se hará constancia de los objetivos que se desean conseguir en el presente estudio, así mismo, información sobre la persona responsable de la investigación y énfasis en la confidencialidad al aportar información y datos personales.

5.3.2.2. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)

Fue desarrollado en Estados Unidos según el modelo de personalidad y psicopatología de Theodore Millon, es un auto reporte de evaluación integral de la personalidad para adultos, evalúa los trastornos de personalidad descritos previamente en el DSM.

Según Millon, la personalidad es el patrón de conducta que los individuos emplean para interactuar con el ambiente. Entonces, postuló 11 patrones de personalidad

(esquizoide, evitador, agresivo-sádico, autodestructivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, compulsivo, pasivo-agresivo y depresivo), a ellos agregó tres patrones severos (esquizotípico, limítrofe y paranoide), describiendo finalmente 14 patrones de personalidad (Souci V. & V. Vinet, 2013)

La construcción del MCMI-III refleja a través de sus 28 escalas, diferentes patrones de la personalidad que deben ser evaluados, siendo así, que pueden expresar la gravedad o magnitud de los mismos. Asimismo, presenta una adecuada consistencia interna y estabilidad temporal, su validez es adecuada concurrente con dimensiones del MCF medidas a través del NEO-FFI. Por otro lado, nos ofrece aportaciones a diferencia de la versión anterior, incluyendo dos escalas: patrón de personalidad clínico (depresivo) y un nuevo síndrome (Estrés Postraumático), así como la sección de respuestas para alertar al profesional de síntomas con otra área relevante como anorexia, bulimia y abuso infantil (Cardenal et al., 2007)

Consta de 175 ítems y tiene un tiempo de administración de entre 20 y 30 minutos y es de aplicación individual o colectiva. Por otro lado, el diseño del este inventario implica que se les dé más importancia a los ítems más válidos.

5.3.2.3. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar.

El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos, otras drogas. El ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses.

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un

mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas.

5.4. Equipos y materiales

- Laptop
- Impresora
- Esferos
- Lápiz
- Hojas
- Carpeta
- Borrador
- Memoria USB

5.5. Consideraciones éticas

El siguiente proyecto de investigación se llevó a cabo bajo las siguientes consideraciones éticas:

- Probidad, honestidad y respeto por los participantes de la investigación.
- Absoluta confidencialidad para proteger la integridad e identidad de la información proporcionada por los usuarios evaluados.
- Garantizar la protección de los usuarios y la preocupación por su bienestar, evitando algún daño u obligación a participar del presente estudio.
- Dado el caso de abandonar la investigación, existirá plena comprensión por parte del responsable, no existirá presión o se ejercerá fuerza para que continúen en el mismo.

5.6. Variables

5.6.1. Variable independiente

Rasgos de personalidad

5.6.2. Variable dependiente

Consumo de sustancias psicoactivas

5.6.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Consumo de sustancias psicoactivas	Es toda sustancia que introducida en el organismo por	Se medirá a través de la Prueba de Detección de	Conductual	1-8	Nominal

	<p>cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento.</p> <p><i>(Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), s. f.)</i></p>	Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).			
Personalidad	<p>Es el resultado de nuestras características que implican los sentimientos, las emociones o pensamientos que definirían nuestro patrón de conducta, sería la subjetividad del individuo humano, la forma de organización más compleja e integral</p>	Esta variable se calculará a través del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	Conductual	1-175	Nominal

	de la subjetividad de la persona (Tintaya Condori, 2019)				
--	--	--	--	--	--

5.7. Procesamiento de análisis de datos

La presente investigación se llevó a cabo de manera presencial, es decir que no se utilizó ninguna plataforma virtual para la aplicación de reactivos psicológicos, sin embargo, para la calificación y organización de la información se utilizó las hojas de cálculo del programa Excel 2019, y posterior, para realizar el análisis estadístico se ejecutó bajo la aplicación SPSS Statistics versión 25.

5.8. Procedimiento

5.8.1. Primera fase

De primera instancia, se revisó literatura acerca de las dos variables a investigar, lo que permitió obtener una visión global de la problemática. Una vez culminada la elaboración del proyecto, se envió un oficio al decano de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, con el fin de solicitar el permiso conveniente para que el proyecto sea revisado y aprobado, lo que a su vez permita el desarrollo de la investigación final.

5.8.2. Segunda fase

Se elaboró un oficio, el cual fue revisado y firmado por la Gestora de la Carrera de Psicología Clínica, dicho documento fue entregado personalmente a los diferentes centros de rehabilitación. Una vez hecho esto, y con la correspondiente aprobación se entregó los debidos consentimientos informados, en los cuales se explicó los objetivos y beneficios de la investigación.

5.8.3. Tercera fase

Luego se aplicaron los reactivos psicológicos previamente mencionados, estos se emplearon de manera colectiva y posterior a ello se recabaron los resultados de los reactivos psicológicos y se procedió a tabular dicha información en Excel y SPSS Statistics 25.

Para cumplir el primer objetivo específico que procura identificar cuáles son los rasgos de personalidad prevalentes en los usuarios institucionalizados en los cetad de la ciudad de Loja, se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).

Para cumplir el segundo objetivo específico que intenta demostrar el nivel de intervención y tipo de sustancia consumida se procuró hacerlo a través de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).

Para cumplir el objetivo general que busca determinar la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios institucionalizados en los CETAD de la ciudad de Loja, se utilizó programas como: El SPSS y Microsoft Excel.

Para cumplir el tercer objetivo específico que se basa en desarrollar un Plan de Tratamiento Psicológico, se lo realizó teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

6. Resultados

6.1. En cumplimiento del objetivo específico uno: identificar cuáles son los rasgos de personalidad prevalentes en los usuarios institucionalizados mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.

Tabla 1. Rasgos de personalidad, según MCMI-III

Rasgos de personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Esquizoide	3	7.3%
Evitativo	3	7.3%
Depresivo	9	22.0%
Histriónico	3	7.3%
Narcisista	3	7.3%
Antisocial	9	22.0%
Sádico	3	7.3%
Negativista	1	2.4%
Esquizotípico	1	2.4%
Borderline	2	4.9%
Paranoide	4	9.8%
Total	41	100%

Nota: Resultados obtenidos tras la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) aplicado a los Usuarios Residentes de los Centros Especializados en Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de la Ciudad de Loja.

Análisis: se observa que los rasgos de personalidad más prevalentes en la población evaluada es el depresivo y el antisocial, siendo el 22% de los participantes en cada uno, el primero se refiere a personas con un estado de ánimo bajo, sensibles, emotivas y propensas a experimentar tristeza y desesperanzas, sin embargo, el segundo corresponde a características sobre conductas delictivas, es decir, en contra de las leyes, como el hurto, el vandalismo o directamente, la venta de drogas.

Existe una menor prevalencia en los rasgos de personalidad paranoide con un 9,8% de los participantes; por otro lado, en cuanto a los rasgos de personalidad esquizoide, evitativo, histriónico, narcisista y sádico, existe un total de 7,3% en cada uno; en cuanto al rasgo de personalidad borderline, se evidencia un porcentaje de 4,9%, por último, los rasgos de personalidad negativista y esquizotípico cuentan con un porcentaje de 2,4% según corresponda, de la muestra en total.

6.2. En cumplimiento del objetivo específico dos: establecer el nivel de intervención y tipo de sustancia psicoactiva que fue consumida en usuarios institucionalizados a través de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).

Tabla 2. Nivel de intervención intensiva y tipo de sustancia psicoactiva, según ASSIST

<i>Tipo de sustancia</i>	<i>Nivel de intervención</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	Intensiva	4	9.8%
Alcohol	Intensiva	19	46.3%
Cannabis	Intensiva	6	14.6%
Cocaína	Intensiva	10	24.4%
Sedantes	Intensiva	2	4.9%
Total	Intensiva	41	100%

Nota: Datos obtenidos tras la aplicación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) aplicado a los Usuarios Residentes de los Centros Especializados en Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de la Ciudad de Loja.

Análisis: en cuanto al nivel de intervención intensiva, según el instrumento psicológico indica un riesgo alto de dependencia y probablemente la persona tiene problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Se puede evidenciar que existe mayor prevalencia en el consumo de alcohol lo cual corresponde al 46.3%. Continuando así, la segunda sustancia consumida, es la cocaína, que equivale al 24.4%. En tercera instancia, se demuestra que, el cannabis ocupa el 14.6% de la muestra en total. Luego el tabaco con un 9.8% en total. Finalmente, el consumo de sedantes o pastillas para dormir con un 4.9% de la muestra en total.

Tabla 3. Nivel de intervención breve y tipo de sustancia psicoactiva, según ASSIST

<i>Tipo de sustancia</i>	<i>Nivel de intervención</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	Breve	9	22.0%
Alcohol	Breve	6	14.6%
Cannabis	Breve	8	19.5%
Cocaína	Breve	4	9.8%
Sedantes	Breve	6	14.6%
Alucinógenos	Breve	1	2.4%
Ninguna	Ninguna	7	17.1%
Total	Breve	41	100%

Nota: Datos obtenidos tras la aplicación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) aplicado a los Usuarios Residentes de los Centros Especializados en Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de la Ciudad de Loja.

Análisis: en cuanto al nivel de intervención breve, según el instrumento psicológico indica un riesgo moderado, en este caso existe la probabilidad de generar futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia.

Se puede evidenciar que existe mayor prevalencia en el consumo de tabaco, lo cual corresponde al 22.0%. Continuando así, con el cannabis, que equivale al 19.5%. En tercera instancia, se demuestra que el 17.1% no han consumido una sustancia psicoactiva que refleje un nivel de intervención breve. Luego, el alcohol y los sedantes o pastillas

para dormir con un 14.6% cada una. Finalmente, el consumo cocaína con un 9.8% y los alucinógenos con un 2.4% de la muestra en total.

Tabla 4. No requiere nivel de intervención y tipo de sustancia psicoactiva, según ASSIST

<i>Tipo de sustancia</i>	<i>Nivel de intervención</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Tabaco	No requiere	4	9.8%
Alcohol	No requiere	2	4.9%
Cannabis	No requiere	1	2.4%
Cocaína	No requiere	1	2.4%
Estimulantes	No requiere	1	2.4%
Sedantes	No requiere	2	4.9%
Alucinógenos	No requiere	1	2.4%
Ninguna	No requiere	29	70.7%
Total	No requiere	41	100%

Nota: Datos obtenidos tras la aplicación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) aplicado a los Usuarios Residentes de los Centros Especializados en Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de la Ciudad de Loja.

Análisis: si no requiere ningún tipo de intervención, según el instrumento psicológico indica un riesgo bajo, es decir, que los usuarios no se enfrentan a problemas que afecten directamente sus hábitos actuales de consumo, por ende, tienen un riesgo bajo de desarrollar inconvenientes.

Se puede evidenciar que existe una mayor prevalencia en aquellos usuarios, que no requieren este tipo de intervención, con un total de 70.7%. Continuando así, con el tabaco, lo cual corresponde al 9.8%, en tercera instancia y en porcentajes muy bajos, se encuentra el consumo de alcohol y sedantes o pastillas para dormir, que equivalen al 4.9% en cada una y finalmente, el consumo de cannabis, cocaína, estimulantes y alucinógenos con un 2.4% de la muestra en total que necesitan la intervención leve.

6.3. En cumplimiento del objetivo general: determinar cómo se relacionan los rasgos de personalidad con el consumo de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas en los usuarios residentes de los centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) de la ciudad de Loja.

Tabla 5. Relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas

			MCMI-III	ASSIST
Rho de Spearman	Rasgos de personalidad	Coefficiente de correlación	1,000	.118
		Sig. (bilateral)	.	.462
		N	41	41
	Tipo de sustancia psicoactiva	Coefficiente de correlación	.118	1,000
		Sig. (bilateral)	.462	.
		N	41	41

Nota: Datos obtenidos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) y Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) aplicado a los Usuarios Residentes de los Centros Especializados en Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de la Ciudad de Loja.

Análisis: en la tabla 4 se observa que existe una correlación directa pero muy baja, entre los rasgos de personalidad y el tipo de sustancia psicoactiva, con un coeficiente de correlación de 0.118, sin embargo, dicha relación no puede ser tomada como real, dado un nivel de significancia de 0,462 que sugiere que la probabilidad de que la correlación observada sea debido al azar, es elevada.

Estos hallazgos indicarían que los rasgos de personalidad prevalentes en los usuarios institucionalizados, no explicarían por sí mismo, el desarrollo o mantenimiento de la conducta adictiva. Por lo tanto, no existiría un perfil específico que denote si una persona es más proclive a volverse un consumidor.

6.4. En cumplimiento del objetivo específico tres: desarrollar un Plan de Tratamiento Psicológico de acuerdo a los resultados obtenidos.

Título: Plan de Tratamiento Psicológico dirigido a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, que requieren un nivel de intervención intensiva.

Introducción:

Según (Organización Mundial de la Salud, 2018) “las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento”. Han estado presentes desde los indicios de la humanidad, pero ha sido en los últimos años, en los que la relación que se ha obtenido con estas sustancias, ha sido para fines no médicos, produciendo así, un incremento en su uso recreativo por parte de la población. Actualmente, en Ecuador, el consumo problemático de sustancias psicoactivas se ha acrecentado, según (*La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)*) se mencionó que aproximadamente 284 millones de personas entre 15 y 64 años han consumido drogas en lo que resta al año 2020, suponiendo así, un aumento del 26% respecto a la década anterior, provocando uno de los principales problemas sanitarios existentes. Las consecuencias se ven reflejadas a nivel personal, familiar, social, económico, cultural, político y antropológico.

Se desconocen con claridad las causas directas en el consumo de sustancias legales o ilegales, sin embargo, se puede constatar que está asociado a diversos factores de riesgo que se encuentran involucrados tanto en el inicio, desarrollo y mantenimiento, por lo general, aparecen en la etapa de la adolescencia. Los factores involucrados en el consumo de sustancias pueden ordenarse como individuales, contextuales o una interacción de ambos, y diferenciarse en modificables y no modificables (Palma et al., 2021).

La personalidad es el resultado de nuestras características que implican los sentimientos, las emociones o pensamientos que definirían nuestro patrón de conducta. Es difícil comprenderla de forma directa, solo se la puede conocer y comprender a través de aspectos concretos observables, tales como los hábitos, las costumbres, las conductas, las relaciones con otros (Tintaya, 2019). Entonces, si los rasgos de personalidad pueden predisponer la conducta de un individuo, se podría considerar el por qué en algunos estudios se acentúa el impacto del perfil de personalidad en el consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, su análisis ha sido muy controvertido, y se ha estudiado en

algunas sustancias, pero no aparecen diferencias claras entre consumidores y no consumidores” (Llorens et al., 2005).

De acuerdo a los resultados obtenidos, en el presente estudio se realizará un plan de tratamiento psicológico para personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas que requieran una intervención intensiva con un tiempo mínimo de 6 meses, cabe mencionar que, el plan no se focalizará en los rasgos de personalidad, puesto que, la relación existente entre las dos variables, fue directa pero, muy baja, lo cual indica que la personalidad no puede ser un factor predictor en el consumo de sustancias, menos aún, contribuir directamente en el desarrollo de un perfil adictivo.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, se pudo evidenciar, que por parte de los usuarios institucionalizados existe un policonsumo, es decir, el consumo de múltiples sustancias, las cuáles pueden ser al mismo tiempo o de manera secuencial en un periodo determinado. Es por ello que, a través del reactivo psicológico ASSIST, se logró constatar la sustancia que prevalecía en cada participante, sin embargo, se corroboró que la droga con mayor índice de consumo, es el alcohol.

Según el estudio realizado por (Hernández-Serrano et al., 2015) es importante considerar la morbilidad que está presente en las sustancias, ya que, aunque no consten tipologías concretas de policonsumo, existe una amplia relación entre el consumo problemático de alcohol y una probabilidad muy alta de consumir cannabis o cocaína, generalmente, los consumidores de cocaína también suelen ser consumidores de cannabis. Además, se menciona que, si el círculo social más cercano es poli consumidor, el riesgo de adoptar la conducta es entre 3.29 y 11.43 veces la probabilidad de serlo, al igual que un hermano poli consumidor, la probabilidad aumenta entre 1.92 y 5.67 en comparación con los que no tienen hermanos poli consumidores.

En cuanto a la sustancia con mayor prevalencia, los resultados indican que es el alcohol, según (Mendez-Ruiz et al., 2018) los efectos de esta sustancia, se producen debido al etanol, sustancia que modifica el área cerebral del ser humano, alterando su fisiología y sus capacidades motoras. Actualmente, se ha convertido en un problema de salud pública y está presente dentro de los factores de riesgo para contraer una enfermedad. El consumo de alcohol, como el de otras sustancias, puede conllevar a diversos riesgos para todas las áreas en las que se desenvuelve el individuo, biológica, psicológica y social.

Justificación:

El consumo de sustancias es un fenómeno presente en el desarrollo vital de las personas y, actualmente es considerado una problemática de salud pública porque sus complicaciones no solo repercuten en el aspecto socio-familiar del individuo, sino que, también afectan el funcionamiento y el bienestar personal, generando un declive que puede resultar en problemáticas sociales como: violencia, delincuencia o enfermedades físicas. Si bien el uso de sustancias psicoactivas es un fenómeno social cuyas raíces se encuentran en la historia de la humanidad (Neuenschwander, 2006) su uso ha radicado en una amplia gama de situaciones como la parte medicinal, cultural o la distracción, sin embargo, los trastornos por uso de sustancias psicoactivas constituyen un serio problema de salud pública a nivel mundial y local, los cuales se traducen en diversos complicaciones médicas, psicológicas, psicosociales e interpersonales (Ferrel et al., 2016).

Son sumamente preocupantes los factores que inciden y mantienen una conducta adictiva, ya que radican, en su mayoría, en las variables contextuales, alterando el perfil psicológico y social de las personas adictas, por lo cual, se considera necesario realizar un aporte a la psicología clínica, a través de una aproximación terapéutica que se base en supuestos teóricos que permitan definir al objeto de estudio, contribuyendo y siendo una guía durante la investigación en consumidores de sustancias psicoactivas. En lo anteriormente mencionado, no existe una relación directa y alta entre las variables estudiadas, por lo que no es necesaria la elaboración de un plan de intervención enfocado en los factores individuales como, la personalidad. Sino más bien, es importante hacer un énfasis en la adicción y en el tipo de intervención, que es, intensiva, por lo tanto, se procede con la realización de un tratamiento psicológico enfocado a dicha variable y también a la sustancia con mayor índice, el alcohol, expresado en un total de 46.3% de la muestra en total.

Hay que tener en cuenta que, el alcohol representa una grave amenaza al bienestar y la calidad de vida de los individuos. Por esta razón, es importante que en la actualidad se proporcionen herramientas para trabajar con personas que muestren problemas con el consumo de alcohol. Si bien es cierto, se trata de una sustancia cuya disponibilidad y accesibilidad es apta para toda clase de público, ya que, el contexto socio-cultural es el primero en motivar y condicionar la ingesta del alcohol, además que es la única droga legal y no médica capaz de afectar el estado de conciencia y la conducta, así como una serie de inconvenientes, generalmente relacionados con problemas físicos, psicológicos y cognitivos, por lo que su prevalencia es muy elevada (Benítez et al., 2012).

En el presente plan de intervención, se abordarán las características del tratamiento para la adicción de sustancias psicoactivas y principalmente, del alcohol, priorizando su recuperación, con ello, también se pretende, aportar como respuesta ante las distintas investigaciones teóricas y prácticas que encauzan la problemática del salud pública y social, como lo es; el consumo de sustancias psicoactivas.

Metodología:

El estudio se realizó con los usuarios institucionalizados de los centros especializados en tratamiento de consumo de alcohol y otras drogas (CETAD) en la ciudad de Loja, en cuanto a los resultados obtenidos en el estudio, se refleja una relación directa, pero, muy baja entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, el nivel de intervención que se presenta por el consumo, es intensivo, lo que indica un tratamiento constante. Es por ello que, el presente modelo a desarrollarse está enfocado en el tratamiento conductual - contextual y el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.

El enfoque conductual - contextual para el tratamiento de las adicciones busca centrarse en los valores del individuo, localizándolos como metas enriquecedoras que pueden convertirse en una meta. Además, se basa en alternativas de relación con aquellas experiencias desagradables que pueden motivar a los individuos al consumo, haciendo énfasis en la aceptación en cuanto a los pensamientos, sentimientos, deseos u otra experiencia que puede ser un punto clave en la adicción.

El modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente ofrece una “visión global y al mismo tiempo diferenciada del cambio a partir de la integración que realiza de estadios, procesos y niveles de cambio” durante las drogodependencias. Según el modelo, existen cinco fases por las cuáles puede transcurrir un drogodependiente, estas intervienen en el proceso de cambio, conllevando a la recuperación, se trata de: estadio de pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Por otro lado, el modelo aporta pautas significativas para identificar el avance con relación al cambio, sin embargo, se debe mencionar que, en dicho proceso los drogodependientes pueden concurrir varias veces por una misma fase, ocasionando una serie de espiral, situación que puede suceder hasta disminuir el consumo, ya que, según este enfoque, existen pocas probabilidades de eliminar completamente la conducta adictiva, sin embargo, se puede fomentar y potenciar el nivel de predisposición motivacional, lo cual aporte en los procesos de cambio y permitan modificar el afecto, la conducta, las cogniciones o relaciones interpersonales (Becoña & Cortés, 2011).

Las sesiones se realizarán a nivel individual, serán 12 en total, cada una con un tiempo aproximado de 45 minutos, se realizarán 1 cada mes. Las primeras 3 sesiones cada 15 días, las siguientes 6 sesiones cada 21 días y las últimas 3 sesiones cada mes.

Objetivos:

General:

- Identificar las destrezas y herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida de los usuarios institucionalizados, modificando la conducta errónea que produce, estimula y mantiene el consumo de sustancias psicoactivas, a través de la motivación por un proceso de cambios, los cuales permitan reducir el malestar, conjunto con el interés por consumir.

Específicos:

- Conseguir la adherencia de los usuarios institucionalizados al tratamiento psicoterapéutico y motivar al cambio y recuperación con el problema de adicciones.
- Psicoeducar al paciente en temas de drogodependencias, para que concientice sobre la magnitud del impacto en su diario vivir.
- Aplicar técnicas conductuales - contextuales, las cuáles permitan fomentar las habilidades sociales, trabajar la toma de decisiones y ofrecer en cada una de ellas, alternativas sanas al consumo de sustancias.

Desarrollo:

Sesión N°1: Alianza Terapéutica.

Objetivo: realizar el primer acercamiento, estableciendo rapport y empatía, para concretar un vínculo con el consultante y así conocer el desarrollo de la enfermedad, la manera de abordarla, aumentar la motivación al cambio, al compromiso y la adherencia al tratamiento.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero gráfico.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Rapport:** Es un proceso que se basa en la relación que existe entre el terapeuta y el consultante, se establece por medio de la confianza y la sintonía que se expresa durante la sesión, produciendo así, una interacción positiva y una óptima comprensión (Batista & Romero, 2007).

- **Empatía:** Capacidad que poseen los individuos para comprender experiencias sensoriales afectivas ajenas a la propia realidad, cuestionándolas como propias y con el fin, de generar una cercanía (Nápoles Socarrás et al., 2020).
- **Entrevista:** Es una herramienta o guía práctica, que permite la recogida de información sobre datos relevantes entre dos o más personas, permitiendo así, explorar el sentido y significado que el sujeto otorga a diversas experiencias (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017).
- **Metáfora de los dos escaladores:** El objetivo de esta metáfora es ayudar al cliente a comprender que el terapeuta no es un salvador o alguien que resuelve sus problemas, sino un compañero en el camino hacia el cambio (Harris, 2019, p. 116).
- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Retroalimentación:** También conocido como Feedback, es el proceso de integrar información relevante a la respuesta que se le brinda al emisor. Se basa en el diálogo orientador, que posea un análisis y reflexión crítica (Espinoza Freire, 2021).
- **Entrevista motivacional:** Identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se delimitan objetivos por parte del consultante y se acepta la ambivalencia en cuanto a los puntos de vista entre terapeuta-consultante (Becoña & Cortés, 2011).

Procedimiento:

1. Presentación por parte del profesional y bienvenida al consultante. Se socializa las consideraciones éticas de las sesiones y se prioriza aspectos como el código de confidencialidad.
2. Diálogo y análisis sobre su estado anímico actual, incluyendo situaciones personales como gustos o referencias, que permitan el adecuado establecimiento de rapport y empatía.
3. Recogida de datos personales e indagación sobre la demanda terapéutica (complementar la historia clínica en caso de ser necesario, ya que cada

usuario tiene una carpeta con documentos personales), se aplica empatía, retroalimentación y psicoeducación acerca de la información obtenida previamente.

4. Aplicación de la técnica de Entrevista Motivacional con el objetivo de generar una mayor disposición al cambio del comportamiento problemático en el consultante.
5. Socialización de la metáfora de los dos escaladores, para hacerle notar que el terapeuta es quien ayuda al cliente a encontrar el camino y superar los obstáculos, pero es el cliente quien tiene que avanzar.
6. Retroalimentación acerca de la información obtenida por parte del consultante, posterior a ello, se establece un horario el cual especifique los días que se asistirá a sesión.
7. Cierre de sesión: se agradece por lo acordado y se finaliza sesión.

Sesión N°2: Motivación al cambio.

Objetivo: propiciar de información al consultante, con el fin de generar conciencia sobre su conducta relacionada con el consumo de sustancias, identificando los problemas presenten en el entorno en el que se desenvuelve.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Entrevista motivacional:** Identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se delimitan objetivos por parte del consultante y se acepta la ambivalencia en cuanto a los puntos de vista entre terapeuta-consultante (Becoña & Cortés, 2011).
- **Concientización:** Se refiere a las actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona, de modo tal que pueda obtener respuestas efectivas (Pallarès-Piquer, 2018).
- **Contracondicionamiento:** Parte de los modelos de modificación de conducta, consiste en cambiar las respuestas a nivel fisiológico, cognitivo

o motor provocados por estímulos condicionados del consumo (Torres Carvajal, 2010)

Procedimiento:

1. Se realiza una retroalimentación acerca de lo dialogado en la sesión anterior, análisis del estado anímico actual y demanda terapéutica.
2. Psicoeducación acerca de las drogodependencias, sintomatología, factores de riesgo y protección. Además, se socializa el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, para ubicar al consultante en el estadio de cambio en el que se encuentra, le explicamos la importancia de reconocerlo y las estrategias que se llevarán a cabo para conseguir llegar a mantenimiento, recordándole que el proceso no es lineal, sino más bien, espiral.
3. Analizar el estado contextual del consultante, lo cual permita indagar acerca de la función que cumple el consumo de sustancias en la vida del individuo, conjunto con la entrevista motivacional, para identificar los problemas que han surgido por el consumo de drogas, afectando el funcionamiento y calidad de vida del consultante.
4. Aplicar contracondicionamiento para crear un nuevo aprendizaje bajo un contexto estimular muy variado y con conductas previamente aprendidas, eliminando la respuesta indeseada (consumo de sustancias psicoactivas) y sustituirla por otra más agradable.
5. Cierre de sesión: se finaliza con retroalimentación sobre las temáticas y técnicas aplicadas.

Sesión N°3: Motivación al cambio.

Objetivo: generar conciencia sobre su conducta relacionada con el consumo de sustancias, identificando los problemas presenten en el entorno en el que se desenvuelve.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).

- **Entrevista motivacional:** Identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se delimitan objetivos por parte del consultante y se acepta la ambivalencia en cuanto a los puntos de vista entre terapeuta-consultante (Becoña & Cortés, 2011).
- **Metáfora del barco en alta mar:** Es útil para ayudar al cliente a aprender a aceptar la incertidumbre y el cambio en sus vidas, y a vivir de acuerdo con sus valores. "La idea es ayudar al cliente a ver la vida como un viaje en un barco en alta mar, lleno de incertidumbre y cambio. Si el cliente puede encontrar sus valores y usarlos como brújula, puede navegar por estas aguas turbulentas con éxito." (Harris, 2019, p. 86)
- **Percepción de autoeficacia:** Se refiere a la percepción o conocimiento que tienen las personas de acuerdo a su capacidad, para realizar diversas acciones, como para enfrentar problemas u obstáculos de una manera adecuada y funcional, que no interfiera en su calidad de vida (Pool-Cibrián & Martínez-Guerrero, 2013).
- **Reestructuración positiva:** Consiste en aumentar el autoestima y confianza del consultante a través del empleo de comentarios positivos, los cuáles contribuyan a la mejora de hábitos y concepción de sí mismo, proporcionando seguridad y apoyo al consultante (Linares-Ortiz et al., 2014).

Procedimiento:

1. Retroalimentación de los temas abordados en la sesión anterior y breve análisis del estado anímico actual.
2. Psicoeducación y refuerzo acerca de la entrevista motivacional, en este punto se busca consolidar la motivación intrínseca del consultante, para mantener su estado de abstinencia y evitar una posible recaída.
3. Se trabaja en la resistencia que emplea el consultante frente a los estímulos que generan malestar, dando paso a la evitación de eventos privados, los cuáles al ser manejados erróneamente, contribuyendo al consumo de sustancias psicoactivas.
4. Aplicación de la metáfora del barco en alta mar, la cual es útil para ayudar al cliente a aprender a aceptar la incertidumbre y actuar de una manera funcional frente a las situaciones estresantes.

5. Se fomenta la percepción de autoeficacia, brindándole al consultante las herramientas y estrategias necesarias para que pueda aumentar la percepción que tiene de sí mismo y de su capacidad para afrontar situaciones difíciles.
6. Cierre de sesión: se finaliza la sesión identificando situaciones o cualidades positivas del consultante, las cuales contribuyan a su recuperación y a una percepción positiva de sí mismo.

Sesión N°4: Trabajando la desesperanza creativa.

Objetivo: incrementar la motivación hacia el cambio de conducta, haciéndole ver al consultante el costo, en términos de seguimiento de valores, que está teniendo la conducta a modificar, motivada por la evitación de determinados eventos.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017)
- **Desesperanza creativa:** Consiste en que, el consultante pueda reconocer las estrategias que ha utilizado para modificar aquellos pensamientos, sentimientos o emociones que le han resultado desagradables y la función que ha cumplido cada una, explicando que a largo plazo no han funcionado (León-Quismondo et al., 2014).
- **Autoregistros:** Técnica de evaluación psicológica que se utiliza para evaluar y recoger información sobre las conductas del consultante (Kaholokula et al., 2013).
- **Metáfora del marinero:** El objetivo es que la persona aprenda a encontrar un sentido de dirección y propósito a pesar de las dificultades. "A veces sentimos que estamos a la deriva en el mar de la vida, sin rumbo ni dirección. Pero incluso cuando las olas son altas y el viento es fuerte, podemos encontrar un sentido de dirección y propósito si nos enfocamos en lo que es importante para nosotros." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011, p. 73)

Procedimiento:

1. Análisis del estado anímico actual y breve diálogo sobre lo abordado en la sesión anterior.
2. Aplicación de la técnica de desesperanza creativa, se la provoca a través de una conversación terapeuta – consultante, enfatizando los esfuerzos que ha tenido el mismo para intentar modificar y controlar su conducta sobre el consumo de sustancias psicoactivas.
3. Se socializa el método del autoregistro para hacer anotaciones acerca de los eventos que deseaba modificar y que, según su perspectiva, le llevaban a consumir. De esta manera, se esclarece como el consultante conseguía aliviar el malestar a corto plazo, pero, a largo plazo no solucionaría su malestar, sino que, se incrementaría.
4. A mitad del proceso, se aplica la metáfora del marinero, para indicarle al consultante que, frente a una situación difícil, debe encontrar un sentido de dirección, apoyándose de estrategias eficaces que no mantengan el malestar.
5. Cierre de sesión: se indaga sobre situaciones en las que no esté presente el deseo de consumir, es decir, excepciones, las cuales son un punto clave en la recuperación ya que potencias aspectos positivos del entorno.

Sesión N°5: Clarificación de valores.

Objetivo: contrastar los ideales del consultante a través de la introspección, para obtener un sentido o propósito respecto a su vida, convirtiéndola así, en algo valioso y sustancial.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Definición de valores:** En esta fase, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y definir sus valores personales y lo que es importante para él o ella. "La fase de definición de valores es esencial para la terapia ACT,

ya que ayuda al paciente a identificar lo que es importante para él o ella y proporciona un marco para la toma de decisiones y la acción". (Gómez, 2019)

- **Metáfora del jardín:** Se utiliza para describir la mente humana y cómo los pensamientos y emociones pueden ser cultivados y atendidos, de la misma manera que se cultivan y atienden las plantas en un jardín. "El objetivo de la terapia es que el cliente aprenda a cultivar las plantas que le ayudan a avanzar hacia sus valores y a dejar que se marchiten las que le impiden hacerlo." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011, p. 87)
- **Autoregistros:** Técnica de evaluación psicológica que se utiliza para evaluar y recoger información sobre las conductas del consultante (Kaholokula et al., 2013).
- **Relación progresiva de Jacobson:** Es una práctica mente y cuerpo, que consiste en dirigir la atención de la persona en un determinado grupo muscular, contraerlo, mantener la contracción durante un período y, a continuación, relajarlo (Silveira et al., 2020).
- **Jerarquización:** Implica organizar o clasificar de acuerdo a rangos o categorías los valores o metas que pueda identificar el consultante (Casas López et al., 2015).

Procedimiento:

1. Se realiza el análisis del estado anímico actual, luego una retroalimentación de lo realizado en la sesión anterior.
2. Aplicación de la técnica de relajación progresiva de Jacobson, la cual permita obtener un equilibrio en el estado cognitivo, motor y afectivo del consultante. Contribuye a una mejor concentración y participación durante la sesión.
3. Psicoeducación sobre los valores, mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso, realizando que, los valores son aquellos principios que nos guían y motivan a lo largo de la vida, siendo aquello significativo e importante. Se realiza una jerarquización de las necesidades que mantiene el consultante.
4. Aplicación del ejercicio del funeral, el cual es útil si el consultante carece de una guía u objetivo que le dirigiera para disminuir el consumo. Una vez el consultante vaya aclarando su contexto, podrá establecerse una serie de objetivos y metas bajo diversas áreas que sean vitales para el mismo.

5. Socialización de la metáfora del jardín, la cual puede poner de manifiesto la necesidad de un trabajo arduo y continuo para que el consultante puede lograr su vida deseada.
6. Cierre de sesión: se procede a enviar un ejercicio de auto registros, en donde el consultante podrá ir avanzando hacia los valores que haya identificado como importantes.

Sesión N°6: Aceptación y control de los eventos privados.

Objetivo: indicar al consultante la importancia del acogimiento sobre los eventos internos, como los pensamientos negativos o el ansia de consumir sustancias.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Aceptación:** En esta fase, el paciente aprende a aceptar sus pensamientos y emociones sin luchar contra ellos o intentar controlarlos. "La aceptación es un componente clave de la terapia ACT, ya que ayuda al paciente a disminuir la lucha contra sus pensamientos y emociones y a desarrollar una mayor flexibilidad psicológica". (Hayes et al., 2013b)
- **Imaginación emotiva:** Consiste en asociar un estímulo ansioso que nos provoca ansiedad y malestar, con otro estímulo de naturaleza agradable, por ejemplo, una imagen o escena imaginada que genere bienestar en la persona (Bedolla Pereda & Caballero Quiroz, 2014).
- **Defusión o desactivación de las funciones verbales:** Se trata de enseñar al consultante a comprender la naturaleza propia de los pensamientos, demostrando que solamente son ello, más no una realidad inalterable (Romero, 2015).
- **Metáfora del polígrafo:** El objetivo de la metáfora es enseñar a la persona a identificar y desafiar sus pensamientos limitantes y autoengaños, y a tomar medidas basadas en sus valores y objetivos. "La defusión cognitiva

en el contexto del polígrafo implica separarse de los pensamientos limitantes y autoengaños que nos impiden avanzar hacia nuestros objetivos y valores." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016, p. 106)

- **Meditación guiada:** Herramienta que permite, mediante palabras e imágenes, dejar de lado emociones negativas como el dolor, el estrés y las preocupaciones del día a día, ayudándonos a conectar con nuestro interior (Capdet & Pablo, 1998).

Procedimiento:

1. Recapitulación de los temas tratados en las sesiones anteriores y análisis del estado anímico actual.
2. Ejercicio de meditación guiada, para establecer un estado de relajación y equilibrio emocional en el consultante.
3. Introducción sobre la temática acerca de la aceptación sobre los eventos privados e internos, como los pensamientos negativos, se enseña al consultante que puede ver el deseo de consumo como un pensamiento o una sensación, pero, sin defensa.
4. Ejercicio de imaginación emotiva, para suplir también, aquellos pensamientos negativos por situaciones que generen bienestar, sin embargo, se recuerda que es importante también, la vivencia propia del malestar que pueden producir.
5. Se socializa los tres pasos de la aceptación, que son observarse a uno mismo como un observador externo y sintiendo las sensaciones molestas, pero no haciendo nada por modificarlas, respirar profundamente y permitirse observar sin intervenir.
6. Ejercicio de difusión, para suplir la llegada de esos pensamientos relacionados con el consumo, se realiza por etiquetados, ya que, modifican el patrón de llegada. Se orienta al consultante para que identifique que, el verdadero problema no son sus pensamientos, sino más bien, aquello que hace con el propósito de controlarlos.
7. Se utiliza de añadido, la metáfora del Polígrafo, la cual, representa la idea de que nuestros pensamientos muchas veces nos engañan y nos llevan a creer cosas que no son ciertas.
8. Cierre de sesión: se envía de tarea, que practique los ejercicios de la sesión por dos veces a la semana.

Sesión N°7: Control de la conducta adictiva mediante el desarrollo de habilidades y la aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT).

Objetivo: identificar diversas facetas en las emociones, así como los ámbitos de su vida en las que estas reacciones tienen especial incidencia, para luego ayudar al consultante a plantearse la relación existente entre las emociones y el consumo de sustancias psicoactivas.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Habilidades básicas de conciencia:** Se basa en técnicas relacionadas con la meditación, y están dirigidas a los sentimientos de vacío y desconocimiento del yo. Se basan en controlar los procesos atencionales, decidir qué se atiende y durante cuánto tiempo se atiende a un estímulo en específico (Vega & Sánchez Quintero, 2013a).
- **Habilidades de regulación emocional:** Consiste en el aprendizaje en cuando a identificar, nombrar emociones y reconocer la función que cumplen en el entorno. A través de ello, se consigue una convivencia saludable, en donde se concibe actividades agradables (Vega & Sánchez Quintero, 2013b).
- **Habilidades de tolerancia al malestar:** Al igual que las habilidades básicas de conciencia, llevan el compuesto del *mindfulness* relacionado con la aceptación. Lo importante en este caso no es evitar el dolor o sufrimiento, sino aprender a manejarlo con habilidad (Vega & Sánchez Quintero, 2013c).
- **Modelado:** Es una técnica terapéutica en la cual el individuo aprende comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas (González, s. f.).

Procedimiento:

1. Retroalimentación de los temas abordados previamente y análisis del estado anímico actual.
2. Psicoeducación sobre las emociones, conjunto con el proceso para identificarlas y no evitar sentir su presencia.
3. Ejercicio para la identificación de emociones agradables y desagradables a través de la técnica de modelado, la cual es útil en aquellos casos en los que la conducta que el individuo requiere aprender no se encuentra en su repertorio de habilidades.
4. Aplicación de modelado o role playing para establecer escenarios y trabajar en tolerancia al malestar, mencionándole al consultante que, las habilidades de aceptación de la realidad tienen que ver con el hecho de aceptar, de una manera no enjuiciadora, a uno mismo y a la situación actual tal como se presenta en el momento.
5. Cierre de sesión: se puede enviar de tarea, la aplicación de estrategias de afrontamiento frente a una situación que provoque malestar, por ejemplo: proporcionarse de estímulos positivos, mejorar el momento por medio de la imaginación y la relajación y pensar en los pros y los contras de conducta impulsiva.

Sesión N°8: Compromiso con la acción.

Objetivo: promover en el consultante el establecimiento de patrones de acción válidos y adaptativos, los cuáles se guíen por los valores más importantes para el mismo.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Compromiso con la acción:** En esta fase, el paciente se compromete a tomar medidas concretas para alcanzar sus metas, a pesar de los pensamientos y emociones difíciles que puedan surgir. (León-Quismondo et al., 2014)

- **Metáfora del autobús:** El objetivo es que la persona aprenda a separarse de sus pensamientos y emociones y a comprometerse con acciones basadas en sus valores. "El compromiso con valores en el contexto del autobús implica enfocarse en lo que es importante para nosotros y tomar medidas basadas en nuestros objetivos y valores, en lugar de estar controlados por nuestros pensamientos y emociones." (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016, p. 99)
- **Autoregistros:** Técnica de evaluación psicológica que se utiliza para evaluar y recoger información sobre las conductas del consultante (Kaholokula et al., 2013).
- **Autorrealización:** Consiste en delimitar las expectativas, valores y necesidades propias del consultante, las cuales permiten una reafirmación de sus capacidades y conllevan al establecimiento de metas a corto y largo plazo (Romero, 2015).

Procedimiento:

1. Recapitulación sobre los temas tratados previamente y análisis del estado anímico actual.
2. Revisión de los valores que direccionan la vida del consultante, los cuáles permitan el establecimiento de conductas fiables y positivas frente al consumo de sustancias psicoactivas.
3. Utilización de la metáfora del autobús, la cual refiere que el consultante fuera el conductor del mismo y sus pensamientos los pasajeros, es decir, depende de él la guía que les brinde a sus eventos privados.
4. Mencionar la importancia de llevar un autoregistro sobre lo trabajado en sesión, conjunto con las dudas que surgen de por medio. Conjunto a ello, se realiza afirmaciones positivas sobre los avances del consultante.
5. Cierre de sesión: se retroalimenta al usuario sobre el uso de estrategias de ayuda externas, como el ambiente familiar o herramientas personales, las cuáles incidan en la autorrealización del consultante.

Sesión N°9: Relaciones interpersonales e intrapersonales: relaciones afectivas y sociales.

Objetivo: indagar acerca del establecimiento de relaciones intra e interpersonales, para así, proporcionar herramientas que permitan el establecimiento de relaciones afectivas sanas.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Modelado:** Es una técnica terapéutica en la cual el individuo aprende comportamientos nuevos observando e imitando el comportamiento de otras personas (González, s. f.).
- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Análisis funcional de la conducta:** Consiste en analizar el comportamiento del paciente teniendo en cuenta su contexto y antecedentes. Por eso, toma en consideración sus creencias, pensamientos o vivencias respecto a una determinada acción, ya que así se obtienen consecuencias a nivel fisiológico o social (Kaholokula et al., 2013).
- **Habilidades de comunicación:** Son el conjunto de estrategias de conducta verbales o no verbales que una persona posee al momento de entablar una interacción social (Vega & Sánchez Quintero, 2013).

Procedimiento:

1. Aplicación del análisis funcional de la conducta, técnica que permite identificar la función de la conducta adictiva en un contexto determinado, además, permite tomar en cuenta al organismo complejo (la persona) y el contexto determinado en el que realiza dicha acción (condicionantes sociales o culturales), obteniendo así, las consecuencias a nivel fisiológico o social.
2. Aplicación de la técnica del modelo para trabajar las habilidades de comunicación, como la asertividad, escucha activa o la empatía, con el fin de crear escenarios que reflejen un ambiente que pueda contribuir al consumo de sustancias.
3. Emplear escenarios que reflejen situaciones personales y culturales acerca del consumo de sustancias, lo cual permita identificar patrones de conducta

desadaptativos que fomentan el consumo. Así mismo, realizar role playing sobre situaciones que reflejen las relaciones sociales saludables.

4. Cierre de sesión: se envía de tarea al consultante que una vez analizado su entorno, deba modificar una de las relaciones sociales que mantiene, poniendo en práctica las habilidades sociales comprendidas en sesión.

Sesión N°10: Prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento.

Objetivo: generar una visión más amplia acerca de las situaciones de riesgo a las que se enfrenta el consultante, conjunto con las soluciones que pueden surgir durante una problemática.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Evaluación de situaciones de riesgo:** Enseñar e informar a la persona que diversas situaciones de riesgo pueden ocasionar una recaída, los determinantes pueden ser intrapersonales o interpersonales (Giraldo-Ferrer et al., 2016).
- **Resolución de problemas:** Proceso para identificar una solución para un problema o conflicto. El objetivo es que el consultante identifique las soluciones más fiables a través de preguntas (Almazán Antón et al., 2012).
- **Balance decisional:** Refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para su salud (Zamarripa et al., 2019).

Procedimiento:

1. Análisis del estado anímico actual e indagación en novedades previas a la sesión.
2. Socialización de los avances obtenidos en sesiones, rectificando los puntos fuertes y débiles del consultante, los cuáles pueden contribuir al mantenimiento en recuperación como a una posible recaída.

3. Psicoeducación sobre la prevención de recaídas y retroalimentación sobre los factores de riesgo, temática vista en las sesiones anteriores.
4. Psicoeducación sobre las estrategias de afrontamiento eficaces, aplicación de la técnica de resolución de problemas, anotando un caso en el que el consultante experimentó un problema personal, familiar o social relacionado con el consumo de sustancias.
5. Crear un contexto ficticio o real, acerca de una situación relacionada con el consumo de drogas, para así, aplicar la técnica de balance decisional, la cual permite identificar los pros y contras de las propias decisiones.
6. Establecimiento de objetivos, los cuáles faciliten el seguimiento en la consulta terapéutica y permitan la aplicación de las técnicas en un contexto real.
7. Cierre de sesión: se resuelven dudas e inquietudes del consultante, acerca de la prevención de recaídas y la correcta aplicación de las técnicas.

Sesión N°11: Prevención de recaídas y estrategias de afrontamiento.

Objetivo: aplicación de técnicas eficaces frente a situaciones de riesgo que pueden desestabilizar al consultante. Socialización de los logros obtenidos en consulta y finalización del plan terapéutico.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Evaluación de situaciones de riesgo:** Enseñar e informar a la persona que diversas situaciones de riesgo pueden ocasionar una recaída, los determinantes pueden ser intrapersonales o interpersonales (Giraldo-Ferrer et al., 2016).
- **Manejo de contingencias:** Se basa en la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma, que compiten con los efectos reforzantes de las drogas (Lefio et al., 2013).

- **Control de estímulos:** Se trata de desarrollar estrategias para que pueda controlar las situaciones de riesgo a las que deba enfrentarse (Flores Mares & Barragán Torres, 2010).
- **Metáfora de la lucha con el monstruo:** Se utiliza para enseñar a las personas a aceptar sus pensamientos y emociones difíciles en lugar de luchar contra ellos. “La aceptación nos permite liberarnos del control de los pensamientos y emociones y enfocarnos en lo que es importante para nosotros.” (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2016, p. 85)

Procedimiento:

1. Análisis del estado anímico actual y retroalimentación sobre las temáticas socializadas previamente.
2. Psicoeducación sobre las estrategias de afrontamiento eficaces, aplicación de un plan de contingencias, el cual permita actuar analíticamente y con criterio, frente a una situación de riesgo, disminuyendo el interés por acudir al consumo de sustancias psicoactivas como medio de solución.
3. Aplicación de la metáfora del monstruo de la montaña, para reafirmar la presencia de situaciones desagradables y su función, haciendo énfasis en la importancia de aceptar su presencia y más no, de luchar contra las situaciones que nos generan malestar y nos conllevan al consumo de drogas.
4. Imaginar un contexto determinado en el cual pueda aplicar la técnica de control de estímulos, ya que, permite el hecho de abstenerse frente a una situación de riesgo, relacionada con el consumo de drogas.
5. Cierre de sesión: socialización de los avances obtenidos en las sesiones terapéuticas. Agradecimiento por parte del profesional, retroalimentación sobre dudas e inquietudes que surjan del consultante.

Sesión N°12: Finalización y cierre del plan terapéutico.

Objetivo: socializar las limitaciones y logros obtenidos durante las sesiones terapéuticas, las cuáles van a contribuir directamente en la disminución o erradicación del consumo de sustancias psicoactivas.

Materiales: Computador, cuaderno, esfero.

Tiempo: 45 minutos.

Técnicas:

- **Entrevista:** Es una herramienta o guía práctica, que permite la recogida de información sobre datos relevantes entre dos o más personas, permitiendo así, explorar el sentido y significado que el sujeto otorga a diversas experiencias (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017).
- **Psicoeducación:** Es el proceso de educar e informar con datos relevantes y actuales, a las personas sobre un tema de salud en específico, englobando los procesos para ayudar al individuo a conocer el problema que padece (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez, 2017).
- **Retroalimentación:** También conocido como Feedback, es el proceso de integrar información relevante a la respuesta que se le brinda al emisor. Se basa en el diálogo orientador, que posea un análisis y reflexión crítica (Espinoza Freire, 2021).

Procedimiento:

1. Establecimiento de reafirmaciones positivas y aplicación de elogios por los logros obtenidos durante las sesiones.
2. Solicitar al consultante una breve reflexión sobre lo que ha aprendido en terapia, mencionándole que los logros que surgieron de por medio, han sido por la motivación al cambio.
3. Requerir al consultante, escriba una carta dirigida a su “yo” del pasado, a quien acudió a terapia en busca de una guía o dirección, pero, que actualmente ya ha resuelto o aprendió a manejar aquella situación que le producía malestar.
4. Recordar que, el proceso de cambio en el consumo de sustancias psicoactivas es espiral, más no lineal, por lo que, pueden surgir situaciones que produzcan desánimo y desmotivación en el mismo, pero, es importante apreciar los pequeños cambios que surgen a raíz del propio interés por mejorar.
5. Preguntar si para el consultante el proceso terapéutico ha sido satisfactorio, es decir, se han cumplido con los acuerdos establecidos al inicio de sesión.
6. Agradecimiento por parte del profesional por la culminación del plan terapéutico.
7. Cierre de sesión: se solicita el consentimiento para realizar un seguimiento (el plazo será establecido en la sesión, según la confirmación del usuario), el cual permita conocer el estado en proceso del consultante, una vez finalizado el tratamiento.

7. Discusión

El principal objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de los diferentes tipos de sustancias psicoactivas en una muestra de 41 usuarios residentes de los centros especializados en tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD) de la ciudad de Loja. Los resultados obtenidos una vez concluido el proceso de investigación son fiables y claros, permitiendo hacer un contraste comparativo con estudios previos realizados con las mismas variables de investigación.

Teniendo en consideración los resultados obtenidos, en cuanto a los rasgos de personalidad prevalentes en la muestra de estudio investigada, se observa que fue el depresivo y el antisocial con un 22.0% cada uno de la muestra en total. El primero sugiere una tendencia a exhibir conductas rígidas y desadaptativas, potenciando así, el mantenimiento de dificultades conductuales, y una escasa estabilidad en las condiciones de estrés, factores primordiales en las patologías de personalidad (Sánchez, 2003). En cuanto al rasgo de personalidad antisocial (agresivo – activo - independiente), consiste en la incapacidad de acoplarse a las normas o leyes sociales que rigen el comportamiento de las personas ante las demandas del entorno, en este caso, existen problemas con relación a la irritabilidad o agresividad, la cual se expresa contextualmente en conductas de amenaza o intimidación (Holguín & Palacios, 2014)

Por otro lado, en referencia al consumo de sustancias psicoactivas, se obtuvo como resultados que los usuarios institucionalizados de los centros especializados en tratamientos de alcohol y otras drogas (CETAD), presentan un consumo incrementado en alcohol, equivalente al 46,3% de los participantes de la muestra total. Así mismo, es necesaria una intervención intensiva, ya que existe un nivel de riesgo alto, lo que incluye alteraciones físicas y psíquicas. Como menciona (Sarasa-Renedo et al., 2014), el consumo excesivo de alcohol se relaciona con numerosos problemas de salud, incluyendo enfermedades infecciosas o también, puede generar alteraciones a nivel cognitivo, lo cual puede desembocar en problemas de aprendizaje y, al existir un deterioro en el control ejecutivo, se puede conducir a conductas agresivas o conductas de riesgo.

Los resultados del presente estudio, en cuanto a la relación existente entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias, difieren en cuanto a los resultados de investigaciones previas, ya que indicó la existencia de una relación directa, pero baja, lo cual no supe que la personalidad sea un factor primordial en la conducta adictiva. Como señala (Da Silva et al., 2015), en una investigación que realizó para analizar la comorbilidad que existe entre el consumo de sustancias y trastornos de personas,

concluyó que, los consumidores de alcohol se caracterizaban por ser dependientes o histriónicos, mientras que los consumidores de marihuana correspondían al rasgo disocial o límite, por último, en la cocaína existía una prevalencia en la personalidad límite, disocial y narcisista. Según refiere (Barrientos Guevara et al., 2021) en una investigación realizada en Honduras, concluyó que los pacientes que fueron atendidos por distintas drogas lícitas o ilícitas, presentaron de por sí, un trastorno de personalidad con frecuencia de 41%, en caso de existir la combinación de otras sustancias, fue del 49%.

En otro estudio, realizado por Coronel et al., (2021) que de igual manera, pretendía determinar los rasgos de personalidad y el patrón de consumo de sustancias psicoactivas en personas privadas de libertad del Centro de Privación de Libertad de Machala, se confirmó, que, en cuanto a sustancias, las más comunes fueron el alcohol y el cannabis, al igual que en la muestra de estudio de la presente investigación, que constata que, la sustancia prevalente es el alcohol, seguido de la cocaína y luego el cannabis. Al respecto (Mangas, 2019) acota que de las drogas ilegales la más consumida es el cannabis, sobre todo dentro de la población joven, donde el consumo de esta sustancia está bastante normalizado y estandarizado. Este consumo en muchas ocasiones puede desencadenar en un consumo problemático, trayendo consecuencias en el plano individual y social.

Con respecto a los tipos de personalidad en PPL en este estudio predominó la personalidad límite y dependiente. En concordancia a ello (Macedo, 2016) señala que las distintas personalidades relacionadas al consumo de drogas, se debe particularmente a la búsqueda de sensaciones, conflicto de identidad, poca tolerancia, rasgos antisociales, ansiedad, temores, entre otros. Una inadecuada percepción en cuanto a manejar y controlar diferentes situaciones en la adolescencia representa un factor de riesgo para el inicio de consumo de drogas.

8. Conclusiones

- Mediante la aplicación del inventario clínico multiaxial de Millon III (MCMI-III) se valoró los rasgos de personalidad prevalentes, se encontró que: depresivo y antisocial tienen un porcentaje con mayor incremento.
- Según la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) se obtuvo que en nivel de intervención intensiva prevalece el alcohol, seguido de la cocaína y el cannabis; en nivel de intervención breve predomina el tabaco y cannabis, y en no requiere intervención el porcentaje que más sobresale es que la mayoría de los usuarios no necesitan este tipo de intervención.
- Con respecto a la relación entre variables, mediante la prueba estadística de Rho de Spearman se concluyó que existe una relación directa, pero, muy baja y se indicó que los rasgos de personalidad prevalentes en los usuarios institucionalizados, no explicarían por sí mismo, el desarrollo o mantenimiento de la conducta adictiva. Por lo tanto, no existiría un perfil específico que denote si una persona es más proclive a volverse un consumidor.
- El plan de intervención se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, al no existir una relación entre las dos variables estudiadas, se optó por considerar el nivel de intervención intensiva que refleja el consumo de sustancias psicoactivas. Se realizó un plan de intervención terapéutico basado en un enfoque conductual – contextual y en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, diseñadas a nivel individual, en 12 sesiones, con una duración aproximada de 45 minutos, las primeras 3 sesiones cada 15 días, las siguientes 6 sesiones cada 21 días y las últimas 3 sesiones cada mes.

9. Recomendaciones

- Implementar el uso de otros reactivos psicológicos como el inventario de evaluación de la personalidad-PAI o los cuestionarios de personalidad de Cattell -16PF-5, los cuales permitan la recogida de información y el contraste de datos entre sí, ya que el MCMI III en el ámbito de drogodependencias es amplio y su utilidad no solo radica en la personalidad, ya que, también analiza síndromes clínicos y otras patologías.
- Adaptar los instrumentos psicológicos a nuestra población, para obtener datos más veraces y concisos, puesto que, en el plano de las drogodependencias, el diagnóstico debe ser realizado de manera meticulosa y cumpliendo con diversos parámetros del área clínica.
- Efectuar investigaciones sobre los rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en diferentes grupos de población, como mujeres y adolescentes, con el objetivo de identificar diferencias, similitudes y así, establecer diferentes estrategias para disminuir la situación problemática.
- Se recomienda la aplicación del presente plan terapéutico para abordar la problemática de las drogodependencias que requieran un nivel de intervención intensiva, puede ser utilizado en instituciones públicas o privadas, ya que cuenta con un abordaje amplio y conciso sobre la conducta adictiva.
- Realizar estudios en los Centros de Tratamiento Especializado en Consumo de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de las diferentes localidades del país, con el fin de comprobar los resultados vigentes y así, establecer análisis con mayor profundidad que luego puedan ser generalizados y expuestos a la población.

10. Bibliografía

Abuso de sustancias—OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud. (s. f.).

Recuperado 26 de octubre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Almazán Antón, G., González Biber, M., & Rocha Díaz, M. (2012). Análisis del Cambio en un Problema de Adicción al Alcohol: Estudio de Caso. *Clínica y Salud*, 23(1), 63-87.

Álvarez, N. (2018, noviembre 12). ► *Adicciones: Diferencia entre dependencia física y psicológica.* Instituto Castelao. <https://www.institutocastelao.com/adicciones-diferencia-entre-dependencia-fisica-y-psicologica/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5a ed.). Médica Panamericana.

<file:///C:/Users/Power%20Computers/Documents/CUARTO%20CICLO/DSM5%20Manual%20diagnostico%20y%20estadistico%20de%20los%20trastornos%20mentales-%20DSM-5.pdf>

Barrientos Guevara, S. A., Lopez Paredes, O. E., Barrientos Guevara, S. A., & Lopez Paredes, O. E. (2021). RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y ABUSO DE DROGAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL “SANTA ROSITA”. *Revista Científica Ciencia Médica*, 24(1), 13-19. <https://doi.org/10.51581/rccm.v23i2.339>

Batista, J., & Romero, M. (2007). HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL LÍDER EN UNIVERSIDADES PRIVADAS Y SU RELACIÓN CON LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA. *Revista de Educación*.

Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Socidrogalcohol.

- Bedolla Pereda, D., & Caballero Quiroz, A. J. (2014). La imagen emotiva como lenguaje de la creatividad e innovación. *Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. Ensayos*, 49, 73-89.
- Bedoya, P. B., Prada, M. P. P., Robayo, G. M. R., López, A., & Díaz, G. H. R. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: Estado actual. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.24267/23897325.128>
- Benítez, F. B., Bernal, J. F., Benítez, M. G., & Torres, V. M. M. (2012). Alcoholismo y sociedad. *Revista Información Científica*, 75(3).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757270028>
- Capdet, A., & Pablo, P. (1998). La utilidad de la meditación como modalidad terapéutica: Parte I. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(2), 174-179.
- Cardenal, V., Sánchez, M. ^a P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: Una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Casas López, M. J., Díaz Bernal, Z., Martínez Cabrera, A., Cernuda, A., Borile, M., & Martínez Abreu, J. (2015). El proceso de jerarquización de valores en la adolescencia y juventud. *Revista Médica Electrónica*, 37(6), 654-665.
- CICAD. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*.
<http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%20%C3%A9ricas%202019.pdf>
- Cloninger, S. C. (2002). *Teorías de la personalidad*. Pearson Educación.
- Coronel, A. A. R., Pasantes, X. C., Ortiz, G. G. R., & Guamán, J. S. S. (2021). Rasgos de personalidad y consumo de sustancias psicoactivas en personas privadas de

- libertad. *Journal of American Health*. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/72>
- Cuerno Clavel, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 65-111. <https://doi.org/10.5377/rpsp.v2i0.1192>
- Cuevas-Cancino, J. J., & Moreno-Pérez, N. E. (2017). Psicoeducación: Intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Da Silva, F., Pérez García, C., Costa Ball, D., Scafarelli, L., & Del Arca, D. (2015). TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES DE DROGAS: DATOS PRELIMINARES. *Ciencias Psicológicas*, 119-130. <https://doi.org/10.22235/cp.v0i2.644>
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.2.295>
- Diego Gonzalez, Andrea Barreto, Yenny Salamanca. (2017). *Terapia Cognitiva*.
- Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 513-525. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00171.x>
- Empresa Sin Drogas. (2018, julio 23). *El origen del uso de las drogas*. Empresa Sin Drogas. <https://antidopingmexico.com/el-origen-del-uso-de-las-drogas/>

- Espinoza Freire, E. E. (2021). Importancia de la retroalimentación formativa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(4), 389-397.
- Ferrel Ortega, F. R., Ferrel Ballestas, L., Alarcón Baquero, A., & Delgado Arrieta, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia*, 10(2), 43-54.
<https://doi.org/10.21500/19002386.2552>
- Flores Mares, M., & Barragán Torres, L. (2010). Mantenimiento de las habilidades de rehusarse al consumo en usuarios crónicos de alcohol y drogas: Un estudio de casos. *Salud mental*, 33(1), 47-55.
- Galindo-Donaire, J. R., Hernández-Molina, G., Orellana, A. F., Contreras-Yáñez, I., Guaracha-Basáñez, G., Briseño-González, O., & Pascual-Ramos, V. (2023). The role of personality traits on self-medicated cannabis in rheumatoid arthritis patients: A multivariable analysis. *PLOS ONE*, 18(1), e0280219.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280219>
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80015-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80015-7)
- Giraldo-Ferrer, L. F., Tirado-Velásquez, J. D., Restrepo-Medrano, J. C., & Tirado-Otalvaro, A. F. (2016). Uso de instrumentos clínicos para la evaluación de pacientes y resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias (TUS). *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 749.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54697>

- Gómez, A. H. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), Article 2.
- González Chamero, M. C. (2009). Uso recreativo de la cocaína. De la diversión a la adicción. *Offarm*, 28(1), 60-67.
- González, M. Z. (s. f.). ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL MODELADO EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES MOTRICES EN. *Revista de Psicología del Deporte.*, 14.
- González, M. T., Espada, J. P., Guillon-Riquelme, A., Secades, R., & Orgilés, M. (2016). Association between personality traits and substance use in Spanish adolescents. *Adicciones*. <https://doi.org/10.20882/adicciones.777>
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205. <https://doi.org/10.20882/adicciones.707>
- Holguín Mendoza, T. E., & Palacios Casados, J. J. (2014). La genética del trastorno antisocial de la personalidad: Una revisión de la bibliografía. *Salud mental*, 37(1), 83-91.

- ISEP, A. (2019, mayo 15). *Consumo de Drogas y Sustancias Psicoactivas (SPA)*. ISEP Ecuador. <https://www.isep.com/ec/actualidad-psicologia-clinica/consumo-de-sustancias-psicoactivas-spa-mitos-vs-realidades/>
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://doi.org/10.5093/cl2013a13>
- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presenta en Ecuador los principales hallazgos del Informe Mundial de Drogas 2022. (s. f.). Recuperado 28 de noviembre de 2022, de <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/la-oficina-de-las-naciones-unidas-contra-la-droga-y-el-delito-unodc-presenta-en-ecuador-los-principales-hallazgos-del-informe-mundial-de-drogas-2022.html>
- Lammers, J., Goossens, F., Conrod, P., Engels, R., Wiers, R. W., & Kleinjan, M. (2015). Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(7), 1101-1109. <https://doi.org/10.1111/add.12952>
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P., & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34, 257-266.
- León-Quismondo, L., Lahera, G., & López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000400006>

- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud, 18*(3), 381-399.
- Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H., & Peralta-Ramírez, M. I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de Psicología, 30*(1), 114-122.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.136281>
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x)
- Llopis Giménez, C., Hernández Mancha, I., Rodríguez García, M. I., Llopis Giménez, C., Hernández Mancha, I., & Rodríguez García, M. I. (2017). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense, 23*(3-4), 92-99.
- Llorens Aleixandre, N., Palmer Pol, A., & Perelló Del Río, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos, 7*(2), 90-96.
[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74513-X](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74513-X)
- Lucio Balarezo Chiriboga. (2011). *PSICOTERAPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD.*
- Marambio Chávez, J. P. (2009). *PROYECTO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE DROGAS EN LOS PAÍSES ANDINOS.*

http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/savia/esp/Analisis%20final-%20ecuador.pdf

Mart, P. (s. f.). *Adicciones y Patrones Familiares de Conducta*. 8.

Masià, S. G. (s. f.). *PREDICCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM-IV-TR A PARTIR DE DIFERENTES MODELOS DIMENSIONALES: COSTA Y McCRAE, ZUCKERMAN Y CLONINGER*. 382.

McGuire, J. F., Wu, M. S., Piacentini, J., McCracken, J. T., & Storch, E. A. (2017). A Meta-Analysis of D-Cycloserine in Exposure-Based Treatment: Moderators of Treatment Efficacy, Response, and Diagnostic Remission. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(2), 196-206. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10334>

Medina-Mora, Ma. E., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44, s109-s115. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000700016>

Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A. E., Próspero García, O., Méndez-Díaz, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruíz-Contreras, A. E., & Próspero García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(1), 6-16.

Mendez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejada, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., Villegas-Pantoja, M. Á., Mendez-Ruiz, M. D., Ortiz-Moreno, G. A., Eligio-Tejada, I. A., Yáñez-Castillo, B. G., & Villegas-Pantoja, M. Á. (2018). Percepción del riesgo y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Aquichan*, 18(4), 438-448. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.6>

Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy* (pp. xvi, 776). John Wiley & Sons Inc.

- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (pp. xvi, 240). The Guilford Press.
- Morris, E. K., Altus, D. E., & Smith, N. G. (2013). A Study in the Founding of Applied Behavior Analysis Through Its Publications. *The Behavior Analyst, 36*(1), 73-107.
- Nápoles Socarrás, R., Fernández Morciego, D., Rodríguez Rodríguez, Y., Nápoles Socarrás, R., Fernández Morciego, D., & Rodríguez Rodríguez, Y. (2020). Principales habilidades comunicativas a desarrollar en los estudiantes de la carrera Psicología. *EduSol, 20*(70), 147-164.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*.
<https://health.gov/healthypeople/tools-action/browse-evidence-based-resources/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>
- Neuenschwander, C. D. M. (2006). Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia. *Persona, 9*, 171-187.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Abuso de sustancias—OPS/OMS / Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Pallarès-Piquer, M. (2018). Recordando a Freire en época de cambios: Concientización y educación. *Revista electrónica de investigación educativa, 20*(2), 126-136.
<https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.2.1700>
- Palma, D., Continente, X., López, M. J., Vázquez, N., Serral, G., Ariza, C., Ariza, C., Bartroli, M., Continente, X., Juárez, O., García Lamberechts, J., López, M. J., Muñoz, L., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Vázquez, N., Ramon Villalbí, J.,

- Palma, D., Continente, X., ... Ramon Villalbí, J. (2021). Rasgos de la personalidad asociados al consumo de sustancias en jóvenes en contexto de vulnerabilidad. *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 542-550.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.004>
- Pool-Cibrián, W. J., & Martínez-Guerrero, J. I. (2013). Autoeficacia y uso de estrategias para el aprendizaje autorregulado en estudiantes universitarios. *Revista electrónica de investigación educativa*, 15(3), 21-36.
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)*. (s. f.). Recuperado 25 de octubre de 2022, de
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- ¿Qué es la tolerancia en las adicciones? (2017, julio 20). *Tratamiento Adicciones y Alcoholismo Madrid*. <https://www.ctmadrid-adicciones.com/que-es-la-tolerancia-en-las-adicciones/>
- Recursos del NIAAA sobre el alcohol y el cerebro | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*. (s. f.). Recuperado 28 de noviembre de 2022, de
<https://www.niaaa.nih.gov/publications/recursos-del-niaaa-sobre-el-alcohol-y-el-cerebro>
- Ribero-Marulanda, S., S., & Agudelo-Colorado, L., L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 29-46.
<https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.03>

- Rivadeneira-Díaz, Y., Cajas-Siguencia, T., Viejó-Mora, I., & Quinto-Saritama, E. (2020). Adicciones a Sustancias y Comportamentales en la Ciudad de Loja. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 4(6), Article 6. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol4iss6.2020pp20-29p>
- Rodríguez, J. R. (s. f.). *BREVE RESEÑA DE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y LA CONSTITUCIÓN DE LA 'PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD' COMO DISCIPLINA CIENTÍFICA*. 39.
- Romero, B. M. (2015). *Tratamiento mediante ACT en un caso de conductas adictivas con sintomatología prefrontal*. 33.
- Rostami, M., Moheban, F., Davoudi, M., Heshmati, K., & Taheri, A. A. (2022). Current Status and Future Trends of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Smoking Cessation: A Narrative Review with Specific Attention to Technology-Based Interventions. *Addiction & Health*, 14(3), 229-238. <https://doi.org/10.34172/ahj.2022.1225>
- Rubiales, Á. S., González, M. F., & Alonso, Y. R. F. (s. f.). *TEORÍA Y PRÁCTICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO*. 11.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8(2), 163-173.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400004>
- Sepúlveda, J. A. T., & Zapata, V. J. V. (2015). *Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en estudiantes de la seccional oriente de la Universidad de Antioquia*. 7(1), 12.

- Silveira, E. de A., Batista, K. de M., Grazziano, E. da S., Bringuete, M. E. de O., Lima, E. de F. A., Silveira, E. de A., Batista, K. de M., Grazziano, E. da S., Bringuete, M. E. de O., & Lima, E. de F. A. (2020). Efecto del relajamiento muscular progresivo en el estrés y bienestar en el trabajo de enfermeros hospitalarios. *Enfermería Global, 19*(58), 466-493.
- Sinisterra, M. R. M., Cruz, J. L. P., & Díaz, C. A. G. (s. f.). *Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. 28.*
- Souci V., M., & V. Vinet, E. (2013). Examen psicométrico exploratorio del millon clinical multiaxial inventory III (MCMII-III) en población penitenciaria chilena. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social, 4*(2), 168-184.
- Tabaco.* (s. f.). Recuperado 28 de noviembre de 2022, de <https://socidrogalcohol.org/proyecto/manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion-2/>
- Tintaya Condori, P. (2019). Psicología y Personalidad. *Revista de Investigacion Psicologica, 21*, 115-134.
- Torres Carvajal, G. A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 39*, 171s-187s.
- Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: Guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina, 65*(2), 329-332.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2012). Smoking among chronically homeless adults: Prevalence and correlates. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 63*(6), 569-576. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100398>

Vega, I. de la, & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, *10*(1), 45-56.

<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

Zamarripa, J., Ruiz-Juan, F., Ruiz-Risueño Abad, J. R., Zamarripa, J., Ruiz-Juan, F., & Ruiz-Risueño Abad, J. R. (2019). El balance decisional, etapas de cambio y nivel de actividad física en estudiantes de bachillerato. *Andamios*, *16*(39), 379-

401. <https://doi.org/10.29092/uacm.v16i39.688>

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Proyecto de Integración Curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 01 de diciembre de 2022

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular: N°533-C.PS.CL-FSH-UNL, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **"RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS RESIDENTES DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) DE LA CIUDAD DE LOJA"**, de autoría de la estudiante: **Doménica María Márquez Maldonado** Cl.190088866, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana, concluyo con lo siguiente:

- Al presentar las debidas las correcciones, **el Proyecto mencionado es pertinente, cuenta con estructura y coherencia en su totalidad.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**GABRIELA
FERNANDA ROJAS
MUNOZ**

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.
1104892029
gabriela.rojas@unl.edu.ec
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, UNL
c.c.: Archivo

Anexo 2. Asignación del tutor



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 583- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 13 de diciembre de 2022

Psicóloga Clínica
Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: "**RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS RESIDENTES DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) DE LA CIUDAD DE LOJA**", autoría de la señorita; Doménica María Márquez Maldonado CI. 190088866, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Escanea este código QR
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Doménica María Márquez Maldonado
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 3. Cartas de solicitud para aplicación de reactivos



Loja, 15 de diciembre del 2022.

PARA: Dra. Jhuleidy Stefany Paucar Barba.
DIRECTORA TÉCNICA CETAD NUEVO RENACER.

ASUNTO: Solicitando autorización para la aplicación de reactivos psicológicos para el proyecto de tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

De mi consideración:

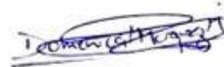
Por medio del presente reciba un cordial saludo y a la vez los mejores deseos en el desempeño de sus funciones altamente encomendadas a su persona.

Yo, **Doménica María Márquez Maldonado** con cédula de identidad Nro. 1900888866, estudiante del octavo ciclo de la Carrera de Psicología Clínica (Modalidad Presencial) de la Universidad Nacional de Loja, del periodo académico Octubre 2022 – Febrero 2023, solicito de la manera más comedida me conceda la autorización para la aplicación de reactivos psicológicos en los usuarios residentes de su digna institución, los instrumentos son: MCM-III y Assist. Los mismos me permitirán la ejecución de mi trabajo de tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Cabe mencionar que dicho trabajo investigativo involucra el contacto directo con los pacientes lo que permita la obtención de resultados satisfactorios y a su vez profundizar y aportar con metodologías en beneficio de los usuarios.

Segura de contar con su apoyo, le antelo un profundo sentimiento de gratitud y estima.

Atte.-

Revisado por:	
<p>CIDIC Dra. Ana  Gestora de la Carrera de Psicología Clínica</p>	<p> Doménica M. Márquez Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica</p>

CETAD "Nuevo Renacer"
RUC: 1104564404001
Diego Alfredo Ramirez Moreno
Dir: La Argelia
(La Condamine y Teodor Wolf)
Telf: 0968784181 / 0988030040


Diego Alfredo Ramirez Moreno



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Loja, 30 de diciembre del 2022.

PARA: Psic. Cl. Victor. A. Sánchez.
DIRECTOR TÉCNICO CETAD CENTSADIC.

ASUNTO: Solicitando autorización para la aplicación de reactivos psicológicos para el proyecto de tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

De mi consideración:

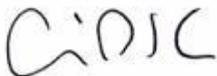
Por medio del presente reciba un cordial saludo y a la vez los mejores deseos en el desempeño de sus funciones altamente encomendadas a su persona.

Yo, **Doménica María Márquez Maldonado** con cédula de identidad Nro. 1900888866, estudiante del octavo ciclo de la Carrera de Psicología Clínica (Modalidad Presencial) de la Universidad Nacional de Loja, del periodo académico Octubre 2022 – Febrero 2023, solicito de la manera más comedida me conceda la autorización para la aplicación de reactivos psicológicos en los usuarios residentes de su digna institución, los instrumentos son: MCM-III y Assist. Los mismos me permitirán la ejecución de mi trabajo de tesis previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Cabe mencionar que dicho trabajo investigativo involucra el contacto directo con los pacientes lo que permita la obtención de resultados satisfactorios y a su vez profundizar y aportar con metodologías en beneficio de los usuarios.

Segura de contar con su apoyo, le antelo un profundo sentimiento de gratitud y estima.

Atte.-

Revisado por:	
 Dra. Ana C. Puertas Asanza Gestora de la Carrera de Psicología Clínica	 Doménica M. Márquez Estudiante de la Carrera de Psicología Clínica



Recibido
[Signature]
30-12-2022



Anexo 4. Consentimiento informado

Loja, ____ de _____ del 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: RASGOS DE PERSONALIDAD Y
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS
RESIDENTES DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN
TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) DE LA
CIUDAD DE LOJA.

Por medio del presente consentimiento informado,

yo _____ de ____ años de edad, con
cédula de identidad _____ de la comunidad

_____, certifico que he sido informado con claridad y veracidad respecto al proyecto de investigación de la estudiante de octavo ciclo de la Carrera de Psicología Clínica, Doménica María Márquez Maldonado; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a la investigación que se llevará a cabo por la misma. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al proceso cuando así lo crea conveniente, sin necesidad de justificación alguna, que no realizarán algún informe y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico. Se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada por mí, así como mi seguridad física y psicológica.

Doménica María Márquez Maldonado

CI: 1900888866

Participante:

Nombre y CI:

- 1 Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 2 Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
- 3 Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
- 4 Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
- 5 Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
- 6 La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
- 7 Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
- 8 La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
- 9 Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
- 10 Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
- 11 Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
- 12 Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
- 13 En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
- 14 Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
- 15 Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
- 16 Soy una persona muy agradable y sumisa.
- 17 Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
- 18 Tengo miedo a acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.
- 19 Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
- 20 He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
- 21 Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 22 Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 23 Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 24 Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
- 25 Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
- 26 Los demás envidian mis capacidades.
- 27 Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
- 28 Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
- 29 La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
- 30 Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.
- 31 Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
- 32 Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 33 Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
- 34 Últimamente he perdido los nervios.
- 35 A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
- 36 Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 37 Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 38 Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.

- 39 Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 40 Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
- 41 He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 42 Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
- 43 A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
- 44 Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
- 45 Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
- 46 Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
- 47 Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
- 48 Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
- 49 Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
- 50 No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
- 51 Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
- 52 Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
- 53 Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.
- 54 Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
- 55 En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
- 56 Últimamente me he sentido muy culpable por que ya no soy capaz de hacer nada bien.
- 57 Pienso que soy una persona muy sociable y extrovertida.
- 58 Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
- 59 Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 60 Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
- 61 Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
- 62 Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
- 63 Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
- 64 No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.
- 65 En el último año he cruzado el Atlántico en avión 30 veces.
- 66 En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo.
- 67 Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
- 68 Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
- 69 Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
- 70 Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
- 71 Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
- 72 Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
- 73 A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.

- 74 No puedo dormirme, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 75 Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
- 76 Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
- 77 Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
- 78 Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
- 79 Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
- 80 Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
- 81 Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
- 82 Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
- 83 Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
- 84 Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
- 85 No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
- 86 Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
- 87 A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
- 88 Cuando estoy en una fiesta nunca me aislo de los demás.
- 89 Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quién no.
- 90 Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 91 El consumo de "drogas legales" me ha causado discusiones con mi familia.
- 92 Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
- 93 Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
- 94 La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
- 95 A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
- 96 En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
- 97 Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
- 98 Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
- 99 Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
- 100 Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
- 101 Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
- 102 Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
- 103 Gente mesquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
- 104 No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
- 105 Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
- 106 He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
- 107 He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.
- 108 Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.

- 109 El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110 El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 111 Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo.
- 112 He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113 Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114 Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115 A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116 He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117 La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119 La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120 Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121 Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122 Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.
- 123 Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124 Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125 A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.
- 126 Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127 No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 128 Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
- 129 Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130 Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131 Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132 Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133 Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134 Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135 Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136 Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137 Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138 Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139 Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140 Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141 Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142 Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.
- 143 Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
- 144 Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.

- 145 Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
- 146 Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
- 147 Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
- 148 Pocas cosas en la vida me dan placer.
- 149 Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a dolorosos recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
- 150 Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
- 151 Nunca he sido capaz de libramme de sentir que no valgo nada para los demás.
- 152 Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
- 153 Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
- 154 He intentado suicidarme.
- 155 Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
- 156 No entiendo por qué algunas personas me sonríen.
- 157 No he visto un coche en los últimos diez años.
- 158 Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
- 159 Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
- 160 Mi vida actual se ve todavía afectada por 'imágenes mentales' de algo terrible que me pasó.
- 161 Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
- 162 A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mi alrededor.
- 163 La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 164 Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
- 165 No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
- 166 Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
- 167 Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
- 168 Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
- 169 Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
- 170 Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
- 171 Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 172 La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
- 173 Todavía me aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
- 174 Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
- 175 A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

FIN DE LA PRUEBA.
 COMPRUEBE, POR FAVOR,
 QUE NO HA DEJADO NINGUNA
 FRASE SIN CONTESTAR.

Anexo 6. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

Nombre del trabajador clínico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identificación	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>

Introducción (léasela al usuario o adapte a las circunstancias locales)*

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas **que han sido recetadas** por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros** motivos que las recetadas, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígamelo.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	Sí
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	Sí
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	No	Sí
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	Sí
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	Sí
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	Sí
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	Sí
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	Sí
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	Sí
j Otras, especifique: _____	No	Sí

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte:
"¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
(Marque la casilla correspondiente)			

Anexo 7. Evidencia fotográfica

CETAD NUEVO RENACER

Aplicación de reactivos de manera individual y grupal.





CETAD CENTSADIC

Entrega de los reactivos psicológicos.



Anexo 8. Resultados complementarios

Tabla 6. Datos sociodemográficos de edades en los usuarios residentes de los CETAD

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
18	2	4.9%
19	2	4.9%
20	1	2.4%
21	2	4.9%
22	2	4.9%
23	2	4.9%
25	2	4.9%
26	1	2.4%
27	5	12.2%
28	2	4.9%
29	3	7.3%
31	2	4.9%
32	1	2.4%
33	1	2.4%
35	1	2.4%
36	1	2.4%
39	1	2.4%
41	1	2.4%
45	2	4.9%
46	2	4.9%
50	1	2.4%
51	2	4.9%
61	1	2.4%
63	1	2.4%
Total	41	100%

Nota: Datos obtenidos tras la aplicación y revisión de los reactivos psicológicos en los Usuarios Residentes de los Centros Especializados en Tratamiento de Alcohol y Otras Drogas (CETAD) de la Ciudad de Loja.

Análisis: en cuanto a las edades observadas en los participantes, se puede evidenciar que existe mayor prevalencia en aquellos usuarios que tienen la edad de 27 años, con un 12.2%. Continuando así, con los usuarios que tienen una edad de 29 años, con un 7.3%. En tercera instancia, se demuestra que el 4.9% corresponde a los participantes con edades entre los 18, 19, 21, 22, 23, 25, 28, 31, 45, 46 y 51. Finalmente, el 2.4% a los usuarios cuya edad radica entre los 20, 26, 32, 33, 35, 36, 39, 41, 50, 61, 63. Dichos resultados indican que, el consumo de sustancias psicoactivas es prevalente en la adultez temprana, tal como lo refiere el informe de la Organización Mundial de la Salud aplicado en población adulta, una de las conclusiones importantes es que el consumo excesivo de alcohol es responsable de una gran carga de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Tsai & Rosenheck, 2012).

Anexo 9. Certificado de traducción

Mgs. Mónica Jimbo Galarza

C E R T I F I C O :

Haber realizado la traducción de Español – Inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica titulado “**RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS RESIDENTES DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS EN TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) DE LA CIUDAD DE LOJA**” de autoría de Doménica María Márquez Maldonado con CI:1900888866.

Se autoriza a la interesada hacer uso de la misma para los trámites que crea conveniente.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Emitida en Loja, a los 30 días del mes de marzo de 2023.



Mgs. Mónica Jimbo Galarza

MAGÍSTER EN ENSEÑANZA DE INGLÉS COMO LENGUA EXTRANJERA

REGISTRO EN LA SENECYT N° 1021-2018-1999861