



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y RIESGO DE RECAÍDA EN ADICTOS RESIDENTES EN COMUNIDADES TERAPEÚTICAS DE LIMA METROPOLITANA”

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Diego Alex Domínguez Quispe

Asesor:

Mg. Luis Ronald Luyo Pachas

Lima - Perú

2021

DEDICATORIA

A mi padre, quién en cada momento confío en mi.

AGRADECIMIENTO

A quienes me guiaron en mi proceso de formación tanto a nivel profesional como personal.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2. JUSTIFICACIÓN	12
1.3. LIMITACIONES	13
1.4. ANTECEDENTES	13
1.4.1. Internacionales	13
1.4.2. Nacionales	16
1.5. BASES TEÓRICAS	17
1.5.1. Afrontamiento	17
1.5.2. Trastornos de personalidad	20
1.5.3. Adicciones y recaída	27
1.5.4. Comunidad terapéutica	32
1.6. FORMULACION DEL PROBLEMA	33
1.7. OBJETIVOS	33
1.7.1. Objetivo general	33
1.7.2. Objetivos específicos	33
1.8. HIPÓTESIS	34
1.8.1. Hipótesis general	34
1.8.2. Hipótesis específicas	34
CAPITULO II. METODOLOGÍA	35
2.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	35
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
2.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
2.4. UNIDAD DE ESTUDIO	38
2.5. POBLACIÓN	38
2.6. MUESTRA	38
2.6.1. Criterios de selección de la muestra	38
2.7. INSTRUMENTOS DE ESTUDIO	39
2.7.1. Cuestionario de estimación del afrontamiento COPE	39
2.7.2. Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0	40
2.7.3. Inventario clínico multiaxial de Millon (versión III)	41
2.7.4. Ficha sociodemográfica	41
2.8. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
2.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	42
CAPITULO III. RESULTADOS	43
3.1. PRUEBA DE NORMALIDAD EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	43
3.2. PRUEBA DE NORMALIDAD EN ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	43
3.3. PRUEBA DE NORMALIDAD EN RIESGO DE RECAIDA	44
3.4. CORRELACIÓN ENTRE TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y RIESGO DE RECAIDA	45
3.5. CORRELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y	

RIESGO DE RECAÍDA	45
3.6. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADICTOS RESIDENTES	46
3.7. DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADICTOS RESIDENTES	48
3.8. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADICTOS RESIDENTES	50
3.9. DESCRIPCIÓN DE LOS NIVELES DE RIESGO DE RECAÍDA EN ADICTOS RESIDENTES	51
3.10. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN EDAD	52
3.11. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	53
3.12. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SEGÚN DROGA PROBLEMA	54
3.13. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN EDAD	54
3.14. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	55
3.15. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SEGÚN DROGA PROBLEMA	55
3.16. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE RIESGO DE RECAÍDA SEGÚN EDAD	56
3.17. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE RIESGO DE RECAÍDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	57
3.18. ANÁLISIS DIFERENCIAL DE RIESGO DE RECAÍDA SEGÚN DROGA PROBLEMA	57
CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	59
4.1. DISCUSIÓN	59
4.2. CONCLUSIONES	62
4.3. RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS	64
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	43
Tabla 2.....	44
Tabla 3.....	44
Tabla 4.....	45
Tabla 5.....	45
Tabla 6.....	46
Tabla 7.....	48
Tabla 8.....	50
Tabla 9.....	51
Tabla 10.....	52
Tabla 11.....	53
Tabla 12.....	54
Tabla 13.....	54
Tabla 14.....	55
Tabla 15.....	55
Tabla 16.....	56
Tabla 17.....	57
Tabla 18.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estilos de afrontamiento.....	17
Figura 2. Relación de variables.....	37
Figura 3. Frecuencia de trastornos de personalidad en adictos residentes.....	47
Figura 4. Frecuencia de estrategias de afrontamiento en adictos residentes.....	49
Figura 5. Frecuencia de estilos de afrontamiento en adictos residentes.....	50
Figura 6. Frecuencia de niveles de riesgo de recaída en adictos residentes.....	52

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo identificar la relación que existen entre Trastornos de Personalidad y Estilos de Afrontamiento con el Riesgo de Recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. El tipo de investigación que se utilizó fue el cuantitativo, de diseño no experimental, tipo transversal y correlacional. La muestra fue conformada por 240 adictos residentes varones, quienes se encuentran internados en 7 Comunidades Terapéutica de Lima Metropolitana, autorizadas por el Ministerios de Salud y afiliadas a la Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas ACTP. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al., el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Los resultados muestran que el estilo centrado en el problema es el más utilizado, además de las estrategias de acudir a la religión, la reinterpretación positiva y la búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales; el trastorno de personalidad más frecuente es el evitativo así como el hecho de que el individuo no lo presente; el nivel de riesgo de recaída muy bajo es el predominante. No se encontraron diferencias significativas entre las variables Trastornos de Personalidad y Estilos de Afrontamiento con el Riesgo de Recaída. Finalmente, no se obtuvo diferencias significativas respecto a las variables grado de instrucción y tipo de droga problema; si se encontraron diferencias significativas respecto a la variable edad.

Palabras clave: Personalidad, Afrontamiento, recaída, adicción, Comunidad Terapéutica.

Abstract

The present research aims to identify the relationship between Personality Disorders and Coping Styles with the Risk of Relapse in addicts residing in therapeutic communities in Metropolitan Lima. The type of research used was quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational. The sample consisted of 240 male resident addicts, who are interned in 7 Therapeutic Communities of Metropolitan Lima, authorized by the Ministries of Health and Affiliated to the Association of Peruvian Therapeutic Communities ACTP. The instruments used are the COPE Coping Estimation Questionnaire by Carver et al., Millon's Multiaxial Clinical Inventory (version III) and the AWARE 3.0 Relapse Risk Questionnaire by Gorski and Miller. The results show that the style focused on the problem is the most used, in addition to the strategies of resorting to religion, positive reinterpretation and the search for social support for instrumental reasons; the most frequent personality disorder is avoidant as well as the fact that the individual does not present it; the very low level of risk of relapse is predominant. No significant differences were found between the variables Personality Disorders and Coping Styles with the Risk of Relapse. Finally, no significant differences were obtained with respect to the variables of instruction and type of drug problem; if significant differences were found with respect to the age variable.

Keywords: Personality, Coping, relapse, addiction, Therapeutic Community.

1. CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

¿Qué tienen en común Congo, Laos y Perú? pues son tres de los países donde consumir drogas es más barato. De hecho, Perú, ocupa el quinto puesto a nivel mundial, según un estudio de Bloomberg. El gramo de cocaína en República Dominicana cuesta US\$5, muy cerca al principal productor en el mundo, Colombia con US\$ 4.6 y al segundo, Perú con US\$ 3.7. En China, una cerveza, un poco de vino y algún destilado costará algo de US\$ 116.1, mientras que en Estados Unidos sale US\$ 10.5, cifra bastante similar a la de Perú con US\$ 10.2. (Gestión, 2017).

Según el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) en un estudio nacional, más de un millón setecientos mil peruanos son adictos al alcohol, en el cual se advierte además que el consumo de esta droga social prácticamente es similar entre varones y mujeres. La investigación “Epidemiológica de Drogas en Población Urbana Peruana”, arroja igualmente que el 46,6% de chicos entre 12 y 18 años ha probado alcohol al menos una vez en la vida, mientras que el 83% de los jóvenes con edades entre los 19 y 24 años también reconoce haberlo hecho. Se determinó que el 40.4% de jóvenes desocupados, el 28% de escolares y el 43,6% de estudiantes universitarios bebe dos veces por semana. (Andina, 2017)

Por su parte, la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2017) realizó el VI Estudio Nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2017, donde se evidencia un significativo consumo de drogas legales e ilegales en los adolescentes de nuestro país. Se reporta que más de trescientos mil de escolares ha consumido drogas legales en el último año. Se registra que más de 34 mil escolares ha consumido marihuana en el último año, mientras que en ese mismo período casi 13 mil escolares lo hicieron con clorhidrato de cocaína, 9 mil con pasta básica de cocaína (PBC) y más de 10 mil con éxtasis. El 85.4% de los estudiantes universitarios declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida. Para el caso del uso de tabaco se observa que un 53.1% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida

Por ello, es preocupante que en las dos últimas décadas, el consumo de drogas ha aumentado con mucha más rapidez en los países en desarrollo que en los países

desarrollados, según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020), esto obedece en parte a las diferencias en el crecimiento demográfico general en ese mismo período (el 7% en los países desarrollados y el 28 % en los países en desarrollo), pero también al crecimiento más rápido de la población jóvenes en los países en desarrollo. En el 2018, unos 35,6 millones de personas padecían trastornos por consumo de drogas. La pobreza, la educación limitada y la marginación social pueden aumentar el riesgo de trastornos por consumo de drogas y agravar sus consecuencias. Esto se confirma en estudios realizados en países de altos ingresos, donde la trayectoria socioeconómica adversa de una persona, no sólo su situación en un momento dado, también se vincula al riesgo de trastornos por consumo de drogas.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016), la población de 15 y más años de edad encuestada, el 11, 2% reportó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días, Según el área de residencia, la prevalencia de consumo fue 12,4% en el área urbana y 9 % en el área rural. Por su lado, en los 30 días anteriores a la encuesta, el 32, 6% de las personas de 15 y más años de edad han consumido bebidas alcohólicas o licor. Registrándose la mayor prevalencia en Lima Metropolitana (41,1%) y Costa (36,4%); en tanto, la menor prevalencia fue en la Sierra (25,2%).

En consecuencia, Negreiros (2018), señaló la importancia de resaltar que una adicción es un comportamiento repetitivo y compulsivo que una persona tiene dificultad en controlar y que implica consecuencias negativas para el individuo, pero que no siempre transgrede las normas sociales. Las situaciones de pobreza y exclusión social son potenciales factores de riesgo en el tema del desarrollo de adicciones y conductas antisociales, pues la persona que está pasando por dificultades se encuentra en un estado más vulnerable y a merced de la presión del entorno. Los jóvenes son más propensos a caer en una adicción, esto se debe a factores específicos dentro de esta etapa que se convierten en factores de riesgo y que los atraen al consumo de sustancias: la curiosidad, la necesidad de experimentar cosas nuevas, la atracción por el riesgo, la pertenencia al grupo, etc.

Por otro lado, a nivel internacional, según el reporte la Organización Mundial de la Salud (OMS,2018) informa que 1 de cada 5 personas entre los 10 y 19 años en etapa adolescente sufre de algún episodio de enfermedad mental. Siendo una etapa de desarrollo crítico de la personalidad.

En esa misma línea, un estudio realizado por la carrera de Psicología de la Universidad Científica del Sur (UCS, 2019), evaluó los rasgos de Personalidad Psicopatológicos en Adolescentes de la zona de Lima Sur, evidenciando que 3 de cada 10 entrevistados tienen una tendencia a presentar rasgos psicopatológicos como prototipos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSa, 2018), estima que los trastornos mentales representan 17.4% del total de años de vida saludables perdidos, debido a su cronicidad prematura, que genera discapacidad.

A su vez, el Presidente de la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú y Miembro del Consejo Directo de la Federación de Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Pedro Cáceda Soriano, reveló que el problema de informalidad en el sector es grave y que en el Perú existen unos 400 centros informales de rehabilitación. Sin embargo, precisó que la Asociación del Perú agremia a 25 comunidades debidamente formalizadas. (Gestión, 2015).

1.2. JUSTIFICACIÓN

Por lo visto en la realidad problemática se destaca la importancia del presente estudio; a nivel teórico, es generar un conocimiento científico para tres constructos psicológicos: personalidad, afrontamiento y recaída; variables significativas para desarrollar el comportamiento de los sujetos con dependencia a sustancias psicoactivas.

A nivel práctico, comprender la relación entre los trastornos de personalidad (TP) y estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída con la intención de crear programas de prevención e intervención acorde a la existencia o no de una patología dual, así como las formas de afrontar su realidad de los adictos a SPA en los centros terapéuticos de Lima metropolitana.

En el aspecto metodológico, se pone a prueba la funcionalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millón (versión III), el Cuestionario de Afrontamiento Disposiciones Cope de Carver et al. y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller en esta población.

Por otro lado, no existen investigaciones en el Perú que relacionen personalidad, afrontamiento y riesgo de recaída, por este motivo el presente trabajo permite brindar primeras informaciones acerca de la relación o no entre las variables mencionadas.

1.3. LIMITACIONES

A nivel metodológico encontramos que el estudio se realiza con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, ya que es complicado acceder a toda la población que se encuentra en un tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. Internacionales

En España, Pallarés (2016), identificó aquellos factores psicosociales asociados con el inicio y prevalencia del consumo de drogas legales, Se trató de una muestra incidental formada por 182 sujetos (58,8% mujeres) que habían acudido a consulta, estaban en tratamiento psicoterapéutico y/o eran estudiantes o personal laboral universitario. Para ello, se elaboró un cuestionario diseñado ad hoc, dividido en dos partes, una de recogida de datos sociodemográficos y de consumo; por otra parte, una cuestión abierta solicitando a los encuestados incidentes críticos de sus experiencias en relación con el consumo de tabaco y alcohol. Los resultados indicaron la importancia de la influencia del grupo de iguales en la iniciación al consumo de drogas, así como la escasa resistencia a la incitación grupal y la tendencia a permanecer en ambientes de ocio y diversión, en compañía de iguales que consumen. Asimismo, como factores determinantes de la iniciación se ha confirmado la implicación de atribuciones identitarias, la búsqueda de sensaciones y la curiosidad como variables explicativas de la problemática que fue objeto de análisis.

Castillo et al (2016) examinaron la tasa de prevalencia de trastornos de personalidad en prisión (consumidores de drogas y maltratadores), utilizando como grupo control la población encarcelada sin este tipo de delitos. Participaron en este estudio 45 hombres del Centro Penitenciario de Granada, España (15 consumidores de drogas, 15 maltratadores y 15 controles) que fueron seleccionados mediante la Escala de Severidad de la Adicción (EUROPASI) y la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2). Para evaluar los trastornos de personalidad se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

Se encontró que el grupo de consumo de drogas puntúa más alto en los trastornos de personalidad histriónico, antisocial, borderline y agresivo-sádico en comparación con el grupo de maltrato y control. Los resultados resaltan la necesidad de tener en cuenta la existencia de trastornos de personalidad en población clínica con el fin de diseñar estrategias de intervención y prevención para el consumo de drogas.

En Canadá, McConell et al. (2014) investigaron la relación entre afrontamiento y el consumo de drogas, encontraron que el estilo de afrontamiento utilizado por el sujeto influye en que adopte un comportamiento favorable o adverso para la salud. Los autores refieren que un afrontamiento que busca involucrarse de forma activa en el problema, se relaciona con menor posibilidad de consumo de sustancias y sirve como factor de protección. Por el contrario, una estrategia de afrontamiento que se deslignie del problema se asocia a una mayor posibilidad de consumir drogas como marihuana y tabaco.

En Colombia, Gonzáles et al (2016), buscaron determinar la influencia de la dependencia a sustancias sobre los trastornos de personalidad y la sintomatología frontal, y así relacionarlas en personas dependientes a sustancias psicoactivas. En esta investigación, participaron 110 personas, 55 dependientes a sustancias y 55 de población no clínica, quienes llenaron las escalas ISP y MCMI-III. En los resultados se hallaron que las personas dependientes a sustancias psicoactivas presentan mayor daño en los lóbulos pre-frontales y alta probabilidad de desarrollar trastornos de personalidad, además existen relaciones significativas entre los trastornos de personalidad y las dificultades en las actividades cotidianas relacionadas con las funciones del lóbulo prefrontal. Los trastornos que más se presentan en la población clínica son el Antisocial, Evitativo y Depresivo. Se concluye que los daños en el lóbulo frontal y la tendencia al desarrollo de trastornos de personalidad se ven influenciados por la dependencia a sustancias, existiendo a su vez correlaciones altamente significativas entre ambas variables.

En Argentina, Liberini et al (2016), analizaron el rol de la autoestima, la personalidad y la estructura familiar sobre la adicción (consumo de alcohol) en los adolescentes. La muestra utilizada fue no probabilística, intencional, y constó de 2049 casos, compuesta por varones (29,4%), mujeres (70,3%) y otros géneros (0,3%), entre 11 a 20 años (promedio de 17,7 años). Se utilizaron cuatro sub-instrumentos: Rosenberg

(autoestima), FACES III (cohesión familiar), AUDIT (consumo de alcohol) y Mini IPIP (personalidad). En los resultados destacan que cerca del 40% presenta un riesgo medio o alto en su consumo del alcohol, creciendo esta proporción en el sexo masculino, al igual que conforme aumenta la edad del consumidor. Existe una relación positiva entre consumo y extroversión, y negativa con personalidades responsables y neuróticas.

Luna et al (2017) buscaron identificar diferencias en el perfil de trastornos de personalidad de sujetos pertenecientes a una comunidad terapéutica para el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Para este estudio participaron 30 personas comprendidas entre los 17 y los 28 años. Se utilizó, para evaluar el nivel de consumo de sustancias, la Escala CRAFFT (Carlos) y, para evaluar los trastornos de la personalidad, el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2). Los resultados muestran relaciones importantes entre el consumo y diversos rasgos de la personalidad; resaltan las relaciones encontradas en las escalas de desviación psicopática y esquizofrenia.

Criollo y Guerrero (2015) estudiaron las estrategias de afrontamiento que utilizaron los sujetos drogodependientes en proceso de tratamiento en una Comunidad Terapéutica en Ecuador, la muestra estuvo comprendida entre las edades de 19 a 70 años. Los instrumentos aplicados fueron el URICA y COPE-28. Los resultados indicaron que acudir a la religión fue la estrategia más utilizada y que las estrategias de afrontamiento son importantes en el tratamiento de las adicciones.

Blanco y Jiménez (2015), estudiaron los factores de riesgo asociados con las recaídas en el consumo de drogas en adolescentes que han recibido tratamiento. Los instrumentos aplicados fueron la Entrevista de Recaídas para Usuarios de conductas Adictivas, Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, Escala de Control Atencional, Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, y Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Con una muestra de 107 adolescentes que recibieron atención ambulatoria en el Centro de Menores del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) en Costa Rica. Los resultados indicaron que las variables intrapersonales como regulación emocional, control atencional, estados emocionales negativos, búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas. Asimismo, en situaciones

precipitantes de recaídas, se encontró que las mujeres perciben los estados emocionales negativos y experimentar emociones positivas, con mayores situaciones de riesgo para recaer que los hombres.

En Cuba, Tarzan y Benítez (2017) buscaron identificar situaciones de riesgo individuales que pueden llevar a recaídas y al afrontamiento ante las mismas, en los pacientes sujetos de investigación. Las técnicas empleadas fueron entrevistas, observación, análisis de documentos y técnicas diagnósticas cognitivo-conductuales. Los resultados principales arrojaron que las situaciones de riesgo más identificadas fueron la presión social y los conflictos interpersonales. El estilo de afrontamiento predominante fue el centrado en la emoción, como estrategia, la búsqueda de apoyo social (Grupos de ayuda mutua, Alcohólicos Anónimos).

Pedrerol (2018), estudio los patrones que se presentan en una amplia muestra de pacientes adictos y caracterizar a cada uno de ellos según manifestaciones psicológicas y psicopatológicas. Fue una muestra de 1406 sujetos que iniciaban tratamiento por conductas adictivas en un centro de tratamiento de adicciones, se aplicó el Inventario clínico Multiaxial de Millon- II. Los resultados indicaron que el 32,5% de la muestra presentaba patrones graves de personalidad, que corresponderían con los diagnósticos de trastorno esquizotípico, límite, antisocial y evitativo; mientras que el 42,2% no presentaba ningún patrón problemático.

1.4.2. Nacionales

Valles (2016) realizó un estudio donde analizó la relación que existe entre la autoeficacia general y el riesgo de recaída en adictos a drogas en tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas. La muestra estuvo conformada por 129 adictos a sustancias psicoactivas de ambos sexos (27 mujeres y 102 varones) cuyas edades oscilaban entre los 14 y 67 años. Los resultados mostraron una correlación altamente significativa de tipo inversa entre los puntajes totales de Autoeficacia General y Riesgos de Recaída. Asimismo, se halló que el riesgo de recaída se relaciona significativamente con las variables sociodemográficas: estado civil, ocupación y grado de instrucción; por el contrario, no se encontró relación con el sexo de los participantes.

Castillo y Saavedra (2018) estudiaron la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos y el riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas de

Lambayeque. Se trabajó con población muestral, la cual estuvo constituida por 6 comunidades terapéuticas, con un total de 127 internos por consumo de sustancias psicoactivas. Se utilizó el Cuestionario de esquemas de Young forma-abreviada y el Cuestionario de riesgo de recaída Aware 3.0. Los resultados obtenidos indican que existe relación muy significativa positiva entre los esquemas privación emocional, abandono, desconfianza, aislamiento social, inadecuación, fracaso, dependencia, vulnerabilidad, yo dependiente, subyugación, inhibición emocional, grandiosidad, autocontrol insuficiente y el riesgo de recaída.

Nieto et al (2017) Buscaron establecer la frecuencia de recaída a cuatros meses de seguimiento en pacientes consumidores de sustancias con trastornos de personalidad. Se utilizó la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II) para evaluar trastornos de personalidad y examen de detección de sustancias en orina. Se evaluaron 33 pacientes, y 36.4% presentaba trastornos de personalidad; el antisocial tuvo la mayor prevalencia. Los pacientes con trastornos de personalidad presentaron recaídas en el consumo.

Solano (2017) buscó identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. Se utilizó una muestra no probabilística de tipo intencional, la cual fue conformada por 240 adictos de ambos sexos, los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al. y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Los resultados muestran que el estilo orientado a la tarea es el más utilizado, además de la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento, el nivel de riesgo de recaída promedio es el de mayor predominancia. Existe una correlación inversa entre el estilo orientado a la tarea y el riesgo de recaída, así como una correlación directa entre el estilo evitativo y el riesgo de recaída.

1.5. BASES TEÓRICAS

1.5.1. Afrontamiento

1.5.1.1. Definición de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las

demandas internas y/o externas que son evaluadas como impositivas o que exceden los recursos de la persona.”

Fernández et al (1997) conceptualizan el afrontamiento como un proceso que realiza el individuo para hacer frente a las situaciones estresantes. Mencionan además que si el sujeto encuentra resultados positivos en su proceso de afrontamiento al problema repetirá este comportamiento ante situaciones semejantes. Por otra parte, si no consigue el éxito esperado utilizará otra estrategia.

Casullo y Fernández (2001) entienden el afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan.

1.5.1.2. Estilos de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) exponen tipos de afrontamiento enfocados al problema y a la emoción. En el tipo de afrontamiento centrado en el problema, el individuo trata de solucionar o modificar la situación de alguna forma. Por consiguiente, hace relación al uso de un conjunto de estrategias como la solución de problemas, la toma de decisiones, el buscar información, etc.; las cuales son utilizadas con el objetivo de realizar un cambio en la situación estresante. Por otro lado, el afrontamiento enfocado a la emoción está guiado a disminuir o eliminar las reacciones emocionales producidas por la fuente estresante, asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello se concentra en disminuir toda su atención del malestar emocional que se va generar.

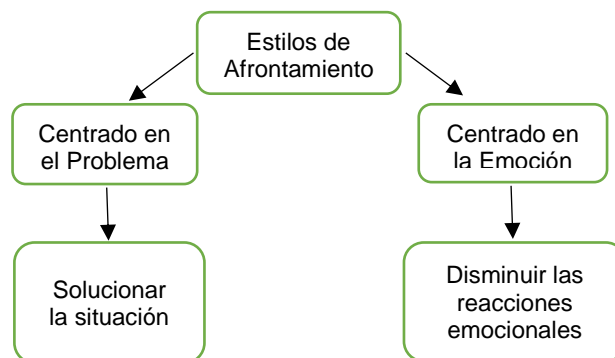


Figura 1: Estilos de Afrontamiento. Elaboración Propia

1.5.1.3. Estrategias del Afrontamiento

Carver et al. (1989) mencionan quince estrategias de afrontamiento para su evaluación: el afrontamiento activo (confrontar una situación estresante), la planificación (pensar estrategias y seguir un plan de acción), la supresión de actividades competentes (dejar de lado otras actividades para concentrarse en el problema), la postergación del afrontamiento (evaluar la situación para no actuar precipitadamente), el soporte social instrumental (buscar información y consejo en los demás), el soporte emocional (buscar en otros apoyo moral y comprensión), la reinterpretación positiva (aprender y otorgarle un significado positivo a las experiencias), la aceptación (aceptar lo acontecido), la negación (no aceptar el problema), el acudir a la religión (buscar apoyo en la religión), enfocar y liberar emociones (expresar emociones de manera intensa), el uso de sustancias (consumir drogas), el desentendimiento conductual y cognitivo (evitar comprometerse ya sea en lo conductual y/o cognitivo frente a una situación estresante) y el humor (bromear sobre la situación estresante).

1.5.1.4. Dimensiones del Afrontamiento

Fernández et al. (1997) propusieron un modelo integrador sobre los estilos de afrontamiento en donde explica tres dimensiones básicas para los diferentes estilos. Estas dimensiones son:

- a. El método empleado en el afrontamiento, donde se puede distinguir el afrontamiento activo, el que moviliza esfuerzos para los distintos tipos de solución de la situación; el afrontamiento pasivo, el que se basa en no hacer nada directamente en la situación, sino simplemente esperar que cambien las condiciones.
- b. La focalización del afrontamiento, donde se distingue el estilo de afrontamiento dirigido al problema, el cual trata de alterar las condiciones responsables de la amenaza; el estilo centrado en la emoción, donde se busca reducir o eliminar el malestar emocional.
- c. La actividad movilizada en el afrontamiento, por lo que los esfuerzos pueden ser cognitivos y/o conductuales, es decir, conductas encubiertas u observables, que implican esfuerzos desplegados en comportamientos manifiestos.

1.5.2. Trastornos de Personalidad

1.5.2.1. Definición de Trastornos de Personalidad

Millon (1990), lo define como:

“Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de los círculos viciosos; imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias”. (p.246)

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de Salud (OMS, 1992), los TP son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y usualmente van asociadas con una tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta.

A su vez, según la cuarta edición revisada de la Clasificación de Enfermedades Mentales (DSM-IV) de la *American Psychiatric Association* (APA, 2002) en su edición en castellano, un TP es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Según APA (2002), Los trastornos de la personalidad se clasifican en:

- Paranoide: patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpretan maliciosamente las intenciones de los demás,
- Esquizoide: patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional,

- Esquizotípico: patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas y excentricidades del comportamiento.
- Antisocial: patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás,
- Límite: patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, de una notable impulsividad,
- Histriónico: patrón de emotividad excesiva y demanda de atención,
- Narcisista: patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía,
- Evitativo: patrón de inhibición social, sentimiento de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa,
- Dependiente: patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado,
- Obsesivo-Compulsivo: patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

Los trastornos de la personalidad están reunidos en el DSM-IV en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A se incluyen a los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad, el grupo B incluyen a los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad, y el grupo C incluyen a los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad (2002).

1.5.2.2. La teoría Evolutiva de Millon

Millon (1976) sostiene que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor (placer-dolor), que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros (sí mismo-otros), y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo (pasivo-activo). La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positiva o placer contra negativo o dolor), la fuente (en sí mismo versus otros), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo).

Millon (1990) reformuló su teoría de la personalidad y sus trastornos para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva del desarrollo humano. El nuevo modelo procede a una reevaluación de las características más profundas en la que se basa el funcionamiento humano. Cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo frente a su ambiente habitual. Los trastornos de personalidad serían los estilos particulares de funcionamiento desadaptativo.

En la formulación de Millon (1990) coexistirían dos de aprendizaje, que se solapan evolutivamente: el aprendizaje interpersonal y de las actitudes sobre sí mismo, categorizado en tres subprocesos evolutivos; el aprendizaje de la confianza en otros (confianza básica); el aprendizaje de la auto-competencia y el aprendizaje de la identidad personal, culminación del proceso de integración del concepto de sí mismo, imagen y esquema corporal. Por otro lado, el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento intra e interpersonal, que da lugar el predominio de un estilo básico de personalidad en cada individuo, aunque se adquieran características de diversos estilos que son utilizadas de manera complementaria o alternativa.

Es por ello que Millon (1990) indica que las polaridades operan como “atractores” y organizadores de las experiencias de aprendizaje interpersonal, y concretan la posibilidad evolutiva de que un patrón de personalidad quede fijado. Tres son las polaridades propuestas:

- Dolor-Placer (la más primitiva, anclada en lo biológico)
- Actividad-Pasividad (transición de lo biológico a psicológico)
- Sí mismo-Otros (plano psicológico y psicosocial).

Así la personalidad, normal o patológica, es concebida como una interacción compleja de funciones y estructuras psíquicas, entorno a las tres polaridades cuya finalidad existencial puede ser descrita en los siguientes términos: Preservar y potenciar la vida, mediante la maximización del “placer” y la minimización del “dolor”. Tanto el “placer” como el “dolor” son dimensiones bipolares separadas, de manera que una persona puede ofrecer valores altos o respuestas características del polo alto o bajo bien en una

de ellas o en ambas; Emplear modos de conducta y pensamiento que maximicen la adaptación el entorno, mediante el logro de un balance óptimo entre la “acomodación pasiva” y la “modificación activa”, ambas forman una dimensión unipolar, ya que implican en lo esencial diferencias cuantitativas en un continuo rendimiento; Lograr estrategias conductuales, de emoción y pensamiento que maximicen el éxito repetido en lograr un balance óptimo entre desarrollo e integración del “sí mismo” y el acogimiento por los “otros”. Ambas son dimensiones bipolares independientes y antitéticas conceptualmente, en la que una no excluye a la otra (1990).

1.5.2.3. Características para el diagnóstico de los trastornos de personalidad según APA.

APA (2002), Contemplan las clasificaciones de F60.0 a F60.9. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se aprecian en contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo pueden tomarse como trastornos de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Debe manifestarse en al menos dos de las siguientes áreas:

- Criterio A: Dificultad cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.
- Criterio B: Dificultades en situaciones personales y sociales, provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Criterio C: El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- Criterio D: El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental.
- Criterio E: No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni una enfermedad médica.
- Criterio F: Cumplir los criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en la sección al DSM IV.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Además, tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a situaciones estresantes específicas o a estados mentales más transitorios. La evaluación puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (2002).

1.5.2.4. Características para el diagnóstico de los trastornos de personalidad según el OMS: CIE 10.

Según la OMS (1992), abarca la clasificación de F60-F62: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. Esto incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica propia, es decir, que no dependen de ninguna otra condición para ser tomados como síntomas del trastorno como fisiología, medicamento o estrés; son persistentes y visibles en un estilo de vida, en la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos implican formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas, que se manifiestan como modos de respuestas estables en diferentes situaciones individuales y sociales. Son desviaciones extremas, significativas, en el modo como un individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social (1992).

Estos trastornos no están divididos en grupos, sino que están contenidos en la clasificación F60 Trastornos específicos de la personalidad, según la OMS (1992); estas son las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad. El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos. Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no

directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, como la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita episodios concretos de enfermedad mental.
- La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- El trastorno se acompaña, por lo general, aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

1.5.2.5. Síntomas de los trastornos de personalidad

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) del APA (2002) indica que, los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad son:

- a) Debe ser un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes:
 1. Cognición: formas de percibir e interpretarse a uno mismo y a los demás.
 2. Afectividad: Intensidad y adecuación de la respuesta emocional.
 3. Afectividad interpersonal.
 4. Control de impulsos.

- b) Este patrón persistente es inflexible y se extiende una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- c) Ese patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- d) El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- e) El patrón persistente no es atribuible una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- f) El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como droga o medicamento, ni a una enfermedad médica.

En el caso de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), la OMS (1992) señala que los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad son:

- a) El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites, de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
 - 1. Cognición: la forma de percibir e interpretar las cosas.
 - 2. Estados de ánimo: intensidad y adecuación a la afectividad y de la respuesta emocional.
 - 3. Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación.
 - 4. Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.
- b) La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales.
- c) Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social.

- d) Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.
- e) La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque puede coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos.
- f) Se debe excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes.

1.5.3. Adicciones y Recaída

1.5.3.1. Definición de Adicción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) indica que la adicción tiene ahora un término más técnico denominado dependencia de sustancias o síndrome de dependencia, caracterizado por la pérdida del control y la voluntad que tiene el individuo respecto al uso de la droga. El consumidor de sustancias realiza este comportamiento por beneficios a corto plazo, manteniendo la adicción a pesar de las consecuencias adversas a largo plazo que pudieron haber impedido continuar con el uso de las sustancias.

En los últimos años, se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas, inicialmente se aplicaba al consumo de sustancias psicoactivas que tenían la potencialidad de producir dependencia, pero desde hace varios años la evidencia científica observó que también existían conductas adictivas sin el uso de drogas, que generaban dependencia y el resto de las características que tiene una adicción como son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la pérdida de autocontrol, los cuales representan los criterios de dependencia a sustancias psicoactivas. (2005).

CEDRO (2015) define la adicción como una enfermedad “caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro dado que las drogas modifican este órgano, principalmente su estructura y funcionamiento bioquímico.” (p. 18)

1.5.3.2. Características de las adicciones a sustancias psicoactivas y las adicciones comportamentales

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) elaborada por la OMS, define la dependencia a Sustancias Psicoactivas (SPA) como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, donde el consumo de la droga es de máxima prioridad para el sujeto. La característica del síndrome de dependencia, es el deseo intenso y a veces insuperable de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico (OMS, 1992).

Según la OMS (1992) los criterios diagnósticos son:

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presente tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo, asimismo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. (OMS, 1992)

Por otra parte, el DSM-V presenta cambios como la eliminación de los términos abuso y dependencia del DSM-IV y une ambos diagnósticos acuñando el término Trastorno Relacionado a Sustancias. El diagnóstico se hace cuando la persona presenta 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un período de tiempo de 12 meses y se agrega el nivel de severidad: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más) en función del número de criterios diagnósticos presentes. Se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales y se añade el ítem de *craving* entendido como el deseo incontrolable por consumir drogas (APA, 2012).

1.5.3.3. Definición de Recaída

Se define recaída como la restitución del comportamiento adictivo luego de un considerable período de abstinencia. Las recaídas pueden manifestarse con el reinicio del consumo de la droga problema, el retorno al estilo de vida antiguo, el consumo de drogas sustitutas, las actividades de riesgo u otros comportamientos compulsivos (Marlatt y Gordon, 1985).

El concepto de recaída es estudiado desde diversas posturas, Leukefeld y Tims (1989) señalan que se puede resumir en diferentes perspectivas teóricas:

- a) Fisiológicas, donde los factores predisponentes son la apetencia y el *craving*.
- b) Cognitivas, donde los factores predisponentes son el estrés, la falsa creencia en poder manejar el consumo, una pérdida del compromiso asumido por la abstinencia y estados emocionales negativos.
- c) Conductual, donde los factores predisponentes son los estímulos de alto riesgo que precipitan la apetencia de la droga.
- d) Medio ambiental, donde los factores predisponentes son la disponibilidad de las drogas y la presión del grupo para consumir la droga

A su vez, Grant y Hadgson (1992) señalan que las recaídas ocurren bastante pronto en la mayoría de los casos y que después de los 6 primeros meses son cada vez menos probables, aunque pueden producirse incluso muchos años después del tratamiento.

Por su parte, Graña (1994) define la recaída como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses).

1.5.3.4. Modelo de Recaída de Gorski

Sostienen que la recuperación es un proceso de desarrollo que atraviesa diversas etapas: transición (caracterizado por el cansancio de sufrir y reconocimiento de la incapacidad de controlar las drogas), estabilización (proceso de recuperación del síndrome de abstinencia), recuperación temprana (aprender a sentirse cómodo con la abstinencia y desarrollar habilidades de afrontamiento ante el consumo de drogas), recuperación media (basado en la prioridad de fortalecer las relaciones afectivas), recuperación tardía (sanar el pasado y aprender a resolver dificultades cotidianas) y mantenimiento (sostener una vida balanceada de crecimiento y desarrollo) (Gorski, 2013).

Gorski y Miller (1982) citado por Álvarez (2011) encontraron una serie de síntomas de la recaída luego de un estudio con sujetos alcohólicos observados antes del primer trago, desde un consumo no problemático hasta un consumo patológico. Los autores proponen que es muy probable que ninguna recaída presente todos los síntomas, siendo algunos de ellos los más frecuentes. Los autores proponen las siguientes fases:

- a) Regreso a la negación: El sujeto adicto es incapaz de reconocer y ser honesto para comunicar los pensamientos y emociones que experimenta, los síntomas más comunes son la preocupación por su estado personal y negación.
- b) Impedimentos y comportamientos defensivos: El adicto no desea evocar pensamientos y sentimientos negativos, la persona empieza a evitar al sujeto por su bienestar se pone a la defensiva y verbaliza que nunca más beberá; se preocupa por los demás en vez de por sí mismo y tiende a la sociedad.
- c) Construyendo la crisis: El sujeto adicto empieza a experimentar una serie de problemas originados por negar sentimientos y haber descuidado su programa de tratamiento desadictivo. El paciente tiene más problemas y emergen los pensamientos distorsionados como la visión de túnel, asimismo cambia su estado de ánimo.
- d) Inmovilización: El sujeto adicto se vuelve totalmente incapaz de ponerse en acción, el consumo de drogas controla la vida del individuo. Suele soñar despierto, tiene ilusiones y sentimientos de incapacidad.

- e) Confusión y sobre reacción: En esta fase el consumidor de drogas no logra pensar claramente, tiene problemas para el manejo de la cólera, suele irritarse fácilmente y reacciona exageradamente ante eventos estresantes.
- f) Depresión: El sujeto tiene indicadores depresivos que alteran su funcionamiento normal en sus actividades cotidianas. Aparecen pensamientos sobre beber o consumir drogas para aliviar la depresión, presenta alteración del sueño, anhedonia y bajas autoestima.
- g) Pérdida del control del comportamiento: Incapacidad del individuo para controlar su propia conducta, se observa negación, pero tiene conciencia de su pérdida de autocontrol. Los problemas aparecen en todas las áreas de su vida y se dificulta su recuperación, esta fase se evidencia a través de la participación irregular en las reuniones de tratamiento, rechazo abierto a la ayuda, falta de satisfacción personal, sentimientos de impotencia y desamparo.
- h) Reconocimiento de pérdida del control: El sujeto reconoce la gravedad de sus problemas y toma conciencia que su vida se ha vuelto inmanejable. La toma de conciencia es dolorosa, en esta fase la persona se aísla, tiene pensamientos de beber y una pérdida de la autoeficacia.
- i) Reducción de opciones: El consumidor de drogas se siente atrapado por el dolor y la incapacidad para manejar su vida, tiene opciones como la locura, el suicidio o a continuar con el uso de drogas, por lo que considera que nadie ni nada lo puede ayudar.
- j) Episodio de recaída: La persona reinicia su consumo de drogas, aunque intenta recuperar su abstinencia, experimenta culpa y vergüenza ante su incapacidad de controlar su conducta adictiva. Los síntomas más comunes en esta fase son crisis emocionales, vergüenza, culpa, pérdida de autocontrol y problemas de salud (Como se cita en Álvarez, 2001).

1.5.4. Comunidad Terapéutica

1.5.4.1. Definición de Comunidad Terapéutica

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2003) define la Comunidad Terapéutica como los ambientes residenciales libres de drogas que utilizan un método jerárquico y estructurado, con etapas de tratamiento y niveles cada vez de mayor responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros para ayudar a cada sujeto a aprender y asimilar las normas sociales, desarrollando habilidades sociales adaptativas. La herramienta básica es la autoayuda, que implica que las personas en tratamiento son los principales contribuyentes al proceso de cambio y la autoayuda mutua entendida como asumir una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros.

Los miembros de la Comunidad Terapéutica (personal asistencial, administrativo y residentes en tratamiento) interactúan con un método para influenciar positivamente el cambio de las actitudes, percepciones y comportamientos asociados al consumo de drogas. La Comunidad Terapéutica tiene un diseño que busca enfatizar la convivencia terapéutica dentro de la residencia. Cuando un adicto ingresa a la institución recibe una inducción y participa en todas las actividades terapéuticas que tiene como finalidad asimilar nuevas actitudes, comportamientos y responsabilidades (NIDA, 2003).

1.5.4.2. Características de las Comunidades Terapéuticas

El tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT) se divide en tres etapas fundamentales (NIDA, 2003):

- Etapa 1: La inducción y el tratamiento temprano ocurren durante los primeros 30 días, para adaptar a la persona en la filosofía de la CT. El residente nuevo aprende las normas y reglas; así como los procedimientos básicos; establece una relación de confianza con sus compañeros y el personal de la CT; con apoyo empieza una evaluación personal de sus fortalezas y debilidades. Comprende la naturaleza de la adicción y debe comenzar a comprometerse con el proceso de recuperación.
- Etapa 2: El tratamiento primario utiliza un modelo estructurado a través de niveles progresivos en función de objetivos terapéuticos. La CT utiliza estrategias para cambiar actitudes, percepciones y comportamientos de la

persona relacionados con el uso de drogas, se enfoca en sus necesidades sociales, educativas, vocacionales, familiares y psicológicas.

- Etapa 3: Se busca facilitar la separación de la persona de la CT y su reinserción a la sociedad. Un residente que termina el tratamiento con alta terapéutica debe obtener un empleo o puede retomar sus estudios. Los servicios después del tratamiento residencial pueden incluir consejería individual, familiar y asesoramiento educativo. El tratamiento en la CT puede incorporar grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos y se sugiere a los residentes de la CT a participar en grupos de seguimiento después del tratamiento (NIDA, 2003).

1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente, en función a las variables desarrolladas en la fundamentación del problema, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre los trastornos de personalidad, los estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana?

1.7. OBJETIVOS

1.7.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los trastornos de personalidad, los estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

1.7.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra estudiada.
- Identificar los trastornos de personalidad en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.
- Identificar los niveles de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana

- Analizar si existen diferencias significativas en los trastornos de personalidad en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, según las variables edad, grado de instrucción y droga problema.
- Analizar si existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, según las variables edad, grado de instrucción y droga problema.
- Analizar si existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas, según las variables edad y grado de instrucción, y droga problema.

1.8. HIPÓTESIS

1.8.1. Hipótesis General

- Existe la relación entre los trastornos de personalidad, los estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana.

1.8.2. Hipótesis Específicas

- Existen diferencias significativas en los trastornos de personalidad en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, según las variables edad, grado de instrucción y droga problema.
- Existen diferencias significativas en los estilos de afrontamiento en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, según las variables edad, grado de instrucción y droga problema.
- Existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas, según las variables edad, grado de instrucción y droga problema.

2. CAPITULO II. METODOLOGÍA

2.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Trastornos de Personalidad	<p>Son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con una tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta.</p>	<p>Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Versión III) elaborado por Th. Millon, con la colaboración de R. Davis y C. Millon. El rango de puntuación es de 00 (indicador nulo) a mayor de 85 (indicador elevado). Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reportara mayor desorden de personalidad.</p>	PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD	<p>ESQUIZOIDE</p> <p>DEPRIMIDO</p> <p>DEPENDIENTE</p> <p>HISTRIÓNICO</p> <p>NARCISISTA</p> <p>ANTISOCIAL</p> <p>AGRESIVO-SADICO</p> <p>PASIVO-AGRESIVO</p> <p>COMPULSIVO</p> <p>AUTODERROTI STA</p> <p>ESQUIZOTIPICO</p> <p>O</p> <p>BORDERLINE</p> <p>PARANOIDE</p>

2.2. Tipo de Investigación

Se utilizará una metodología cuantitativa, ya que se buscará medir la magnitud de las variables con precisión a través de la recolección de datos, que generarán resultados estadísticos los cuales se interpretarán de forma objetiva. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.3. Diseño de Investigación

Para Hernández et al (2014) el término diseño se refiere a la estrategia para obtener información con el fin de responder al planteamiento del problema, es por ello que la presente investigación tiene el diseño no experimental ya que se ejecutará un estudio sin la manipulación intencional de las variables. Por su dimensión temporal tiene un diseño transversal ya que el propósito es recolectar en un solo momento, en un tiempo único.

Este estudio presenta un diseño correlacional dado que tiene como fin analizar la relación entre dos variables en un contexto específico y en un momento determinado, los diseños correlacionales describen relaciones entre dos o más variables en una muestra en particular (Hernández et al., 2014). En la presente investigación, se busca determinar la relación entre los trastornos de personalidad y los estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída en un grupo de adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima. El presente estudio lo podemos diagramar de la siguiente manera:

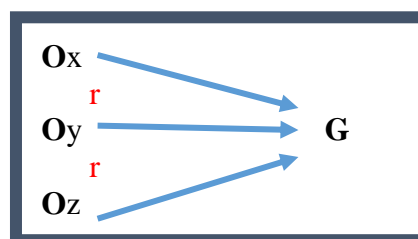


Figura 2. Relación de variables. Elaboración Propia

Dónde:

- Ox: Trastornos de personalidad
- Oy: Estilos de afrontamiento
- Oz: El Riesgo de recaída

- r: Relación entre las variables
- G: Adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima.

2.4. Unidad de estudio

Adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana

2.5. Población

La población para el presente estudio está constituida por adictos residentes varones, quienes realizan un tratamiento profesional por consumo de drogas, bajo la modalidad de internamiento en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, que se encuentran inscritas en la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú (ACTP) y están bajo la supervisión del MINSA (Ministerios de Salud del Perú).

2.6. Muestra

La muestra está conformada por 240 adictos residentes varones, quienes se encuentran internados en 7 Comunidades Terapéutica de Lima Metropolitana, autorizadas por el Ministerios de Salud y afiliadas a la Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas ACTP. Se llevó a cabo un muestreo tipo no probabilístico, ya que la selección de la muestra no obedeció a criterios aleatorios, sino que busca intencionalmente participantes que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra (Hernández et al., 2014).

2.6.1. Criterios de Selección de la Muestra

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra tienen las siguientes características:

- Sujetos varones mayores de 18 años.
- Grado de instrucción secundaria incompleta como mínimo.
- Pacientes con el diagnóstico de adicción.
- Adictos que no tienen diagnóstico de algún trastorno psicótico.

- Voluntarios a participar en la investigación mediante la firma de un consentimiento escrito.
- Sujetos que se encuentran en tratamiento residencial bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica.

Los criterios de exclusión para la selección de la muestra tuvieron las siguientes características:

- Pacientes que no desean participar en la investigación.
- Sujetos menores de edad.
- Grado de instrucción primaria incompleta o completa.
- Presencia de algún trastorno psicótico.

2.7. Instrumentos de estudio

2.7.1. Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE)

Ficha Técnica

Nombre	:	Cuestionario de Estimación del Afrontamiento
Autor	:	Carver, Scheier y Weintraub, 1989
País de origen	:	Estados Unidos
Adaptación	:	Chau y Cassaretto (2016)
Administración	:	Individual y colectiva
Aplicación	:	Adultos
Calificación	:	Para responder a cada ítem, se toma una escala de cuatro puntos: 1 = Casi nunca hago esto, 2= A veces hago esto, 3 = Usualmente hago esto, 4 = Hago esto con mucha frecuencia. Las puntuaciones oscilan entre 60 y 240.
Área	:	Afrontamiento al estrés (estilos y estrategias)

Esta es una prueba multidimensional, que busca identificar las diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento. Fue desarrollado en 1989 por Carver, Scheier y Weintraub. En su versión más actual está conformado por 60 ítems, que se califican en un formato Likert (Cassaretto y Chau, 2016). El instrumento consta de 15 escalas que se agrupan en las dimensiones tradicionales de la Teoría Transaccional del Estrés, el COPE posee dos formatos en los que se evalúa el Afrontamiento Situacional y el Afrontamiento Disposicional, en la presente investigación se utiliza el COPE en su forma disposicional.

2.7.2. Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Ficha Técnica

Autor	:	T. Gorski y M. Miller
Año de creación	:	1986 (escala original), 2000 (versión actual)
País de origen	:	Estados Unidos
Adaptación	:	Valles (2016)
Administración	:	Individual y colectiva.
Aplicación	:	Adultos, sin tiempo limitado.
Área	:	Señales de alerta de recaídas.
Significación	:	Evalúa el nivel de riesgo de recaída en adicciones.
Calificación	:	La puntuación se obtiene sumando el total de respuestas marcas, pero invirtiendo los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.
Interpretación	:	Cuanto mayor sea la puntuación, el individuo reporta más señales de advertencia de una recaída. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible).

El Cuestionario AWARE (*Advance warning of relapse*) fue diseñado como una medida de las señales de alerta de la recaída. En un estudio de recaída después del tratamiento

por abuso o dependencia del alcohol, los investigadores encontraron que la puntuación del cuestionario AWARE es buen predictor de la aparición de recaídas ($r = 0,42$, $p < 0,001$).

2.7.3. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III)

Nombre	:	MCM-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III
Nombre original	:	<i>MCM-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory – III</i>
Autores	:	Th. Millon, con la colaboración de Davis y Millon.
Procedencia	:	NCS Pearson (1997).
Adaptación	:	Sánchez, Thorne, Martínez, Niño y Argumedo (2002)
Administración	:	Individual y colectiva.
Aplicación	:	Adultos.
Duración	:	Variable, entre 20 y 30 minutos.
Finalidad	:	Evaluación de 4 escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.

El instrumento clínico en mención, Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III), se basa en estudios correlacionales con los gravámenes de Pearson. Considerando que los trastornos de personalidad se reflejan en toda la matriz de la persona, expresándose en distintos dominios clínicos, el MCM-III ha articulado una gran base de criterios diagnósticos y de conceptos de personalidad. Asimismo, la versión más actualizada del DSM, muestra lo propuesto bajo el enfoque de Millon colaborando la validez del MCM-III.

2.7.4. Ficha Sociodemográfica

Para la presente investigación se elaboró una ficha de datos personales donde se consideran aspectos sociodemográficos y características del consumo de sustancias psicoactivas referidas a edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, droga de inicio, drogas consumidas, droga adictiva, tiempo de consumo, tratamientos previos

en adicciones, tiempo de internamiento en la Comunidad Terapéutica, tiempo máximo de abstinencia, antecedentes policiales, etc.

2.8. Técnicas de recolección de datos

La aplicación de los instrumentos de la presente investigación se realizó durante 4 semanas planificando las fechas con las autoridades de las Comunidades Terapéuticas que participaron en la investigación. Se aplicó en grupos de diez adictos residentes y se solicitó la colaboración de los participantes, indicándoles el carácter voluntario, confidencial y anónimo del estudio. Cada sujeto firmó un consentimiento informado que garantiza la confiabilidad de los datos suministrados. Seguidamente, se entregaron la ficha de datos y los cuestionarios. El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos.

2.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la obtención de los resultados, en primer lugar, se generó una matriz de datos ordenados en el programa Office Excel 2013, la misma que se trasladó posteriormente a una base de datos en el programa SPSS 22. Posteriormente, se realiza la prueba de Normalidad para conocer el tipo de distribución de la muestra mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, donde se buscó identificar el tipo de distribución que presenta la muestra y se obtuvo una distribución no normal, por consiguiente, el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Se realiza el análisis y descripción de la muestra en relación a los trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída. Para cada variable de estudio se realiza el análisis descriptivo que corresponde al cálculo de medias, frecuencias, desviación estándar y porcentajes.

Para el análisis de correlación entre las variables de investigación trastornos de personalidad, estilos y estrategias de afrontamiento, y riesgo de recaída entre ellos mismas se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) con las correspondientes pruebas de significación al nivel de 0.05.

A continuación, se efectuó un análisis de comparación de medianas para determinar las diferencias de acuerdo a las variables sociodemográficas como edad, grado de instrucción utilizando el estadístico de Kruskal-Wallis, debido a las distribuciones no paramétricas.

3. CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Prueba de Normalidad en la variable Trastornos de Personalidad

En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos del análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de los trastornos de personalidad. Este análisis fue realizado a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov donde se busca identificar el tipo de distribución que presenta la muestra. Se halló que los niveles de significancia son menores a 0.05, lo cual indica que poseen una distribución no normal, por ello, el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Tabla 1

Prueba normalidad estadística Kolmogorov-Smirnov para datos del Inventario Clínico Multiaxial de Millán III

		Trastornos de Personalidad	
	N		240
Parámetros normales ^{a,b}	Media		7,07
	Desviación estándar		4,699
Máximas diferencias extremas	Absoluta		,197
	Positivo		,197
	Negativo		-,142
	Estadístico de prueba		,197
	Sig.		,000 ^c

Elaboración: Propia

3.2. Prueba de Normalidad en la variable Estilos de Afrontamiento

En la tabla 2, se presentan los resultados obtenidos respecto al análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de las estrategias de afrontamiento. Este análisis fue realizado a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov donde se busca identificar el tipo de distribución que presenta la muestra. Se halló que los niveles de significancia son menores a 0.05, lo cual indica que poseen una distribución no normal y el análisis inferencial se realiza utilizando estadísticos no paramétricos.

Tabla 2

Prueba de normalidad estadística Kolmogorov-Smirnov para datos del Cuestionario de Afrontamiento –COPE

		Estrategias de Afrontamiento	
	N		240
Parámetros normales ^{a.b}		Media	1,44
		Desviación estándar	,497
Máximas diferencias extremas		Absoluta	,373
		Positivo	,373
		Negativo	-,309
	Estadístico de prueba		,373
	Sig.		,000 ^c

Elaboración: Propia

3.3. Prueba de Normalidad en la variable Riesgo de Recaída.

Con respecto al análisis de la normalidad del Cuestionario de Riesgo de Recaída en la tabla 3 se permite apreciar que los estadísticos de la prueba Kolmogorov-Smirnov identificar el tipo de distribución que presenta la muestra. Se halló que los niveles de significancia son menores de 0.05, lo cual indica que poseen una distribución no normal, por ello, el análisis inferencial se realizará utilizando estadísticos no paramétricos.

Tabla 3

Prueba de normalidad estadística Kolmogorov-Smirnov para datos del Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0

		Riesgo de Recaída	
	N		240
Parámetros normales ^{a.b}		Media	2,07
		Desviación estándar	1,253

Máximas diferencias extremas	Absoluta Positivo	,274
	Negativo	-,197
Estadístico de prueba		,274
Sig.		,000 ^c

Elaboración: Propia

3.4. Correlación entre Trastornos de Personalidad y Riesgo de Recaída.

En la Tabla 4, en cuanto a los Trastornos de personalidad con el riesgo de recaída se muestra que la relación no es significativa (Rho de Spearman = 0,12 y $p = 0,615$).

Tabla 4

Correlación entre los Trastornos de Personalidad con el riesgo de recaída

Riesgo de recaída		
	Rho de Spearman	P
Trastornos de Personalidad	0,12	,615

Elaboración: Propia

3.5. Correlación entre Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída

En la tabla 5, a través del análisis de la correlación de Spearman se muestra que los Estilos de Afrontamiento no tiene una relación significativa con el riesgo de recaída (Rho de Spearman = 0,29 y $p = 0,918$).

Tabla 5

Correlación entre los Estilos de Afrontamiento con el riesgo de recaída

Riesgo de recaída		
	Rho de Spearman	P
Estilos de Afrontamiento	0,29	,918

Elaboración: Propia

3.6. Descripción de los Trastornos de Personalidad en Adictos Residentes

En la tabla 6, podemos observar la frecuencia de adictos que padecen un trastorno de personalidad, indicando que el 0.8% presenta un trastorno de personalidad esquizoide, el 32.9% un trastorno evitativo de la personalidad, el 0.8% presenta un trastorno dependiente de la personalidad, el 2.9% presenta un trastorno histriónico de la personalidad, el 4.6% presenta un trastorno narcisista de la personalidad, el 13.8% presenta un trastorno antisocial de la personalidad, el 5.0% presenta un trastorno Agresivo-Sádico de la personalidad, el 0.8% presenta un trastorno Pasivo-Agresivo de la personalidad, el 10.4% presenta un trastorno Autoderrotista de la personalidad, el 3.3% presenta un trastorno Esquizotípico de la personalidad, el 3.3% presenta un trastorno Borderline de la personalidad y el 21.3% no presenta trastorno de la personalidad.

Tabla 6

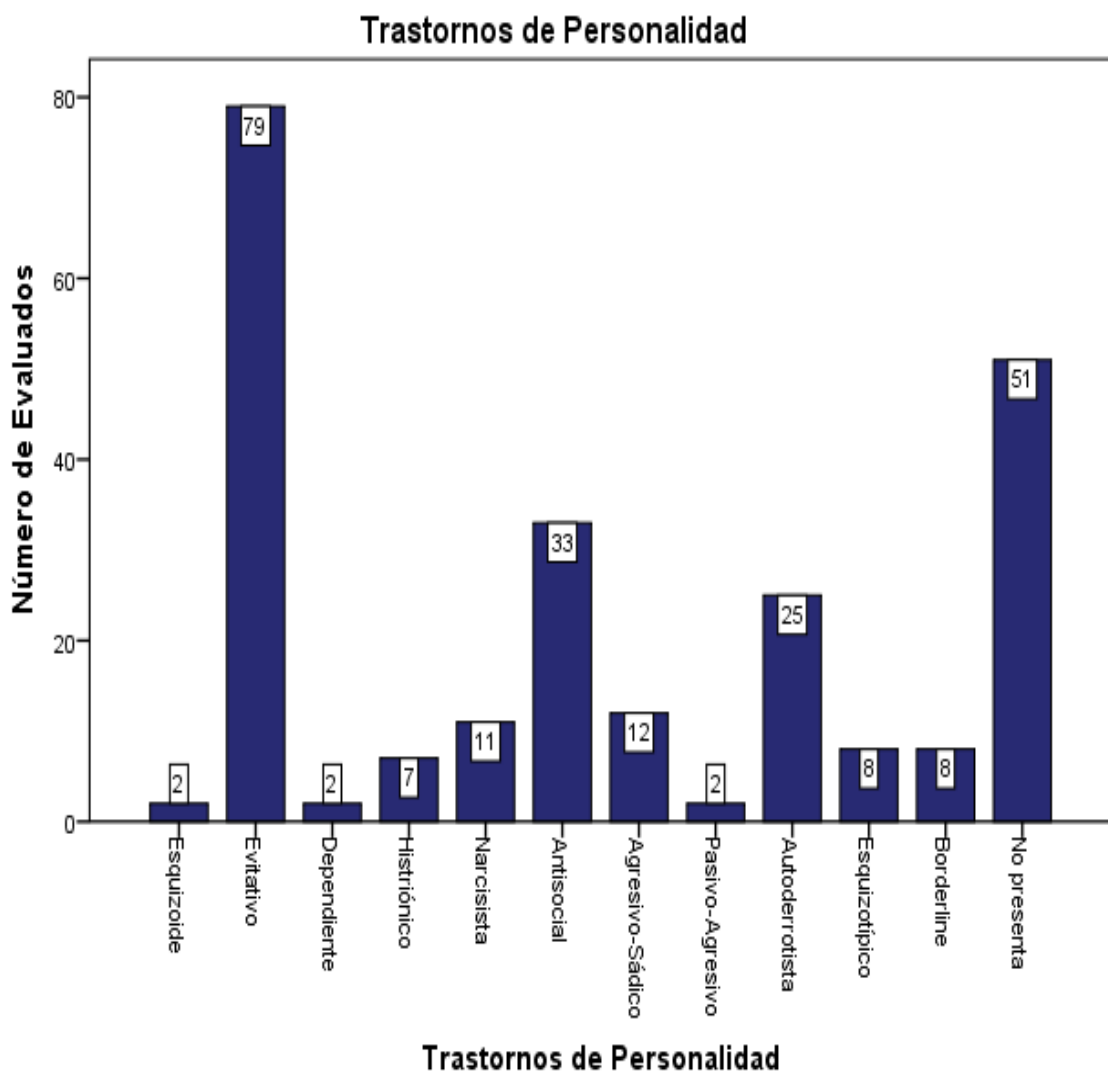
Descripción de los Trastornos de Personalidad en Adictos Residentes

Trastornos de Personalidad	Frecuencias	Porcentajes
Esquizoide	2	0.8%
Evitativo	79	32.9%
Dependiente	2	0.8%
Histriónico	7	2.9%
Narcisista	11	4.6%
Antisocial	33	13.8%
Agresivo-Sádico	12	5.0%
Pasivo-Agresivo	2	0.8%
Autoderrotista	25	10.4%
Esquizotípico	8	3.3%
Borderline	8	3.3%
No presenta	51	21.3%
Total	240	100.0%

Elaboración: Propia

En la Figura 3, podemos observar que 2 evaluados presentan un trastorno esquizoide de la personalidad, 79 evaluados presentan un trastorno evitativo de la personalidad, 2 evaluados presentan un trastorno dependiente de la personalidad, 7 evaluados

presentan un trastorno histriónico de la personalidad, 11 evaluados presentan un trastorno narcisista de la personalidad, 33 evaluados presentan un trastorno antisocial de la personalidad, 12 evaluados presentan un trastorno agresivo-sádico de la personalidad, 2 evaluados presentan un trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, 25 evaluados presentan un trastorno Autoderrotista de la personalidad, 8 evaluados presentan un trastorno esquizotípico de la personalidad, 8 evaluados presentan un trastorno Borderline de la personalidad, y 51 evaluados no presentan trastornos de la personalidad.



*Figura 3. Frecuencia de trastornos de personalidad en adictos residentes.
Elaboración: Propia*

3.7. Descripción de las Estrategias de Afrontamiento en Adictos Residentes.

En la tabla 7, podemos observar la frecuencia de las estrategias de afrontamiento en los adictos, indicando que el 10.4% presenta Afrontamiento Activo, el 10.0% presenta Planificación, el 6.3% presenta Supresión de actividades competentes, el 5.0% presenta Postergación del Afrontamiento, el 14.2% presenta búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales, el 5.0% presenta búsqueda de apoyo emocional por motivos emocionales, el 13.8% presenta reinterpretación positiva y crecimiento, el 6.7% presenta aceptación, el 24.2% presenta acudir a la religión, el 2.5% presenta enfocar y liberar emociones, el 0.8% presenta desentendimiento conductual, y el 1.3% presenta desentendimiento mental.

Tabla 7

Descripción de Estrategias de Afrontamiento en Adictos Residentes

Estrategias de Afrontamiento	Frecuencias	Porcentajes
Afrontamiento Activo	25	10.4%
Planificación	24	10.0%
Supresión de Actividades	15	6.3%
Postergación	12	5.0%
Apoyo social	34	14.2%
Apoyo emocional	12	5.0%
Reinterpretación positiva	33	13.8%
Aceptación	16	6.7%
Acudir a la religión	58	24.2%
Enfocar emociones	6	2.5%
Desent. Conductual	2	0.8%
Desent. Mental	3	1.3%
Total	240	100.0%

Elaboración: Propia

En la figura 4 podemos observar que entre las estrategias de afrontamiento; 25 presentan Afrontamiento Activo, 24 presentan Planificación, 15 presentan Supresión de actividades competentes, 12 presentan Postergación de Afrontamiento, 34 presentan Búsqueda de apoyo social por medios instrumentales, 12 presentan Búsqueda de apoyo emocional por motivos emocionales, 33 presentan Reinterpretación Positiva y crecimiento, 16 presentan Aceptación, 58 presentan Acudir a la religión, 6 presentan Enfocar y liberar emociones, 2 presentan Desentendimiento conductual y 3 presentan Desentendimiento mental.

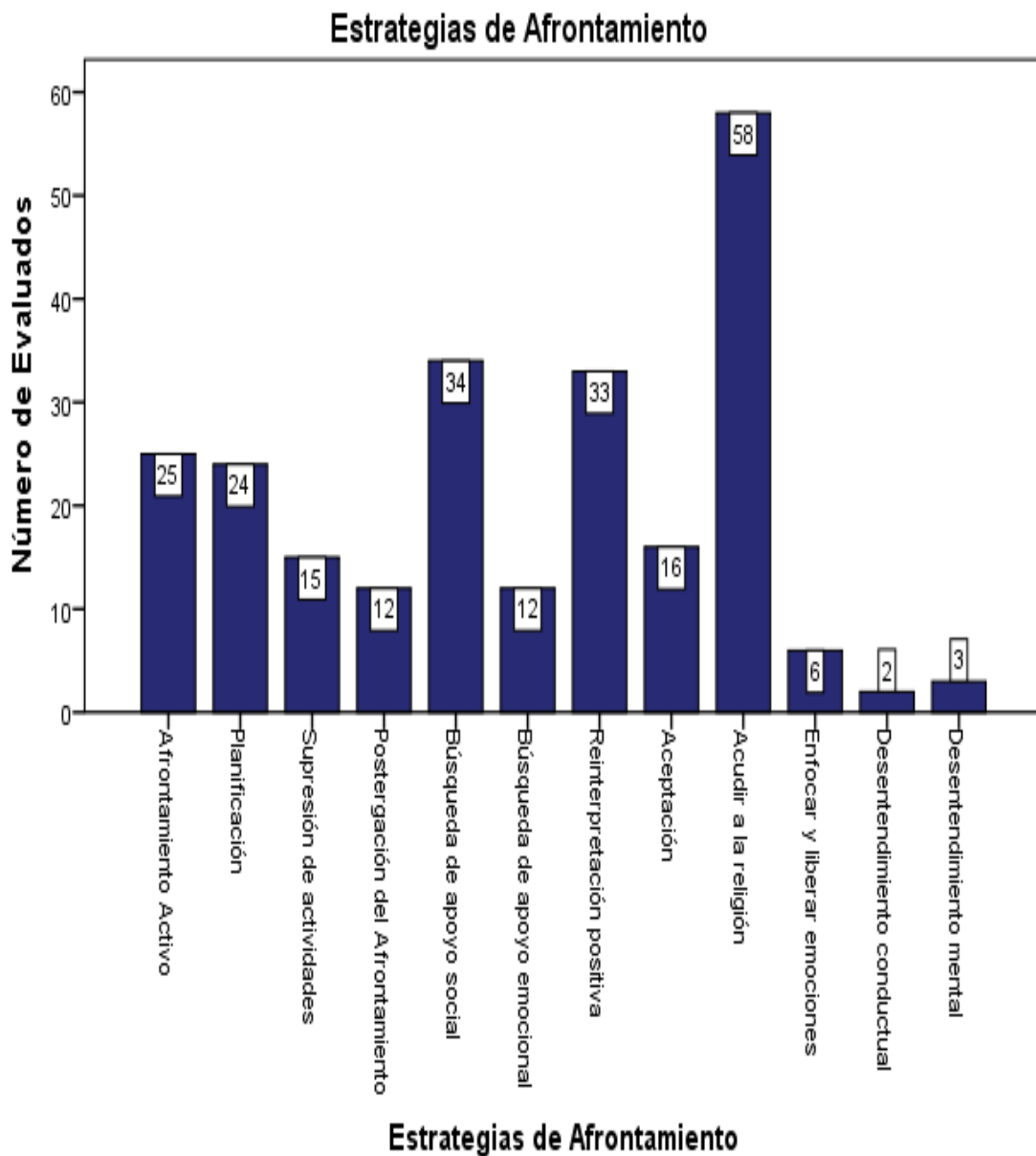


Figura 4. Frecuencia de estrategias de afrontamiento en adictos residentes.

Elaboración: Propia

3.8. Descripción de los Estilos de Afrontamiento en Adictos Residentes

En la Tabla 8 podemos observar la frecuencia de los estilos afrontamiento en los adictos, indicando que el 56,2% posee un estilo centrado en el problema y que un 43,8% posee un estilo centrado en la emoción

Tabla 8

Descripción de los Estilos de Afrontamiento en Adictos Residentes

Estilos de Afrontamiento	Frecuencias	Porcentajes
Centrado en el Problema	135	56.2%
Centrado en la Emoción	105	43.8%
Total	240	100.0%

Elaboración: Propia

En la figura 5 podemos observar que 135 evaluados poseen un estilo de afrontamiento centrado en el problema y 105 evaluados poseen un estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

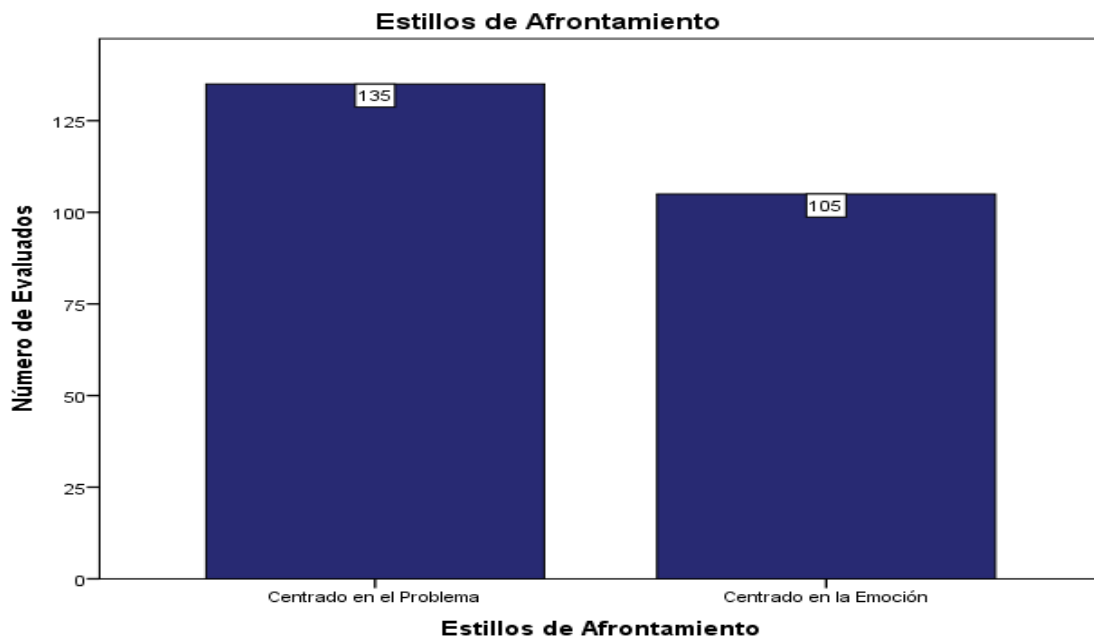


Figura 5. Frecuencia de estilos de afrontamiento en adictos residentes.
Elaboración: Propia

3.9. Descripción de los Niveles de Riesgo de Recaída en Adictos Residentes

En la Tabla 9 podemos observar la frecuencia de niveles en riesgo de recaída en adictos, indicando que el 47.1 % posee un nivel muy bajo, el 20.4% posee un nivel bajo, el 17.9% posee un nivel promedio, el 7.9% posee un nivel alto y el 6.7% posee un nivel muy alto.

Tabla 9

Descripción de los Niveles de Riesgo de Recaída en Adictos Residentes

Niveles de Riesgo de Recaída	Frecuencias	Porcentajes
Muy bajo	113	47.1%
Bajo	49	20.4%
Promedio	43	17.9%
Alto	19	7.9%
Muy alto	16	6.7%
Total	240	100.0%

Elaboración: Propia

En la figura 6, podemos observar que 113 evaluados poseen un nivel muy bajo de riesgo de recaída, 49 presentan un nivel bajo de riesgo de recaída, 43 presentan un nivel promedio de riesgo de recaída, 19 presentan un nivel alto de riesgo de recaída y 16 presentan un nivel muy alto de riesgo de recaída.

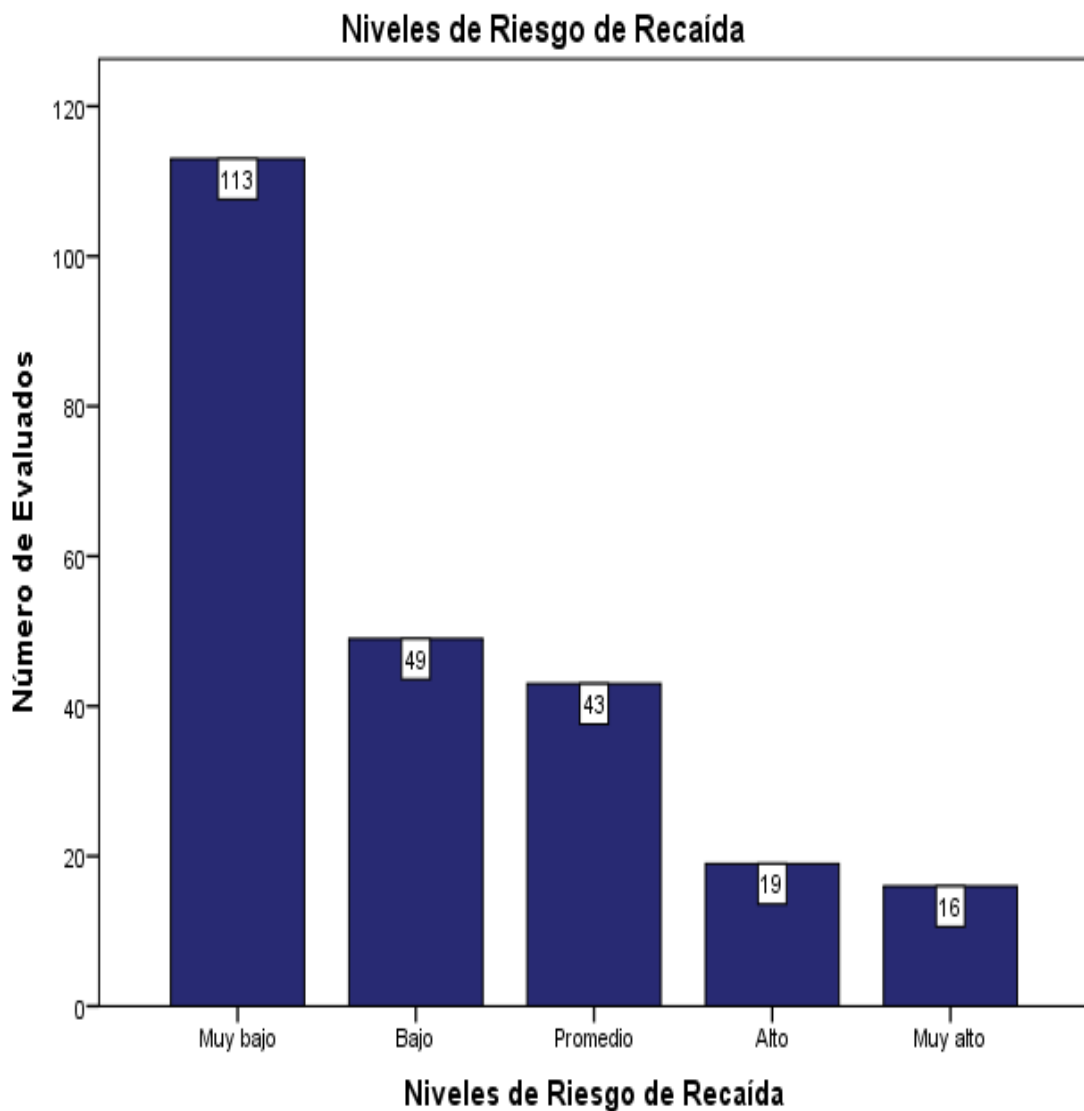


Figura 6. Frecuencia de niveles de riesgo de recaída en adictos residentes.

Elaboración: Propia

3.10. Análisis Diferencial de Trastornos de Personalidad según edad.

En la Tabla 10, se obtiene un valor $Kruskal.Wallis = 17,181$ y $p = 0,002$, el cual indica que si existe diferencias significativas respecto a los trastornos de personalidad entre los cinco grupos de edad de la muestra.

Tabla 10

Diferencia de Trastornos de personalidad según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Trastornos de personalidad	18 a 25 años	79	103,87	17,181	,002
	26 a 35 años	89	137,23		
	36 a 45 años	50	131,79		
	46 a 60 años	16	83,38		
	Más de 61 años	6	96,17		

Elaboración: Propia

3.11. Análisis Diferencial de Trastornos de Personalidad según grado de instrucción.

La Tabla 11, nos muestra un valor Kruskal-Wallis = 0,659 y $p = 0,883$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto a los Trastornos de Personalidad según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 11

Diferencia de Trastornos de personalidad según grado de instrucción

	Grado de Instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Trastornos de personalidad	Secundaria Incompleta	57	123,70	,659	,883
	Secundaria completa	99	121,28		
	Superior incompleta	46	121,35		
	Superior Completa	38	112,64		

Elaboración: Propia

3.12. Análisis Diferencial de Trastornos de Personalidad según droga problema

En cuanto a la tabla 12, se obtiene un valor Kruskal-Wallis= 13,296 y $p = 0,039$, por lo tanto, no existen diferencias significativas respecto a los Trastornos de Personalidad según el tipo de droga problema de la muestra estudiada.

Tabla 12

Diferencias de Trastornos de personalidad según el tipo de droga problema

	Tipo de Droga Problema	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Trastornos de personalidad	Alcohol	57	119,04	13,296	,039
	Tabaco	6	148,33		
	Marihuana	81	107,86		
	Cocaína	32	114,03		
	PBC	56	144,73		
	Ludopatía	5	110,40		
	Mixto	3	67,33		

Elaboración: Propia

3.13. Análisis Diferencial de Estilos de Afrontamiento según edad.

La Tabla 13, nos muestra un valor Kruskal-Wallis = 15,250 y $p = 0,004$, el cual señala que si existen diferencias significativas respecto a los Estilos de Afrontamiento entre los cinco grupos de edad de la muestra.

Tabla 13

Diferencias de Estilos de Afrontamiento según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	P
	18 a 25 años	79	141,20	15,250	0,004
	26 a 35 años	89	109,84		

Estilos de Afrontamiento	36 a 45 años	50	99,55	15,250	,004
	46 a 60 años	16	137,16		
	Más de 61 años	6	136,25		

Elaboración: Propia

3.14. Análisis Diferencial de Estilos de Afrontamiento según grado de instrucción

En la Tabla 14, se obtiene un valor Kruskal-Wallis = 4,381 y $p = 0,223$, por lo tanto, no existe diferencias significativas respecto a los Estilos de Afrontamiento según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 14

Diferencias de Estilos de Afrontamiento según grado de instrucción

	Grado de Instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Estilos de Afrontamiento	Secundaria Incompleta	57	119,75	4,381	,223
	Secundaria completa	99	127,59		
	Superior incompleta	46	102,51		
	Superior Completa	38	124,93		

Elaboración: Propia

3.15. Análisis Diferencial de Estilos de Afrontamiento según droga problema.

La tabla 15, nos muestra un valor Kruskal-Wallis = 14,254 y $p = 0,027$, el cual señala que no existen diferencias significativas respecto a los Estilos de Afrontamiento según el tipo de droga problema de la muestra estudiada.

Tabla 15

Diferencias de Estilos de Afrontamiento según el tipo de droga problema

	Tipo de Droga Problema	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Estilos de Afrontamiento	Alcohol	57	124,61	14,254	,027
	Tabaco	6	109,25		
	Marihuana	81	132,85		
	Cocaína	32	99,80		
	PBC	56	103,99		
	Ludopatía	5	185,50		
	Mixto	3	152,00		

Elaboración: Propia

3.16. Análisis Diferencial de Riesgo de Recaída según edad.

En la Tabla 16, se obtiene un valor Kruskal-Wallis = 0,341 y $p = 0,987$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto a los Niveles de Riesgo de Recaída entre los cinco grupos de edad de la muestra.

Tabla 16

Diferencias a nivel de Riesgo de Recaída según edad

	Edad	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Riesgo de recaída	18 a 25 años	79	120,13	,341	,987
	26 a 35 años	89	121,56		
	36 a 45 años	50	119,54		
	46 a 60 años	16	115,06		
	Más de 61 años	6	132,17		

Elaboración: Propia

3.17. Análisis Diferencial de Riesgo de Recaída según grado de instrucción.

La tabla 17, nos muestra un valor Kruskal-Wallis = 4,254 y $p = 0,235$, el cual señala que no existen diferencias significativas respecto a los Niveles de Riesgo de recaída según grado de instrucción de la muestra estudiada.

Tabla 17

Diferencia a nivel de Riesgo de Recaída según grado de instrucción

	Grado de Instrucción	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
Riesgo de Recaída	Secundaria Incompleta	57	122,61	4,254	,235
	Secundaria completa	99	128,91		
	Superior incompleta	46	109,25		
	Superior Completa	38	109,05		

Elaboración: Propia

3.18. Análisis Diferencial de Riesgo de Recaída según droga problema.

En la Tabla 18, se obtiene un valor Kruskal-Wallis = 8,040 y $p = 0,235$, el cual señala que no existe diferencias significativas respecto a los Niveles de Riesgo de Recaída según el tipo de droga problema de la muestra estudiada.

Tabla 18

Diferencia a Nivel de Riesgo de Recaída según el tipo de droga problema

	Tipo de Droga Problema	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	p
	Alcohol	57	115,54		
	Tabaco	6	105,17		

Riesgo de	Marihuana	81	114,76	8,040	,235
Recaída	Cocaína	32	122,25		
	PBC	56	126,83		
	Ludopatía	5	158,60		
	Mixto	3	200,17		

Elaboración: Propia

4. CAPITULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

La presente investigación, de carácter correlacional, examina la relación entre los trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana. El estudiar las variables en una población con consumo dañino de drogas es considerado relevante dado que ciertos trastornos de personalidad están predominantes en la población que consume sustancias psicoactivas (Castillo et al., 2016). A su vez, que el afrontamiento está relacionado con el inicio y el mantenimiento de la conducta adictiva (McConell et al., 2014). Asimismo, en el tratamiento de las adicciones el riesgo de recaída está latente y pueden manifestarse con el reinicio del consumo de droga problema, el retorno al estilo de vida antiguo, el consumo de drogas sustitutas, las actividades de riesgo u otros comportamientos compulsivos (Marlatt y Gordon, 1985). A continuación, se presentan los resultados de los datos recopilados para responder a los objetivos de la investigación.

Respecto a los trastornos de personalidad se encontró que las que tienen más presencia en los adictos residentes en Comunidades Terapéuticas es el Evitativo (32,9%), lo que implica que sus estrategias adaptativas reflejan el temor y desconfianza en los demás, y a la vez experimentan pocos refuerzos positivos, este resultado es similar al reportado por Gonzáles et al (2016) en muestras con adictos en tratamiento. Por lo tanto, la baja tolerancia al estado de ánimo decaído conlleva al uso y a posterior abuso de los diversos tipos de drogas para distraerse de los pensamientos y las emociones negativas.

A su vez, el segundo porcentaje más alto de la muestra (21,3%) no presenta un trastorno de personalidad, resultado similar al de Pedrerol (2018) donde el 42,2% no presentaba ningún patrón problemático. Una explicación para ello es el hecho de que según la OMS (1992) tienen que estar presente por lo menos 4 de 6 criterios para diagnosticar un Trastorno de la Personalidad; por lo mismo es que se pueden visualizar rasgos de personalidad más no un TP.

Respecto al afrontamiento se encuentra que una de las estrategias más usadas por los adictos es el acudir a la religión, donde el sujeto acude a la religión ante eventos estresantes para aliviar las consecuencias negativas de los estresores y facilitar la resolución de sus problemas. Este hallazgo coincide con el estudio de Criollo y Guerrero,

2015; realizado en una muestra de adictos residentes; una explicación para ello es que el componente espiritual en el tratamiento es un pilar importante, a su vez existen actividades terapéuticas para fortalecer la espiritualidad. Otra de las estrategias más utilizadas por la muestra estudiada es la reinterpretación positiva y crecimiento, la cual implica evaluar el problema de manera positiva otorgando connotaciones favorables a la experiencia, este resultado es similar al reportado por Solano (2017) en muestras con adictos en tratamiento. Por consiguiente, el uso de esta estrategia facilitará la posibilidad de otorgar un significado al proceso de internamiento y por ello estaría ligado a una motivación al cambio.

Entre las estrategias menos utilizadas se encuentra el desentendimiento conductual, cuando el sujeto se da por vencido dejando que el estresor continúe perturbando su vida. Este dato coincide con el realizado por Solano (2017). Esta estrategia es reemplazada por una más apropiada dentro del programa de tratamiento en la C.T. ya que el individuo tiene que interactuar dentro de un ambiente que influye positivamente en el cambio de sus actitudes, pensamientos y comportamientos ligado al consumo de drogas, haciéndose responsables de su adicción y de las posibles soluciones a sus problemas (NIDA, 2003).

Respecto al nivel de riesgo de recaída en la muestra de estudio, se observa que el nivel muy bajo es el predominante (47,1%). Para comprender este dato, es importante saber que en las Comunidades Terapéuticas que se realizó la investigación cuentan con un tratamiento mínimo de dos años, y más del 60% de los residentes tienen por lo menos 1 año de tratamiento; así que es muy posible que la variable tiempo de internamiento puede haber modificado su percepción a la recaída del adicto.

Así mismo, no se halló una relación significativa entre los Estilos de Afrontamiento y el riesgo de recaída a diferencia de McConell et al. (2014), donde mencionan un afrontamiento que busca involucrarse de forma activa en el problema, se relaciona con menor posibilidad de consumo de sustancias psicoactivas y sirve como factor de protección. A su vez, una estrategia de afrontamiento que se deslignie del problema se asocia a una mayor posibilidad del consumo de SPA.

Por su parte, entre los Trastornos de personalidad y el riesgo de recaída no se halló una relación significativa, en contraparte, Gonzales et al. (2016) señalan que el desarrollo de trastornos de personalidad se ve influenciados por la dependencia a sustancias psicoactivas. A su vez, Fernández, J. et al (2003) mencionan que la presencia de

trastornos de la personalidad se asocia con una mayor y más temprana probabilidad de abandono del tratamiento. En los programas de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas actualmente su foco no es el que el residente deje de consumir drogas sino también el cambio de estilo de vida y por ende las conductas adictivas ligadas al consumo.

Respecto a las variables sociodemográficas, en el grupo de edades y los trastornos de personalidad se encontraron una relación significativa; esto puede entenderse ya que el inicio de un trastorno de personalidad es a partir de los 18 años y hay mayor presencia de los mismos (APA, 2002). Por otro lado, no se encontraron relación en el grado de instrucción ni en el tipo de droga problema con la variable personalidad. Poniendo hincapié que es necesario mayores investigaciones para generar hipótesis y a la larga una conclusión más clara.

Se encuentra relación entre el afrontamiento y la edad de los participantes; este resultado se refuerza con lo que señalado por la OPS (2015) donde indican que las drogas alteran el desarrollo neurocognitivo y esto es más significativo en los adolescentes; teniendo en cuenta que mientras mayor edad posea el individuo tendrá mayor conocimiento de las estrategias como estilos de afrontamiento así como el aprovechamiento de usarlas en los diversos contextos de su vida; por otro lado, no se encontró relación en el grado de instrucción y el uso de estilo de afrontamiento; asimismo ni en el tipo de droga problema. Es por ello que se requiere más investigaciones para tener una conclusión más sólida.

Sobre la edad de la muestra y el riesgo de recaída no se obtienen relación al igual que otros estudios como Solano (2017), al parecer no hay evidencia en esta relación y es por ello que no tiene mucha relevancia en el proceso de la recaída. La teoría nos informa que existen factores como los estados emocionales negativos, el craving y el déficit en el autocontrol que son más significativos en la prevención de recaída y que tienen que tomarse en cuenta en la intervención profesional (Leukefeld y Tims, 1989).

Sobre el grado de instrucción y el riesgo de recaída tampoco se halla relación, pero en contraparte; Valles (2016) encontró que el nivel educativo influye en el riesgo de recaída. Ergo, estos resultados no su concluyentes y es necesario generar más investigación en la variable mencionada.

Es importante el haber hecho un estudio entre la relación de la personalidad y el afrontamiento con el riesgo de recaída en una muestra de 240 adictos residentes que realizan un tratamiento en Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana, esta población en su mayoría está diagnosticada con patología dual, a su vez experimenta situaciones estresantes paralelas a su adicción y necesita adaptarse a las demandas de la sociedad le exige.

4.2. Conclusiones

1. No se encontró una relación significativa entre los trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas en Lima metropolitana.
2. El 32.9% de adictos residentes en comunidades terapéuticas en Lima metropolitana presenta un TP Evitativo y el 21.3% no presenta un TP, siendo esto los niveles de trastornos de personalidad que más prevalecen.
3. Se identificó que el 24.2% de adictos residentes en comunidades terapéuticas en Lima metropolitana presenta la estrategia de afrontamiento de Acudir a la religión y el 14.2% presenta la estrategia de apoyo social, siendo estos las estrategias de afrontamiento que más prevalecen.
4. El estilo centrado en el problema con 56.2% es el más utilizado con mayor frecuencia en los participantes. El menos utilizado es el centrado en la emoción con 43.8%.
5. El nivel de riesgo de recaída muy bajo 47.1% y el bajo 20.4% son los predominantes en la muestra analizada.
6. Respecto a los trastornos de personalidad en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, se encontró que si existen diferencias significativas respecto a los grupos de edad; por otro lado, no se encontraron diferencias significativas respecto al grado de instrucción y al tipo de droga problema.
7. A su vez, respecto a los estilos de afrontamiento en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, se encontró que si existen diferencias significativas respecto a los grupos de edad; por otro lado, no se encontraron

diferencias significativas respecto al grado de instrucción y al tipo de droga problema.

8. No se obtienen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en adictos residentes en las Comunidades Terapéuticas de Lima, según las variables de edad, grado de instrucción y tipo de droga de problema.

4.3. Recomendaciones

1. Realizar más investigaciones comparando el riesgo de recaída con otras variables como estadio de cambio, tiempo de internamiento, soporte familiar.
2. Trabajar con una muestra que tenga una proporción en equitativa respecto al sexo para hallar datos más representativos.
3. Capacitar a los profesionales multidisciplinarios que laboran en las Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana sobre los programas de prevención considerando las variables personalidad, afrontamiento y otras significativas.
4. Los tratamientos para consumo de sustancias deberían incluir intervenciones para trastornos de personalidad y otras comorbilidades para prolongar la abstinencia y por ende la no recaída.

REFERENCIAS

- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista del hospital psiquiátrico de La Habana*, 8(2).
<http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, 1ª Ed. Barcelona: Editorial MASSON.
- Andina (30 de noviembre de 2017). Cedro: más de un millón 700 mil peruanos son adictos al alcohol. *Andina*. <https://andina.pe/agencia/noticia-cedro-mas-un-millon-700-mil-peruanos-son-adictos-al-alcohol-691444.aspx>
- Blanco, T. y Jiménez, S. (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). Universidad de Costa Rica.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132015000200147&lang=es
- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283
- Castillo, E. y Saavedra, I. (2018). *Esquemas desadaptativos tempranos y riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas de Lambayeque* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Juan Mejía Baca].
<http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/126>
- Castillo, E., Gómez, E., Mata, J., Ramírez, I. y López, F. (2016). Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato. *Acción Psicológica*, 13(1). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1578-908X2016000100031&script=sci_arttext&tlng=en
- Casullo, M. y Fernández, M. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revistas del Instituto de Investigaciones*, 6(1), 25-49.
- CEDRO (2015). *El Problema de las Drogas en el Perú 2015*. Lima: CEDRO.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida (DEVIDA, 2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria*. Informe Perú, 2016. https://www.devida.gob.pe/documents/20182/96401/PER%C3%9A-UNODC-PREDEM-DEVIDA_UNIVERSITARIOS_2016.pdf/c225c649-05a0-46e4-b0ff-822c8cefaf03

- Criollo, M. y Guerrero, J. (2015). Estrategias de afrontamiento en varones drogodependientes en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22165>
- Fernández, J., López, J., Landa, N., Illescas, C., Lorca, I. y Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2). <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/ijchp106.pdf>
- Fernández-Abascal, E., Palmero, F., Cholí, M. y Martínez, F. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Cuadernos de práctica de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- González, E., Mujica, A., Terán, O., Guerrero, J. y Arroyo, D. (2016). Sintomatología frontal y trastornos de personalidad en usuarios de drogas ilícitas. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1). Universidad Católica Luis Amigó. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/1755>
- Gorski, T. (2013). *Passages through recovery: An action plan for preventing relapse*. Hazelden Publishing. Minnesota.
- Grant, M. y Hadgson, R. (1992). *Respuestas a los problemas de drogas y alcohol en la comunidad. Manual para los agentes de atención primaria de salud con orientaciones para los instructores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México DF: McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Perú, enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2015*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_357/libro.pdf
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2003). *Therapeutic community*. <http://archives.drugabuse.gov/pdf/RRTherapeutic.pdf>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leukefeld, C. y Tims, F. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: research and practice. *The international journal of the addictions*, 24 (3), 189-201.

- Liberini, S., Rodríguez, G. y Romero, N. (2016). El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia. *PSOCIAL*, 2(1).
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/1469>
- Luna, G., Castro, J., Castellanos, L. y Trujillo, M. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: Estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2).
Universidad Católica Luis Amigó.
<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2443>
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- McConnell, M., Memetovic, J. y Richardson, C. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents, *Addictive Behaviors*, 39 (10). Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460314001671>
- Millon, T. (1976). *Psicopatología Moderna*. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Willey.
- Ministerios de Salud de Perú (MINSA, 2018). *Programa presupuestal 0131 control y prevención en salud mental*.
<http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2018/pp/anexo/9/ANEXO2.pdf>
- Negreiros, J. (23 de octubre de 2018). *Las causas de las adicciones involucran factores biológicos, psicológicos y sociales / Entrevistado por Gabriela Pérez*. Puntuedu, PUCP. <https://puntoedu.pucp.edu.pe/entrevistas/las-causas-de-las-adicciones-involucran-factores-biologicos-psicologicos-y-sociales/>
- Nieto, D., Corona, B., Ortiz, D., Venegas, H. y Meda, R. (2017) Prevalencia de trastornos de la personalidad y su asociación con la recaída post-tratamiento en pacientes policonsumidores de sustancias en una unidad de tratamiento residencial. *Revista de investigación en psicología*, 20(1).
<https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA595872326&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=1560909X&p=IFME&sw=w>
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020). *World Drug Report 2020*.

https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo_Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf

Organización Mundial de la Salud (1992) *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015). *Informe sobre situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington D.C.: Autor. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7708>

Pallarés, L. (2016). *Factores psicosociales relacionados con el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol)* [Tesis de pregrado, Universitat Jaume I. Castelló] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150292>

Pedrerol, E. (2018). Trastornos de la personalidad en personas con adicción: conglomerados diagnósticos y variables psicológicas asociadas, *Psicología Conductual*, 26 (3). <https://search.proquest.com/openview/f0b46ecc72840beb8d7e3492e4815fbe/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>

Redacción Gestión (19 de enero de 2017). ¿Qué puesto ocupa Perú en el Índice global del vicio? *Gestión*. <https://gestion.pe/economia/puesto-ocupa-peru-indice-global-vicio-126904-noticia/?ref=gesr>

Redacción Gestión. (21 de octubre de 2015). En Perú existen más de 400 centros informales de rehabilitación. *Gestión*. <https://gestion.pe/economia/peru-existen-400-centros-informales-rehabilitacion-103012-noticia/?ref=gesr>

Redacción Universidad Científica del Sur (25 de marzo de 2019). Estudio previene que 3 de cada 10 adolescentes sufriría de trastornos de personalidad. *Universidad Científica del Sur*. <https://www.cientifica.edu.pe/noticias/estudio-previene-que-3-cada-10-adolescentes-sufriria-trastornos-personalidad>

Solano, C. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima* [Tesis de maestría. Universidad Nacional

Mayor de San Marcos].

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6629>

Tarzan, B. y Benítez, T. (2017). El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en poliadictos adultos medios. *Santiago*, 142(2017). Universidad de Oriente.

<https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/2168>

Valles, J. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1).

<http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46>

ANEXOS

Anexo N° 1 Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Título: Trastornos de Personalidad, Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana

Investigador: Diego Domínguez Quispe

Esta investigación se formula a partir de conocer la problemática de las adicciones y observar su alto índice de recaídas en los sujetos que realizan un tratamiento profesional en las Comunidades Terapéuticas. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y tres cuestionarios. Asimismo, su participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será anónima y confidencial, sólo se utilizará con fines académicos. El tiempo aproximado para recoger la información será de 45 minutos y si tiene alguna duda sobre ésta investigación puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier, sin que esto represente perjuicio alguno para mi persona.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación Sí _____ No _____

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha: _____

Anexo N° 2 Ficha de Datos Personales

FICHA DE DATOS PERSONALES

Las respuestas y datos que usted proporcione en esta ficha, serán completamente confidenciales y anónimas, sólo se usarán para el propósito de una investigación. Por favor, conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible:

1. Edad: 18 a 25 años () 26 a 35 años () 36 a 45 años () 46 a 60 años ()
Más de 61 años ()
2. Sexo: M () F ()
3. Grado de instrucción: Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior Incompleta () Superior Completa () Superior Post Grado ()
4. Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()
5. Vive actualmente con: Solo () Padre(s) () Padres y hermanos () Hermanos () Pareja () Pareja e hijo(s) () Sólo Hijos () Otros Familiares y/o personas ()
6. Ocupación: _____
7. Droga de inicio: _____
8. ¿Qué tipo de drogas legales o ilegales consume? (puede marcar más de una): Alcohol () Tabaco () Marihuana () Cocaína () PBC () Mixtos (PBC + Marihuana) () Bombos o turco (cocaína + marihuana) () Inhalantes () Tranquilizantes () Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, etc.) () Anfetaminas () Éxtasis () Ketamina () Heroína () Otras drogas, especifique: _____
9. Droga(s) adictiva(s) problemas(s): _____
10. Tiempo de consumo (señalar el tiempo de la adicción principal): a. Menos de 2 años () b. 2 a 5 años () c. 6 a 10 años () d. 11 a 15 años () e. Más de 16 años ()
11. Tratamientos previos por adicciones: SI () NO ()
12. Intentos de dejar la droga problema: Nunca () 1 vez () 2 vez () Más de 3 veces ()
13. Tiempo máximo de abstinencia: _____
14. Antecedentes policiales: SI () NO ()
15. Tiempo de internamiento en la Comunidad Terapéutica: 1 y 59 días () 2 a 4 meses () 5 a 6 meses () 7 a 9 meses () 10 a 12 meses () Mas de 12 meses ()
16. Nombre de la Comunidad Terapéutica: _____

Anexo N° 3 Inventario Clínico Multiaxial de Millon (versión III)

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON – MCMI-III

Instrucciones: La persona deberá responder las afirmaciones con una "x" en la casilla correspondiente. Elegirá la opción de **"Verdadero"** o la **"mayoría de las veces verdadero"** casilla izquierda. Elegirá la opción de **"Falso"** o la **"mayoría de las veces falso"** casilla derecha. Trate de marcar cada frase aun cuando no está seguro de su decisión. Si ha intentado y todavía no se puede decidir, marque el Falso. Procure no hacer dobles respuestas.

1	Últimamente parece como si se me escapara la energía, aun por la mañana.		
2	Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir.		
3	Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero		
4	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado		
5	Sé que soy una persona superior, de manera que no me importa lo que otros piensen.		
6	La gente nunca me ha dado suficiente reconocimiento por las cosas que he hecho		
7	Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme y resistir a hacer lo que ellos quieren		
8	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia.		
9	A menudo critico a la gente enfáticamente si me fastidian		
10	Los pocos sentimientos que pueda tener, raramente los muestro al mundo exterior		
11	Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar		
12	Yo demuestro mis sentimientos en forma fácil y rápida		
13	Mi hábito de drogas frecuentemente me ha metido en problemas graves en el pasado		
14	A veces puedo ser muy rudo y cruel en las relaciones con mi familia.		
15	Las cosas que van bien hoy no durarán por mucho tiempo.		
16	Soy una persona muy complaciente y sumisa.		
17	Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en la escuela		
18	Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado.		
19	Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome.		
20	He tenido pensamientos tristes durante gran parte de mi vida, desde que era niño.		
21	Me gusta coquetear (flirtear) con miembros del sexo opuesto.		
22	Soy una persona muy errática, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo.		
23	Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo.		
24	Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado		

25	Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón.		
26	Otras personas envidian mis habilidades.		
27	Cuando tengo la opción, prefiero hacer las cosas sólo.		
28	Pienso que es necesario imponer normas estrictas de conducta a los miembros de mi familia.		
29	Generalmente la gente me ve como una persona reservada y muy seria.		
30	Últimamente he empezado a sentir deseos de destrozr cosas.		
31	Creo que soy una persona especial que merece atención especial que merece atención especial de otros.		
32	Siempre estoy tratando de hacer nuevas amistades y conocer gente nueva.		
33	Si alguien me criticara por cometer un error, inmediatamente señalaría algunos errores de esa persona.		
34	Últimamente me he desanimado muchísimo.		
35	A menudo dejo de hacer las cosas porque temo que no las haré bien.		
36	A menudo exteriorizo mis sentimientos de enojo y luego me siento terriblemente culpable por ello.		
37	Muy a menudo pierdo la sensibilidad en partes del cuerpo		
38	Yo hago lo que quiero sin preocuparme del efecto que esto pueda tener en otros.		
39	El usar lo que se conoce como "drogas ilegales" puede no ser lo mejor, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		
40	Supongo que soy una persona temerosa e inhibida.		
41	He hecho muchas cosas estúpidas impulsivamente, que terminaron causándome grandes problemas.		
42	Nunca perdono un insulto ni olvido cuando alguien me ha hecho pasar vergüenza.		
43	A menudo me siento triste o tenso inmediatamente después que me ha sucedido algo bueno.		
44	Ahora me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo		
45	Siempre trato de complacer a otras personas, aun cuando no me caen bien.		
46	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de las personas.		
47	Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.		
48	Hace mucho tiempo decidí que es mejor no tener mucho que ver con la gente		
49	Desde que era niño he tenido que cuidarme de la gente que trataba de engañarme		
50	Siento mucho rencor hacia la "gente importante" que siempre cree poder hacer las cosas mejor que yo.		
51	Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta agregarles un poco de emoción.		
52	Tengo un problema con el alcohol que me ha causado problemas a mí y a mi familia		
53	El castigo nunca me detuvo de hacer lo que yo quería.		
54	Hay muchas ocasiones en que, sin razón alguna, me siento muy alegre y lleno de entusiasmo.		
55	En las últimas semanas me he sentido muy cansado sin ninguna razón en especial.		
56	Desde hace algún tiempo me he estado sintiendo muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
57	Creo que soy una persona muy sociable y amistosa.		
58	Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.		
59	Siempre llevo cuenta detallada de mi dinero, así estoy preparado en caso de que surja alguna necesidad.		

60	Simplemente no he tenido la suerte de esta vida que otros han tenido		
61	Hay ideas que me dan vueltas y vueltas en la mente y no se alejan.		
62	Desde hace uno o dos años me he vuelto bastante triste y decepcionado de la vida.		
63	Mucha gente ha estado espionando mi vida privada por años.		
64	No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles sólo para hacer a otros infelices.		
65	El año pasado crucé el Atlántico en avión treinta veces.		
66	Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado faltar al trabajo en el pasado.		
67	Tengo muchas ideas que son muy avanzadas para estos tiempos.		
68	Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin razón alguna.		
69	Yo evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me va a criticar o rechazar.		
70	Con frecuencia creo que no merezco las cosas buenas que me pasan.		
71	Cuando estoy solo, a menudo siento la presencia fuerte y cercana de alguien que no se puede ver.		
72	Siento que no tengo metas y no sé hacia dónde voy en la vida.		
73	A menudo permito que otros tomen decisiones importantes por mí.		
74	Parece como si no durmiera, y me despierto tan cansado como cuando me acosté.		
75	Últimamente he estado sudando mucho y me siento muy tenso.		
76	Continúo teniendo pensamientos extraños que desearía poder eliminar.		
77	Me cuesta mucho esfuerzo tratar de controlar el impulso de beber en exceso.		
78	Aun cuando estoy despierto, no parezco darme cuenta de la gente que está cerca de mí.		
79	A menudo estoy malhumorado y gruñón.		
80	Para mí es muy fácil hacer muchas amistades.		
81	Estoy avergonzado de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.		
82	Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado		
83	Mi estado de ánimo cambia drásticamente de un día para otro.		
84	Me siento demasiado inseguro de mí mismo como para arriesgarme a intentar algo nuevo.		
85	Yo no culpo a nadie que se aproveche de alguien que se lo permita.		
86	Ya hace tiempo que me siento triste y decaído y no puedo reanimarme.		
87	A menudo me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.		
88	Yo nunca permanezco callado y desapercibido cuando estoy en una fiesta.		
89	Yo observo muy de cerca de mi familia, para saber en quién se puede confiar y en quién no.		
90	A veces me confiado y me siento molesto cuando la gente es buena conmigo.		
91	Mi uso de lo que llaman "drogas ilegales" ha causado altercados en la familia		
92	Casi siempre estoy solo y prefiero que sea así		
93	Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que pienso sólo en mí mismo.		
94	La gente puede hacerme cambiar de opinión fácilmente, aun cuando yo creía haberme decidido al respecto.		
95	A menudo irrito a la gente por demandarlos.		
96	La gente ha dicho en el pasado que me había vuelto demasiado interesado y excesivamente entusiasmado por demasiadas cosas.		

97	Yo creo en el dicho "A quien madruga, Dios lo ayuda"		
98	Mis sentimientos por la gente importante de mi vida frecuentemente cambian de amos a odio hacia ellos.		
99	En grupos sociales casi siempre estoy muy consciente de mí mismo y tenso		
100	Supongo que no soy diferente de mis padres, en el hecho de que me estoy convirtiendo en algo así como un alcohólico.		
101	Supongo que no tomo muchas responsabilidades de mi familia con la seriedad que debería hacerlo.		
102	Desde que era niño he estado perdiendo el contacto con el mundo real.		
103	Hay gente aprovechadora que a menudo trata de recibir reconocimiento por cosas que yo he hecho o pensado.		
104	No puedo sentir mucho placer porque no siento que lo merezca.		
105	Tengo deseos de tener amistades íntimas		
106	En mi vida he tenido muchos periodos en los que he estado tan animado, y en los que he usado tanta energía, que después caía en un estado de desánimo.		
107	He perdido el apetito completamente y tengo problemas en dormir casi todas las noches.		
108	Me preocupo mucho acerca de quedar solo y tener que cuidarme a mí mismo.		
109	El recuerdo de una experiencia muy desagradable en el pasado me viene continuamente a la mente y perturba mis pensamientos.		
110	Estuve en la portada de varias revistas el año pasado		
111	Al parecer he perdido interés en la mayoría de las cosas que antes encontraba placenteras, tales como el sexo.		
112	Siempre he estado deprimido triste durante gran parte de la vida, desde muy joven.		
113	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.		
114	Un buen método para evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas.		
115	A menudo otras personas me culpan de cosas que no hice.		
116	He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas en línea.		
117	La gente piensa que a veces yo hablo de cosas extrañas y diferentes.		
118	Ha habido ocasiones en que no he podido pasar el día sin usar drogas, de las que se consiguen en la calle.		
119	La gente está tratando de hacerme creer que estoy loco.		
120	Yo haría algo desesperado para evitar que la persona que amo me abandone		
121	Tengo ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo un par de veces en la semana.		
122	Parece que echó a perder las oportunidades que se me presentan.		
123	Siempre he tenido grandes dificultades para dejar de sentirme triste e infeliz		
124	Cuando estoy solo y lejos del hogar, a menudo empiezo a sentirme tenso y con pánico		
125	A veces la gente se molesta conmigo porque dicen que hablo mucho y demasiado rápido para ellos.		
126	La mayoría de la gente exitosa de hoy ha tenido suerte o ha sido deshonesto.		
127	Nunca me meto con la gente a no ser que está seguro que les voy a gustar.		
128	Me siento profundamente deprimido y no comprendo por qué razón.		

129	Después de muchos años, todavía tengo pesadillas de algo que puso mi vida en un peligro real.		
130	Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.		
131	Beber alcohol me ayuda cuando me siento triste.		
132	Odio pensar en las formas en que fui abusado en mi niñez.		
133	Aun cuando las cosas andan bien, siempre he temido que pronto van a ir mal.		
134	A veces me siento como una persona loca o irreal cuando las cosas empiezan a andar mal en mi vida.		
135	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano en quien depender, realmente me asusta.		
136	Sé que he gastado más dinero de lo que debería, comprando drogas ilegales.		
137	Siempre me aseguro de terminar mi trabajo antes de tomar tiempo para mis actividades recreativas.		
138	Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso al lado de ellos		
139	soy muy bueno para inventar excusas cuando me meto en problemas		
140	Creo que están tramando algo contra mí.		
141	Siento que la mayoría de la gente piensa que soy de poco valores.		
142	Frecuentemente siento que no tengo nada en mi interior, como si estuviera vacío o hueco.		
143	A veces me induzco el vómito después de comer.		
144	Creo que me esmero excesivamente en animar a la gente a que admire lo que digo o hago.		
145	Me paso la vida preocupándome de una cosa o de otra.		
146	Siempre me pregunto cuál será la verdadera razón cuando alguien me trata especialmente bien.		
147	Hay ciertos pensamientos que se me vienen a la mente una y otra vez.		
148	Pocas cosas en la vida me dan placer		
149	Me siento asustado y tengo dificultades para dormir porque algunos recuerdos dolorosos del pasado siguen dando vueltas en mi mente.		
150	Al comienzo de cada día, pensar en el futuro me deprime terriblemente.		
151	Nunca he podido quitarme de encima el sentimiento de que no valgo nada para los demás.		
152	Tengo problemas con el alcohol y he tratado de solucionarlo, pero sin éxito		
153	Alguien ha estado tratando de controlar mi mente		
154	He tratado de suicidarme.		
155	Estoy dispuesto a pasar mucha hambre para ser aún más delgado de lo que soy.		
156	No entiendo por qué algunas personas me sonríen.		
157	No he visto un automóvil en los últimos diez años.		
158	Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque es posible que quieran dañarme.		
159	Alguien tiene que ser muy excepcional para entender mis habilidades especiales.		
160	Mi vida actual todavía está afectada por recuerdos repentinos de algo terrible que me sucedió.		
161	Parece que yo creo situaciones con otros que me hieren o me siento rechazado.		
162	A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está sucediendo a mí alrededor.		
163	La gente dice que soy delgado, pero siento que mis muslos y trasero son demasiado grandes.		

164	Hay situaciones terribles de mi pasado que se me vienen a la mente repetidamente y perturban mis pensamientos y sueños.		
165	Aparte de mi familia, no tengo amistades íntimas.		
166	Actúo muy rápido la mayoría de las veces y no pienso bien las cosas como debería hacerlo.		
167	Me preocupo bastante en mantener mi vida como un asunto privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí.		
168	A menudo oigo cosas tan bien que me molesta.		
169	En un desacuerdo, siempre estoy dispuesto a ceder ante los demás porque temo que se enojen o me rechacen		
170	Yo hago ciertas cosas una y otra vez, a veces para reducir mi ansiedad y otras veces para evitar que algo malo me suceda.		
171	Recientemente he considerado seriamente terminar mi vida.		
172	La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
173	Aún me siento aterrorizado cuando pienso en una experiencia traumática que tuve años atrás.		
174	Aunque me da miedo establecer nuevas amistades, me gustaría tener más de las que tengo.		
175	Hay gente que se supone que son mis amigos, pero a quienes les gustaría hacerme daño.		

Anexo N° 4 Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE)

CUESTIONARIO DE ESTIMACIÓN DE AFRONTAMIENTO (COPE)

INSTRUCCIONES

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Responda todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas.

Nunca (NO)

Siempre (SI)

1	Ejecuto acciones para deshacerme del problema	Si	No
2	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema	Si	No
3	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema	Si	No
4	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar al problema	Si	No
5	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron	Si	No
6	Hablo con alguien sobre mis sentimientos	Si	No
7	Busco algo bueno de lo que está pasando	Si	No
8	Aprendo a convivir con el problema	Si	No
9	Busco la ayuda de Dios	Si	No
10	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones	Si	No
11	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido	Si	No
12	Dejo de lado mis metas	Si	No
13	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente	Si	No
14	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema	Si	No
15	Elaboro un plan de acción	Si	No

16	Me dedico a enfrentar el problema y, si es necesario, dejo de lado otras actividades.	Si	No
17	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita.	Si	No
18	Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema	Si	No
19	Busco el apoyo emocional de amigos o familiares	Si	No
20	Trato de ver el problema de forma positiva	Si	No
21	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado	Si	No
22	Deposito mi confianza en Dios	Si	No
23	Libero mis emociones	Si	No
24	Actuó como si el problema no hubiera sucedido realmente	Si	No
25	Dejo de perseguir mis metas	Si	No
26	Voy al cine o miro TV para pensar menos en el problema	Si	No
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse	Si	No
28	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema	Si	No
29	Me alejo de otras actividades para concentrarse en el problema	Si	No
30	Me aseguro de no crear problemas peores para actuar muy pronto	Si	No
31	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema	Si	No
32	Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo	Si	No
33	Aprendo algo de la experiencia	Si	No
34	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido	Si	No
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión	Si	No
36	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros	Si	No
37	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema	Si	No
38	Acepto que puedo enfrentar el problema y lo dejo de lado	Si	No
39	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema	Si	No
40	Actúo directamente para controlar el problema	Si	No
41	Piensa en la mejor manera de controlar el problema	Si	No
42	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema	Si	No
43	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto	Si	No

44	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema	Si	No
45	Busco la simpatía y la comprensión de alguien	Si	No
46	Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia	Si	No
47	Acepto que el problema ha sucedido	Si	No
48	Realizo la oración más de lo usual	Si	No
49	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema	Si	No
50	Me digo a mí mismo "esto no es real"	Si	No
51	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema	Si	No
52	Duermo más de lo usual	Si	No

Anexo N° 5 Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAIDA AWARE 3.0

Lea las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 al 7), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente.

Por favor, encierre un solo número por cada enunciado

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(s) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultades para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7

18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Soy capaz de pensar con claridad	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mi mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7