



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RASGOS DE PERSONALIDAD  
CLÍNICA DE LAS USUARIAS CON  
ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS  
SUSTANCIAS DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL COMUNITARIO DE AREQUIPA  
2016 - 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON  
ENFOQUE DE GÉNERO**

**SONIA ROXANA AGUILAR CCAPA**

**LIMA – PERÚ**

**2019**



**MIEMBROS DEL JURADO**

*Dr. Carlos López Villavicencio*

***Presidente***

*Mg. Geraldine Salazar Vargas*

***Vocal***

*Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles*

***Secretaria***

Asesor de Trabajo Académico  
*Dr. Carlos López Villavicencio*

## **Agradecimiento**

A mis hijos Valeria, Emanuel e Isabella quienes son mi inspiración a mi esposo Ángel quien me apoya de forma constante y a mis padres Julio y Felicitas que no están conmigo pero continuo con deseo de superación.

A mi centro de trabajo y segundo hogar Centro Salud Mental Comunitario, a mis compañeros de estudios, a los docentes quienes nos guiaron en este proceso de aprendizaje y a la Universidad Cayetano Heredia por acogernos en su casa de estudios.

## RASGOS DE PERSONALIDAD CLÍNICA DE LAS USUARIAS CON ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE AREQUIPA 2016 - 2018

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://repositorio.ug.edu.ec">repositorio.ug.edu.ec</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://dspace.unl.edu.ec">dspace.unl.edu.ec</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://repositorio.autonmadeica.edu.pe">repositorio.autonmadeica.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.uladech.edu.pe">repositorio.uladech.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%
7	<a href="http://inba.info">inba.info</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	1%

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1.1.IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
<b>1.2.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA</b>	<b>5</b>
<b>1.3.LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1.4.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1.4.1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>7</b>
<b>1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES</b>	<b>9</b>
<b>2.2.ANTECEDENTES</b>	<b>35</b>
<b>2.3.HIPÓTESIS</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	<b>42</b>
<b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>42</b>
<b>3.2.POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>43</b>
<b>3.3.VARIABLES</b>	<b>44</b>
<b>3.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS</b>	<b>47</b>
<b>3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>52</b>
<b>3.6. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>52</b>
<b>3.7.CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>54</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>58</b>

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **RESUMEN**

La presente investigación lleva como título “Rasgos de personalidad clínica de las usuarias con abuso de alcohol y otras sustancias del centro de salud mental comunitario de Arequipa 2016 – 2018” planteándose como objetivo determinar los rasgos de personalidad de las usuarias con abuso de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar. En base a una metodología de diseño descriptivo en la cual se efectuó la revisión de las historias clínicas, estudio de caso y entrevista que consignen diagnósticos de abuso de alcohol y otras sustancias, en una muestra de 38 usuarias con el nivel de riesgo moderado a alto. Finalmente se concluyó que se identificaron las características de los rasgos de personalidad de las pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, las cuales son: que los estilos de personalidad predominantes en la Dimensión Patrones clínicos de la personalidad, el Autoderrotista y Esquizoide y los estilos de personalidad predominantes en la dimensión patología severa de la personalidad de las pacientes con abuso al alcohol.

**Palabras clave:** Rasgos de personalidad, abuso de alcohol, sustancias.

## **ABSTRACT**

The present investigation is entitled "Clinical personality traits of users with alcohol abuse and other substances of the Arequipa community mental health center 2016 - 2018" with the objective of determining the personality traits of users with alcohol abuse and other substances from the Simón Bolívar Community Mental Health Center. Based on a descriptive design methodology in which the review of medical records, case study and interview that record diagnoses of alcohol abuse and other substances were carried out, in a sample of 38 users with the level of moderate to high risk. Finally, it was concluded that the characteristics of the personality traits of the patients with alcohol and other substance abuse of the Simón Bolívar Community Mental Health Center were identified, which are: that the predominant personality styles in the Dimension Clinical patterns of personality, the Self-defeating and Schizoid and the predominant personality styles in the severe pathology dimension of the personality of the patients with alcohol abuse.

**Keywords:** Personality traits, alcohol abuse, substances.

## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**

Con el paso del tiempo y en función de las condiciones socioculturales de cada lugar, las pautas de consumo de alcohol cambian.

El impacto negativo del alcohol en la sociedad ha sido un elemento significativo en el modo en que se forman y funcionan las familias, los individuos y la sociedad en su conjunto.

Una de las drogas que se ha convertido en un grave problema social en casi todas las naciones y en todas las edades más allá de la adolescencia es el alcohol, debido a su facilidad de consumo y a la poderosa promoción que recibe. Sin embargo, ¿qué problemas acarrea el consumo excesivo de alcohol? El abuso del alcohol puede tener efectos secundarios graves y a menudo permanentes.

El alcoholismo no es un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales; es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal. La OMS define el alcoholismo como el consumo diario de alcohol superior a 50 gramos para las mujeres y 70 gramos para los hombres (una copa de licor o una bebida mezclada contiene unos 40 gramos de alcohol, una copa de vino contiene 30 gramos y una copa de cerveza contiene 15 gramos).

El alcoholismo parece estar causado por una serie de factores fisiológicos, psicológicos y genéticos que actúan conjuntamente. Se caracteriza por una dependencia subyacente del alcohol, emocional y a veces orgánica, que acaba provocando la muerte y daños cerebrales progresivos.

El alcoholismo afecta más a los adultos que a los niños, aunque cada vez es más frecuente entre las mujeres y los jóvenes.

Históricamente, el alcoholismo se ha considerado un síntoma de estrés social o psicológico o un comportamiento antinatural y aprendido, en contraposición al mero consumo excesivo o irresponsable de alcohol. Recientemente, el alcoholismo se ha definido como una enfermedad compleja en sí misma, con todas sus consecuencias, quizá de forma más acertada. Se desarrolla a lo largo de los años. Uno de los primeros síntomas, que es muy útil, es la preocupación por la disponibilidad de alcohol, que tiene un impacto significativo en la elección de amigos o actividades del paciente. El alcohol se considera cada vez más una droga que altera el estado de ánimo y no un componente necesario de la dieta, una costumbre social o un ritual religioso.

Algunas personas creen que la marihuana no es realmente "adictiva" o que es imposible hacerse "adicto" a la droga, sin embargo los estudios demuestran que alrededor de 1 de cada 10 consumidores de marihuana desarrollará una adicción. Esta cifra se eleva a uno de cada seis en el caso de los que empiezan a consumir antes de los 18 años.

Además, los adictos a la marihuana pueden tener más probabilidades de sufrir otros efectos negativos del consumo, como dificultades de atención, memoria y aprendizaje.

Los investigadores aún están aprendiendo más sobre los efectos de las altas concentraciones de THC en el cuerpo y el cerebro, en particular en el cerebro en desarrollo, así como sobre la forma en que los recientes aumentos

de potencia repercuten en la probabilidad de que alguien pueda desarrollar una adicción.

A partir de esta problemática, investigamos los rasgos psicológicos que poseen los consumidores de alcohol y otras sustancias en el Centro Comunitario de Salud Mental Simón Bolívar, con el fin de identificar sus fallas de personalidad y desarrollar una visión más integral para la intervención y seguimiento.

La hipótesis se elaboró mediante el examen de las variables, las cuales hacen referencia a los rasgos de personalidad incluidos en el Test de Personalidad. Se utilizó el enfoque de investigación descriptiva en respuesta a la situación descrita. Considerando la observación como un instrumento importante, así como el Test de Personalidad "Inventario Millón de estilos de Personalidad", donde se podrá determinar las congruencias en los estilos psicológicos en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias, quienes fueron detectadas con el Test de detección de alcohol, tabaco y otras sustancias OMS ASSIST V3. 0, constituyéndose un factor primordial en la investigación.

Dado que el objetivo de este estudio es describir las múltiples características de los pacientes que abusan del alcohol y otras sustancias teniendo en cuenta un enfoque metodológico, se utilizó una metodología descriptiva para llevar a cabo el estudio. El Cognitivo Conductual es una técnica de intervención probada que aborda y resuelve problemas de conducta, distorsiones cognitivas y cambios en el funcionamiento social del individuo.

Este enfoque sostiene que la forma en que las personas perciben los acontecimientos afecta a sus emociones y comportamientos. No es la situación en sí lo que determina cómo se siente una persona, sino cómo interpreta la situación. En consecuencia, cómo se sienten las personas está relacionado con cómo interpretan y piensan las situaciones; su respuesta emocional viene determinada por cómo perciben la situación.

El objetivo del presente estudio es identificar los tipos de personalidad que predominan entre los drogodependientes con el fin de utilizar esta información como predicado para el tratamiento y la atención continuada de estos pacientes.

#### **1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente, existen pruebas de falta de apoyo familiar, familias disfuncionales y problemas emocionales que pueden estar directamente relacionados con el estilo de personalidad presente en las mujeres que abusan del alcohol y otras drogas. Esto se apoya en la literatura que muestra que ciertas características psicológicas están íntimamente ligadas al abuso y/o dependencia, así como en la evidencia de que las mujeres que están en este tipo de relación, por su naturaleza, son más propensas a presentar estas características, por ello la pregunta planteada es: ¿Existen estilos de personalidad específicas en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias en usuarias del Centro comunitario Simón Bolívar?

Para hacer frente a este problema, que se viene observando en los últimos años en el centro de salud mental comunitario, es necesario investigar sobre los rasgos de personalidad más prevalentes entre los

usuarios del centro e identificar los más graves.

Determinar los rasgos de personalidad que presentan los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria que abusan del alcohol y otras sustancias mediante el uso del test de personalidad "Inventario Millón de Estilos de Personalidad" es el objetivo del proyecto de investigación.

Bolívar, Simón

## **1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

La presente investigación tiene como criterios trascendentales, de relevancia científica, de interés profesional y utilidad metodológica, donde se centrará en la descripción de características psicológicas en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias, ya que podremos determinar qué rasgos de personalidad están directamente relacionados.

Con el objetivo de conocer el consumo social y anormal de alcohol, así como ciertos rasgos psicológicos de la personalidad de las mujeres que consumen alcohol en la comunidad de usuarias que asisten al Centro Comunitario de Salud Mental de la provincia de Arequipa.

En el campo psicoterapéutico se está investigando más sobre el fenómeno de la comorbilidad. Numerosos estudios indican una alta prevalencia de diversos trastornos de personalidad en esta población en el ámbito toxicomanas.

Las teorías psicológicas suelen hacer hincapié en las características psicológicas personales, como la baja autoestima, el aumento de la ansiedad y la disminución del autocontrol, en relación con los estudios que tratan de

establecer un vínculo entre los tipos de personalidad y el consumo de alcohol. Sin embargo, a pesar de algunas características específicas, todavía no se ha podido demostrar la existencia de una personalidad adictiva o de un perfil específico relacionado con las conductas adictivas. (Mesa y León Fuentes, 1996). Existen varias características humanas y factores de vulnerabilidad personal que la observación clínica encuentra que pueden favorecer el consumo o predisponer a dicho comportamiento: “La inmadurez, la dependencia de su familia e iguales, no asunción de responsabilidades, inseguridad, baja confianza en sus capacidades, alto grado de paranoidismo, falta de motivación e iniciativa, conducta extraña, aislamiento de la familia, escasa o nula comunicación, inestabilidad e irritabilidad emocional, baja resistencia a la frustración”.

Mezzich, Tarter, Giancola, Lu, Kirisci y Parks (1997) señalan otros factores como la desregulación conductual, el afecto negativo y la victimización infantil relacionados con el consumo de sustancias también se mencionan en la observación clínica de que ciertas características individuales y factores de vulnerabilidad personal pueden fomentar el consumo o predisponer a la persona a tener ese tipo de comportamiento.

Según el modelo biosocial de Millon, dos factores -la constitución física de la persona y sus experiencias pasadas- son los principales determinantes de su estilo de personalidad. Se trata de un conjunto de capacidades y disposiciones que influyen en la forma en que una persona percibe los acontecimientos y determinan la naturaleza de sus respuestas a los mismos: “Bajo condiciones ambientales normales una persona

encontrará formas de relacionar los eventos que sean adecuadas a su disposición constitucional. Sin embargo, si la presión y demandas son demasiado severas, éstas pueden forzar a la persona a desarrollar estrategias potencialmente problemáticas o contrarias a sus inclinaciones naturales” (Davis, 1999).

Es por ello que el fin de esta investigación es aplicar el Test de Personalidad “Inventario Millón de estilos de Personalidad” y determinar el tipo predominante de estilo de personalidad que manifiestan las pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias y poder tener una base para futuras investigaciones. Así como el poder tener un más amplio conocimiento sobre determinadas características de personalidad de las usuarias y poder generar una mejor estrategia y adecuados planes de atención individualizado que nos ayuden en la recuperación y rehabilitación psicosocial de nuestras usuarias.

### **1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Por el tipo de muestra no se puede generalizar los resultados.

### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los rasgos de personalidad de las usuarias con abuso de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.

#### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las características de los rasgos de personalidad de las pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.
  
- Comparar los rasgos de personalidad de las pacientes con abuso de alcohol con las pacientes con abuso de otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES**

Problemas conductuales y psicológicos asociados al consumo de alcohol “El alcohol que llega a los tejidos del organismo produce efectos importantes, sobre todo en el Sistema Nervioso Central, en el que actúa como anestésico, ya que es un agente depresor. Los efectos del alcohol sobre la conducta van a ser diferentes y más o menos intensos en función de una serie de variables: con la misma cantidad de alcohol, se embriagarán más rápidamente las personas más delgadas, los jóvenes menores de 17 años y las mujeres; igualmente, favorece la intoxicación la ingesta nocturna y la realizada con el estómago vacío o en un estado de cansancio corporal (Santo Domingo, 1987; Montoro, 1991a)”. (Boada, 2011)

#### **Desajustes familiares asociados a la dependencia alcohólica**

La dependencia del alcohol de un miembro de la familia es un factor estresante que debilita las defensas de la familia en muchos aspectos y las hace insuficientes o incluso perturbadoras de algunas de sus funciones fundamentales (Santo Domingo, 1990). A mayores rasgos, introduciremos ciertas alteraciones, o características, distintivas de las familias con al menos un antepasado alcohólico:

- Cambios en la dinámica familiar. Las relaciones interfamiliares se deterioran, repercutiendo igualmente en las relaciones extrafamiliares.
- Ruptura de la estructura familiar. Aumenta la probabilidad de abandono parental de los hijos o su ingreso en instituciones tutelares.
- Degradación laboral. Todos los miembros de la familia se ven afectados

emocionalmente por la posible pérdida del empleo o la reducción de la categoría profesional.

- Cambios en el presupuesto familiar. Es el principal resultado tangible de la disminución del empleo.
- Comportamiento agresivo. Son frecuentes los casos de malos tratos y abusos sexuales a niños o jóvenes, sobre todo en los casos de alcoholismo masculino.
- Degradación personal. Toda la familia pierde rápidamente sus conexiones sociales extrafamiliares y sus fuentes de apoyo.
- Alteraciones psicológicas y psiquiátricas. Como resultado de los cambios anteriores, se manifiestan en varios miembros de la familia.

Estas circunstancias pueden describirse de la siguiente manera.(Santo Domingo, 1990):

- Desajuste familiar. Existen tensiones y disfunciones como consecuencia tanto de la conducta de la persona alcohólica adicta como de las respuestas de sus familiares ante ella. El correcto desarrollo de las relaciones afectivas de todos los miembros de la familia y la madurez de los más jóvenes se ve seriamente dificultada por este estado de tensión. La adaptación será más grave cuanto más se desvíe de la normalidad el comportamiento de la alcohólica.
- Degradación familiar. Define la circunstancia en la que uno es testigo de la trayectoria descendente y la historia negativa de una familia, que se extiende a niveles económicos, culturales y éticos muy bajos.
- Disgregación familiar. Es una situación dramática en la que la familia se

estanca, con consecuencias imprevisibles que suelen ser muy malas para los hijos. Es la raíz de muchos malos comportamientos entre los hijos jóvenes de alcohólicos, como la delincuencia, la prostitución y la adicción a sustancias.

- Separación conyugal Un divorcio traumático es menos indeseable en muchos casos, pero también puede hacer que la salud psicológica de los hijos se resienta. Esto se debe a que puede conducir a la exclusión social del adicto al alcohol. Todos los problemas familiares que existen se reflejan fundamentalmente en los hijos. Todos presentan algún tipo de la característica inadaptación emocional

Razones por las que las enfermedades relacionadas con el alcohol requieren la participación en programas de rehabilitación:

“Las razones por las que las mujeres y los enfermos han acudido al Centro de Rehabilitación son diversas. La primera sorpresa es que los accidentes de circulación, siendo un fenómeno muy ligado al alcoholismo (se estima que en el 30-40% de los accidentes graves de tráfico aparece el alcohol), no es causa elevada de ingreso en una comunidad de terapia. Sólo un 7,7% han ingresado por esta razón. Sin embargo, la razón de ingreso mencionada más frecuentemente (56,7%) son las peleas de pareja, a menudo asociadas a dificultades económicas. Ambos motivos prevalecen en hombres y mujeres, pero presentan una mayor frecuencia absoluta y relativa en el caso de las mujeres. Según parece, la situación familiar llega a hacerse tan insostenible para las mujeres, que son ellas las que acudiendo -a menudo en solitario- al centro de rehabilitación, consiguen arrastrar al

marido e iniciar así el proceso de cura. En contra de lo que pudiera esperarse, los comentarios de familiares y conocidos parecen importar a ellos tres veces más que a ellas” (Durán, Gil & Salguero, 2004, pág. 375-390)

Es muy importante corroborar que la familia es un soporte importante durante este proceso ya que dependiendo del tipo de relación que tenga con ella será positivo en el camino a la rehabilitación de la usuaria.

### **Habilidades sociales y de comunicación**

“Según confiesan de sí mismas, el 61% de las mujeres que conviven con enfermos alcohólicos tienen una escasa vida social y se perciben inhábiles en situaciones sociales. El 73% de las mujeres que se perciben sin recursos comunicativos son incapaces de evitar que los hijos se vean implicados en peleas o discusiones cuando el marido llega bebido a casa. Esta sensación de incapacidad quizás no sea un déficit específico, sino un indicador más de un estado general de vulnerabilidad, porque se da una alta relación entre la carencia de habilidades sociales y la vulnerabilidad a trastornos psicósomáticos (por ejemplo, padecer gastritis).” (Durán, 2004)

El aislamiento social es característico cuando se vive en un ambiente familiar ligado al consumo de alcohol, primero por el estigma y también por el temor a ser rechazados por su entorno social.

### **Conductas facilitadoras**

"La forma en que se comportan los miembros de la familia, especialmente la esposa, puede tener un papel importante en el

mantenimiento del alcoholismo. Así, descubrimos que el 80% de las mujeres seguían comprando bebidas alcohólicas para sus hogares incluso después de enterarse de que su pareja o amigo tenía problemas de alcoholismo. Esto se hacía bien por costumbre (70'2%), bien por el deseo de evitar salir a beber (41'2%), bien por el deseo de evitar conflictos (33'8%). Esta cooperación, consciente o no, puede dar lugar a que la mujer se sienta muy culpable por haber estado facilitando el consumo de alcohol durante años en el momento en que comienza el tratamiento y toma conciencia de los efectos nocivos del consumo excesivo de alcohol. De hecho, el 20% de las mujeres de este estudio afirmaron sentirse culpables de que su marido estuviera embarazado y que estaban seguras de haberse comportado de forma inadecuada.

Otro comportamiento que el 51% de las mujeres realizan y que ayuda a minimizar los efectos desfavorables del estado de gestación es rescatar al cónyuge de situaciones precarias (Ej, despertar al cónyuge que ha estado dormido en mitad de la noche y meterlo en casa, desnudar al cónyuge porque no puede hacerlo solo, etc.).

La ocultación del tema de la dependencia a familiares y amigos, muchas veces por sentimiento de culpa, es otro ejemplo de comportamiento facilitador. Cuando se pregunta a las mujeres que viven con alcohólicos cuánto tiempo llevan ocultándose el problema a sí mismas y a los demás desde que se dieron cuenta de que su pareja tenía una adicción, la respuesta es que llevan ocultándolo una media de 73 años. Más de dos años habían pasado intentando ocultar el problema las dos terceras partes de las mujeres

de la muestra. El sufrimiento de más del 25% de las que reconocen haber manejado la situación durante más de diez años antes de pedir ayuda debió de ser de lo peor. Cuando una mujer oculta a su familia el alcoholismo de su marido, lo que ocurre en el 63% de los casos, lo hace porque la opinión que su propia familia (72%) tiene de él es muy o muy preocupante.(Durán, 2004)

### **Violencia doméstica**

“En casi la mitad de los casos de nuestra muestra las mujeres califican de violento el comportamiento de sus maridos o compañeros cuando llegan a casa borrachos. Un porcentaje ligeramente menor, siempre según ellas, llega huraño, somnoliento y silencioso, mientras que poco más del cinco por ciento llega cariñoso. Sólo en estos casos, coincide la percepción de la pareja. Porque, aunque casi un 40% de ellos se reconoce violento bajo los efectos del alcohol, casi un 10% discrepan de sus mujeres y no se perciben violentos, sino somnolientos y taciturnos.” (Durán, 2004)

Es importante dar a conocer que en la mayoría de atenciones realizadas a nuestros usuarios de consumo de alcohol u otras sustancias han tenido un gran porcentaje sino en casi todas situaciones de violencia tanto físicas como psicológicas.

### **Dependencia Emocional**

“La dependencia emocional es definida como la dimensión disfuncional de un rasgo de personalidad, que consiste en la necesidad extrema de orden afectiva que una persona siente hacia otra, su pareja, a lo largo de sus diferentes relaciones de pareja. (Huerta, 2016)

### **Consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol**

“En los últimos veinte años diversos estudios han observado que el CIA se relaciona con un incremento de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol (como accidentes de tráfico, suicidios, violencia y delitos, enfermedades de transmisión sexual o bajo rendimiento académico). Incluso algunas investigaciones han comprobado que esta forma de consumo se asocia con consecuencias neurocognitivas (como peor rendimiento en tareas neuropsicológicas de memoria o toma de decisiones o deficiencia en la diferenciación electrofisiológica entre información relevante e irrelevante)”. (Parada, 2011)

### **Problemas relacionados con el consumo de sustancias**

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, y ayuda a los trabajadores de la salud a identificar el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida. Aunque el consumo de sustancias está relacionado con problemas de salud mental y físicos, los hábitos de consumo riesgoso de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía.

Los trabajadores de la salud deben estar conscientes de los motivos del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico, o bien por la función o el propósito de las sustancias. Por ejemplo, las personas que consumen

psicoestimulantes pueden hacerlo para aumentar el rendimiento, permanecer despiertos o bajar de peso. Sin embargo, los problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas. Por tanto, la prueba ha sido diseñada para detectar los problemas relacionados con los hábitos de consumo de sustancias mencionadas anteriormente.

### **Intoxicación aguda**

Los problemas relacionados con la intoxicación aguda pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, a saber:

- Efectos de la intoxicación aguda, como ataxia, vómito, fiebre y confusión;
- Sobredosis y pérdida de conciencia;
- Accidentes y lesiones;
- Agresión y violencia;
- Sexo casual y prácticas sexuales no seguras;
- Conductas impredecibles.

### **Consumo regular**

El consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos: problemas específicos físicos y de salud mental; tolerancia; ansiedad, depresión, cambios del estado de ánimo, irritabilidad; problemas para dormir;

dificultades económicas; problemas con la ley; problemas en las relaciones interpersonales; dificultades para mantener un trabajo o con los estudios; problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención.

### **Consumo dependiente**

Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia pueden ser semejantes a los observados por el consumo regular, aunque más severos. Por lo general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas, y los problemas relacionados son los siguientes: marcada tolerancia; problemas serios de salud física y mental; aumento en la disfuncionalidad de la vida cotidiana; deseos intensos o ansias, y aumento en el deseo de consumir; no se cumplen las obligaciones normales; comportamientos criminales; rupturas en las relaciones personales; dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas; posible síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir; consumo continuo a pesar de la evidencia de que el consumo causa daños a la persona.

Los síndromes de abstinencia varían según la droga implicada, pero generalmente son los siguientes: deseos fuertes o ansias (un deseo urgente de la sustancia psicoactiva o sus efectos), ansiedad, irritabilidad, molestias gastrointestinales y problemas para dormir. La severidad de los síntomas depende de las drogas. La abstinencia de alcohol, benzodiazepinas y opiáceos puede requerir atención médica mientras que la abstinencia sin complicaciones por otras drogas normalmente se puede tratar con tratamiento paliativo. Si sospecha que un usuario está experimentando

síndrome de abstinencia de una sustancia, no debe someterlo a la prueba de detección. Dada la severidad y el riesgo relacionados con algunos síndromes de abstinencia, los usuarios deben ser derivados a un servicio especializado para evaluación y tratamiento rápido, si es necesario.

### **Riesgos asociados con inyectarse**

Inyectarse cualquier droga también es un factor de riesgo importante y está asociado con una mayor probabilidad de:

- Dependencia
- Sobredosis
- Psicosis
- Venas colapsadas
- Infección local abscesos y úlceras sistémica VIH hepatitis C

La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse (Apéndice D) es un recurso disponible para que los trabajadores de la salud proporcionen información a los usuarios sobre el inyectarse. A todos los usuarios que actualmente se inyectan se les debe brindar información basada en la tarjeta así como información sobre sus hábitos, y además recomendarles que se hagan pruebas de VIH y hepatitis. (Humenuk, 2011)

### **Características psicológicas**

“Podemos entender como características psicológicas, a todas aquellas cualidades que se presentan en los individuos y que le permiten distinguirse y sobresalir en alguna materia en especial.

Así podemos apreciar plenamente una serie de distintivos en la

psicología de los líderes, de los jóvenes, de los deportistas o de algún tipo de persona o rama de personas, las mismas que tienen una formación psicológica especial o diferente.

Todas estas apreciaciones y distintivos psicológicos, permiten separar a las personas en individuos mentalmente calificados para la realización de un cierto tipo de actividad.

Es claro que por la naturaleza misma de la psicología y de la naturaleza humana, siempre existirán cambios, principalmente por la influencia de la psicología social e incluso por la influencia de intereses políticos o sociales que pueden influenciar al pensar humano.”

#### **Abuso de alcohol y otras sustancias**

“Es la ingesta de grandes cantidades de alcohol en un corto período de tiempo, el consumo de 5 ó más bebidas alcohólicas en una única ocasión, en las dos últimas semanas. Este punto de corte se estableció basándose en estudios previos que consideraban este umbral como significativamente relacionado con problemas asociados al consumo de alcohol”, “patrón de consumo intensivo de alcohol en un largo período de tiempo (de al menos dos días seguidos), que interfiere de forma significativa en la vida de la persona, relacionándolo más con definiciones clínicas de abuso y/o dependencia” (Parada, 2011)

Abuso a otras sustancias: “consumos de una sustancia psicoactiva que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo. El término abuso de sustancias (substance abuse) se encuentra dentro de los trastornos inducidos por sustancias del manual DSM-IV. La

clasificación CIE-10 incluye el diagnóstico consumo perjudicial (harmful use), que es relativamente parecido al abuso del DSM-IV: ambos diagnósticos hacen referencia a cualquier consumo de drogas que tenga consecuencias negativas (a nivel orgánico, psicológico, familiar, legal o social). El diagnóstico de abuso (en el que se excluye por definición la existencia de dependencia) es mucho más frecuente que el de dependencia en AP, y más sencillo de manejar". (Galligo, 2007).

Los riesgos para la salud por el consumo de sustancias son el punto principal, pero hay que tener presente que el consumo de sustancias también está relacionado con problemas de índole social, legal y económica. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 73, menciona las sustancias a continuación. (Humeniuk, 2011)

### **Productos de tabaco**

Los productos de tabaco causan el mayor número de muertes por uso de sustancias psicoactivas en el mundo y representan un problema importante de salud pública. El consumo regular de productos de tabaco es un factor de riesgo para una gran cantidad de problemas de salud a largo plazo, y aumenta la gravedad o el riesgo de complicaciones, como alta presión sanguínea, diabetes y asma. Los niños que están cerca de personas que fuman tabaco tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones respiratorias, alergias y asma. Las embarazadas que fuman tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y bebés con bajo peso. Aunque la mayoría de las personas que consumen tabaco lo hacen fumando, el uso de productos

de tabaco masticado o aspirado también se asocia con un mayor riesgo de enfermedades. La exposición al humo del tabaco en el medio ambiente (fumadores pasivos) también aumenta el riesgo de problemas de salud entre los no fumadores.

### **Cannabis**

El cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo. Aunque es posible experimentar sobredosis e intoxicación de cannabis, la probabilidad de muerte debida a intoxicación por el uso exclusivo de cannabis es muy baja, pero la combinación con otras drogas puede resultar en sobredosis y muerte. Sin embargo, el consumo de cannabis se asocia con consecuencias negativas para la salud, y en las embarazadas el consumo de cannabis causa efectos semejantes a los del tabaco, tanto en la madre como en el bebé.

También puede aumentar la severidad y las complicaciones de enfermedades existentes, como alta presión sanguínea, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias y ciertos tipos de cáncer.

### **Cocaína**

La cocaína es una droga estimulante y su consumo se relaciona con gran variedad de problemas de salud mental y físicos. Hay un riesgo considerable de complicaciones tóxicas y muerte repentina, por lo general debido a su efecto en el sistema cardiovascular. El consumo de cocaína está asociado con conductas riesgosas, como el inyectarse sustancias psicoactivas con jeringas contaminadas y tener relaciones sexuales de alto riesgo, lo que pone a los usuarios y sus parejas en un riesgo considerable de contraer numerosas enfermedades transmitidas sexualmente y virus en la

sangre. La cocaína tiene un efecto inicial rápido y los efectos que provoca pueden terminar rápidamente, lo que puede resultar en la tendencia hacia el consumo múltiple de la sustancia en una sola sesión por los consumidores de la droga. También produce una dependencia psicológica fuerte o deseo intenso, la cual se puede desarrollar al consumirla solo unas cuantas veces y conllevar a una intensa dependencia de la droga.

### **Estimulantes de tipo anfetamina**

Los estimulantes de tipo anfetamina son la anfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y el éxtasis (MDMA). Este tipo de droga, aunque tiene efectos semejantes a los de la cocaína, presenta un perfil farmacológico diferente al de la cocaína, y su consumo puede causar muchos problemas de salud mental y físicos. Cada vez hay más evidencias de que algunos estimulantes de tipo anfetamina dañan las células del cerebro.

Además, el consumo de anfetaminas en altas dosis a largo plazo es un factor de riesgo de malnutrición que también puede causar daño permanente a las células del cerebro. Hay una alta prevalencia de problemas sociales asociados con el consumo regular de estimulantes de tipo anfetamina, como son los problemas en las relaciones personales, los problemas económicos y los problemas relacionados con el trabajo y los estudios. Los cambios del estado de ánimo también se relacionan con el consumo regular de este tipo de estimulantes y algunos usuarios notifican un empeoramiento de los problemas de salud mental, como depresión e irritabilidad, con el paso del tiempo.

## **Inhalantes**

Por inhalantes se conocen todas las sustancias que pueden inhalarse o respirarse, aunque por sí mismas esas sustancias puedan tener una variedad de diferentes acciones farmacológicas. Las sustancias volátiles más comúnmente usadas son la gasolina, los solventes para pinturas, los aerosoles, las lacas que contienen benzina y los pegamentos o disolventes que contienen tolueno. El nitrato de amonio y el óxido nitroso también se usan en algunas comunidades. La forma más común en la que se utilizan es aspirada de un recipiente, aunque algunas personas la aspiran a través de una bolsa de plástico.

Los efectos a corto plazo pueden ser: náusea, vómito, dolores de cabeza y diarrea. Las dosis más altas pueden provocar pronunciación inarticulada, desorientación, confusión, falsas ilusiones, debilidad, temblores, dolores de cabeza y alucinaciones visuales. Por último, el consumo puede causar un coma o la muerte por infarto.

## **Sedantes y pastillas para dormir**

Los sedantes y las pastillas para dormir abarcan las benzodiazepinas y los compuestos relacionados pero no los neurolepticos.

Aunque requieren receta médica, pueden causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. En general, el ASSIST se utiliza sólo para registrar los problemas relacionados con el consumo más allá de los límites recetados.

Por lo general, las benzodiazepinas se recetan para ayudar a dormir,

controlar la ansiedad u otro trastorno del estado de ánimo, trauma, procedimientos quirúrgicos, abstinencia de sustancias específicas, convulsiones y dolor muscular. Entre los sedantes y las pastillas para dormir se encuentran los siguientes: diazepam, temazepam, alprazolam, clonazepam, flunitrazepam, zolpidem, midazolam y fenobarbitona. Esta no es una lista completa y solo incluye nombres farmacológicos. Los trabajadores de la salud que realizan la prueba de detección deben familiarizarse con los nombres comerciales de estos sedantes y pastillas para dormir que se utilizan en su país.

La tolerancia y dependencia a los sedantes y pastillas para dormir pueden ocurrir después de un corto período de uso, y la abstinencia de estas drogas puede ser muy desagradable.

Los síntomas de abstinencia son: ansiedad y pánico severo, insomnio, depresión, dolor de cabeza, sudoración y fiebre, náusea, vómito y convulsiones.

### **Alucinógenos**

En este grupo de sustancias están la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y psilocina (hongos psicotrópicos), la ketamina, la fenciclidina (PCP) y la mescalina. Estas drogas afectan las percepciones de la realidad del usuario, distorsionando uno o varios de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto), lo que resulta en alucinaciones. También pueden causar distorsiones de los procesos cognitivos, del sentido del tiempo, de la conciencia de uno mismo y del estado de ánimo. Hay alucinógenos naturales, como los hongos psicotrópicos y la mescalina,

y alucinógenos sintéticos, como el LSD, la ketamina y el PCP. La ketamina es una droga anestésica, pero se ha descontinuado de la práctica médica en muchos países debido a las pesadillas que experimentaron algunos pacientes.

### **Opiáceos**

Los opiáceos son agentes depresores del sistema nervioso central. Algunos son ilegales (sin receta), como la heroína y el opio, pero dentro de este grupo también se encuentran algunas sustancias recetadas que por lo general se utilizan para tratar el dolor. El consumo de opiáceos ilegales o sin receta puede causar muchos problemas, en particular porque por lo general se inyectan o se fuman, lo que puede causar aún más problemas. El consumo de opiáceos con receta también puede causar problemas, en particular cuando se usan con más frecuencia o en dosis más altas que las recetadas. En general, el ASSIST se utiliza solo para registrar los problemas asociados con el consumo más allá de los límites recetados. Los opiáceos recetados son los siguientes: morfina, codeína, metadona, buprenorfina, petidina (meperidina), dextropropoxifeno y oxycodone. Esta no es una lista completa y sólo contiene nombres farmacológicos.

### **‘Otras’ drogas**

Bajo la categoría de ‘otras’ drogas están las que no pertenecen a ninguna de las otras categorías de sustancias psicoactivas, ya sean farmacológicas o de otro tipo, tales como gamahidroxibutirato (GHB) y cualquier otra droga de ‘diseño’. Drogas como kava, datura, khat, nuez

moscada y cafeína también entran en esta categoría. Las sustancias que no encajen en su país en ninguna de las categorías de sustancias mencionadas deben colocarse en la categoría de ‘otras’ drogas.

El GHB (Fantasy) fue sintetizado por primera vez como anestésico y después adquirió popularidad como droga recreativa con propiedades semejantes a las del alcohol y como suplemento alimenticio comercializado para los fisicoculturistas. Sin embargo, el GHB fue prohibido como anestésico en muchos países por su potencial abuso. Además, se notificó actividad semejante a las convulsiones después de su consumo. Hay un creciente riesgo de sobredosis de GHB si se compara con otras drogas, porque la dosis necesaria para lograr los efectos eufóricos deseables se acerca mucho a la dosis necesaria para una sobredosis.

El GHB tiene un efecto rápido y propiedades sedantes/amnésicas, y su uso se ha notificado en casos de ‘violación entre conocidos’ en los que la víctima sin saberlo ingiere GHB en una bebida.

El uso crónico de GHB puede producir tolerancia y dependencia y un síndrome de abstinencia semejante al del alcohol y al de las benzodiazepinas, caracterizado por ansiedad, insomnio, temblores, sudoración, agitación, confusión, psicosis y delirium tremens.

Kava es un compuesto derivado de las raíces del arbusto *Piper methysticum* que se cultiva en muchas islas del Pacífico. Los habitantes de esas islas han usado kava por cientos de años por razones ceremoniales, religiosas, medicinales y sociales. Consumida como bebida, la raíz de kava se pulveriza (tradicionalmente masticándola), se sumerge en

agua y se filtra para producir un líquido gris caqui de sabor muy desagradable.

Los efectos de la kava son: aletargamiento y hormigueo en la boca, euforia leve, reducción en la ansiedad, relajación, intensificación de los sentidos y un aumento en la sociabilidad.

En dosis más altas puede causar sedación y descoordinación.

El consumo de kava a largo plazo causa molestias gastrointestinales, distorsión de la visión y un salpullido seco y escamoso que aparece en el dorso de las manos, las plantas de los pies, las espinillas y los brazos y antebrazos.

Khat es una planta de floración nativa de la zona tropical de África oriental y de la península de Arabia. Contiene un estimulante de tipo anfetamina que causa euforia y reduce el apetito. El consumo a largo plazo puede causar problemas gastrointestinales y cardiovasculares, caries y gingivitis.

### **Estilos de personalidad**

“Los estilos de personalidad reflejan en profundidad características permanentes y omnipresentes del funcionamiento del paciente”. (Avila, 1999)

Escala 1: Esquizoide. La orientación pasiva retraída es semejante al trastorno de personalidad esquizoide del, DSM-III-R\*. Estos pacientes se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son

mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.

Escala 2A: Evitativa. La orientación activa-retraída es muy parecida al trastorno de personalidad evitativo del DSM-III-R. Estos pacientes experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Escala 2B: Depresiva: Hay cosas comunes en los tres primeros patrones clínicos de personalidad, especialmente tristeza, pesimismo, falta de alegría, incapacidad para experimentar placer y un aparente retraso motor.

Para el Eje 11 del DSM, en el trastorno esquizoide de la personalidad hay una incapacidad tanto para sentir alegría como tristeza. En el patrón de evitación existe una hipervigilancia hacia el dolor anticipado y consecuentemente una falta de atención hacia el disfrute y la alegría. En el patrón depresivo ha habido una pérdida significativa, una sensación de

rendición y una pérdida de esperanza en la recuperación de la alegría. Ninguno de estos tipos de personalidad experimenta placer, pero por razones diferentes. La personalidad depresiva experimenta el dolor como algo permanente. El placer ya no se considera posible.

Escala 3: Dependiente (Sumisa). La orientación pasivo-dependiente, derivada teóricamente, se corresponde con el trastorno de personalidad dependiente del DSM-III-R. Estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histriónica. La orientación activa-dependiente es equiparable al trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III-R. Aunque se vuelven hacia los otros en igual o mayor medida que lo hacen los pasivo-dependientes, estos individuos parecen ser superficialmente bastante distintos a sus contrapuestos pasivos. Esta diferencia en el estilo manifiesto procede de la superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activodependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de

atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Estos pacientes frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente astutos les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; bajo esta apariencia, sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista. La orientación pasivo independiente es paralela al trastorno de personalidad narcisista del DSM-III-R. Estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas; esto es, podría no estar confirmado por aspiraciones verdaderas o maduras. No obstante, presumen alegremente de que los demás reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y, aún sin intención o propósito conscientes, explotan a los demás a su antojo. Aunque los elogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su aire esnob y de presuntuosa superioridad exige poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero. Su sublime confianza de que las cosas saldrán bien les proporciona pocos incentivos para comprometerse en el continuo tira y afloja de la vida

social.

Escala 6A: Antisocial. La orientación activa-independiente es parecida al temperamento y comportamientos socialmente inaceptables del trastorno de personalidad antisocial del DSM-III-R. Estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de uno mismo. Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

Escala 6B: Agresivo-sádica. La orientación activo-discordante extiende los límites del DSM-III-R en una nueva e importante dirección, detectando individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Dependiendo de la clase social y de otros factores moderadores, pueden igualar los aspectos clínicos de lo que se conoce en la literatura como carácter sádico o, por otra parte, la exhibición de un estilo de carácter parecido al esfuerzo competitivo de la personalidad tipo A. Llamados personalidades agresivas en la teoría del autor, son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de

sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubren sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: Compulsiva. La orientación pasiva-ambivalente coincide con el trastorno de personalidad compulsiva del DSM-III-R. Estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. Detrás de este frente de decoro y restricción, sin embargo, aparecen el enfado intenso y sentimientos oposicionistas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8A: Pasivo-agresiva. La orientación activa-ambivalente se aproxima al trastorno de personalidad pasivo-agresiva del DSM-III-R, aunque es más extenso en el número y la diversidad de características que comprende. Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo-ambivalente (compulsivo); sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes

permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista). La orientación pasivo-discordante corresponde a la nueva propuesta del DSM-III-R, el trastorno de personalidad autodestructivo (masoquista), un tipo de carácter bien descrito en la literatura clínica. Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Centrándonos en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos, frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

En la teoría se formulan tres propuestas adicionales de personalidad patológica para representar problemas estructurales graves y procesos disfuncionales. Difieren de las 10 primeras configuraciones en varios criterios, sobre todo, por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el

punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves. Se resumen a continuación sus aspectos importantes y similitudes con los trastornos de personalidad del DSM-III-R.

Escala S: Esquizotípica. El trastorno de personalidad esquizotípico del DSM-III-R representa un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal. Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclinedos a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Límite (Borderline). En el trastorno de personalidad límite del DSM-III-R con frecuencia subyacen contenidos teóricos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente. Cada una de estas personalidades límite tienen fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que los distingue más claramente de los otros dos patrones graves -el Esquizotípico y el Paranoide- es la desregulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y

automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide. El trastorno de personalidad paranoide del DSM-III-R equipara más claramente aspectos de tres de los tipos que describe la teoría; primeramente la pauta independiente, aunque también, de alcance algo menor, la discordante y la ambivalente. Estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y a las influencias externas, mientras que los otros dos patrones graves se caracterizan bien por la inestabilidad de sus afectos (Límite) o por la disregulación de sus pensamientos (Esquizotípico). Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos. (Avila, 1999).

## **2.2. ANTECEDENTES**

Benenaula (2017) investigó en Ecuador las dimensiones de la personalidad en mujeres codependientes en donde obtuvo las siguientes conclusiones:

Una vez finalizado el estudio se diagnosticó a treinta mujeres codependientes de un universo de 37. Al aplicar el MIPS a la muestra, se llegó a determinar que las

similitudes más importantes están en la escala de protección (62,3/100 puntos); son aquellas personas que están motivadas en primer lugar a satisfacer las necesidades y deseos de otras personas, son capaces de anteponer el cuidado de los demás al de sí mismas; sensación (66,20/100 puntos); son personas que derivan su conocimiento de lo tangible y lo concreto, confían en la experiencia directa y los fenómenos observables; y, conformismo (66/100 puntos); son personas que tienden a actuar con formalidad y buenas maneras en las situaciones sociales, es improbable que dejen traslucir su personalidad o que actúen espontáneamente; con esto se corrobora algunos de los rasgos más sobresalientes propuestos por varios autores incluidos en el marco teórico, como la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la pareja sobre las propias, o la imposición de decisiones y control sobre la pareja adicta y la personalidad no espontánea y simulación de normalidad ante la gente.

Montero del Instituto de Investigación de Drogodependencias España (2006): investigó sobre Aspectos psicosociales de la dependencia del alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres de donde se obtiene las principales conclusiones:

El propósito del estudio es llevar a cabo la comprobación de una serie de hipótesis, con el fin de conocer las características que describen a la mujer dependiente de alcohol, y que las diferencian de la mujer no adicta a esta sustancia y del hombre dependiente.

Se refiere a los antecedentes por depresión, a los antecedentes por alcoholismo en la familia, a la presencia de pareja abusadora de alcohol, así como el haber sido víctima de violencia familiar o abuso sexual.

También se ha estudiado dentro de las consecuencias acarreadas por la dependencia de alcohol, la presencia manifiesta de pérdida de la dignidad, el haber sido objeto de agresión sexual en estado ebrio, la presencia de ideación suicida, el haber sufrido accidente de tráfico, recibir apoyo de la pareja, el haber sufrido ruptura de la relación de pareja, la presencia de problemas psicológicos en los hijos, el haber sufrido rechazo afectivo por parte de los hijos, la pérdida de amigos, las pérdidas económicas, de trabajo, y el absentismo laboral.

Los antecedentes por depresión observados en las mujeres dependientes se podrían relacionar con los resultados de la investigación de Ambrogne (1999), de acuerdo con la cual las mujeres emplean el alcohol y otras drogas con la finalidad de aliviar sentimientos de inadecuación y depresión.

Castañeda (2013) en su estudio de "Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol". Pensamiento Psicológico, dando a conocer sus principales conclusiones: El presente estudio buscó establecer relaciones entre estilos de personalidad, propuestos por Millon (2001) y los tipos de consumo de alcohol, propuestos por la OMS, en una muestra de habitantes adultos del municipio de El Retiro (Antioquia, Colombia). Los resultados obtenidos con este trabajo permiten apreciar diferencias significativas en el consumo de alcohol que realizan hombres y mujeres, encontrando que los tipos de consumo de riesgo, perjudicial y dependencia al alcohol, se presentan de manera exclusiva en los hombres. Estos resultados concuerdan con lo hallado en distintas investigaciones y en las que se afirma que, a pesar de que el consumo de alcohol tiende a ser cada vez más homogéneo entre sexos, la adicción o dependencia, sigue siendo más prevalente en hombres que en mujeres, no solamente del alcohol, sino que

también de otro tipo de sustancias (Cortés, Espejo y Jiménez, 2008; Espada, Pereira y García, 2008; Landero y Villareal, 2007).

Comparaciones más relevantes:

Relación positiva encontrada entre el estilo de personalidad de sistematización, que caracteriza a quienes manifiestan ser organizados y predecibles en sus vidas (Millón, 2001), con un consumo de riesgo.

Relación entre el estilo de personalidad de innovación y el consumo de alcohol, particularmente en hombres, pues este estilo se manifiesta en personas de actitudes creativas y arriesgadas, dispuestas al cambio de cualquier cosa en la vida (Millon, 2001).

Relación positiva entre el estilo de personalidad de discrepancia y el consumo de alcohol. Millon (2001) define este estilo como una característica que se manifiesta en las personas a través de acciones de inconformismo y resistencia frente a la norma y las tradiciones. El estilo de discrepancia y consumo de alcohol, mostró ser significativo en mujeres, sugiriendo que las mujeres que se caracterizan por este estilo de personalidad pueden presentar un consumo más grave de alcohol

Las mujeres que manifiestan un estilo de personalidad de expansión, es decir, que suelen mirar el lado positivo de la vida, se divierten fácilmente y enfrentan los altibajos de la vida de una manera ecuánime (Millon, 2001), suelen presentar bajos niveles de consumo de alcohol, lo que sugiere que el aumento en la presencia del estilo de expansión, aleja a las mujeres del consumo perjudicial y/o de dependencia.

El consumo de alcohol en mujeres se correlaciona con el estilo de personalidad de adecuación, caracterizado por el conformismo, la adaptación a los

acontecimientos, la carencia de iniciativa y la pasividad (Millon 2001).

El consumo sin riesgo se relaciona con el estilo de personalidad de adecuación y de decisión; este último, caracterizado por la presencia de ambición, egocentrismo, seguridad en sí mismo y franqueza (Millon 2001).

El estilo de personalidad de indecisión presentó una relación significativa y estrecha con el consumo de dependencia o alcoholismo.

El consumo perjudicial mostró estar significativamente relacionado con el estilo de personalidad de protección.

### **Diferencias de personalidad entre Adictos al Alcohol y controles Emparejados. relación con Sintomatología frontal y subtipos de Adictos.**

La estrecha relación entre trastornos de la personalidad y adicciones se ha evidenciado en diversos estudios epidemiológicos (por ejemplo, Verheul, 2001).

Sin embargo, la mera detección y diagnóstico de estas categorías clasificatorias aporta poco o nada a la intervención clínica en cualquier patología (WHO, 2001).

Como algunos autores han proclamado, «los diagnósticos oficiales son sustancialmente arbitrarios, poco fiables, provocan solapamientos, son incompletos y tienen una utilidad limitada en la planificación de programas» (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson y Costa, 2002; p. 435), de modo que «el diagnóstico de los trastornos de la personalidad es habitualmente impreciso, muy poco fiable, frecuentemente equivocado y necesitado de mecanismos de mejora» (Tyrer et al., 2006; p. 51).

Los nuevos modelos dimensionales de la personalidad y sus trastornos permiten formular diagnósticos capaces de discriminar entre estilos de conducta disfuncionales de carácter más agudo, que se resuelven en breves períodos de

tiempo, y rasgos relativamente más estables (Clark, 2007), si bien aún es necesario profundizar en el estudio de sus implicaciones clínicas (Verheul, 2005). Los más recientes modelos dimensionales de la personalidad y sus trastornos enfatizan: (a) la arbitrariedad en la estimación de puntos de corte que separan lo «normal» de lo «patológico»; (b) la interacción dinámica entre rasgos estables de personalidad y factores ambientales; y (c) la necesidad de evaluar ambos aspectos, de cara a formular modalidades terapéuticas adecuadas a cada grupo de pacientes en función de sus características de personalidad (Staiger, Kambouropoulos y Dawe, 2007). A pesar de recibir algunas críticas por la inconsistencia de su formulación neurobiológica (Paris, 2005), el modelo de Cloninger ha resultado ser de los más útiles en la clínica (Cloninger, 2006), y su instrumento, el TCI-R, el mejor predictor de trastornos de personalidad (Grucza y Goldberg, 2007). La Búsqueda de Novedad (BN) se relaciona con el inicio temprano del consumo y el abuso de sustancias, mientras que la Evitación del Daño (ED) lo hace con el mantenimiento de la adicción y la dependencia (Howard, Kivlahan y Walker, 1997). No obstante, la alta ED parece más vinculada a determinados subtipos de adictos, menos propensos a desarrollar conducta antisocial (Vukov, Baba-Milkic, Lecic, Mijalkovic y Marinkovic, 2007), apareciendo con valores bajos en consumidores de estimulantes y con patrones de abuso más que de dependencia (Dughiero Schifano y Forza, 2001). La ED no parece vincularse a variables proximales al consumo, como las expectativas o la cantidad consumida (Galen, Henderson y Whitman, 1996), sino a variables distales, como la evitación del dolor (Pud, Eisenberg, Sprecher, Rogowski y Yarnitsky, 2004)

### **2.3 HIPÓTESIS**

H1: Existen similitudes en los rasgos de personalidad en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias en usuarias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.

H0: No existen similitudes en los rasgos de personalidad en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias en usuarias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1.1. Tipo**

Nivel Descriptivo, tipo de investigación documental y de campo

La investigación documental es un tipo de estudio de preguntas que utiliza documentos oficiales y personales como fuente de información. Dichos documentos pueden ser de varios tipos: impresos, electrónicos o gráficos.

Según Baena (1985), la investigación documental es una técnica que consiste en la selección y compilación de información a través de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, bibliotecas, bibliotecas de periódicos, centros de documentación e información.

Por su parte, Garza (1988) señala que la investigación documental se caracteriza por el uso predominante de registros gráficos y sonoros como fuentes de información, registros en forma manuscrita e impresos. »

Las ciencias sociales, como la antropología, la sociología y la psicología, son el origen de la investigación cuantitativa. Esto exige utilizar una lente interpretativa para ver la realidad. El objetivo de la investigación cuantitativa es identificar y caracterizar un fenómeno (de ahí su nombre). Este último grupo pertenece a la investigación documental porque intenta comprender la realidad utilizando documentos y otras fuentes de información.

#### **3.1.2. Diseño de la investigación**

En este estudio descriptivo se revisaron historias clínicas, estudios de

casos y entrevistas correspondientes a diagnósticos de abuso de alcohol y otras sustancias, con el propósito de determinar sus características y aplicar el test de personalidad "Inventario Millón de estilos de Personalidad" a pacientes mujeres que acuden a consulta psicológica en el Centro de Salud Conductual.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **NATURALEZA DE LA POBLACIÓN**

La investigación se determinó a través de la delimitación espacial. El universo se encuentra formado por 41 pacientes mujeres quienes se les aplicó el Test de Detección de alcohol y otras sustancias OMS ASSIST V3.0 entre 23 y 45 años de edad, que hayan tenido consumo de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

#### **MUESTRA**

##### **DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra que se tomará con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0.05, es de 38 usuarias con el nivel de riesgo moderado a alto, a las cuales se le aplicó el Test de Detección de alcohol y otras sustancias OMS ASSIST V3.0, detectándose 24 mujeres con abuso de alcohol y 14 mujeres con abuso a la marihuana o cannabis, además, la investigación sólo se limitará a trabajar con abuso de alcohol y abuso a la marihuana que se detectaron en el Centro Comunitario Simón Bolívar entre los años 2016 y 2018.

## **MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO**

La muestra se encuentra formada por 38 mujeres, de las cuales 24 son consumidoras de bebidas alcohólicas y 14 consumidoras de marihuana, cuyas edades oscilan entre 23 y 45 años de edad, que arrojaron un nivel moderado en el Test de Detección de alcohol y otras sustancias OMS ASSIST V3.0 del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar del Distrito de José Luis Bustamante y Rivero.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que asisten a consultas psicológicas.
- Pacientes con dificultad para identificar si las sustancias son psicoactivas, como el alcohol u otra sustancia.
- Pacientes que son mujeres entre las edades de 23 y 45; pacientes con el problema.

### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con problemas psiquiátricos
- Pacientes que no están dentro del rango de edad especificado

## **3.3. VARIABLES**

### **DESCRIPCIÓN OPERACIONAL**

Existe una sola variable, denominada “Estilos de Personalidad en Pacientes con Abuso de Sustancias”, y se divide en dos indicadores, “Estilos de Personalidad y Abuso de Sustancias”. El primer indicador se evaluará utilizando solo dos dimensiones del test de personalidad "Inventario Millón de estilos de Personalidad": Los trastornos clínicos de personalidad incluyen

Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádico, Compulsivo, Pasivo-Agresivo, Autoderrotista y Trastorno de personalidad grave, que incluye escalas clínicamente categóricas (V/F) como Esquizotípico, Borderline y Paranoid.

Para el segundo indicador se evaluará con la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) V3. 0 y su escala es

Ordinal	0-3	Bajo	4-26	Moderado	27+	Alt
---------	-----	------	------	----------	-----	-----

**Tabla 1**

Operacionalización de variables

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</b>
Estilos de personalidad en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias	En su modelo teórico, Millon analiza los modos de adaptación de varias especies y afirma que, en el nivel más fundamental, el término "personalidad" podría usarse para describir el modo de funcionamiento adaptativo que demuestra un miembro específico de una especie cuando se relaciona con su gama típica de ambientes. (Millon, 1994)	Patrones clínicos de la personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Esquizoide</li> <li>● Evitativo</li> <li>● Dependiente</li> <li>● Histriónico</li> <li>● Narcisista</li> <li>● Antisocial</li> <li>● Agresivo - sádico</li> <li>● Compulsivo</li> <li>● Pasivo-agresivo</li> <li>● Autoderrotista</li> </ul>	Categorica (V/F)	Test de Personalidad "Inventario Millón de estilos de Personalidad"
		Patología severa de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Esquizotípico</li> <li>● Bordeline</li> <li>● Paranoide</li> </ul>	Categorica (V/F)	

### **3.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS**

#### **- Test de Personalidad “Inventario Millón de estilos de Personalidad”**

El Inventario Clínico Multiaxial de Millón (MCMI-III) es un cuestionario de uso frecuente en clínica; tiene significación para la Evaluación de la Personalidad para la Toma de Decisiones de Tratamiento de Personas con Trastornos de la Personalidad y Dificultades Emocionales e Interpersonales.

Consta de 175 preguntas con una estructura de respuesta Verdadero/Falso, cuya administración requiere poco tiempo (entre 15 y 25 minutos). Las numerosas características psicológicas de la personalidad se evalúan en 26 escalas: Hay cuatro escalas de fiabilidad y validez (validez, sinceridad, deseabilidad y alteración); diez escalas básicas de personalidad (esquioides, febril, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sadista, compulsiva, pasivo-agresiva y masoquista); tres escalas psiquiátricas (esquioides, limitada y paranoide); seis de uso clínico exclusivamente.

Sólo las personas que presentan síntomas psicológicos o que participan en un programa de evaluación psicodiagnóstica o psicoterapia pueden utilizar los datos normativos y las transformaciones de los resultados de las puntuaciones del MCMI-II basadas en demostraciones clínicas.

Mayor es la probabilidad de que un paciente posea los rasgos de personalidad o las características clínicas evaluadas por un escalador para pacientes con puntuaciones TB más altas en ese escalador. También es más probable la intensidad o gravedad de la enfermedad o síndrome explorado por la escala cuanto mayor sea la puntuación.

#### **- Validez y confiabilidad**

Dado que uno de los objetivos era determinar si el cuestionario podía ser utilizado con población de habla hispana, se muestran comparaciones de los datos españoles con los obtenidos en la exposición americana del autor Millon (Millon, 1994).

Para comparar las medianas de los datos de España y Estados Unidos, se realizó un estudio de estudiantes.

El alfa de Cronbach y una división por la mitad se han utilizado en el análisis de confiabilidad. Con fines de validez, realizamos un análisis de las correlaciones parciales y bivariadas entre las escalas. Y por último, aunque teniendo en cuenta que el modelo del que se deriva el MIPS no es factorial, se ha aplicado un análisis factorial con el fin de confirmar la estructura propuesta por Millón.

- **Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) V3.0**

Bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un grupo de investigadores internacionales y expertos en medicina de adicciones desarrollaron la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) como respuesta a la enorme carga que representa el consumo de sustancias psicoactivas en todo el mundo. mundo plantea a la salud pública.

La prueba fue creada para ser utilizada en el entorno de atención primaria de salud donde el consumo de sustancias nocivas de los usuarios puede no ser reconocido o empeorar.

La versión en papel y lápiz del cuestionario ASSIST versión 3.1 está dirigida a usuarios de sustancias y debe ser administrada por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y se tarda entre cinco y diez minutos en completarlo. Debido a que el diseño de la prueba es culturalmente neutral, se puede usar en una

amplia variedad de culturas para determinar si se está consumiendo alguna de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Bebidas alcohólicas
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o soníferos (benzodiazepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

Para cada sustancia que un usuario informa haber usado, el cuestionario ASSIST proporciona una calificación de riesgo. Una vez que se ha establecido la puntuación, se inicia una breve interacción (intervención) con el usuario para discutir el uso de sustancias.

Los resultados permiten clasificar a las personas en riesgo "bajo", "moderado" o "alto" para cada sustancia y, en cada caso, se determina el mejor curso de acción (p. ej., "sin tratamiento", "breve intervención", o "derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento").

Adicionalmente, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de alimentos a lo largo de la vida de una persona, así como

el consumo de alimentos y los problemas relacionados con el mismo en los últimos tres meses.

Además, permite la identificación de una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, incluida la intoxicación extrema, el uso frecuente, el uso dependiente o de "alto riesgo" y los comportamientos relacionados con las autolesiones.

En general, proporciona información sobre muchos temas para ayudar a las personas a comprender: lo cual involucra analizar las preguntas de la 1 a la 8.

Las respuestas a las ocho preguntas revelan el grado de riesgo (y dependencia) asociado con el uso de sustancias, así como si continuar con un patrón de consumo es peligroso o no y podría dañar a una persona en el presente o en el futuro.

Es probable que los resultados de las pruebas en el medio del rango indiquen el uso de sustancias riesgosas o dañinas ("riesgo moderado"), mientras que los resultados de las pruebas por encima de ese rango indiquen dependencia de sustancias ("riesgo alto").

Las preguntas relacionadas específicamente con el consumo dependiente o de "alto riesgo" se refieren a fuertes ansias o ansiedades por comer (P3), intentos fallidos de reducir o dejar de comer (P7) y comer por accidente (P8).

El puntaje final se calcula sumando los puntajes de las preguntas 2 a 7 para llegar al puntaje final. Las respuestas a la pregunta 8 no se tienen en

cuenta en la puntuación general, pero el uso de drogas inyectables (P8) es un comportamiento de alto riesgo que está relacionado con niveles más altos de otros problemas relacionados con las drogas, como dependencia, sobredosis y virus transmitidos por la sangre ( como el VIH y la hepatitis C). Puede ser necesario derivar a un usuario a un servicio especializado para evaluación y tratamiento si se ha estado inyectando regularmente durante los últimos tres meses. (Humeniuk, 2011)

### **Validez y confiabilidad**

La Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST), que se ha utilizado con éxito en muchas naciones, fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud.

El objetivo del estudio fue identificar las propiedades psicométricas de la versión autoaplicable del ASSIST. Para ello, se realizó un estudio no experimental con una muestra de 1.176 estudiantes universitarios mexicanos posterior al evento. El 89,5% tenían entre 18 y 23 años, el 87,5% eran solteros, y el 70,1% eran mujeres. Para obtener la confiabilidad se utilizó la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach. Se utilizaron las pruebas de correlación ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20 para determinar la validez concurrente; se realizaron análisis factoriales exploratorias y confirmatorias para evaluar la validez del constructo. Se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73). La subescala de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT ( $r = 0,71$ ). La prueba de sensibilidad y especificidad mostró que al

usar una calificación de 8 como punto de corte en la subescala de alcohol se obtiene un mejor balance entre ambos indicadores (83,8% y 80%, respectivamente), así como un área bajo la curva (ROC) mayor (81,9%). La versión auto aplicable del ASSIST es un instrumento de cribado aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias.

### **3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **a) Coordinaciones**

Se realizaron los permisos correspondientes al Centro Comunitario Simón Bolívar, con un oficio de solicitud a la Coordinación general, asimismo a los pacientes que son sujetos de evaluación.

#### **b) Ejecución**

Se aplicó el Test de Personalidad “Inventario Millón de estilos de Personalidad” a las pacientes con dependencia alcohólica del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.

Se hizo la revisión de las historias clínicas para detectar los pacientes con dependencia alcohólica.

### **3.6. TECNICA DE ANALISIS DE DATOS**

El procedimiento se apoyará en la medicina numérica y en un análisis estadístico descriptivo de las distintas herramientas utilizadas..

#### **a) Preparación de datos**

Se utilizará la estadística descriptiva, inferencial y no paramétrica.

#### **b) Tratamiento de los datos**

Para la hipótesis se utilizará una estadística inferencial no paramétrica, porque para ejecutar estimaciones será ordinal.

Para los objetivos se utilizará una estadística inferencial no paramétrica, porque para ejecutar estimaciones será ordinal.

### **3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la aplicación del Test de Personalidad se hará de acuerdo a las consideraciones éticas las cuales constan en pedir un consentimiento para su aplicación e informar los resultados a quienes se sometan al estudio.

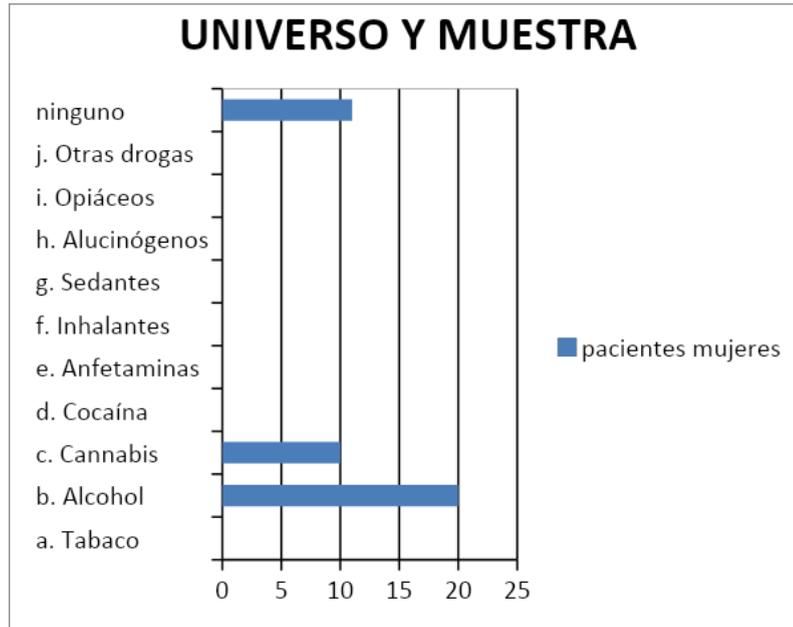
## CAPITULO IV: RESULTADO

### 4.1. Presentación de los resultados

**Tabla 1**

*Pacientes mujeres que presentan abuso de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.*

<b>Sustancias</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>a. Tabaco</b>	0	0
<b>b. Alcohol</b>	24	59
<b>c. Cannabis</b>	14	34
<b>d. Cocaína</b>	0	0
<b>e. Anfetaminas</b>	0	0
<b>f. Inhalantes</b>	0	0
<b>g. Sedantes</b>	0	0
<b>h. Alucinógenos</b>	0	0
<b>i. Opiáceos</b>	0	0
<b>j. Otras drogas</b>	0	0
<b>Ninguno</b>	3	7
<b>TOTAL</b>	41	100



Para determinar los resultados de la investigación se aplicó la Prueba (ASSIST) V3. 0 a 41 usuarias que han consumido alcohol y otras sustancias. La Tabla 1 muestra que, de las 38 pacientes, 24 registraron un factor de riesgo moderado al abuso de alcohol, y 14 pacientes mujeres mostraron un factor de riesgo al abuso al cannabis o marihuana, según consta en el cuadro N° 1, es por ello que se trabajó con 38 pacientes mujeres, cantidad de nuestra muestra. No se registraron abuso de otras sustancias, es por ello que no se está tomando en cuenta las diferentes sustancias.

Entonces nuestra investigación se centra en determinar los estilos de personalidad a pacientes mujeres con abuso al alcohol y abuso al cannabis o marihuana.

**TABLA 2**

*Características de los rasgos de personalidad de las pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias y Comparación los rasgos de personalidad en la Dimensión Patrones clínicos de la personalidad de las pacientes con abuso de alcohol con las pacientes con abuso de otras sustancias (Cannabis o marihuana) del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar*

Patrones clínicos de la personalidad	Abuso al alcohol		Abuso al cannabis	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
· Esquizoide	2	8.34		
· Evitativo				
· Depresivo	5	20.83	6	42.86
· Dependiente				
· Histriónico	5	20.83		
· Narcisista	5	20.83	2	14.28
· Antisocial	5	20.83		
· Agresivo – sádico				
· Compulsivo				
· Pasivo- agresivo			6	42.86
· Auto derrotista	2	8.34		
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

En el presente cuadro de la comparación de los estilos de personalidad en la Dimensión Patrones clínicos de la personalidad de las pacientes con abuso de alcohol con las pacientes con abuso de otras sustancias (Cannabis o marihuana) del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar podemos observar que existen dos escalas que coinciden y son el Depresivo y el Narcicista, en las demás escalas no hay coincidencia.

**TABLA 3**

*Características de los rasgos de personalidad de las pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias y Comparación los estilos de personalidad en la Dimensión Patología severa de la personalidad de las pacientes con abuso de alcohol con las pacientes con abuso de otras sustancias (Cannabis o marihuana) del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar.*

Patología severa de la personalidad	Abuso al alcohol		Abuso al cannabis	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Esquizotípico	0	0	0	0
Bordeline	5	20.83	6	42.86
Paranoide	19	79.17	8	57.14
TOTAL	24	100	14	100

En el cuadro anterior de comparación los estilos de personalidad en la Dimensión Patología severa de la personalidad de las pacientes con abuso de alcohol con las pacientes con abuso de otras sustancias (Cannabis o marihuana) del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, se puede observar que existe coincidencia en las escala Paranoide y Bordeline, dichas escalas se encuentra presentes en pacientes con abuso al alcohol y abuso al cannabis o marihuana. Siendo importante resaltar que el estilo de personalidad más alto en abuso de alcohol y cannabis es paranoide.

## DISCUSIÓN

El alcoholismo no es un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales; es una enfermedad crónica, progresiva ya menudo mortal. El alcoholismo es definido por la OMS como consumir más de 50 gramos de alcohol por día para las mujeres y 70 gramos por día para los hombres (una copa de licor o una bebida mezclada tiene alrededor de 40 gramos de alcohol, una copa de vino tiene 30 gramos y una taza de cerveza tiene 15 gramos). El alcoholismo parece ser causado por una variedad de factores fisiológicos, psicológicos y genéticos que trabajan juntos. Se caracteriza por una dependencia emocional subyacente y, a veces, orgánica del alcohol que eventualmente resulta en la muerte, así como en un daño cerebral progresivo.

El alcoholismo afecta más a los adultos que a los niños, pero cada vez es más frecuente entre las mujeres y los jóvenes.

Históricamente, se ha considerado al alcoholismo como un síntoma de estrés social o psicológico o como un comportamiento antinatural y aprendido, a diferencia del consumo excesivo o irresponsable de alcohol. El alcoholismo se ha definido recientemente como una enfermedad compleja en sí misma, con todas sus consecuencias, quizás de una manera más precisa. Se desarrolla a lo largo de los años. Uno de los primeros síntomas, que es muy útil, es la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que tiene un impacto significativo en la elección de amigos o actividades del paciente. El alcohol se considera cada vez más como una droga que altera el

estado de ánimo y no como un componente necesario de la dieta, una costumbre social o un ritual religioso.

Algunas personas creen que la marihuana no es realmente "adictiva" o que es imposible volverse "adicto" a la droga, sin embargo, los estudios muestran que alrededor de 1 de cada 10 usuarios de marihuana desarrollará una adicción. Este número se eleva a 1 de cada 6 para quienes comienzan a consumir antes de los 18 años.

Además, es más probable que los adictos a la marihuana tengan otros efectos negativos del uso, como dificultades de atención, memoria y aprendizaje.

Los investigadores aún están aprendiendo más sobre los efectos de las altas concentraciones de THC en el cuerpo y el cerebro, particularmente en el cerebro en desarrollo, y cómo los aumentos recientes en la potencia tienen un impacto en la probabilidad de que alguien desarrolle una adicción.

A partir de este tema, investigamos los rasgos psicológicos que poseen los abusadores de alcohol y otras sustancias del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, con el fin de identificar sus defectos de personalidad y desarrollar una visión más integral de intervención y seguimiento.

La hipótesis fue desarrollada por el examen de las variables, que se refieren a los rasgos de personalidad incluidos en el Test de Personalidad. Se utilizó el tipo de investigación descriptiva en respuesta a la situación descrita. Considerando la observación como un instrumento importante, así como el Test de Personalidad "Inventario Millón de estilos de Personalidad",

donde se podrá determinar las congruencias en los estilos psicológicos en pacientes con abuso de alcohol y otras sustancias, quienes fueron detectadas con el Test de detección de alcohol, tabaco y otras sustancias OMS ASSIST V3.0, constituyendo un factor primordial en la investigación.

Dado que el objetivo de este estudio es describir las múltiples características de los pacientes que abusan del alcohol y otras sustancias teniendo en cuenta un enfoque metodológico, se utilizó una metodología descriptiva para realizar el estudio. Cognitivo Conductual es una técnica de intervención comprobada que aborda y resuelve problemas de comportamiento, distorsiones cognitivas y cambios en el funcionamiento social de un individuo.

Al identificar los rasgos de personalidad de los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolvar que abusan del alcohol y otras sustancias, se revelaron los tipos de personalidad en la Dimensión. Las pruebas clínicas de personalidad de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolvar que abusan del alcohol y de otras drogas (cannabis o marihuana) muestran que hay dos tipos de personalidad que son consistentes: la depresiva y la narcisista. No hay consistencia en los otros tipos de personalidad. Además de los rasgos de personalidad, se puede observar que existe una correlación entre las escalas Paranoide y Bordeline en los pacientes que abusan del alcohol y los que abusan del cannabis o la marihuana en la dimensión psiquiátrica severa de la personalidad de los pacientes con abuso del alcohol y los pacientes que abusan de otros.

sustancias (Cannabis o marihuana). Es crucial enfatizar que la paranoia es el rasgo de personalidad más asociado con el abuso de alcohol y marihuana.

## CONCLUSIONES

- Se han identificado los siguientes rasgos de personalidad de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar que abusan del alcohol y otras sustancias: que los tipos de personalidad dominantes en la Dimensión Pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar que abusan del alcohol tenían los mismos porcentajes de rasgos de personalidad antisocial, narcisista, histriónico y depresivo.; obteniendo el mismo porcentaje (20%), luego le sigue el Autoderrotista y Esquizoide (10%) cada uno; y los estilos de personalidad predominantes en la Dimensión Patología severa de la personalidad de las pacientes con abuso al alcohol del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar son de Paranoide (80%) y Bordeline (20%). Asimismo, en las características de los estilos de personalidad en la Dimensión Patrones clínicos de la personalidad de las pacientes con abuso de otras sustancias (cannabis o marihuana) del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar las escalas predominantes con el Depresivo ( 40%) y Pasivo agresivo (40%), siguiendo el Narcicista (20%); y en las características de los estilos de personalidad en la Dimensión Patología severa de la personalidad de las pacientes con abuso de otras sustancias (cannabis o marihuana) del Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolívar, que la escala Paranoide (60%) tiene un mayor porcentaje, seguido de Bordeline (40%).
- En base a la comparación de los tipos de personalidad de los pacientes alcohólicos con los de otros pacientes de abuso de sustancias en el Centro

de Salud Mental Comunitario Simón Bolvar, se puede decir que: En la Dimensión Clínica de la Personalidad, podemos ver que solo hay dos escalas que co-ocurren: el Depresivo y el Narcicista; no hay co-ocurrencia en las otras escalas. En la Dimensión de Personalidad Severa, podemos ver que existe co-ocurrencia en las escalas Paranoide y Borderline; estas escalas están presentes en pacientes que abusan del alcohol y/o marihuana.

- Los hallazgos del estudio indican que si existen similitudes entre los tipos de personalidad de los pacientes que abusan del alcohol y otras sustancias y los que frecuentan el Centro de Salud Mental Comunitario Simón Bolvar, se encuentran en las dimensiones clínicas de personalidad depresión y narcosis, y personalidad severa trastornos, donde se encuentran en las dimensiones de personalidad paranoica y borderline.

## RECOMENDACIONES

- Con respecto a los resultados obtenidos de la presente investigación se sugiere realizar evaluaciones de este tipo es decir evaluaciones de personalidad a usuarias con trastorno por consumo de sustancias ya que sus resultados nos ayudarán a dar una mejor atención, así como establecer mejores planes de atención individualizados y pro de su proceso de recuperación y rehabilitación psicosocial.
- Así también es importante realizar una detección temprana de ciertos estilos de personalidad en las usuarias debido a que según los presentes resultados al igual que otros estudios y antecedentes encontrados en la práctica clínica día a día en el centro de salud mental comunitario, es un factor de riesgo y predisposición en cuanto a abuso y consumo de algunas sustancias.
- Promover de forma constante estilos de vida saludable dentro del seno familiar y entorno social y educativo siendo esto a futuro un soporte que nos ayude a prevenir un consumo de sustancias desde temprana edad en las usuarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, E. A. (1999). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon–II (MCMI-II).
- Boada, L. M. (2011). Caracterización Emocional en las parejas de pacientes alcohólicos del Hospital de la Policía Nacional G-2 Guayaquil 2011.
- Castañeda, J. A. (2018). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento Psicológico*.
- Durán, L. F. (2004). ¿Enfermera o paciente? La mujer del enfermo alcohólico. *Apuntes de Psicología*.
- FamliDoctor.Org. (2019). Abuso de alcohol. Asesoramiento médico de confianza de la Academia Americana de Médicos de Familia. <https://es.familydoctor.org/condicion/abuso-del-alcohol/>.
- Gálligo, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Barcelona Sn.
- García, M. E. (1999). Los estilos de personalidad: su medida a través del inventario Millon de estilos de personalidad. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*.
- Huerta, R. R. (2016). Esquemas cognitivos disfuncionales y dependencia emocional en mujeres con y sin violencia en la relación de pareja de la ciudad de Lima. *Revista de investigación*.
- Humeniuk, R. E.-E. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Montero Bancalero, F. J. (2006). Aspectos psicosociales de la dependencia de alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres. *Salud y drogas*.
- Muracén Disotuar, I. M. (2011). *Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Parada, M. C.-I. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*.
- Pérez, E. J. (2012). Dimensiones factoriales del cuestionario de Millon (MCMI-II)

en adictos a sustancias. Psicothema.

### CRONOGRAMA

	NOVIEMBRE			DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO							
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
<b>PROYECTO</b>	■	■																													
<b>PRESENTACIÓN</b>			■																												
<b>INSTRUMENTO</b>				■	■	■																									
<b>VALIDEZ</b>						■	■	■	■																						
<b>CONFIABILIDAD</b>							■	■	■																						
<b>COORDINACIÓN</b>									■																						
<b>APLICACIÓN</b>										■	■	■																			
<b>CALIFICACION</b>													■																		
<b>ANALISIS</b>														■	■	■															
<b>INFORME</b>																■	■	■													
<b>REVISIÓN</b>																			■												
<b>PRESENTACIÓN</b>																				■											
<b>ASIGNACIÓN DE JURADO</b>																						■									
<b>SUSTENTACIÓN</b>																										■					
<b>INFORME FINAL</b>																											■	■			

## PRESUPUESTO

### RECURSOS

1. HUMANOS			
	Recolector de datos	500	
	Asesor	2000	
	Investigador principal	1500	4000
2. EQUIPOS E INSTRUMENTOS			
	1. Laptop	2500	
	2 pruebas psicológicas	500	3,000
3.- MATERIALES			
	1. Oficina	980	980
	<b>TOTAL</b>	7980	

## **ANEXOS**

CONSENTIMIENTO Y/O ASENTIMIENTO INFORMADOS

**OMS - ASSIST V3. 0**

ENTREVISTADOR  PAÍS   CLÍNICA

No. CONSULTANTE  FECHA

**INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)**

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

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

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE**

**Pregunta 1**

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

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

**Compruebe si todas las respuestas son negativas:  
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"**

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

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

## Pregunta 2

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

**Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.**

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

## Pregunta 3

En los <b>últimos tres meses</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir ( <i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC?</i> )?	Nunca 1 ó 2 veces Cada mes Cada semana A diario o casi a diario				
	0	3	4	5	6
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6

f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

**Pregunta 4**

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

**Pregunta 5**

<b>En los <u>últimos tres meses</u>, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?</b>	<b>Nunca 1 ó 2 veces Cada mes Cada semana A diario o casi a diario</b>				
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

**Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)**

**Pregunta 6**

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

**Pregunta 7**

<p><b>¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?</b></p>	<p><b>No, nunca</b></p>		
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

## Pregunta 8

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

### NOTA IMPORTANTE:

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

#### PATRÓN DE INYECCIÓN

Una vez a la semana o menos

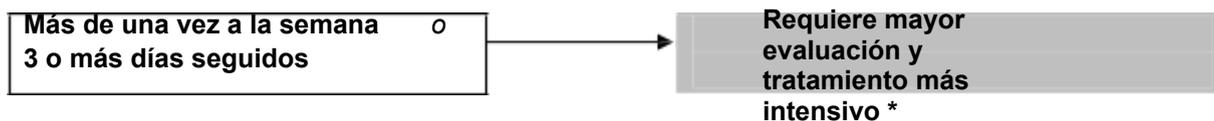
o

Menos de 3 días seguidos

#### GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta

“riesgos asociados con inyectarse”



### CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

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

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

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27 +
b. Alcohol		0 - 10	11 - 26	27 +
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27 +
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27 +
e. Anfetaminas		0 - 3	4 - 26	27 +
f. Inhalantes		0 - 3	4 - 26	27 +
g. Sedantes		0 - 3	4 - 26	27 +

h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27 +
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27 +
j. Otras drogas		0 - 3	4 - 26	27 +

**NOTA: \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.**

## OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente

### **Tarjeta de respuestas - sustancias**

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

### **Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 2 – 5)**

**Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.

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

**Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.

**Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.

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

### **Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 6 - 8)**

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**  
**OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el Consultante o Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha del Test \_\_\_\_\_

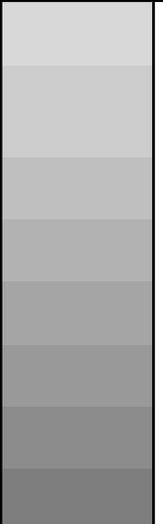
**Puntuaciones Específicas para cada Sustancia**

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

### **¿Qué significan sus puntuaciones?**

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

**¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?**

<p><b>a. Tabaco</b></p>	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:... <b>Bajo__ Moderado__ Alto__</b></p> <p><b>El consumo habitual de tabaco se asocia con:</b> (marque una)</p>
	<p>Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel</p> <p>Infecciones respiratorias y asma</p> <p>Aumento de la presión arterial, diabetes</p> <p>Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores</p> <p>Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores</p> <p>Enfermedades renales</p> <p>Enfermedad respiratoria obstructiva crónica</p> <p>Enfermedad cardiaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares</p> <p>Cánceres</p>

<p><b>b. Alcohol</b></p>	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es:... <b>Bajo__ Moderado__ Alto__</b></p> <p><b>El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:</b> (marque una)</p>
	<p>Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones</p> <p>Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro</p> <p>Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial</p> <p>Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales</p> <p>Dificultad para recordar y solucionar problemas</p> <p>Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras</p> <p>Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico</p> <p>Enfermedad hepática, enfermedad pancreática</p> <p>Cánceres, suicidio</p>

<b>c. Cannabis</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo__ Moderado__ Alto__</b>
	<b>El consumo habitual de cannabis se asocia con:</b>	(marque una)

	Problemas de atención y motivación Ansiedad, paranoia, pánico, depresión Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas Aumento de la presión arterial Asma, bronquitis Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia Enfermedad cardiaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica Cánceres
--	--

<b>d. Cocaína</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo__ Moderado__ Alto__</b>
	<b>El consumo habitual de cocaína se asocia con:</b>	(marque una)

	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel Accidentes y lesiones, problemas económicos Pensamientos irracionales Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía Agresividad y paranoia Ansias o deseo intenso de consumir, estrés Psicosis por consumo repetido de dosis altas Muerte súbita debido a problemas cardiacos
--	--

<b>e. Estimulantes de tipo anfetamínico</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	<b>Bajo__ Moderado__ Alto__</b>
	<b>El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:</b>	(marque una)

	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares Cambios de humor - ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea Agresividad y conducta violenta Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas Daño cerebral permanente Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras
--	---

--	--

<b>f. Inhalantes</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:... <span style="float: right;">Bajo__ Moderado__ Alto__</span> <b>El consumo habitual de inhalantes se asocia con:</b> <span style="float: right;">(marque una)</span>
----------------------	---

	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales Indigestión, úlceras estomacales Accidentes y lesiones Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones) Muerte por fallo cardiaco
--	--

<b>g. Sedantes</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:... <span style="float: right;">Bajo__ Moderado__ Alto__</span> <b>El consumo habitual de sedantes se asocia con:</b> <span style="float: right;">(marque una)</span>
--------------------	---

	Sedación, mareo y confusión Dificultad para concentrarse y recordar cosas Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar Problemas de sueño Ansiedad y depresión Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo Síntomas severos de abstinencia Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opíáceos u otras drogas depresoras
--	--

<b>h. Alucinógenos</b>	Su riesgo de experimentar estos daños es:... <span style="float: right;">Bajo__ Moderado__ Alto__</span> <b>El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con:</b> <span style="float: right;">(marque una)</span>
------------------------	--

	Alucinaciones - visuales, auditivas, táctiles, olfatorias Dificultades para dormir Náuseas y vómitos Aumento en la frecuencia cardiaca y la tensión arterial
--	---

	<p>Cambios de humor</p> <p>Ansiedad, pánico, paranoia <i>Flash-backs</i></p> <p>Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia</p>
--	---

<p><b>i.</b> <b>opiáceos</b></p>	<p>Su riesgo de experimentar estos daños es: ...</p> <p style="text-align: right;"><b>Bajo__ Moderado__ Alto__</b></p> <p><b>El consumo habitual de opiáceos se asocia con:</b> (marque una)</p>
	<p>Escozor, náusea y vómitos</p> <p>Mareos</p> <p>Estreñimiento, deterioro de los dientes</p> <p>Dificultad para concentrarse y recordar cosas</p> <p>Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual</p> <p>Dificultades de pareja</p> <p>Problemas económicos y laborales, delincuencia</p> <p>Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia</p> <p>Sobredosis y muerte por depresión respiratoria</p>

**OMS-ASSIST**  
**TARJETA SOBRE RIESGOS ASOCIADOS CON INYECTARSE**  
**INFORMACIÓN PARA CONSULTANTES O PACIENTES**

**El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños por causa de tales sustancias**

**El daño puede provenir de:**

- **La sustancia**

- Si consume cualquier droga inyectada, tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
- Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
- Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.

- **La conducta de inyectarse**

- Al inyectarse puede dañar su piel, sus venas y contraer infecciones.
- Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
- Sus venas pueden colapsar.
- Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

- **Compartir material de inyección**

- Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de contraer y transmitir infecciones vírales a través de la sangre como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

❖ **Es más seguro no inyectarse**

❖ **Si se inyecta:**

- ✓ use siempre implementos limpios (agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
- ✓ use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
- ✓ no comparta el material con otras personas
- ✓ limpie el área de preparación
- ✓ lávese las manos
- ✓ limpie la piel en el punto de inyección
- ✓ utilice un punto de inyección distinto cada vez
- ✓ inyéctese lentamente
- ✓ ponga la aguja y la jeringa usadas en un recipiente y deséchelo en forma segura

❖ **Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:**

- ✓ evite inyectarse y fumar
- ✓ evite consumir a diario

❖ **Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:**

- ✓ evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
- ✓ consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
- ✓ tenga a alguien cerca cuando consume
- ✓ evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
- ✓ tenga a mano los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia