



## ***Conducta y resiliencia en pacientes drogodependientes recaídos de las comunidades terapéuticas de Portoviejo durante el año 2019***

*Behavior and resilience in drug addicted patients relapsed from the therapeutic communities of Portoviejo during year 2019*

Mariuxi Lilibeth Ibarra Martillo<sup>1</sup>\*

Bibian Bumbila García<sup>2</sup>

Katherine Tarazona Meza<sup>3</sup>

### **Resumen**

La adicción a las drogas es una enfermedad que ha afectado a la sociedad durante años, y de manera más directa a las familias, que son las que sufren las mayores consecuencias, en muchos casos fatales. El objetivo de esta investigación fue identificar problemas de conducta y el nivel de resiliencia que tienen los pacientes que han recaído en la droga en las comunidades terapéuticas de la ciudad de Portoviejo durante el año 2019. La metodología aplicada fue descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo-cuantitativo. Se realizaron encuestas y test de resiliencia en sesenta pacientes de las cuatro comunidades terapéuticas de esta ciudad. También se realizó una entrevista a los cuatro psicólogos clínicos de estas instituciones. Estas técnicas revelaron que los niveles de resiliencia de los pacientes estudiados están entre el promedio y el alto, y los directores de los centros terapéuticos han identificado sus cambios de comportamiento. Los resultados obtenidos demostraron la necesidad de llevar a cabo acciones que contribuyan a mejorar la conducta de estos pacientes y permitan su recuperación, lo que se puede lograr con una terapia adecuada.

### **Abstract**

Drug addiction is a disease that has affected society for years, and more directly to families, who suffer the greatest consequences, in many cases fatal. The objective of this research was to identify behavioral problems and the level of resilience that patients who have relapsed to the drug have in the therapeutic communities of the city of Portoviejo during the year 2019. The applied methodology was descriptive and exploratory, with a qualitative-quantitative approach. Surveys and resilience tests were carried out on sixty patients from the four therapeutic communities in this city. An interview was also conducted with the four clinical psychologists from these institutions. These techniques revealed that the resilience levels of the studied patients are between average and high, and the directors of the therapeutic centers have identified their behavioral changes. The results obtained demonstrated the need to carry out actions that contribute to improving the behavior of these patients and allow their recovery, which can be achieved with adequate therapy.

### **Palabras clave/Keywords**

Resiliencia; drogadicción; conducta; reincidencia; adicción/Resilience; drug addiction; conduct; recidivism; addiction

\*Dirección para correspondencia [mariuxiibarra0410@gmail.com](mailto:mariuxiibarra0410@gmail.com)

Artículo recibido el 01 - 07 - 2020

Artículo aceptado el 15 - 07 - 2020

Artículo publicado el 29 - 07 - 2020

Conflicto de intereses no declarado.

Fundada 2016 Unidad de Cooperación Universitaria de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador.

<sup>1</sup> Universidad Técnica de Manabí, Egresada carrera de Psicología, Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, Portoviejo, Manabí, Ecuador, [mariuxiibarra0410@gmail.com](mailto:mariuxiibarra0410@gmail.com), 0939421492, <https://orcid.org/0000-0002-7029-4150>

<sup>2</sup> Universidad Técnica de Manabí, Docente tiempo completo, Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, Portoviejo, Manabí, Ecuador, [bbumbila@utm.edu.ec](mailto:bbumbila@utm.edu.ec), 0980871954, <https://orcid.org/0000-0001-8928-3219>

<sup>3</sup> Universidad Técnica de Manabí, Docente tiempo completo, Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales, Portoviejo, Manabí, Ecuador, [kmeza@utm.edu.ec](mailto:kmeza@utm.edu.ec), 0939220592, <https://orcid.org/0000-0002-5126-3439>

## 1. Introducción

El uso de las drogas se remonta hacia el año 5000 a.C. Alrededor del año 3.000 a.C ya se utilizaban algunos opiáceos, en Asia el cannabis. Según registros arqueológicos se conoce que el cannabis era empleado como fuente de fibras textiles en el año 4.000 a.C; sus propiedades alucinógenas probablemente fueron descubiertas por primera vez en Oriente. Algunos escritos chinos de hace 3.000 años indican que el cannabis tomado en exceso hace ver monstruos, y que, su uso prolongado en el tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo. Actualmente es una de las drogas más consumidas en todo el mundo en forma de marihuana, hachís y aceite de hachís (Agustí, 2013).

El uso de la coca, en América, como estimulante y analgésico, se remonta hacia el año 5.000 a.C. La planta de la coca creció silvestre hasta que en el siglo X comenzó a ser cultivada por los indios de Colombia que la difundieron hacia el sur. Entre los Incas era una planta sagrada, utilizada como analgésico en sus rituales (Agustí, 2013).

Hacia el año 3.000 a.C ya se usaban algunas sustancias opiáceas. El opio, es un jugo de un tipo de amapola, sus funciones psicotrópicas eran usadas como alimento, forraje o aceite; fue extendiéndose desde Oriente Medio hacia la India, llegó a China en el siglo IX y a Europa Occidental, para uso terapéutico, en el siglo XVI. De la amapola sale también la morfina que fue aislada del opio en el siglo XIX para sustituirlo, utilizada junto con la codeína en los tratamientos médicos. En el siglo XIX se crea el primer opiáceo semisintético, la heroína; que fue comercializado por la fábrica Bayer como sustituto del opio y la morfina, y usado en los tratamientos de deshabituación; su alta adicción hizo que se extendiera por todo el mundo (Agustí, 2013).

Aunque a veces las personas no lo reconocen, el alcohol, el tabaco y el café también son considerados drogas, por la adicción que pueden crear y las consecuencias que pueden ocasionar. Para Agustí (2013) la historia de estas sustancias también se remonta al pasado; el alcohol se conoce como la primera droga que existió, se piensa que cuando se almacenaba la miel y esta fermentaba se producía el vino. El tabaco data de la cultura maya en el año 2.000 a.C aproximadamente, aunque es probable que estuviese presente en las antiguas organizaciones de Oriente. Por otro lado, la cafeína es considerada la droga con más adicción en todo el planeta. Aunque la planta de café existía desde hace miles de años en Etiopía, su difusión empezó en Arabia en el siglo X; cuenta la leyenda que un monje al observar cómo quedaban de excitados los animales después de comer sus frutos decidió probarlos. En el siglo XVIII el café se propagó por Europa llegando a ser su producción el 70 % de la producción mundial.

Las primeras aseveraciones sobre adicción a las drogas, se tienen a través de Freud y Abraham, quienes con los instrumentos que tenían a la mano para investigar en ese entonces (1905-1908), la definen como una tentativa de buscar placer y aliviar tensiones cuando no se ha encontrado otra vía de descarga (González, 1993).

A decir de Berruecos (2010), muchas personas han querido ver las drogas como una salida a sus problemas sin prevenir sus consecuencias, las asocian al vertiginoso cambio del mundo a nivel de la tecnología; sin embargo su uso y abuso viene desde la antigüedad, esto conllevó a bautizar la adicción a las drogas con el nombre de drogadicción.

Con la modernidad se le ha llamado farmacodependencia o drogodependencia, es decir, ya no se le atribuía la sola adicción, sino la dependencia de su consumo para lograr de alguna manera u otra, cierta

estabilidad emocional, la misma que tanto su incidencia como su prevalencia se han modificado de manera radical.

Según Álvarez & Morales (2015), “Luego de que las personas reciben un tratamiento por problemas de abuso de drogas, es común que recaigan en viejos patrones de consumo...”. Este autor también se refiere a que desde hace algún tiempo, el porcentaje de recaídas de las personas que están bajo estas condiciones, es muy parecido al resultado que existe de otras enfermedades como la diabetes tipo I, la hipertensión y el asma, y que por esa razón es importante reconocer las señales de alerta de una reincidencia.

Recaída según Marlatt & Gordon (1985) “es la consecuencia que experimenta una persona al exponerse ante una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias adecuadas de afrontamiento para garantizar el mantenimiento de su abstinencia” (citado en Álvarez & Morales, 2015). Los aspectos que caracterizan este patrón de conducta son el excesivo involucramiento de la persona, la compulsión y persistencia a consumir y la escasa habilidad para controlarse, sin medir las consecuencias negativas que implica para él mismo o para quienes lo rodean.

El término recaída tiene relación directa con la autoeficacia, estimación o confianza percibida por la persona, sobre su capacidad y habilidades para enfrentar situaciones en las cuales es posible consumir drogas

... si el sujeto emplea una respuesta de afrontamiento efectiva, aumentará su nivel de autoeficacia y se reduce la probabilidad de recaer; en cambio, si emite una respuesta que no resultó efectiva, disminuirá su eficacia y sus expectativas positivas relacionadas, lo que podría generar que regrese al consumo (Álvarez & Morales, 2015, p.148).

La regulación emocional también es un proceso que tiene relación directa con las recaídas, se define como “toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso” (citado en Álvarez & Morales, 2015). El “... proceso de regulación emocional implica el monitoreo, la evaluación, la supervisión y la modificación de las reacciones emocionales con el fin de llevar a cabo las propias metas u objetivos” (Álvarez & Morales, 2015).

Para estos autores la motivación asociada con el proceso de recaídas se puede comprender de dos maneras: la motivación positiva en búsqueda del cambio y un buen comportamiento y la motivación hacia un comportamiento negativo. Señalan también que enfocarse en resolver los deseos opuestos de estas dos motivaciones permite que los individuos exploren su propia significancia y sus decisiones (Álvarez & Morales, 2015). Para Silva (2005) existen dos sistemas que sustentan la motivación y la emoción: el sistema de aproximación y el sistema de inhibición. El primero se ha descrito como “favorecedor de conductas apetitivas y como generador de afectos positivos relacionados con el logro de metas”. El sistema de inhibición “facilita al organismo el distanciarse de una fuente aversiva de estimulación y organiza las respuestas apropiadas cuando es confrontado con estímulos amenazantes”. De ahí la necesidad de tener en cuenta la motivación en el proceso de recaída.

### 1.1. Resiliencia

La resiliencia es un tema de mucha importancia a tratar en pacientes drogodependientes, especialmente en los que han recaído en las drogas. El término resiliencia viene de la palabra en latín salire “saltar hacia

*Problemas de conducta y resiliencia en pacientes drogodependientes recaídos de las comunidades terapéuticas de Portoviejo*

*Ibarra Martillo, Bumbila García, Tarazona Meza*



atrás”, utilizada en las ciencias físicas y biológicas para significar la capacidad que tiene un cuerpo físico de recuperar su forma luego de haber sido expuesto a un impacto. Está basada en una actitud saludable frente a la vida y a las dificultades que ella impone. Ser resiliente es ser capaz de atravesar los momentos difíciles de la vida sin sufrir en su estructura (Cordini, 2005).

Para otros autores resiliencia es la capacidad de resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades. Algunos factores asociados a la resiliencia, son: capacidad para realizar planes realistas y generar modos de acción en función a ellos; autovaloración positiva y confianza en las habilidades propias; habilidades de comunicación y solución de problemas; capacidad de manejar sentimientos e impulsos fuertes (Moreno & Saiz, 2014).

El término resiliencia fue adoptado por las ciencias sociales para referirse a aquellas personas que aunque han nacido y vivido en situaciones de alto riesgo, tienen un desarrollo psicológico sano y son individuos socialmente exitosos. En psicología la palabra implica que el individuo traumatizado se sobrepone y se reconstruye. Se entiende como la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad (González & Valdez, 2007).

Existen definiciones que hacen referencia a la resiliencia como la conservación de los recursos con los que cuenta un individuo para enfrentar la adversidad (mantenerse bien, sobrevivir). En otras situaciones los individuos recuperan los recursos alterados, modificados o perdidos como efecto del evento adverso (recuperación, resurgimiento) y otras respecto a los resultados positivos que el individuo construye a partir de los sucesos adversos por los que atraviesa (prosperar, crecer, mejorar) (González & Valdez, 2015).

La resiliencia se puede notar con mucho más énfasis en personas que han recaído en las drogas, las que al regresar a su vida habitual se dan cuenta de todo lo que han perdido por la drogodependencia, algunos pierden a su familia, sus pertenencias, objetos de valor, sus viviendas; esto provoca un estado de depresión que en algunos casos les sirve como motor para avanzar en sus metas y proyectos de vida, y en otros les ahonda su crisis y vuelve más compleja su recuperación.

El término resiliencia es un constructo teórico relativamente nuevo en el campo de la psicología; tiene en cuenta factores que propician que un individuo se comporte de manera positiva y se sobreponga de manera saludable a cualquier problema u obstáculo. La resiliencia es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, que puede variar con el transcurso del tiempo y con los cambios de contexto; implica algo más que sobrevivir al acontecimiento traumático o a los sucesos adversos, incluye la capacidad de ser transformado por ellos e incluso construir sobre ellos (Caldera, Aceves & Reynoso, 2016).

Para Gaxiola et al. (2011) la resiliencia se compone de al menos diez atributos, que, combinados, permitirán que la persona supere los riesgos a los que se enfrenta. Estos atributos son: 1) Afrontamiento: tendencia a enfrentar los problemas y a buscar apoyo en caso de necesitarlo; 2) Actitud positiva: enfoque positivo de la vida, disposición para aprender de los problemas y de ser feliz a pesar de las adversidades cotidianas; 3) Sentido del humor: disposición a sonreír a pesar de los problemas o situaciones difíciles que esté enfrentando; 4) Empatía: entender y compartir los estados emocionales o los contextos de las demás personas; 5) Flexibilidad: aceptación de los problemas como parte normal de la vida y posibilidad para adaptarse a las pérdidas; 6) Perseverancia: esfuerzo persistente para lograr metas a pesar de las dificultades y habilidad para

reajustarlas, aprender de las dificultades y reconocer el valor de la adversidad; 7) Religiosidad: tendencia a enfrentar y conceptuar los problemas con las creencias religiosas que se tengan; 8) Autoeficacia: creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar acciones que producirán determinados logros o resultados; 9) Optimismo: tendencia de las personas a esperar resultados positivos y favorables en sus vidas; y 10) Orientación a la meta: tener metas y aspiraciones en la vida y hacer lo necesario para lograrlas (citado en Márquez et al., 2016).

Para los pacientes drogodependientes y con recaídas, todos los aspectos analizados se vuelven un conflicto, debido a que en su situación se mezclan la depresión, la angustia, la desesperación por salir del problema, el sentimiento de culpa que generalmente tienen, no por lo que consumieron, sino por lo que hicieron. La religiosidad, el sentido del humor y el optimismo, son los factores que los mantienen con su deseo de recuperarse.

## 1.2. Problemas de conducta

Es común referirse a los problemas de conducta como el desorden negativista desafiante, la conducta agresiva e incluso el déficit de atención con o sin hiperactividad. Sin una intervención apropiada, es usual observar que los problemas de conducta se transforman en comportamiento antisocial o en consumo de drogas. Es importante interrumpir la progresión hacia este tipo de comportamiento a partir de intervenciones exitosas (Morales & Vázquez, 2014).

La American Psychiatric Association en el año 2000 definió los trastornos de conducta como:

...un patrón de comportamiento persistente caracterizado por la violación de los derechos de los demás o de las principales normas apropiadas para la edad y por lo general, se diagnostica después de 9 años de edad y antes de los 18 años. Ejemplos de estos comportamientos incluyen la agresión, destrucción de la propiedad y el robo (citado en Romero et al., 2016).

Actualmente, los problemas de conducta siguen siendo un tema de preocupación debido a las consecuencias negativas que llevan asociadas, tales como el bajo rendimiento académico, mayor riesgo de deserción escolar, el rechazo de los compañeros, y la disminución de la motivación. En congruencia con estos autores, estos trastornos de conducta se presentan más en los pacientes drogodependientes recaídos, debido a que cambian sus estados de ánimo, sus acciones se ven limitadas en muchos casos a la agresividad, faltas de respeto personas de su entorno, lo cual puede desencadenar en convertirse en un ente antisocial, donde la resiliencia se convierte en su única salida de la crisis.

Existen dos tipos de factores de riesgo predominantes relacionados a los actos violentos que cometen los jóvenes de gritar, golpear objetos, personas, portar armas o haber sido arrestados: 1) los factores relacionados con adicciones (drogas o alcohol) y 2) la violencia dentro del hogar o en el entorno cercano (violencia genera violencia). Actos de violencia más graves (portar armas o haber sido arrestados) presentan una mayor correlación con factores relacionados a las adicciones, mientras que actos violentos menos graves (gritar o golpear) presentan correlación tanto con factores relacionados con las adicciones como con factores relacionados con la violencia en el entorno (Mancha & Ayala, 2018).

Son muchos los factores explicativos implicados en una conducta violenta, esta se caracteriza por su complejidad y su diversidad expresiva, siendo imposible abarcar todos los tipos de violencia que pueden darse en la sociedad (Muñoz & Manzanero, 2016).

*Problemas de conducta y resiliencia en pacientes drogodependientes recaídos de las comunidades terapéuticas de Portoviejo*

*Ibarra Martillo, Bumbila García, Tarazona Meza*



La adolescencia es una etapa de la vida donde los individuos son más proclives a tener una conducta violenta, por ser una etapa de transición que conlleva a múltiples cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Cuando estos cambios se combinan con problemas familiares y/o contextos ambientales desfavorables, esto puede influir en que los adolescentes presenten diversos problemas de comportamiento, entre ellos conductas antisociales y, como consecuencia, lleguen a involucrarse en actos delictivos. La conducta antisocial hace referencia, básicamente, a una serie de actos que infringen las reglas o normas sociales y/o sean una acción contra los demás, independientemente de su gravedad o de las consecuencias que a nivel jurídico puedan acarrear (Rivera & Cahuana, 2016).

Es la adolescencia la etapa en la que, por el ímpetu de la edad, las curiosidades y las tentaciones que le presenta el entorno donde vive el individuo, donde un considerable porcentaje de personas consume por primera vez, y en la gran mayoría de los casos, no es la única, lo que se vuelve un gran problema para sus familiares y sobre todo para su vida, ya que los jóvenes no miden las consecuencias de sus actos y terminan envueltos en el círculo de la adicción a las drogas.

### 1.3. Pacientes drogodependientes

El consumo de sustancias legales e ilegales y las correspondientes conductas adictivas representan en la actualidad un problema emergente de salud pública por el que atraviesa la mayoría de los países en el mundo. Por su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, este evento biopsicosocial causa daños a la salud en particular y a la sociedad en general, dificultando la coexistencia, la vida productiva y la paz (Mojarro, Herrera & Servín, 2017).

El déficit de conocimientos y de formación de los profesionales junto con la falta de diseño e implementación de un protocolo multidisciplinar para tratar a una persona consumidora de sustancias adictivas, en ocasiones, impide realizar una valoración inicial del paciente, adecuada al tipo de dependencia. En relación al tratamiento de los pacientes con problemas de abuso de drogas, aunque una gran mayoría de los estudios coinciden en que la falta de formación de los profesionales afecta el cuidado que reciben los drogodependientes, no todos los autores tienen el mismo criterio (Molina et al., 2013). Por ello es importante contar con un equipo de expertos dentro del área que atiende las adicciones; esto constituye un apoyo esencial dentro del proceso de recuperación de los pacientes drogodependientes, puesto que permite aplicar técnicas y terapias específicas dentro de su tratamiento.

Portero (2015) analiza los criterios DSM-IV (sistema de clasificación de los trastornos mentales) para el abuso de sustancias como:

A. Un patrón anormal de consumo de sustancias que conlleva una afección o molestias clínicamente significativas, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un lapso de tiempo de un año:

1. consumo periódico y continuo de sustancias, que origina el incumplimiento de deberes en el ámbito laboral, los estudios o en su hogar (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)

2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un auto o maniobrar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

3. problemas con la ley de manera recurrente, relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al consumo de la sustancia)

4. consumo seguido de la sustancia, aún con los problemas sociales continuos o recurrentes o problemas con sus semejantes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con miembros de su familia en torno a las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han llegado a los niveles de los criterios para considerarse dependiente de esta clase de sustancia.

Los diagnósticos reconocidos en el DSM-IV para drogas se muestran en la tabla 1:

Tabla 1.

Diagnósticos reconocidos en el DSM-IV para drogas

	Dependencia	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X
Nicotina	X		X
Caféina		X	
Cannabis	X	X	X
Cocaína	X	X	X
Opiáceos	X	X	X
Alucinógenos (psicodélicos)	X	X	X

Fuente: Portero (2015)

Según De la Cruz, Gimeno & Esteban (2002) “Las drogas adictivas activan el sistema de recompensa incrementando la neurotransmisión de dopamina. De forma similar a la heroína y a la cocaína otras drogas como la nicotina y el alcohol activan esta vía, aunque en ocasiones indirectamente”. Aunque cada droga tiene un mecanismo de acción diferente, todas producen intoxicación, síntomas y consecuencias muy similares.

### 1.4. Círculo de la drogodependencia

Según González (1993), la drogodependencia se mueve con una dinámica especial que se refiere a cuatro puntos específicos: el ansia: deseo de drogarse, necesidad imperiosa de consumir sustancias; la compulsividad: sensación de obligatoriedad e inevitabilidad, fenómeno similar a otras manifestaciones de la psicopatología general; la externalización: sentir como un mecanismo de defensa característico de los adictos y en psicópatas sociales, y por último, el círculo vicioso: característica importante en el proceso adictivo, es la tendencia a agravarse con cada ocasión de consumo.

Los sujetos se envuelven en ideas relacionadas con la posibilidad de recaer en el consumo, y al mismo tiempo reconocen las consecuencias que les esperan y el encuentro con el otro yo a través de su rol como persona ante la sociedad. Las personas reconocen su deseo de volver a consumir droga, que se hace más persistentes al presentarse síntomas físicos como náuseas, taquicardias, incomodidades y sensaciones de desesperación, por no tener la droga (Bustamante et al., 2008).

El círculo de la drogodependencia se encuentra con mayor incidencia en lugares urbano marginales, porque cuando el paciente sale de la recuperación, va a seguir con su mismo círculo de amistades y su entorno social, donde seguramente van a estar los que consumían con él, por lo tanto, va a estar tentado a volver a consumir. En casos de otros sectores de una ciudad, o con personas pudientes muchas veces no suele suceder esto, sus familiares los envían luego de su recuperación a otro país para que se alejen del círculo vicioso donde estaba.

La relación entre el consumo de drogas y el desarrollo de conductas violentas está bien establecida en la actualidad. Numerosos estudios muestran altas tasas de violencia entre los pacientes drogodependientes que acuden a tratamiento. Los pacientes adictos con conductas violentas asociadas presentan una mayor gravedad en su adicción, un mayor grado de consumo de sustancias, un mayor número de síntomas psicopatológicos asociados y un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana (Fernández, Arteaga & López, 2014).

La drogodependencia es un estado de intoxicación repetitiva o crónica, causada por el consumo continuo de una droga natural o sintética (Del Mazo et al. (2008); es un estado caracterizado por el fuerte deseo de seguir consumiendo la droga y conseguirla de cualquier manera, propenso a aumentar la dosis, depende de formas físicas y psíquicas, con síndrome de abstinencia si llegase a retirarse de su consumo, y con efectos letales para la persona y la sociedad.

El denominado modelo biopsicosocial es, según expertos, el modelo de referencia ideal para abordar la drogodependencia. La conducta adictiva (el abuso de drogas) no puede reducirse a un evento neuroquímico que ocurre en el cerebro. La probabilidad de que una persona consuma droga o llegue a ser adicto no está relacionada sólo con las propiedades biológicas de la sustancia, influye también su grado de vulnerabilidad (en el que el sustrato biológico es uno de sus componentes), el contexto en el que el individuo se desenvuelve y los procesos de reforzamiento implicados (Fernández & Secades, 2007).

El consumo inicial y experimental puede ser voluntario, pero cuando la adicción se desarrolla se pierde el control. Bajo los efectos de las drogas se experimentan cambios que afectan el estado físico, mental y social de la población adicta. Cuando el individuo dependiente suprime el consumo de una o más drogas se manifiesta el síndrome de abstinencia cuyos efectos y duración varían en función de la sustancia consumida y del tiempo que el paciente lleva consumiéndola. El período de abstinencia durante el tratamiento por drogadicción es especialmente crítico para la salud oral, principalmente debido a un déficit en los hábitos de higiene. La abstinencia se manifiesta por un fuerte deseo a consumir la droga, extrema necesidad de dormir, pensamiento suicida y paranoia. El proceso de recuperación de la población consumidora de drogas utiliza con frecuencia medicación prescrita por psiquiatras para el tratamiento de ansiedad, agitación y alucinaciones (Rotemberg et al., 2018).

El ser humano puede hacerse dependiente de una amplia diversidad de objetos y hasta de sujetos. La situación de dependencia a las drogas requiere información tanto para quienes deciden no consumir como para quienes enfrentan problemas por uso o abuso. Los conceptos de uso y abuso de drogas son importantes, así como la relación de dependencia que puede llegar a transformar la conducta del individuo adicto en función de procurar la sustancia que pretende consumir (Riva et al., 2014).

La mujer drogodependiente, en ocasiones, presenta problemas biopsicosociales asociados al consumo de drogas que complica su tratamiento, haciéndolo menos accesible. Dichas características hacen que la evolución del consumo de las mujeres y sus necesidades específicas

condicionen su tratamiento. A nivel fisiológico suelen llegar a tratamiento con mayor severidad de sintomatología en comparación con los hombres. Algunos estudios indican que las intoxicaciones por consumo de alcohol y el síndrome de abstinencia se presentan con mayor severidad en mujeres que en hombres. El trastorno por uso de sustancias está a menudo asociado a trastornos de la alimentación, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad y/o trastorno por estrés posttraumático. La presencia de patología dual dificulta el tratamiento para la drogodependencia, lo que indica la necesidad de detectar y atender de forma simultánea ambos trastornos (Ruiz & Chulkova, 2016).

Esta investigación surge producto de las prácticas preprofesionales realizadas en los estudios universitarios de la carrera en Licenciatura en Psicología. Donde se pudo comprobar que no existen estudios previos sobre el tema en estas comunidades, a pesar de ser de gran relevancia para las personas, las familias y la sociedad.

El objeto de estudio de esta investigación fue la resiliencia, teniendo como problema científico: ¿cuáles son los niveles de resiliencia que tienen los pacientes drogodependientes recaídos en los centros terapéuticos de Portoviejo?.

El análisis realizado es la base para llevar a cabo acciones que contribuyan a mejorar la recuperación de las personas drogodependientes en las comunidades terapéuticas de Portoviejo.

## 2. Materiales y Métodos

El trabajo tuvo una duración de seis meses, se estudiaron cuatro centros terapéuticos de Portoviejo: Alghani, Cetad Portoviejo, Cetad Jesús amigo mío y Cetad Amancer de la esperanza.

La metodología que se utilizó fue descriptiva y exploratoria, con enfoque cualitativo-cuantitativo. Se emplearon como técnicas: la encuesta y la entrevista, se tomó como base el formato del test de resiliencia SV-RES para jóvenes y adultos (Saavedra & Villalta, 2008).

Se aplicó una entrevista a los cuatro Psicólogos Clínicos de cada comunidad terapéutica, que fueron escogidos para conocer la incidencia de los problemas de conducta y además una encuesta a pacientes drogodependientes de las comunidades terapéuticas.

La población identificada fue de 104 personas de las cuatro comunidades, la muestra seleccionada fue aleatoria y probabilística, de 15 pacientes por comunidad más los directores de cada comunidad terapéutica, para un total de 64 personas.

El rango de edades de los pacientes fue entre 25 y 35 años y el ingreso y la recolección de datos fue legalmente autorizada por los directores de los centros terapéuticos en estudio

## 3. Resultados

### 3.1. Análisis de actitudes de los pacientes según encuestas

Se realizó un estudio de las emociones. De acuerdo a los datos obtenidos en el análisis, el 75 % de los encuestados han tenido cambios de emociones de un momento a otro, mientras que el 25% no ha sentido lo mismo. Esto significa que 45 de los pacientes encuestados tienen cambios repentinos de su estado emocional. En la figura 1 se observan estos resultados.

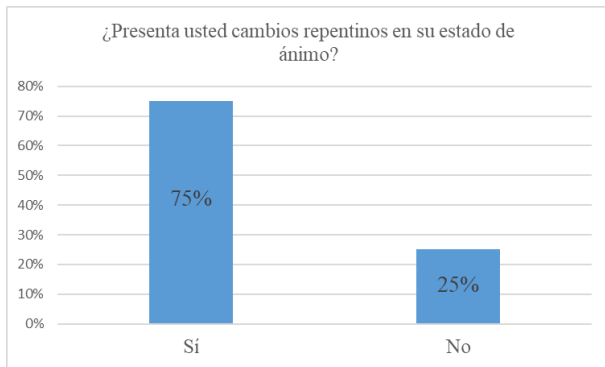


Figura 1. Cambio de emociones.

Fuente: Elaboración propia a partir del resultado de las encuestas aplicadas a pacientes de las comunidades terapéuticas.

En el análisis del estado de ánimo el 75 % de los encuestados aseguran que sus decisiones dependen mucho de su estado de ánimo, mientras que un 25 % no lo considera así. Como se muestra en la figura 2. Es común referirse a dichos problemas como el desorden negativista desafiante, la conducta agresiva e incluso el déficit de atención con o sin hiperactividad. Sin una intervención apropiada, es usual observar que los problemas de conducta se transforman en comportamiento antisocial o de consumo de drogas.

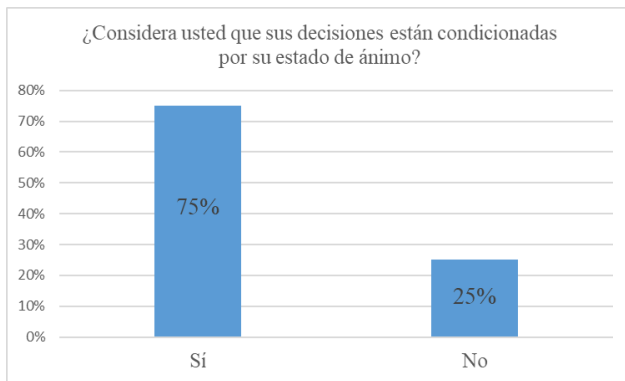


Figura 2. Toma de decisiones según estado de ánimo.

Fuente: Elaboración propia a partir del resultado de las encuestas aplicadas a pacientes de las comunidades terapéuticas.

El 78 % de los encuestados ha tenido problemas con otras personas, y un 22 % no lo ha tenido. Esto se refleja en la figura 3.

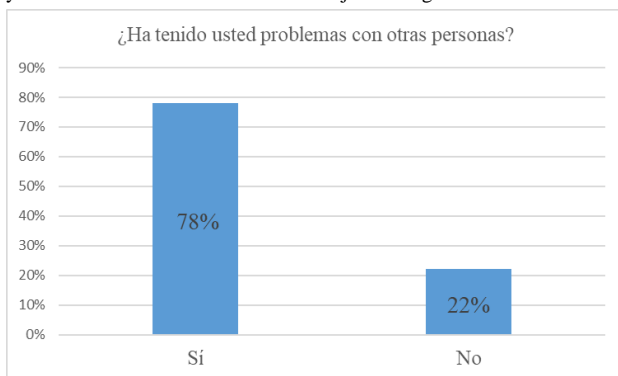


Figura 3. Problemas con otras personas.

Fuente: Elaboración propia a partir del resultado de las encuestas aplicadas a pacientes de las comunidades terapéuticas.

De acuerdo a los resultados obtenidos con respecto a hacer cosas fuera de la ley, el 81 % de los encuestados, 49 de los pacientes respondió que sí han hecho cosas fuera de la ley, mientras que el 19 % no como se muestra en la figura 4.

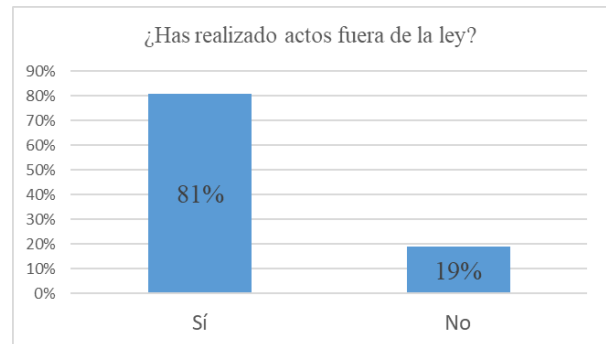


Figura 4. Hacer cosas fuera de la ley

Fuente: Elaboración propia de las autoras

El 85% de los encuestados afirma que necesita ser querido por los demás, mientras que el 15% no lo necesita, como se puede ver en la figura 5.

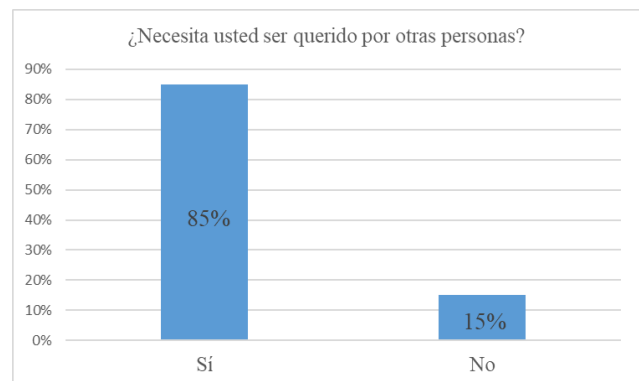


Figura 5. Necesidad de ser querido por otras personas.

Fuente: Elaboración propia a partir del resultado de las encuestas aplicadas a pacientes de las comunidades terapéuticas.

### 3.2. Análisis del test de resiliencia de las comunidades

De acuerdo a los datos obtenidos del test aplicados a los pacientes de las cuatro comunidades en estudio, el 47% de los pacientes tienen un nivel promedio de resiliencia; un 31 % tienen un nivel alto y un 22 % tiene un nivel bajo, como se observa en la figura 6.

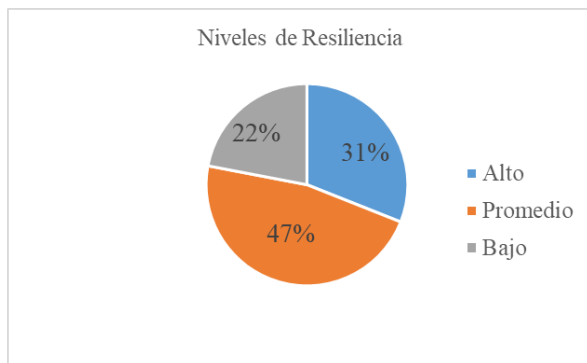


Figura 6. Niveles de resiliencia en comunidades terapéuticas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del test de resiliencia aplicado en las comunidades terapéuticas.

En la entrevista que se realizó a los cuatro psicólogos de los centros terapéuticos se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Problemas de conducta que presentan los pacientes: Los principales problemas de conducta que presentan los pacientes recaídos son agresividad, se comportan desafiantes, manipuladores y con poca predisposición de ánimo.
2. Formas de promover la resiliencia: Los profesionales concuerdan que para promover la resiliencia, no se debe emitir juicios, no hay que victimizarlos, no cuestionarlos y sobre todo establecer factores de protección para que se sientan seguros.
3. Frecuencia de casos de pacientes recaídos: Se reciben casos de recaídas con mucha frecuencia, actuando enseguida con una atención integral.
4. Importancia de fomentar la resiliencia: Es de mucha importancia que se desarrolle resiliencia en esta clase de situaciones adversas para que puedan tener un control emocional.
5. Estrategias aplicadas en la terapia: Se ejecutan técnicas como la psicoeducación, videos foro, manejo y control de pensamientos automáticos, identificación de factores de protección, refuerzo de su autoestima y tolerancia a la frustración.
6. Predisposición a recibir capacitaciones en el tema resiliencia: Los entrevistados contestaron que tienen toda la predisposición para recibir capacitaciones y actualizarse en temas de resiliencia, para poder transmitir estas enseñanzas dentro de sus terapias como medidas de sostenimiento emocional y autocontrol para ellos.

#### 4. Discusión

Los instrumentos aplicados durante la investigación prueban que los pacientes de las cuatro comunidades terapéuticas, tienen un nivel de resiliencia con valores promedio y alto. Esto prueba que pese a haber sufrido una recaída en sus adicciones, tienen la convicción que pueden salir de este estadio y superarlo, contraponiéndose a la teoría de Bustamante et al. (2008) que expresaban que los sujetos se encierran en sus conceptos de que volverán a recaer en la adicción, más allá de las consecuencias que atribuyen a la sociedad en general.

Los psicólogos tienen identificados los cambios de conducta que presentan los pacientes recaídos, cuyas características son pasivo-agresivas, en otros casos desafiantes, manipuladoras, los cuales llegan con

otro tipo de expectativas y su tratamiento es diferente, tienen temor a ser violentados por haber incurrido nuevamente en su adicción.

Se debe evitar emitir juicios de valor sobre estos pacientes, no victimizarlos, no cuestionarlos y sobre todo establecer factores de protección.

Deben llevarse a cabo estrategias para reforzar su autoestima y tolerancia a la frustración. Es importante fomentar la resiliencia para que enfrenten situaciones adversas y tengan medidas de autocontrol, utilizando video foros, psicoeducación, manejo y control de pensamientos automáticos. Para esto es necesaria la capacitación permanente en estas temáticas, lo que concuerda con Molina et al. (2013), los que plantean que el poco conocimiento y la poca formación de los profesionales junto con la falta de diseño e implementación de un protocolo multidisciplinar, para tratar a una persona consumidora de sustancias adictivas, en ocasiones, impiden realizar una valoración inicial del paciente, adecuada al tipo de dependencia.

Los pacientes aseguran haber experimentado cambios de su conducta en su recaída, ejemplo de ello son los cambios de emociones constantes y repentinos, el proceso de toma de decisiones se ha visto afectado por su estado de ánimo y esto ha provocado problemas en sus relaciones interpersonales, algunos manifiestan haber realizado actos fuera de la ley y sienten la necesidad de ser queridos por otras personas. Algunos de estos comportamientos negativos incluyen la agresión, destrucción de la propiedad y el robo. Actualmente, los problemas de conducta siguen siendo un tema de preocupación progresiva debido a la multitud de consecuencias negativas que llevan asociados, como el bajo rendimiento académico, un mayor riesgo de deserción escolar, el rechazo de los compañeros y la disminución de la motivación (Romero et al., 2016).

Se puede concluir que existen problemas de conducta asociados a la reincidencia en el consumo de las drogas. Entre los que más destacan se encuentran los cambios emocionales, los problemas con las presonas de su entorno y la realización de actos fuera de la ley. La resiliencia es un factor preponderante dentro del proceso de recuperación de los pacientes drogodependientes recaídos, si es bien llevada y con una terapia adecuada se convierte en una ayuda especial para estas personas, debido a sus consecuencias y resultados ya probados a escala mundial en estos casos.

#### Referencias bibliográficas

- Agustí, F. (2013). SER Historia: Las drogas y su origen. Cadena SER Historia.
- Álvarez, T. B., & Morales, S. J. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista costarricense de psicología*, 34(2), 147-157.
- Berruecos, V. L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81.
- Bustamante, O. L. H., Reyes, Y. P. T., Gutiérrez, L. E. Á., & Payares, A. D. G. (2008). Descripción fenomenológica de la vivencia del síndrome de abstinencia en pacientes drogodependientes. *Psicología desde el Caribe*, (21), 85-104.
- Caldera, J., Aceves, B., & Reynoso, Ó. (2016). Resiliencia en estudiantes universitarios. Un estudio comparado entre carreras. *Psicogente*, 19(36).

- Cordini, M. (2005). La Resiliencia en adolescentes del Brasil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1).
- De la Cruz, P. M., Gimeno, C., & Esteban, J. (2002). Diferencias en los criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR de los trastornos relacionados con sustancias y comentarios sobre términos utilizados. *Salud y drogas*, 2(2), 57-88.
- Del Mazo, L. D., Botta, B. V., Lahens, M. A., Perelló, G. M., & González, S. F. (2008). Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo. *Medisan*, 12(2).
- Fernández, J., & Secades, R. (2007). Psicología y drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1).
- Fernández, J., Arteaga, A., & López, J. (2014). Efectividad del tratamiento de la violencia contra la pareja en pacientes drogodependientes. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2).
- González, J. (1993). Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. *Revista Psiquis* (2), 61-70.
- González, N., & Valdez, J. (2007). Resiliencia en Niños. *Psicología Iberoamericana*.
- González, N., & Valdez, J. (2015). Resiliencia. Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 5(2).
- Mancha, G., & Ayala, E. (2018). Factores de riesgo asociados a la conducta violenta de los jóvenes en México. *Desarrollo y Sociedad*, (81).
- Márquez, C., Verdugo, J., Villarreal, L., Montes, R., & Sigales, S. (2016). Resiliencia en adolescentes víctimas de violencia escolar. *INFAD. Revista de Psicología*.
- Mojarro, A., Herrera, I., & Servín, L. (2017). Entrenamiento en habilidades para la vida como estrategia para la atención primaria de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*, 25(2).
- Molina, M. J., Hernández, S. D., Simonet, B. M., & Gelabert, B. A. (2013). Impacto de la formación y los conocimientos de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 45-49.
- Morales, S., & Vázquez, F. (2014). Prácticas de Crianza Asociadas a la Reducción de los Problemas de Conducta Infantil: Una Aportación a la Salud Pública. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 4(3).
- Moreno, R., & Saiz, C. (2014). Factores resilientes en los futuros maestros. *INFAD. Revista de Psicología*.
- Muñoz, J., & Manzanero, A. (2016). Monográfico sobre evaluación de la conducta violenta. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26.
- Portero, L. G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.
- Riva, R., Rotemberg, E., Sanguinetti, M., Rodríguez, A., & Massa, F. (2014). Drogodependencia, Bruxismo y Trastornos Témporo-Mandibulares: Análisis comparativo en dos poblaciones: Muestra Nacional y población en tratamiento por consumo problemático de drogas en Portal Amarillo. *Odontostomatología*, 16(24), 26-33.
- Rivera, R., & Cahuana, M. (2016). Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*, 30(120).
- Romero, M., Benavides, A., Quesada, A., & Álvarez, G. (2016). Problemas de conducta y funciones ejecutivas en niños y niñas de 5 años. *INFAD. Revista de Psicología*.
- Rotemberg, E., Sanguinetti, M., Massa, F., Triaca, J., & Kreiner, M. (2018). Prevalencia de signos y síntomas de trastornos témporomandibulares en una población joven al inicio del tratamiento por drogodependencia. *Odontostomatología*, 20(31), 44-52.
- Ruiz, R., & Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Revista Clínica y Salud*, 27(1).
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.

### Agradecimientos

El agradecimiento especial va para las comunidades “Alghani”, “El amanecer de la esperanza”, “CETAD Jesus Amigo Mio ” y “CETAD Portoviejo”, por el apoyo brindado a esta investigación.

*Problemas de conducta y resiliencia en pacientes drogodependientes recaídos de las comunidades terapéuticas de Portoviejo*

*Ibarra Martillo, Bumbila García, Tarazona Meza*

