



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN PSICOLOGIA CLINICA MENCIÓN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

**TEMA: FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DROGODEPENDENCIAS EN EL CETAD AYUDA DE DIOS,
NARANJITO.**

Autor: CARLOS COLOMA CEVALLOS

Tutor:

CHISAGUANO CHISAGUANO LUIS ARMANDO

Milagro, 2022-2023

Derechos del autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **CARLOS ALBERTO COLOMA CEVALLOS** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **MAGÍSTER EN PSICOLOGIA CLINICA MENCIÓN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, como aporte a la Línea de Investigación SALUD PUBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 12 de febrero 2023

CARLOS ALBERTO COLOMA CEVALLOS

C.I 0201779352

Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Yo, CHISAGUANO CHISAGUANO LUIS ARMANDO en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por COLOMA CEVALLOS CARLOS ALBERTO, cuyo tema es FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIAS EN EL CETAD AYUDA DE DIOS NARANJITO, que aporta a la Línea de Investigación SALUD PUBLICA Y BIENESTAR HUMANO INTEGRAL, previo a la obtención del Grado DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 12 de febrero 2023.

CHISAGUANO CHISAGUANO LUIS ARMANDO

C.I 0503570681

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES CON MENCIÓN EN ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, presentado por **PSICÓL. COLOMA CEVALLOS CARLOS ALBERTO**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DROGODEPENDENCIAS EN EL CETAD AYUDA DE DIOS, NARANJITO.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	57.00
DEFENSA ORAL	38.00
PROMEDIO	95.00
EQUIVALENTE	Muy Bueno



El modo electrónico por:
JOFFRE DAVID
AGUALONGO AMANGANDI

Mgs. AGUALONGO AMANGANDI JOFFRE DAVID
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



El modo electrónico por:
BERNARDO PEÑA
HERRERA

PEÑA HERRERA BERNARDO
VOCAL



El modo electrónico por:
WASHINGTON RAFAEL
MIRANDA VERA

Mgs. MIRANDA VERA WASHINGTON RAFAEL
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

CON PROFUNDO AMOR A MI ESPOSA Y A MIS AMADOS HIJOS,
PARTE FUNDAMENTAL DE LA EXISTENCIA Y MOTOR ESENCIAL DE CRECIMIENTO
Y APRENDIZAJE.

AGRADECIMIENTOS

INFINITA GRATITUD A MI TUTOR, QUE CON SU PACIENCIA Y
PERSEVERANCIA ME AYUDÓ A CULMINAR CON ÉXITO ESTE TRABAJO
INVESTIGATIVO.

Resumen

El consumo de drogas constituye, un problema de salud pública para el Ecuador. A pesar que se ha avanzado bastante en su detección, tratamiento, y control, muchos de los pacientes que ingresan a procesos de rehabilitación recaen en el consumo, se toma como principal causa la influencia de factores asociados y personales. El estudio de la adherencia al tratamiento de desintoxicación esta dado por la influencia clínica, social, cultural, psicológica, la calidad de atención y la relación clínico-paciente. El Objetivo de investigación es estudiar factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes del Cetad Ayuda de Dios, Naranjito. Esta investigación se desarrolló de forma descriptiva trasversal, realizada en el Cetad Ayuda de DIOS que se encuentra ubicado en el cantón Naranjito, centro especializado en el control de pacientes drogodependientes, la edad de los usuarios es de 18 a 60 años. Se aplicó una encuesta diseñada específicamente para el estudio y recoger información sobre aspectos sociodemográficos relacionados con la adherencia al tratamiento. La población estudiada es de 100 personas, tomando una muestra de 30 pacientes residentes en el consumo de drogas, los factores asociados que se estudiaron van a generar un buen nivel de adherencia en la población en estudio, por lo cual es recomendado hacer intervenciones que sean innovadoras para esta problemática. Y se encontró como resultados la baja adherencia por motivo terapéuticos y socio culturales.

Palabras clave: Adicción, ansiedad, depresión, patología, compulsión, insidiosa.

Abstract

Drug use constitutes a public health problem for Ecuador, despite the fact that we have made great progress in its detection, treatment, and control, many of the patients who enter rehabilitation processes relapse into consumption, it is taken as the main cause the influence of associated and personal factors. The study of adherence to detoxification treatment is given by the clinical, social, cultural, psychological influence, the quality of care and the clinician-patient relationship. The objective of the research is to study factors associated with adherence to treatment in drug-dependent patients from Cetad Ayuda de Dios, Naranjito. This research was developed in a cross-sectional descriptive way, carried out in the Cetad Ayuda de DIOS which is located in the Naranjito canton, a center specialized in the control of drug-dependent patients, the age of the users is from 18 to 60 years of age, it was applied a survey designed specifically for the study and collect information on sociodemographic aspects related to adherence to treatment.

Keywords: Addiction, anxiety, depression, pathology, compulsion, insidious.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	19
TABLA 2	32
TABLA 3	35
TABLA 4	44
TABLA 5	44
TABLA 6	46
TABLA 7	46

Índice / Sumario

Derechos del autor	ii
Aprobación del director del Trabajo de Titulación	iv
Aprobación del tribunal calificador	v
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Índice / Sumario	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
Introducción	1
CAPÍTULO I	5
El problema de la investigación	5
Planteamiento del problema	5
Delimitación del problema	6
Formulación del problema	7
Preguntas de investigación	8
Determinación del tema	8
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Hipótesis	10
Hipótesis General	10
Hipótesis particulares	10
Declaración de las variables (operacionalización)	10

<u>Justificación</u>	11
<u>Alcance y limitaciones</u>	12
<u>CAPÍTULO II</u>	14
<u>Marco teórico referencial</u>	14
<u>Antecedentes</u>	14
<u>Antecedentes históricos</u>	14
<u>Antecedentes referenciales</u>	22
<u>Contenido teórico que fundamenta la investigación</u>	26
<u>EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL</u>	26
<u>COGNITIVO CONDUCTUAL</u>	27
<u>CAPÍTULO III</u>	29
<u>Diseño metodológico</u>	29
<u>Tipo y diseño de investigación</u>	29
<u>La población y la muestra</u>	29
<u>Características de la población</u>	29
<u>Tipo de muestra</u>	30
<u>Tamaño de la muestra</u>	30
<u>Proceso de selección de la muestra</u>	31
<u>Los métodos y las técnicas</u>	31
<u>Procesamiento estadístico de la información</u>	33
<u>CAPÍTULO IV</u>	34
<u>Análisis e interpretación de resultados</u>	34
<u>Análisis de la situación actual</u>	34
<u>.ETAPA DE PRECOMTEMPLACION</u>	35
<u>ETAPA DE COMTEMPLACION</u>	36
<u>ETAPA DE ACCION</u>	37
<u>.ETAPA DE MANTENCION</u>	38

<u>AUMENTO DE CONCIENCIA.</u>	39
<u>ALIVIO DRAMATICO.</u>	40
<u>LIBERACION SOCIAL.</u>	41
<u>CONTROL DE ESTIMULOS.</u>	42
<u>INFORMACION ADICIONAL COMPLEMENTARIA.</u>	43
<u>¿Usted cree que puede controlar la ansiedad propia de su trastorno?</u>	43
<u>Análisis Comparativo</u>	47
<u>4.3 Verificación de las Hipótesis.</u>	48
<u>CAPÍTULO V</u>	49
<u>Conclusiones y Recomendaciones.</u>	49
<u>Conclusiones</u>	49
<u>Recomendaciones</u>	51
<u>Bibliografía</u>	52
<u>Anexos</u>	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	35
GRÁFICO 2	36
GRÁFICO 3	37
GRÁFICO 4	38
GRÁFICO 5	39
GRÁFICO 6	40
GRÁFICO 7	41
GRÁFICO 8	42

Introducción

El consumo de drogas es un problema de carácter mundial que preocupa a la Organización Mundial de la Salud (OMS). además de ser un trastorno crónico, se considera como progresivo y potencialmente causante de otras patologías de carácter físico. Se considera como principal causa la falta de adherencia al tratamiento y la influencia de factores asociados del paciente reincidente. En la actualidad las cifras mundiales dan a conocer que por cada 10 familias existe un consumidor activo, y que por cada quince pacientes que ingresan a un tratamiento de desintoxicación solo uno desarrolla adherencia terapéutica al proceso.

En Latinoamérica, el consumo de drogas cada vez toma mayor fuerza y a menor edad la violencia crece, la muerte por consumo de drogas se enfatiza en niños y adolescentes, por tanto, la visión del Cetad Ayuda de Dios, como de OMS, es la reducción de la reincidencia de esta patología, evitado así la destrucción del ser humano y la familia.

Los factores asociados que influyen en una mala de adherencia al tratamiento darán siempre resultados bajos y mayor costos sanitarios, si se desarrolla una correcta adherencia terapéutica aumentará la seguridad de los pacientes, pues el proceso de rehabilitación necesita de la interacción del Cetad, paciente y familia desarrollando el autocuidado, logrando poner en practica el modelo tras teórico del comportamiento con sus etapas, hasta que el paciente logre desarrollar adherencia terapéutica.

Muchos estudios demuestran que la correcta adherencia al proceso en adicciones define el éxito del tratamiento, la adherencia depende de varis factores tanto del paciente como de su entorno, siendo muy trascendental la relación con el

ambiente en el cual se desarrolla y la influencia que este ejerce sobre su persona.

El conocimiento que existe entre adicciones a drogas y adherencia terapéutica abarcan factores que van desde la perspectiva de la OMS, utilizando diferentes métodos para su estudio, el papel de la familia en la causa y la rehabilitación de del trastorno, el rol del personal sanitario, el tratamiento y la enfermedad, los factores sociales, culturales y psicológicos y la influencia del entorno sobre sus proyecciones luego de del proceso de desintoxicación, permitiendo generar estrategias para cada factor.

El diseño de investigación será descriptiva-correlacional, descriptiva porque trata de determinar sistemáticamente diferentes características individuales relacionadas a la edad, factores ambientales, socioeconómicos, sociodemográficas, psicosociales, psicopatológicas de los pacientes y correlacional para establecer la relación existente entre variables de investigación mediante la aplicación de la estadística, en usuarios del cetad Ayuda de Dios, Naranjito, que se encuentran internados por consumo problemático de drogas. Se aplicará una encuesta diseñada para la recolección de información, mediante un cuestionario relacionado con factores personales y sociales que influyen en la adherencia al tratamiento, se partió de la revisión teoría de estos factores, contiene 12 ítems. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, factores psicológicos y psiquiátricos, culturales, familiares, laboral, la relación con el cuerpo clínico, la asistencia a seguimiento y controles terapéuticos, y régimen terapéutico. Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en Office Excel, para luego ser procesados en SPSS, obteniéndose datos estadísticos descriptivos.

Se expone en los resultados cada una de las variables con el análisis

estadístico respectivo y representación gráfica, se concluye que la población de estudio a recaído en el consumo de drogas por mala adherencia al tratamiento y influye en factor emocional de relación familia y cuerpo clínico.

Además, esta investigación muestra que el trabajo de rehabilitación en adicciones se debe hacer intervenciones con la familia, y buscar estrategias innovadoras, participativas y críticas para esta problemática, y que las razones para la adherencia nacen de las características intrínsecas de las personas, siendo esto una barrera que desde el ámbito profesional se debe derrumbar y acrecentar la autoestima para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Capítulo I: El problema de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

El consumo de drogas y los trastornos asociados son muy frecuentes, sin embargo, solo uno de cada seis consumidores tiene acceso a tratamiento cada año. Siendo el abandono del proceso del tratamiento un problema no resuelto en la terapia de adicciones que hace que el fracaso de esta sea habitual. La tasa de abandonos es superior a la de altas terapéuticas hace que muchos pacientes reciban un nivel mínimo e ineficaz de asistencia especializada. El mayor número de abandonos se produce durante las primeras semanas de tratamiento, siendo los más graves por tener un peor pronóstico. Por lo tanto, la probabilidad de una permanencia continuada en el programa aumenta considerablemente después de los primeros meses de tratamiento (Muñoz, 2017).

Sin embargo, la OMS) manifiesta que la adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento para ejecutar cambios del modo de vida, seguir con las recomendaciones acordadas de un profesional de asistencia sanitaria” y, a

diferencia del cumplimiento terapéutico, requiere de la conformidad del paciente. Se trata de un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores (Muñoz, 2017).

La mayor parte de los pacientes que acuden a los servicios ambulatorios lo hacen en contra de su voluntad, y si no son obligados, por su familia más cercana, existiendo en estos casos escasa conciencia de problemática cuando no negación de la misma. (Catalá, 2000).

La adicción para muchos es una enfermedad crónica, progresiva y mortal, para otros es un trastorno que atenta con la vida del que la padece, se considera insidiosa porque manipula el pensamiento del usuario y lo convierte en un ser sin voluntad y decisión a pesar de la realidad crítica que está viviendo de forma consiente, pero la compulsión de la adicción no le permite parar de consumir, los signos físicos de la enfermedad son notables y peligrosos, pero la incapacidad de decidir sobre su salud es imposible, por lo tanto el consumo recurrente y el abandono a los tratamientos es inminente.

Las consecuencias negativas de la recaída son fatales, la degradación, la humillación, la prostitución, la degeneración del usuario es mayor, al borde de la locura, y de la muerte, creciendo las ganas incesables de la autodestrucción y el sufrimiento.

1.2. Delimitación del problema

La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de

un resultado beneficioso para la salud.

El estudio que se realizará es sobre la falta de adherencia en procesos terapéuticos en los usuarios recurrentes en procesos de desintoxicación en el Cetad Ayuda de Dios, ubicado en la ciudadela Xavier Marcos del cantón Naranjito.

1.3. Formulación del problema

El abuso del consumo de drogas es un problema grave en la sociedad ecuatoriana y latinoamericana en los últimos cuatro años, existiendo una creciente prevalencia de trastornos por el abuso de sustancias que alteran el sistema nervioso.

Las características farmacológicas de las diferentes sustancias generan complicaciones neurológicas de base psiquiátrica por el aumento y forma de consumo, siendo estas urgencias hospitalarias por intoxicación, síndrome de abstinencia o patologías duales.

Hay que hacer énfasis que el consumo de drogas, no siempre es detectado en el servicio de emergencias hospitalarias, la prioridad debe ser la vinculación de los pacientes a centros especializados en tratamientos de desintoxicación, dado que el uso de alcohol y drogas está asociado frecuentemente a suicidio, violencia intrafamiliar, delincuencia, hepatitis C, inmunodeficiencia adquirida y problemas legales, aumento de pobreza, necesidad de recursos sociales y económicos puesto que las recaídas generan inversión y gasto por la mala adherencia terapéutica.

Los usuarios que ingresan al Cetad Ayuda de Dios Naranjito, son pacientes que tienen problemas de adicción a las drogas y en determinados casos son recurrentes, no tienen la capacidad de mantenerse en el tratamiento terapéutico, reintegración a la sociedad, la prevención y la correcta asimilación terapéutica para una buena adherencia al proceso.

Se determina que el proceso de la recaída que sufren usuarios luego de terminar un proceso de desintoxicación y reducir los efectos nocivos del consumo, cuestionar los procesos actuales y las políticas del MSP con respecto al manejo de pacientes adictos a heroína en los centros especializados con internamiento y los de libre acceso con tratamiento ambulatorio.

1.4. Preguntas de investigación

- Cuáles son los factores asociados en la adherencia al tratamiento en pacientes drogo dependientes del Cetad Ayuda de Dios, Naranjito.?
- Qué influencia tiene los factores asociados en la adherencia terapéutica.?
- Será que las patologías de base psiquiátrica y psicológicos que no permiten que los usuarios avancen en los procesos de reinserción social y desintoxicación.?

1.5. Determinación del tema

La información se tomará en pacientes drogodependientes que finalizaron tratamiento de deshabitación entre 2018 y 2022 que volvieron a consumir drogas. La adherencia terapéutica fue la variable dependiente. Las variables independientes se clasificaron en sociodemográficas, psicosociales, psicopatológicas, relacionadas con el consumo, el tratamiento y el nivel de autoestima. Se realizará un análisis descriptivo de todos los resultados.

1.6. Objetivo general

Estudiar factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes del Cetad Ayuda de Dios, Naranjito.

1.7. Objetivos específicos

Reconocer los niveles de los factores asociados capaces de predecir la probabilidad de una mayor o menor adherencia terapéutica.

Identificar factores psicológicos y psi patológicos en la adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes.

Investigar modelos terapéuticos que nos ayuden a desarrollar adherencia, mediante la investigación científica.

1.8. Hipótesis (de existir)

Hipótesis General

“Los factores asociados influyen significativamente en la adherencia terapéutica en el tratamiento en pacientes con drogodependencias en el Cetad Ayuda de Dios, Naranjito”.

Hipótesis particulares

Los factores psicológicos y psi patológicos influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes drogodependientes en el Cetad Ayuda de Dios, “Naranjito”.

Serán capaces los factores asociados de predecir la probabilidad de una mayor o menor adherencia terapéutica.

1.9. Declaración de las variables (operacionalización)

El estudio que se realizará será analítico, observacional, longitudinal y con recogida retrospectiva de información en pacientes drogodependientes que finalizaron tratamiento de terapéutico en el Cetad Ayuda de Dios Naranjito. La adherencia terapéutica fue la variable dependiente. Se clasificó las variables independientes en sociodemográficas, psicosociales, psicopatológicas, relacionadas con el consumo, el tratamiento y el nivel de autoestima.

Se realizó un análisis descriptivo de todos los resultados tomando en cuenta la autoestima de los pacientes.

La adherencia terapéutica fue la variable dependiente, se evaluó como buena adherencia al tratamiento cuando el paciente finalizó el mismo con un alta indicada, acudió de forma regular a las sesiones programadas psicoeducativas, de relajación y ocio y finalizó el tratamiento con éxito: reconoce las consecuencias personales relacionadas con el abuso de drogas, desarrolla estrategias efectivas para el control del consumo de drogas; utiliza los sistemas de reconocimiento personales para controlar el abuso de drogas; reconoce cambios en el estado de salud; controla la ingesta de drogas; evita conductas que potencien el consumo y existe un equilibrio entre el tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.

Las variables independientes se clasificaron en sociodemográficas como sexo y

edad, psicosociales como situación familiar, social, laboral, económica y judicial, psicopatológicas si existiera diagnóstico dual, relación con el consumo sustancia principal, sustancias secundarias y poli consumo, relacionadas con el tratamiento farmacológico y el nivel de autoestima, al inicio del proceso según la Escala de Autoestima de Rosenberg.

1.10. Justificación

Los estudios de adherencia en drogodependencias son escasos y difíciles de realizar, por la dificultad que presenta el paciente para mantenerse en contacto de forma regular con los servicios sanitarios, abandono o recaída. La investigación a realizar es necesaria para comprender el fenómeno creciente del factor recurrente de consumo, proceso y recaída de drogas, la degeneración social que produce este problema necesita ser atendido con importancia y emergencia, las ofertas asistenciales y la planificación de los servicios de tratamiento tienen que mejorar, no se puede dejar de lado la experiencia vivencial y mucho menos la ciencia.

Según anuncia la OMS, "En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50 %, y resulta mucho menor en los países en desarrollo" y añade: "La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo".

Lo que se quiere aportar y alcanzar a través de la investigación y estudio es, una respuesta terapéutica que ayude evitar el consumo recurrente por falta de

adherencia a los procesos de rehabilitación por consumo de sustancias.

Las nuevas vías de investigación darán respuesta a la problemática que se viene viviendo en los últimos años que de forma creciente aumentado el consumo de sustancias y el retorno al mismo, el sistema de salud en rehabilitación necesita de manera urgente nuevas técnicas que optimicen el bienestar de las personas enfermas de adicción.

1.11. Alcance y limitaciones

Lo que se pretende alcanzar con la investigación es técnicas y estrategias para una buena adherencia psicológica en los procesos y así bajar el índice de recaídas o la deserción de procesos de recuperación de adicciones.

Las principales limitaciones que se puede encontrar es la falta de colaboración de los usuarios, el temor a aceptar la investigación como una proyección del fracaso personal.

CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes históricos

Una de las primeras definiciones del término fue formulada por Sackett y Haynes, (1976) en la que hicieron un análisis entre la conducta del usuario y las recomendaciones de los profesionales en base a un modelo terapéutico (García, 2010)

Posteriormente, Di Mateo y Di Nicola, (1985) definen a la adherencia como esa capacidad libre y voluntaria para cambiar su comportamiento, gracias a un acuerdo con el cuerpo clínico logrando así los resultados terapéuticos que se desea en base a la planificación psicológica (cit. Martín, 2014, p.227-228) siendo esta la definición más aceptada en la retórica científica, ya que en ella aparecen los términos de admisión voluntaria y activa por parte de la persona para conseguir el resultado terapéutico deseado.

De acuerdo a esta definición, la conducta y las distintas formas de afrontamiento que tienen las personas ante las enfermedades crónicas desempeña un rol significativo en los procesos de recuperación, y en este argumento, el hecho de que un usuario cumpla o no con las sugerencias clínicas juega un papel esencial (Martín y Grau Abalo, 2004).

El término es empleado ampliamente en el área de la salud, su interpretación y fundamentación sigue siendo motivo de discrepancias científicas para llegar a un consenso. Como señala Martín (2004, 2014), *Health and Addictions*, Vol. 14, No.2,

89-9891 se puede encontrar en la literatura psicológica muchos términos que hacen referencia como obediencia, acatamiento, seguimiento, apego, convenio terapéutico, asistencia, y colaboración haciendo énfasis en el contexto clínico. El término más utilizado es el de adherencia al tratamiento o adherencia terapéutica, y dado que se asocia al tratamiento y a la terapia, se entienden que sería fácilmente contextualizado a otros aspectos de la conducta. Alikari y Ziga (2014), hacen referencia a la multidimensionalidad del cumplimiento y cómo este relaciona la percepción del terapeuta y el paciente hacia el tratamiento a seguir, las cuales muchas veces no tienen por qué coincidir. Lo más ingenioso es que se observa un cambio en la independencia y intervención en las decisiones terapéuticas del propio usuario, con el fin de que la adherencia pueda ser más alta.

Por su parte Martín (2014, p.229), precisa la adherencia al tratamiento como “un procedimiento complicado con representación de procesos conformados por una estructura y dinámica interna, que estructura un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el clínico y un terapeuta vivencial, dirigidos al beneficio de un resultado favorable para la salud”

La definición más difundida es la que formularon Sackett y Haynes (1976), en la que hacen una correspondencia entre el comportamiento del usuario y los procesos clínicos sugeridos por los profesionales del área de la salud. Por otra parte, es fundamental tener en cuenta cuáles son los factores asociados que impiden para que un usuario sea adherente, para poder determinar dónde radica la causa para que fracase el proceso. La no adherencia se la define como el no cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, sea de forma voluntaria o

involuntaria (Silva et al., 2005).

Según Ortiz y Ortiz (2007), la no-adherencia se puede generar a partir de una serie de factores:

- Del usuario: donde se podrían señalar la falta de motivación, el desconocimiento del problema, problemas de autoestima, problemas psiquiátricos, patologías duales.

- De los profesionales: la falta de empatía y la ausencia del rapport puede crear desconfianza en el usuario, limitando el éxito en el proceso demostrando la no adherencia terapéutica.

Por lo que el término adherencia terapéutica se puede referir como el argumento en el que el comportamiento del usuario debe de coincidir con las recomendaciones dadas por el clínico relacionado con el área de la salud; incluyendo la capacidad del usuario para presentarse a las terapias programadas; ejecutar cambios de estilo de vida recomendados (Silva, Galeano y Correa, 2005)

Según la OMS se establecen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica (Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega, 2018): siendo estos factores determinantes muy trascendentes para el devenir en el desarrollo de la investigación.

a) Factores socioeconómicos. Tiene gran influencia para que no exista una correcta adherencia terapéutica, el estado socioeconómico deficiente no ayuda al manejo de

ansiedad, puesto que genera estados de desequilibrio y preocupación a los pacientes que al inicio de un proceso de desintoxicación todavía no logran tener una contención y control emocional.

La teoría del aprendizaje social nos da las bases trascendentales para entender los patrones de conducta adquirida, centradas en la interacción social que posee los seres humanos, esa misma interrelación es el punto de partida para el consumo recreativo que inicia en la adolescencia en el seno familiar o motivado por un grupo de iguales.

Los factores familiares, como familias disfuncionales, familias consumidoras de drogas, sin lazos afectivos, sin responsabilidad social, sin reglas y normas donde no exista comunicación de padres a hijos, no ayudaran a crear adherencia psicológica y terapéutica, que determinan el regreso al consumo problemático de sustancias.

La influencia y la presión que el usuario siente entre sus iguales que consumen drogas, y la necesidad de no sentirse aislado o fuera de un grupo social es un factor de riesgo recurriendo al uso de drogas para poder sentirse aceptado, puesto que existe una asociación mental entre el fenómeno de la personalidad, autoestima y la adicción, equivocadamente el consumo de una sustancia es un rito sociodemográfico para ingresar a la vida adulta y social, y ser aceptado como parte de la comunidad en donde vive el paciente.

b) Factores relacionados con el equipo. Los centros especializados y legalmente constituidos que cuentan con un licenciamiento otorgado por el Ministerio de salud del Ecuador, están en la obligación de tener un equipo terapéutico constituido por profesionales de en el área de la salud con un registro

activo del MSP. desde la normativa legal esto debe cumplir para el funcionamiento de los Cetad, brindando un servicio de calidad, desde la perspectiva terapéutica los profesionales deben crear una buena relación entre el equipo terapéutico y el usuario, para mejorar la adherencia terapéutica.

c) Factores relacionados con la enfermedad. La adicción es una enfermedad con manifestaciones crónicas en la salud de un ser humano, sus síntomas físicos alteran el sistema nervioso central, las manifestaciones más notables son conductuales y emocionales.

La gravedad de los síntomas, el grado que a vulnerabilidad al individuo volviéndolo incapaz de tomar decisiones por su cuenta, la velocidad en la progresión de la gravedad de la enfermedad, y el grado de intoxicación que ha sufrido el cuerpo son determinantes para desarrollar las bases sólidas de una correcta aprensión en los procesos.

d) Factores relacionados con el tratamiento. La complejidad del régimen técnico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes de tratamiento, el apremio por los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo para tratarlos.

e) Factores relacionados con el paciente. Representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del usuario. El olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada para

controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.

Uno de los principales problemas que encuentran los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones es el insuficiente o inadecuado cumplimiento por parte de los usuarios de las prescripciones dadas, debido a que este tipo de pacientes se enfrentan a una serie de dificultades, como, por ejemplo, la modificación de hábitos, la toma de decisiones equivocadas, no alejarse del círculo de consumo y el abandono del tratamiento. Por lo que el cumplimiento, va a venir dado por las conductas de cambio que la persona está dispuesta a llevar a cabo para su bienestar. Este proceso se denomina de autorregulación emocional cuyo objetivo es la incorporación de un nuevo estilo de vida más saludable, a favor de una mejor adherencia terapéutica (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

El Modelo Transteórico (MTT) representa una conceptualización de etapas acerca del cambio, que se ha hecho extensiva con relativo éxito al control de comportamientos de abuso, tales como el consumo excesivo de cigarrillo y de alcohol (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska, Velicer & Cols., 1994).

Tabla 1

Tabla 1. Variables y componentes del modelo transteórico del cambio comportamental

Etapas de cambio	Procesos de cambio	
Precontemplación Contemplación Preparación Acción Mantenimiento	Concientización Catarsis Auto afirmación Acondicionamiento Relaciones de apoyo	Autoevaluación Revaluación ambiental Liberación social Control de estímulos Administración de eventos
Comportamiento objetivo		
Balance decisorio Pros y contras para cambiar Autoeficacia	Tentación Situaciones emocionales negativas Situaciones emocionales positivas Impulsos incontrolables	

Este modelo incorpora dentro de su contenido conceptual tres tipos de factores esenciales (Prochaska & Prochaska, 1993), los factores están resumidos en la temporalidad del cambio, variables intermedias de tipo psicosocial y un conjunto de procesos psicológicos. Los factores cumplen etapas y se resumen en cinco, los que detallo a continuación:

Precontemplación: aquí los individuos no tienen una conciencia del problema crónico del consumo, no aceptan la problemática familiar y social que ha desarrollado el consumo de drogas, y mucho menos el cambio físico y el deterioro

en la salud, no existe la intención de pedir ayuda o ingresar en un tratamiento de desintoxicación.

Contemplación: es el periodo ambivalencia con sentimientos contradictorios de seguir consumiendo sustancias o cambiar su estado de vida, ya existe la sensibilización consciente del problema y ven a largo plazo la posibilidad de empezar un proceso, ya consideran cambiar su vida.

Actuación: el paciente acepta la abstinencia, reconoce el problema y asume la condición de tener una enfermedad de carácter destructiva y problemática, manifiesta libremente el dolor y la soledad que produce la adicción, su conducta tiende a cambiar y sus relaciones emocionales entran en un estado de calma, empieza a tener conciencia del daño causado y tiende a buscar mecanismos para superarlo.

Mantenimiento: la abstinencia se generaliza a otras drogas, y empieza un nuevo estilo de vida, se fortalece en aspectos emocionales positivos, crea hábitos saludables y la interrelación social se basa en valores y principios que lo motivan a ser mejor persona mientras se mantenga en este estadio.

Recaída: Ocurre cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, provocando una vuelta hacia estadios previos, frecuentemente al de contemplación o al de preparación, y en el peor de los casos al de precontemplación.

Finalización: este estadio se logra con el pasar del tiempo, se estabiliza la

conducta más allá de mantenerse sin consumir drogas, se crean nuevos patrones de conducta y comportamiento, ya existe una estabilidad emocional permanente y la responsabilidad ha pasado a un ambiente laboral y familiar, las ideas de consumo son efímeras y pasajeras ya no producen cambios emocionales significativos, ya puede manejar la ansiedad, depresión y angustia.

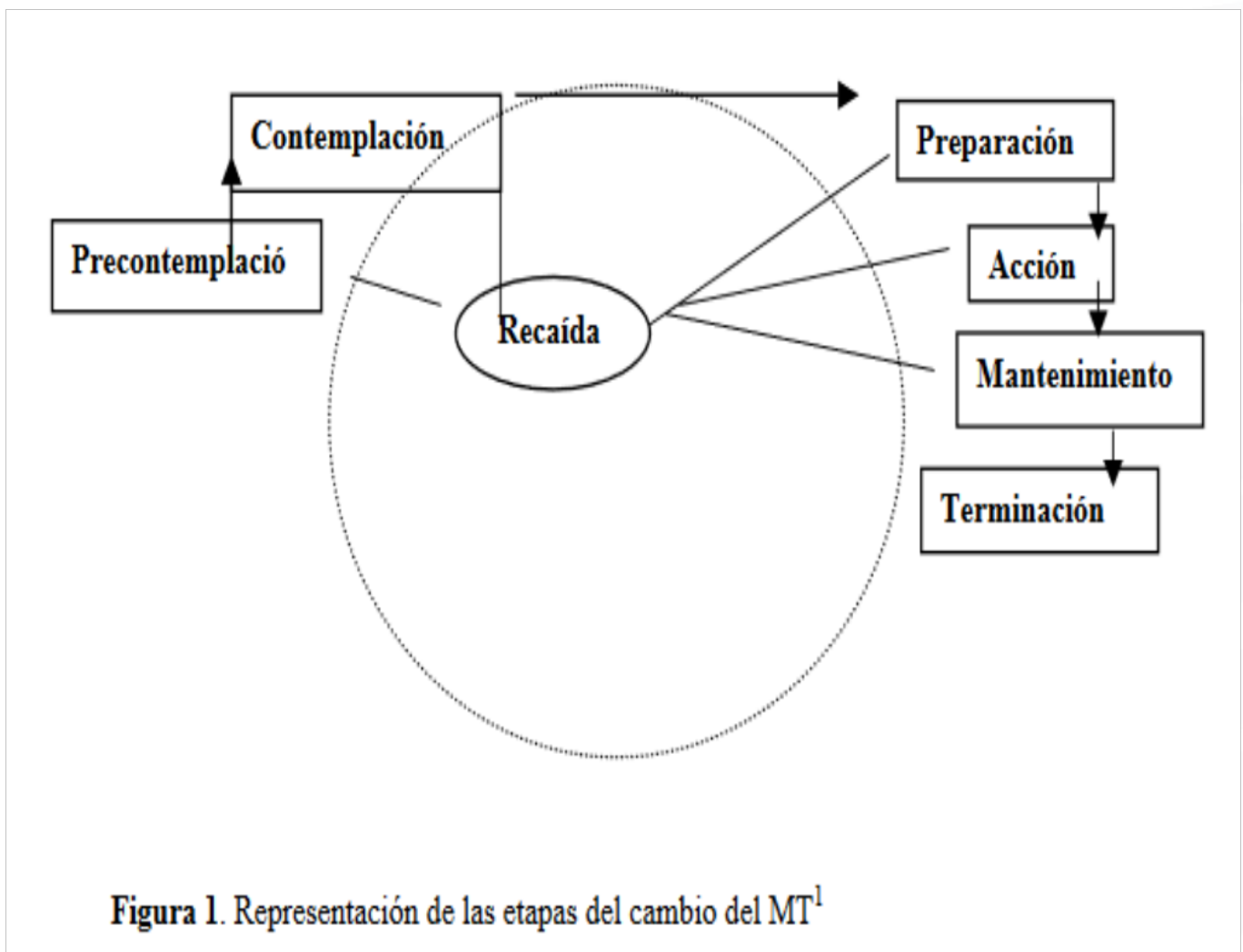


Figura 1. Representación de las etapas del cambio del MT¹

2.1.2 Antecedentes referenciales

Según Castillo (2014) el modelo transteórico desde la teoría conductasociedad y la adherencia psicológica, los diferentes aspectos que pasan desde un diseño teórico y las discrepancias en la práctica son la limitación para la actividad de los procesos de adherencia psicológica, puesto que los usuarios y los profesionales de la salud son solo dos ejes del modelo biopsicosocial en el cual se desarrolla los elementos del aprovechamiento correcto en el ámbito de la rehabilitación en adicciones. Conjuntamente, que los principios de adherencia no se tienen en cuenta en la prevención de las adicciones porque no se considera como una variable que aporte significativamente en un tratamiento clínico, subestimando la integración de lo biológico, psicológico, social, espiritual del paciente.

Para Ayala Santacruz (2018) el consumo de drogas en la historia es una problemática en el impacto físico, psicológico y social para lo cual es necesario

fortalecer procesos de atención en usuarios adictos desde los servicios de urgencias elaborando una ruta de atención integral dentro de los factores de riesgo, para fomentar habilidades de afrontamiento y manejo de contingencias, puesto que el desconocimiento de los daños que desarrolla la sustancia base de cada droga ilegal, es un factor de importancia en el área de la salud, y un problema social de cada estado, puesto que atenta en contra de la seguridad sanitaria y al adicto lo ubica en un papel prioritario de atención.

Así también de Pozo (2008) da a entender que el modelo transteórico de (Prochaska y DiClemente) han servido de fundamento y contribuyen desde el enfoque cognitivo conductual para el manejo de conductas adictivas y en el proceso de deshabitación cognitiva, el limitante para una correcta adherencia terapéutica es los conceptos equivocados que anteceden al proceso de rehabilitación, puesto que los conocimientos y los hábitos siendo estos factores propios del paciente, no permiten, sin la voluntad del mismo, que esto genere modificación conductual, por ende el fracaso será notable, si no se desarrolla la voluntad y la aceptación de la patología existente. La teoría del aprendizaje con respecto al condicionamiento clásico y operante y el aprendizaje social cognitivo, basándose en el aprendizaje observacional, y la influencia del modelado como determinantes del comportamiento, hace gran énfasis en el tipo de pensamientos selectivos para su influencia en los sentimientos para medir el comportamiento y el cambio conductual progresivo en el adicto, y cuál es el factor social determinante para volver o no a consumir drogas.

Por su parte Hurtado (2016). Hace gran énfasis en la influencia del grupo de

iguales en la iniciación del consumo de drogas y la necesidad de aceptación y factor de riesgo la incitación grupal para volver a consumir una sustancia, sumado al ambiente de ocio y diversión sin responsabilidad en compañía de personas que consumen activamente. Otro factor de riesgo para no mantener la adherencia terapéutica es la búsqueda de sensaciones como principio de placer para sustituir el trauma vivido en el pasado, los determinantes socioculturales y los factores de carácter psicosocial determinaran la correcta aprensión de los estadios del modelo de Prochaska y determinan la influencia de la sociedad sobre el paciente para mantenerse en sobriedad como factor extrínseco sobre la conducta.

Para Varona Pérez (2003) el mayor problema que encuentran los pacientes al momento de desarrollar adherencia psicológica es quedarse atascados en la etapa de pre contemplación o falta de motivación para el cambio y la influencia en el género puesto que las mujeres se muestran más dispuestas que los hombres a superar la adicción, interfiere también el nivel de instrucción, y si cuenta con un trabajo estable se encuentran más motivadas para el cambio. También a medida que van envejeciendo disminuye la probabilidad de quedarse en la etapa de pre contemplación. Los factores más identificados dentro del modelo fueron: la edad de inicio del consumo, cantidad de sustancia e intentos de abandonar el habito adictivo. La identificación del proceso de cambio y los factores sociales a ellos vinculados hace realmente eficaz el modelo de Prochasca y Di clemente. No se puede desconocer que la motivación es un factor intrínseco que determina la funcionalidad de la personalidad y la toma de decisiones acertadas en el contexto social.

De la misma manera para Nuñez el éxito de los tratamientos depende en gran manera como se despertó la motivación al cambio en el paciente por medio del cuerpo clínico, y la correcta aplicación y cumplimiento de los estadios de los esquemas que los tratamientos proponen, manifestando que la resistencia al cambio suele ser natural a abandonar el hábito de consumo y aprender a tomar decisiones. La personalidad de quien consume drogas a un no es determinada, y en su lugar se atribuye una adaptación de varias personalidades, mostrando la negación como una conducta que limita la adherencia al proceso, como resultado de la interacción entre terapeuta y cliente. Si la relación con los clínicos tratantes no despertó la motivación y el interés hacia un programa de rehabilitación el usuario no se desprenderá del estadio de la pre contemplación y el camino a cumplir en los estadios restantes solo será una mera quimera y un desperdicio de tiempo y recursos.

Trejo (2013) expresa que el programa de intervención para personas con problemas de adicción, y el éxito que se alcance con el mismo depende en gran medida con variables inespecíficas y el grado de conocimiento sobre bases teorías que sustentan el modelo, el amplio dominio del programa y los factores intrínsecos de los usuarios como compromiso con el modelo, creencias en las posibilidades de cambio, actitud, empatía, motivación y reforzamiento positivo. Cabe destacar que Prochaska y Di clemente fundamenta su modelo transteórico en el modelo Bio, Sico, social desde la teoría cognitiva conductual.

Para Núñez O (2019) el mayor índice de personas encuestadas que consumen drogas se encuentra en la etapa de contemplación, a medida que pasan

los años el consumo de sustancias aumenta y la edad de iniciación es más temprana, con más frecuencia en la población escolar, mostrando los resultados que en los estadios del modelo de Prochaska y Di clemente en la contemplación los alucinógenos son los más usados. También la investigación hace énfasis en el comportamiento influenciado por el efecto de la droga preferida y el estadio en el que se encuentran, también los aspectos ambientales contribuyen al incremento del consumo y la influencia para que estas conductas negativas sean socialmente aceptadas en el medio en el que se desarrolla en paciente. La prevención está basada en el modelo tras teórico, el mismo que describe la adquisición de conductas a través de etapas de cambio.

De la misma manera Bernard (2019) manifiesta que las variables psicosociales determinan la eficacia de un programa de prevención y rehabilitación en pacientes drogadictos, los elementos de estas variables más preponderantes son el impacto del apoyo social, el género y el estatus económico en la aplicación del mismo. El modelo tras teórico se centrará en el tipo de conducta en las distintas dimensiones de apoyo social por ser una variable protectora en salud, la misma que nos puede ofrecer insumos para transformar la realidad social en base a técnicas y estrategias que propone el modelo para una correcta adherencia terapéutica. Estos factores son de vital importancia para el éxito en el programa.

Contenido teórico que fundamenta la investigación.

EL MODELO BIOPSICOSOCIAL.

Este modelo fue propuesto por Engel (1977), quien afirma que el mismo se enmarca dentro de la teoría general de sistemas; así, es un modelo de sistemas que

asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud.

Para Sperry (2008) el modelo Biopsicosocial es un constructo integrador y sistemática de principios biológicos, psicológicos y sociales del ser humano. Estos sistemas están interactuando y intercambiando información, interrelacionando los estadios propios del individuo que ejercen influencia en el estado de salud. Además el modelo biopsicosocial puede ser muy flexible otorgando una gran libertad para explorar la muchas causas en problemas de la salud, se podría decir que un limitante es no tener una estructura consolidada de dimensiones o factores, pero su gran fortaleza es la amplia amalgama de posibilidades que presenta su interacción científica.

Los estudios sobre los factores de riesgo y protección en el uso y abuso de drogas son abundantes y, mientras que en un principio los investigadores anteponían unos factores sobre otros, en estos momentos se está optando cada vez más por una perspectiva integral y sintética.

El modelo tomó muchas corrientes teóricas y prácticas, basándose en las necesidades de la población que consumen sustancias y el poco profesionalismo en los procesos de tratamiento de desintoxicación, tomando como premisas solo los efectos las drogas y no la causa intrínseca del trastorno. Se vio la necesidad de organizar procesos multidimensionales incluyendo adictos de diferentes estratos sociales y económicos, con o sin dependencia laboral, con diferente formación economía y problemática dual.

Ante esto surge la necesidad de considerar al ser humano como un organismo complejo en constante transformación en base a la interacción social, basándose en las necesidades individuales y las particularidades del ambiente

donde se forma la historia del individuo como un ser integrador de conocimientos y experiencias.

El abordaje que propone el modelo es interdisciplinar para tratar de cubrir las diferentes necesidades que el adicto presenta dentro de su problemática de vida bajo el consumo de sustancias, tratando de dar una respuesta significativa a esta, da un papel al tratamiento multiprofesional en el cual todos los profesionales de la salud tienen un papel trascendental en la rehabilitación del paciente.

COGNITIVO CONDUCTUAL.

Las adicciones son un problema social, la ONUUD determinó que 2,5% de la población mundial consume drogas, en Ecuador, son un problema de salud pública porque la Constitución (2008) lo estableció en Art. 364; el objetivo fue identificar la asociación entre la terapia cognitiva-conductual para la rehabilitación y reinserción social del adicto con la minimización de los factores biopsicosociales que generaron la adicción o que pueden llevarlo a una recaída, aplicando la metodología cualitativa, documental y de campo, los factores de tipo biopsicosocial, como los problemas familiares y la violencia, influyen en las adicciones a las drogas, pasando de lo social a lo psicológico y de allí a lo biológico al consumarse la adicción, por esta razón, el modelo terapéuticos de tipo cognitivo – conductual influye en su rehabilitación integral y reinserción social, porque además del tratamiento psiquiátrico.

La relajación del afectado, el control de la ansiedad, mediante la práctica de deportes, actividades recreativas, relación y convivencia con otros miembros de la comunidad, puede impulsar su motivación, lo que sumado al aprendizaje de

actividades productivas y gran capacidad de comunicación, facilita su reinserción social, minimizando el riesgo de la recaída, por lo tanto, se verificó la asociación teórica entre la terapia cognitiva – conductual y la minimización de los factores biopsicosociales que dieron origen a las adicciones.

CAPÍTULO III: Diseño metodológico

3.1 Tipo y diseño de investigación

El presente trabajo investigativo será de tipo cuantitativo, pretendiendo determinar mediante análisis estadísticos los resultados de la exploración realizada a pacientes del Cetad ayuda de Dios de cantón Naranjito, con el fin de determinar porcentajes que determinan problemas en la adherencia terapéutica para mantenerse en el proceso de desintoxicación del consumo problemático de drogas.

El diseño de investigación será descriptiva-correlacional, descriptiva porque trata de determinar sistemáticamente diferentes características individuales relacionadas a la edad, factores ambientales, socioeconómicos, sociodemográficas, psicosociales, psicopatológicas de los pacientes y correlacional para establecer la relación existente entre variables de investigación mediante la aplicación de la estadística.

3.2 La población y la muestra

3.2.1 Características de la población

Se trata de pacientes de 18 a 60 años de edad que acuden en calidad de pacientes en etapa de internamiento del Cetad Ayuda de Dios del cantón Naranjito que presentan consumo problemático de alcohol y drogas y que han experimentados recaídas en el consumo.

3.2.2 Delimitación de la población

De acuerdo con información facilitada por las autoridades del Centro especializado

en rehabilitación en adicciones Ayuda de Dios del cantón Naranjito, existe un total de 40 internos, pero se da seguimiento a más de 100 pacientes en lo que va del año, en la cual 30 pacientes tienen más de un proceso terapéutico que corresponde al total de la muestra.

3.2.3 Tipo de muestra

La muestra que se ha obtenido es finita, en base a la reincidencia del consumo. El método aplicar es de muestreo no probabilístico, de tipo incidental, que refiere el análisis individual de la población.

3.2.4 Tamaño de la muestra (en caso de que aplique).

El tamaño de la muestra para el presente estudio es de 30 pacientes, que ejercen la actividad recurrente del consumo de drogas y están en el proceso de internamiento o en el proceso de seguimiento luego de terminar su periodo de desintoxicación.

3.2.5 Proceso de selección de la muestra

En la actualidad el Cetad Ayuda de Dios del cantón Naranjito, cuenta con 40 pacientes en proceso de internamiento, 60 pacientes de seguimiento, lo que da un total de 100 pacientes mensuales como población, en la cual existe 30 usuarios recurrentes en el consumo de alcohol y drogas.

TABLA 2

Selección de la muestra.

Descripción	N umero
Pacientes internos	40
Pacientes de seguimiento	60
Recurrentes	30
Total de pacientes	100

Nota: Datos tomados del total de los pacientes en proceso de internamiento y seguimiento C.AD.

3.3 Los métodos y las técnicas

Los métodos y las

técnicas

➤ **Inductivo – deductivo:** se partirá de hechos particulares para llegar a conclusiones generales y en base a la deducción parte de lo general para llegar a conclusiones específicas.

➤ **Analítico – sintético:** se basa en la recopilación de datos para analizar el objeto de estudio y probar si es factible.

➤ **Histórico**—en base al tema abordado se partirá de antecedentes referenciales y hechos históricos para su estudio y su análisis.

Las técnicas, se consideraron-fuentes bibliográficas de artículos científicos recabados en repositorios universitarios, documentos de sitios web, revistas científicas, el resultado fue las bases teóricas del estudio.

Para determinar la falta de adherencia terapéutica a los procesos de desintoxicación, se solicitó a las autoridades la base de datos de los pacientes, en el cual se pudo visualizar el grado recurrente al consumo de determinados usuarios.

Se aplicará instrumentos para obtener información para lo cual se procederá a realizar las siguientes solicitudes

1. Pedir permiso a las autoridades del Cetad Ayuda de Dios del cantón Naranjito, para aplicar los instrumentos psicológicos.
2. Solicitar permiso a los pacientes, para poder aplicar el instrumento.
3. Notificar los resultados obtenidos a las autoridades del CETAD.

3.4 Procesamiento estadístico de la información (opcional)

La investigación se realizó en base estructurada con preguntas cerradas, con el permiso y consentimiento voluntario de los pacientes. Luego de obtener los resultados la información fue procesada y analizada mediante Microsoft Office Excel, en el cual se creó una base de datos con la información proporcionada por el instrumento, obteniéndose datos estadísticos descriptivos, frecuencias y porcentajes de cada variable.

Los resultados se exponen a través de tablas o gráficos según las variables. Para analizar la información se utilizó el programa estadístico EPI INFO el cual permitió tabular los datos y realizar la representación gráfica de los resultados más significativos e inherentes al problema en estudio. Para la validación de la hipótesis se usó Chi cuadrado χ^2 .

CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

4.1 Análisis de la situación actual

Análisis de la situación actual

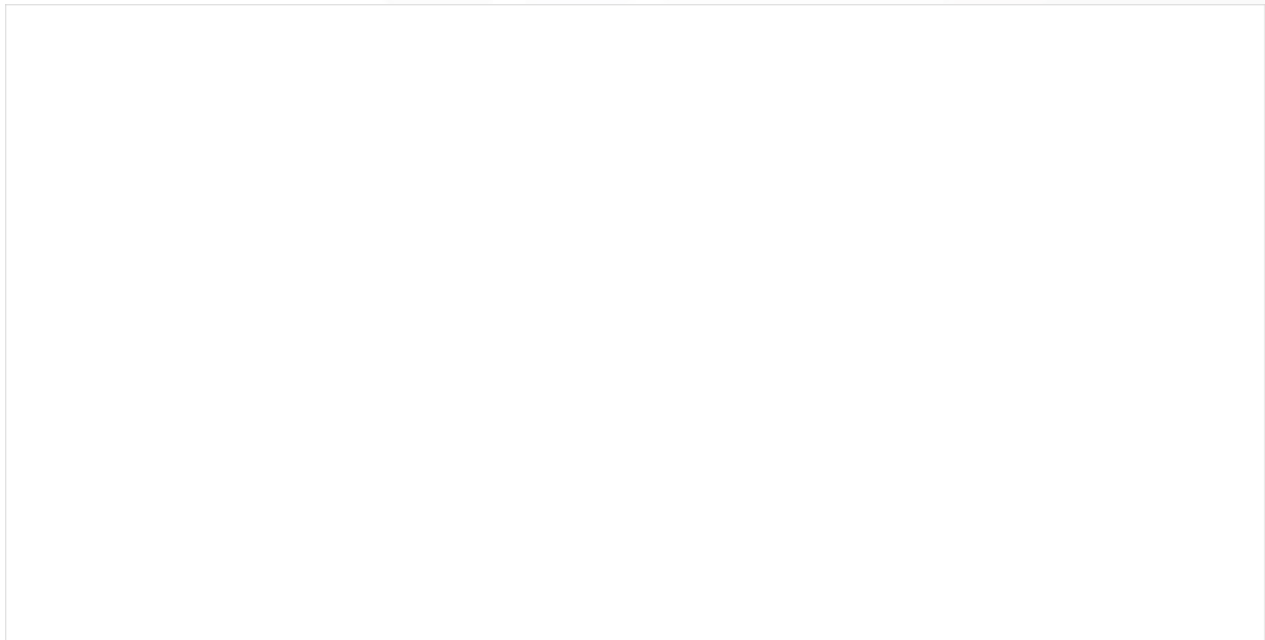
Número de participantes. 30 hombres

TABLA 3

Descripción	Numero
Hombres	30
Total de pacientes	30

GRÁFICO 1

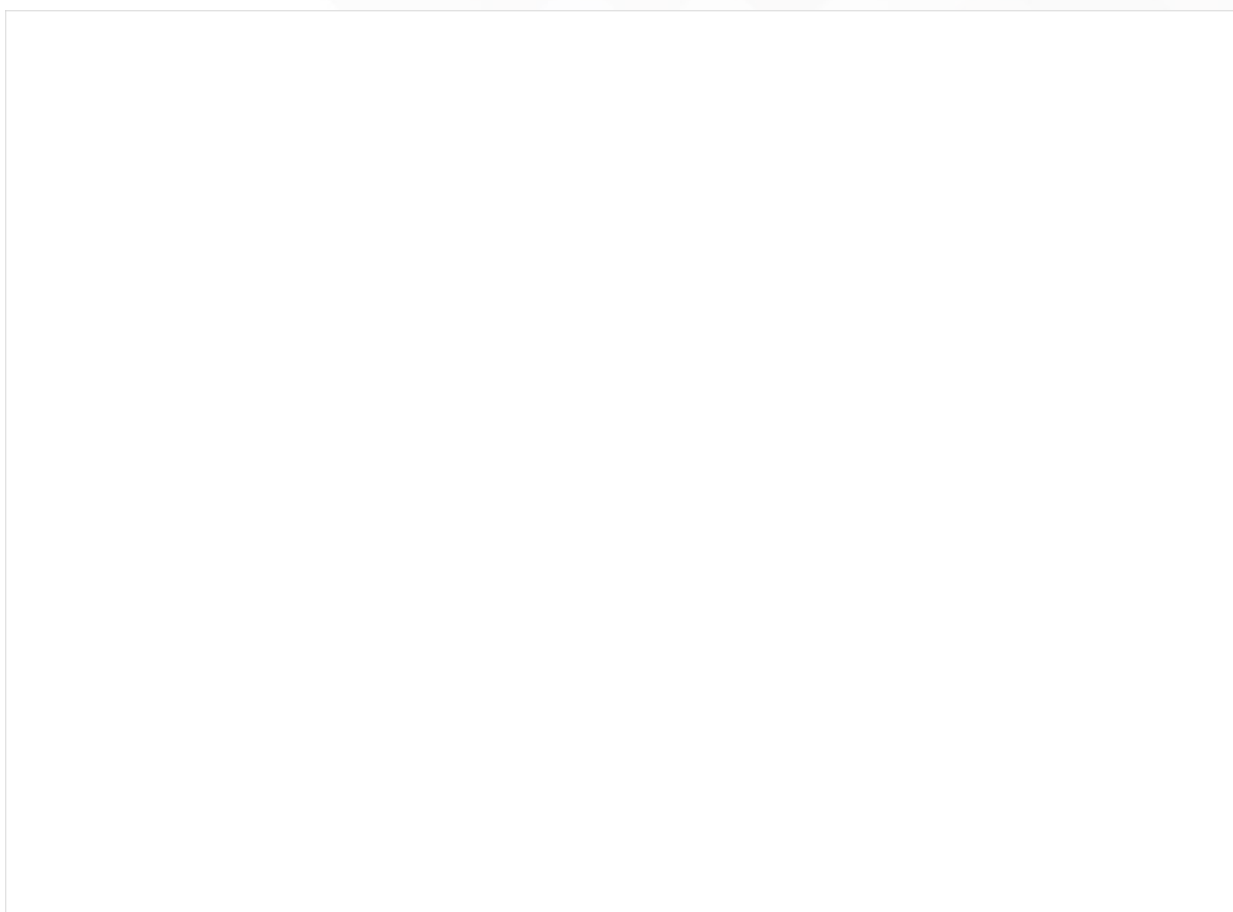
.ETAPA DE PRECOMTEMPLACION.



Con un 92% que corresponde a 27 pacientes, en la pregunta número 1, manifiestan que no tiene problemas de cambiar, comprobando el estadio de la pre contemplación del modelo transteórico de Prochanska y Di clemente sostiene que el paciente no acepta su enfermedad y no tiene intención de cambio, esto nos ayuda a entender la fase del estudio, la pregunta numero 5 con 26 pacientes el cual representa el 86 %, manifiesta no reconocer que tiene problemas y que no encuentra sentido de estar internos, la pregunta número 11 donde 23 pacientes que representa el 73%, manifiesta que estar en el CETAD es casi perder el tiempo, la pregunta número 13 en la cual 21 pacientes representan el 50 %, la pregunta número 26 con 15 pacientes que representa el 26 % sostienen que los usuarios son indiferentes a su problemática, la pregunta 29 responden 12 pacientes lo cual representa el 26%, dice que es capaz de asumir sus defectos antes que intentar cambiarlos.

GRÁFICO 2

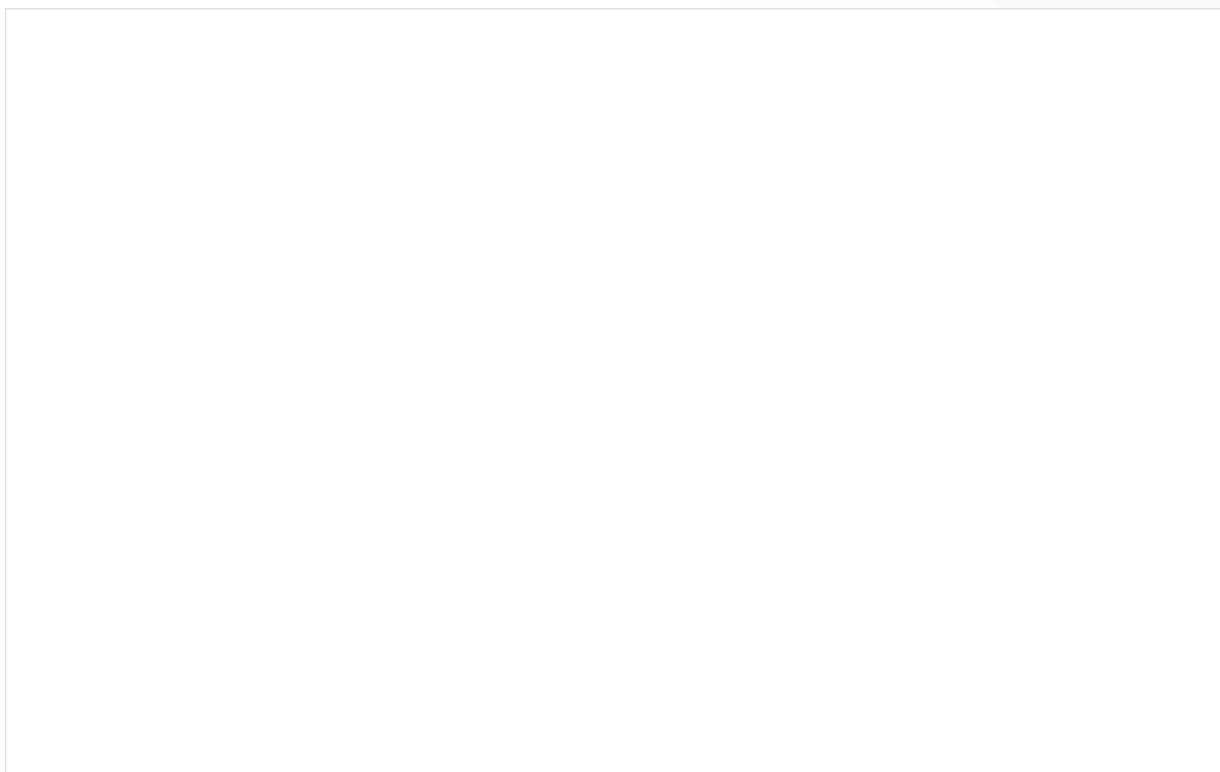
ETAPA DE COMTEMPLACION.



En la pregunta número 21 responden 17 pacientes que corresponde al 89 %, muestra que los usuarios en el segundo estadio, la contemplación, tienen conocimiento del trastorno, y han despertado el deseo cambio, todas las experiencias vividas en la fase de consumo le motiva a aceptar la ayuda especializada del CETAD. Mientras que en la pregunta número 8 responden 20 pacientes que corresponde a un 60 %, manifiesta que ha estado pensando que talvez quiere cambiar algo de su realidad actual, ya existe la duda de la problemática y el interés.

GRÁFICO 3

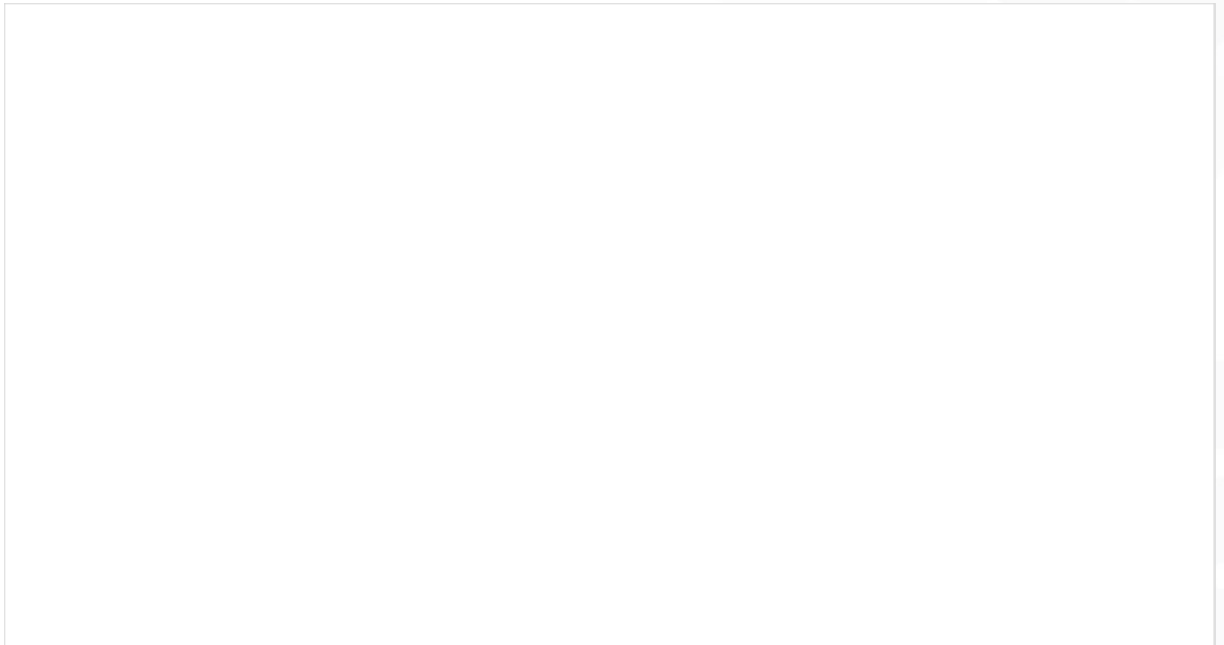
ETAPA DE ACCION.



La pregunta número 25 responden 28 pacientes que corresponde al 95 %, manifiestan que los pacientes ya pueden hablar sobre el cambio, y que están accionando para cambiar su estilo de vida, este estadio nos muestra la predisposición de cambio y la aceptación de la patología, la pregunta número 17 donde 2 pacientes con un 10 %, manifiesta que, aunque no siempre consigue resolver con éxito los problemas, al menos está haciendo su mejor intento.

GRÁFICO 4

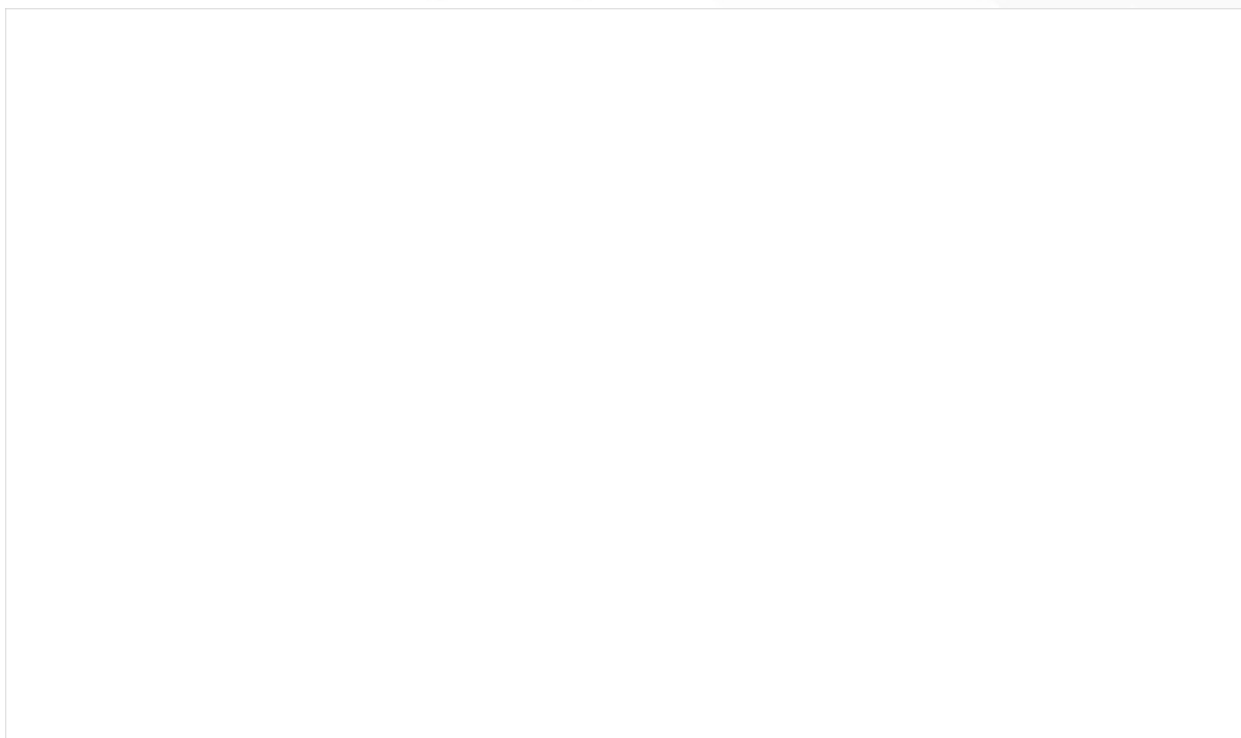
.ETAPA DE MANTENCION.



En la pregunta número 22 donde 27 pacientes que corresponden al 94 %, nos manifiesta que los usuarios necesitan ayuda para mantener los cambios que se ha llevado a cabo, y que existe miedo porque puede reaparecer el problema que ya se pensó haber resuelto, este estadio del modelo transteórico nos da a conocer la fase de la recaída si no se resuelve bien los estadios anteriores, la pregunta número 28 donde 2 pacientes que son un 35 % sostienen que es frustrante, pero tienen miedo que reaparezca el problema que pensaban haber resuelto, las preguntas número 16 donde responde un paciente que corresponde al 10% no se siente capaz de mantener lo que ha cambiado en la forma en lo que esperaba y está dispuesto a prevenir la recaída creyendo que una vez que hubiera resuelto el problema se sentirían libres, pero aun a veces se encuentran luchando con el problema.

GRÁFICO 5

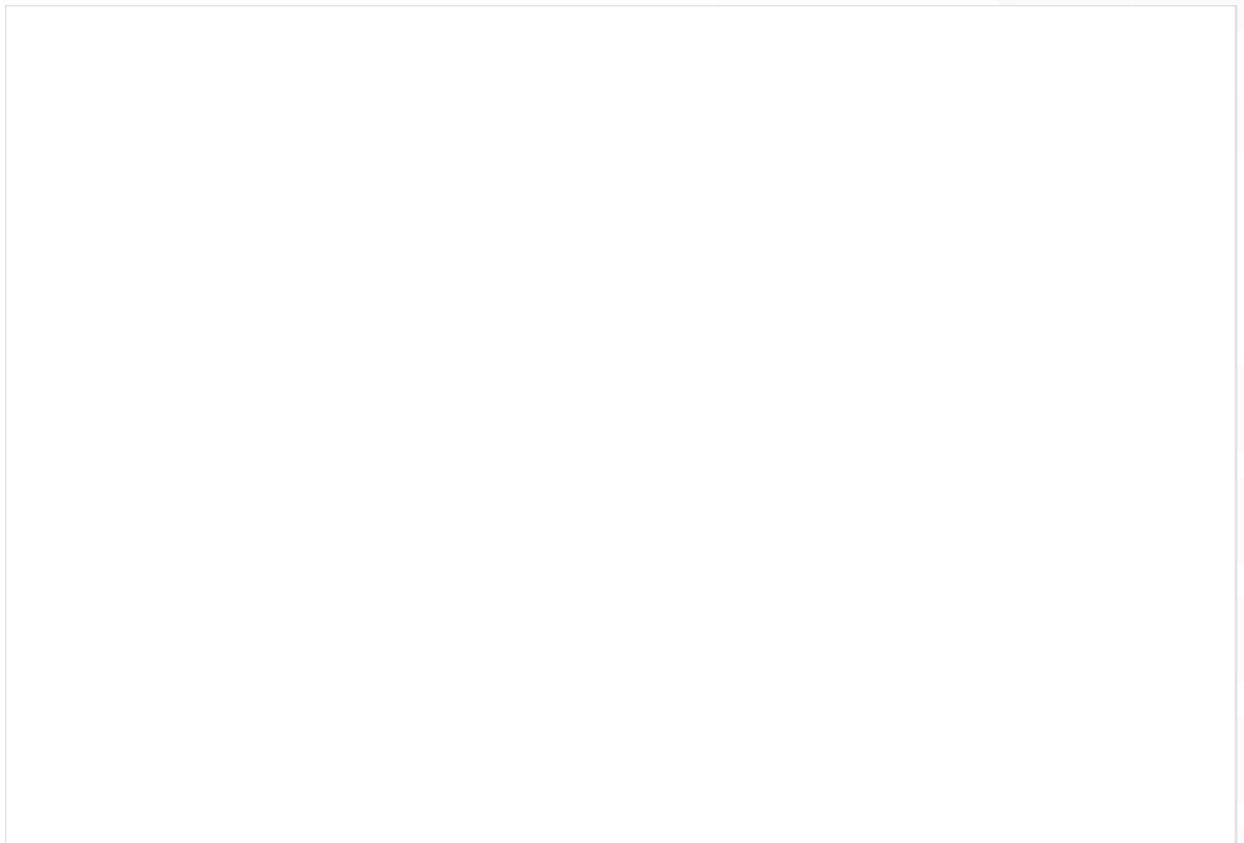
AUMENTO DE CONCIENCIA.



En la pregunta número 13 responden 24 pacientes que corresponde el 96 %, demuestran que tras el proceso del modelo transteórico a comprendido que las drogas pueden provocar graves cambios en el estado de ánimo y además puede desarrollar depresión y aumenta el índice de enfermedades físicas, la pregunta número 21 responden 3 pacientes que son el 30 %, manifiestan que la información de los medios de comunicación como revistas, radio y televisión, sobre las drogas atraen su atención, en la pregunta número 28 responden 2 pacientes que corresponden el 20 % ha oído hablar sobre graves problemas médicos que puede provocar el consumo de drogas.

GRÁFICO 6

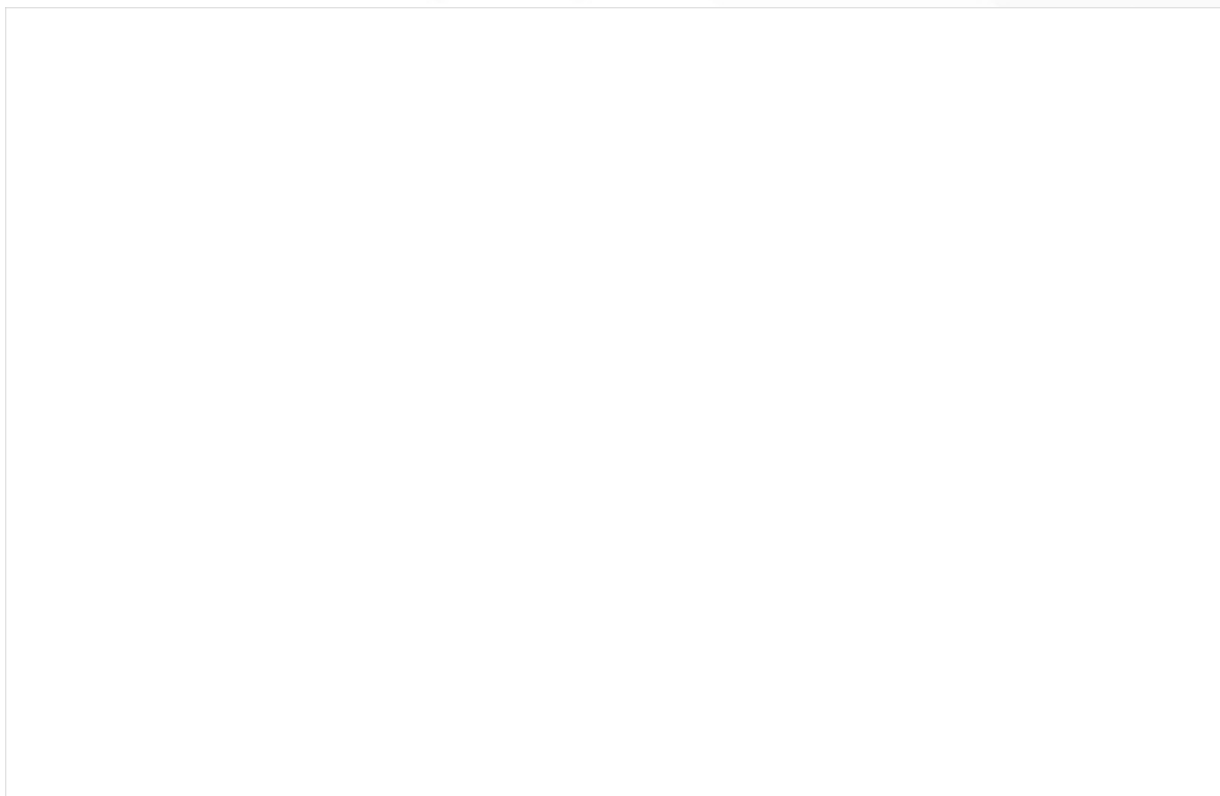
ALIVIO DRAMÁTICO.



En la pregunta 16 responden 16 pacientes que corresponde el 89 %, muestran que tienen temor de algunas situaciones del pasado en las que se ha encontrado por el consumo de drogas, y esto lo motiva para trabajar autoestima y reestructurar la personalidad afectada, logrando así calmar las ganas de consumir, la pregunta número 23 responden 8 pacientes que es un 33 % manifiesta que se siente asustado por la intensidad de ganas de consumir drogas, esto genera preocupación y ansiedad, la pregunta número 25 responden 6 pacientes que corresponde al 23 %, sostiene que las descripciones dramáticas de los peligros de las drogas me afectan emocionalmente, sintiéndose nerviosos y preocupado.

GRÁFICO 7

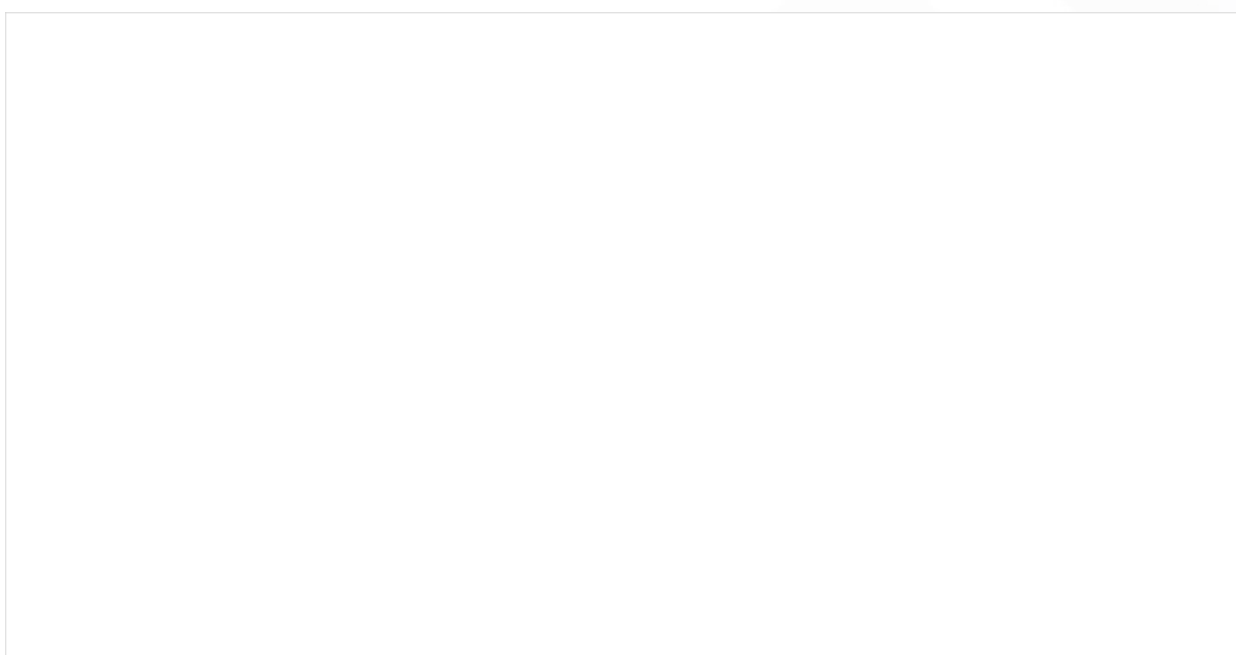
LIBERACION SOCIAL.



En la pregunta número 27 responden 18 pacientes que es un 90 %, nos da a conocer que los usuarios que están dejando las drogas manifiestan su deseo de no ser inducidos a consumir, y que promueven el cambio en los que están empezando el proceso de desintoxicación mediante el modelo tras teórico, en la pregunta numero 12 responden 9 pacientes que es el 50 %, manifiestan que mira los letreros en sitios públicos que motivan a las personas a consumir drogas, la pregunta numero 7 responden 5 pacientes que corresponde al 20% dicen que se dan cuenta que algunas personas que están dejando las drogas manifiestan su deseo de no ser inducidos a consumir.

GRÁFICO 8

CONTROL DE ESTIMULOS.



En la pregunta número 4 responden 20 pacientes que representan el 96%, nos manifiesta que el control de estímulos lo trasfiere en el accionar diario evitando a las personas con las cuales consumía drogas, no asistiendo a lugares donde las personas realizan esta actividad, de esta manera la abstinencia se mantendrá y podrá alcanzar un grado de conciencia en base a la razón, e la pregunta número 18 responden 6 pacientes que corresponde el 35 %, manifiesta que evita los lugares donde las personas consumen drogas, en la pregunta 26 responden 6 pacientes que representan al 15 % dice que se mantiene alejado de los lugares asociados en general a mi consumo de drogas.

TABLA 4

INFORMACION ADICIONAL COMPLEMENTARIA.

¿Usted cree que puede controlar la ansiedad propia de su trastorno?

	Fre cuencia	Po rcentaje	Porce ntaje válido	Porce ntaje acumulado
s	18	60,	60,0	60,0
i	0			
Vn	12	40,	40,0	100,0
álidos o	0			
T	30	10	100,0	
otal		0,0		

La respuesta es de 30 pacientes encuestados 12 no saben controlar la ansiedad siendo una frecuencia constante, determinando un 40 % valido del 100 % del porcentaje acumulado, lo que determinaría que el factor psicológico y psicopatológico influye determinadamente en la adherencia terapéutica.

TABLA 5

¿Usted ha sido diagnosticado con una patología dual?

	Fre cuencia	Po rcentaje	Porce ntaje válido	Porce ntaje acumulado
S i VN	7	23,	23,3	23,3
álidos o	23	76,	76,7	100,0
T	30	10	100,0	
otal		0,0		

De 30 pacientes encuestados 7 presentan patología dual, siendo el 23,3 % valido dentro de la muestra del porcentaje acumulado, lo que determina que la psiquiatría tiene un papel protagónico dentro de la rehabilitación en adicciones y no puede desarrollar una adherencia terapéutica si se descarta esta variable en los tratamientos.

- Serán capaces los factores asociados de predecir la probabilidad de una mayor o menor adherencia terapéutica. Los factores asociados como cultura y sociedad, familia, psicológicos, psicopatológicos, relación con el cuerpo clínico son determinantes en la adherencia terapéutica, pero más influyente es la relación con la familia y el lugar donde vive.

TABLA 6

¿Usted cree que la relación con su familia influye en su proceso de recuperación?

	Fre cuencia	Po rcentaje	Porce ntaje válido	Porce ntaje acumulado
Vs válidos i	30	100,0	100,0	100,0

De los 30 pacientes encuestados la frecuencia es de 30, con un porcentaje valido del 100%, lo que ayuda a determinar que la familia y su relación con el paciente determinara la adherencia terapéutica.

TABLA 7

¿Cree usted que factores emocionales influyeron en su consumo?

	Fre cuencia	Po rcentaje	Porce ntaje válido	Porcentaje acumulado
VS válidos i	30	100,0	100,0	100,0

4.2 Análisis Comparativo

De acuerdo con la investigación realizada se puede analizar, comparar y llegar a la conclusión de que ningún modelo o teoría puede ser respuesta total a la complejidad del comportamiento humano, entendiendo que el comportamiento de los seres humano y su cambio se presenta en etapas. Las etapas son abiertas al cambio como ocurre con los factores de riesgo, los tradicionales programas solo se centran en prevenir el efecto sin trabajar la causa y sus diferentes etapas del trastorno de adicción a drogas.

Se debe aplicar etapas específicas del modelo transteórico, principios específicos de cambio basándose en el grupo de riesgo, sin descartar los factores que influyen en la no adherencia terapéutica en el proceso, además entender que el comportamiento recurrente esta influenciado por factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos.

También es de vital importancia el papel de la familia como un factor emocional de crecimiento en la adherencia psicológica, sin descartar que la relación con el cuerpo clínico influye en la toma de decisiones y en la asimilación de responsabilidades en una relación intrínseca del individuo.

No menos importante son los factores psicológicos y psiquiátricos en las patologías duales, es por eso que la preparación técnica y clínica del cuerpo clínico es muy importante dentro del modelo tras teórico, pues el acompañamiento en las diferentes etapas tiene que ser vigilados y regulados desde la psicología y la medicina.

4.3 Verificación de las Hipótesis.

- La hipótesis plantea si Los factores psicológicos y psi patológicos influyen en la adherencia al tratamiento es correcta con un alto nivel de influencia de los factores ambientales, culturales y sociales, sin descartar los factores biológicos y genéticos en pacientes drogodependientes en el Cetad Ayuda de Dios, Naranjito.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Se concluye que ningún modelo o teoría puede ser respuesta total a la complejidad del comportamiento humano, entendiendo que el comportamiento de los seres humano y su cambio se presenta en etapas. Las etapas son abiertas al cambio y el fracaso de los tratamientos se dan en un 92% en la etapa de la pre contemplación, determinando la no aceptación del problema de salud y mucho menos dejar de consumir determinada sustancia, siendo estos factores de riesgo en los procesos tradicionales que se centran en prevenir el efecto sin trabajar la causa y sus diferentes etapas del trastorno de adicción a drogas,
- Se concluye que es de vital importancia determinar cuáles son los factores asociados más determinantes en la vida de cada paciente, la frecuencia de la influencia de familia en un proceso de seguimiento es en un 30 % positivo y un 70% negativo en los encuestados, siendo esto de vital importancia para la aplicación de las etapas del modelo transteórico del comportamiento y la influencia del entorno en el mantenimiento y asimilación del modelo.

- Se puede concluir que los factores psicológicos y psicopatológicos son determinantes de acuerdo a su nivel para una mayor o menor adherencia al tratamiento en pacientes adictos a sustancias, tomando en cuenta la frecuencia de un 7 % y los porcentajes de incidencia de un 23 % en la patología dual, que limita la asimilación del modelo.

- Es muy importante que la asistencia al seguimiento terapéutico sea tomada como una fortaleza, en la investigación demostró que los pacientes que realizan el seguimiento desarrollan adherencia terapéutica y tienen menos riesgo de recaída en un 93 % de los que no realizan seguimiento.

- La relación con el cuerpo clínico estructurara la motivación y las bases sólidas de la adherencia terapéutica en base de la motivación, como factor intrínseco para mantenerse abstinentes del consumo de sustancias, la investigación demostró que los pacientes en un 70 % que se sienten comprendidos y aceptados por los profesionales de la salud mejoraron su autoestima.

- La familia desarrolla la estabilidad emocional del paciente, determina la regulación de emociones y consolida la aplicación de las etapas del modelo transteórico para una buena adherencia, la terapia con la familia y el aprendizaje de técnicas conductuales ayudaron a mantener la recuperación del paciente en un 80 % de las familias que asisten a la terapia cognitiva conductual que brinda el Cetad.

➤ Es determinante que los pacientes luego de terminar su proceso de desintoxicación tengan objetivos claros de trabajo, estudio, deportes en los cuales formen disciplina y su tiempo sea bien empleado, con el fin de alejarse de las influencias negativas del entorno de consumo, los pacientes que salen del Cetad con un proyecto de vida y lo cumplen en un 70 %, logran formar disciplina y mantienen un buen estilo de vida.

➤ La expectativa que genera el tratamiento permitirá la buena adherencia como se evidencia en esta investigación en la cual 30 pacientes creen que el tratamiento cambiará y mejorará su vida, siendo el 100% del valor total de la muestra.

5.2 Recomendaciones (opcional)

- Se recomienda explorar más factores que influyen en la adherencia al tratamiento y recordar que esta investigación puede ser el inicio de un campo más amplio para entender el factor crónico del trastorno de las adicciones.

- La participación activa de diferentes profesionales en el ambiente sanitario es muy importante para tratar los diferentes factores que no permiten la adherencia al tratamiento.

- Se debe continuar con la línea de investigación para realizar un estudio más amplio y en otros ambientes y contextos, aplicando más instrumentos basándose en las tecnologías para tener más conocimiento científico.

Referencias bibliográficas

- López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A. El abandono (dropout) en el Tratamiento de la Adicción: Explorando las Características de los Pacientes. *Am J Addict.* 2011; (21):78-85.
- Zamora YR. Predicción del abandono del tratamiento en adictos mediante el cuestionario VPA-30. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana.* 2014; 11(2).
- Sánchez E, Secades R, Santonja FJ, Zacarés F, García O, Martín E, Calatayud M, García G. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones.* 2010; 22(1):59-64.
- Valero L, Ortiz-Tallo M, Parra MM, Jiménez M. Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología.* 2013; 29(1):38-47.
- Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N, Illescas C, Lorea, I, Zarzuela A. Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *Int J Clin Health Psychol.* 2004; 4(2):271-83.
- Llinares MC, Palau Muñoz C, Albiach Catalá C, Santos Diez P. Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002; 30(6):370.

- Garcia, G. d.-L.-S. (22 de ENERO de 2010). *MEDES* . Obtenido de Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína: <https://medes.com/publication/57689>.
- Szerman N, Casas M, Bobes J. Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013; 41(6):319-29.
- García del Castillo Rodríguez, J. A., García del Castillo López, Á., & López-Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones.
- Jeifetz, V., & Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones: Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de investigaciones*, 17, 317-320.
- SIRVENT, C., MORAL, M. V., & BLANCO, P. (2015). Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. *Prediction drop variables and adherence to treatment for addictions. ResearchGate. ResearchGate: Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282606518.*
- Ramírez, P., Álvarez, M., Cabello, D., Riquelme, A., & Guerra, M. (2018). Vínculo terapéutico, expectativas, impacto y adherencia al tratamiento según la percepción de los usuarios del Cosam puente alto en tratamiento por

adiciones. *Rev GPU*, 14(2), 193-201.

- Ruiz, E. B., & Maldonado, S. I. M. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 153-70.
- Pacheco, M., Rodríguez, L., & Caneo, C. (2018). Efectividad de las intervenciones psicológicas basadas en el modelo transteórico (MTT) del cambio para el control metabólico de pacientes diabéticos. *ARS medica*, 43(1), 44.
- Torres Sánchez, M. (2018). Modelo transteórico y su asociación con la actividad física en pacientes diabéticos e hipertensos adultos adscritos a la UMF 1 Delegación Aguascalientes.
- Miras, Y. F., Rodríguez-Góngora, J., & Rodríguez-Rodríguez, J. A. (2020). Modelo transteórico de cambio: Propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3).
- Santacruz, A. M. A., Cuaicuan, K. J. C., & Benavides, N. R. (2018). No necesitas drogas para disfrutar la vida. *Boletín Informativo CEI*, 5(2), 31-37.

- Beltrán, I. L., Pedroza-Cabrera, F. J., Martínez, K. I. M., & De la Roca Chiapas, J. M. Abuso de alcohol y funcionamiento familiar en el modelo transteórico y la entrevista motivacional.
- González, V. B., Antún, M. C., Lava, M. D. P., Rossi, M. L., Ruggiero, M. D., & Mirri, M. E. (2018). Validez y fiabilidad de una herramienta para determinar la etapa de cambio de comportamiento en relación al consumo diario de 5 porciones de frutas y hortalizas en adultos. *Revista chilena de nutrición*, 45(4), 331-337.
- Miras, Y. F., Rodríguez-Góngora, J., & Rodríguez-Rodríguez, J. A. (2020). Modelo transteórico de cambio: Propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3).
- Domínguez Tendero, R. (2016). Valoración de un paciente de patología dual: Estudio de Caso a través del Modelo de Marjory Gordon.
- Mendez Linares, L. (2021). Proyecto de intervención con personas con patología dual.
- Escribá Rodrigo, P. (2019). *Propuesta de programa de tratamiento para patología dual en trastorno límite de la personalidad y trastorno por consumo de alcohol* (Bachelor's thesis).
- Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA,

2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 76(4), 210-210.

- Vargas Ramos, J. C., & Jiménez Rodríguez, D. (2018). La teoría del proceso oponente como modelo para explicar las adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1).
- Vargas Ramos, J. C., & Jiménez Rodríguez, D. (2018). La teoría del proceso oponente como modelo para explicar las adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1).
- Gutiérrez-Peláez, M., Blanco-González, L. A., & Márquez, C. (2018). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18(34), 201-222.
- Leiva-Gutiérrez, J., & Urzúa, A. (2018). Craving en adicciones conductuales: propuesta de un modelo teórico explicativo en la adicción a Facebook y mensajería instantánea. *Terapia psicológica*, 36(1), 5-12.
- Obando Ramírez, L. C. (2019). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía.

- Kumpfer, K. L., Fenollar, J., & Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz basada en las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de padres adictos al alcohol y drogas.
- <https://www.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE2.pdf>
- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200012

Anexos

15/2/23, 23:01

TESIS FINAL COLOMA 1

Informe de originalidad

NOMBRE DEL CURSO
PROY.POSGRADO MAE SALUD

NOMBRE DEL ALUMNO
LUIS ARMANDO CHISAGUANO CHISAGUANO

NOMBRE DEL ARCHIVO
TESIS FINAL COLOMA 1

SE HA CREADO EL INFORME
16 feb 2023

Resumen

Fragmentos marcados	3	0,8 %
Fragmentos citados o entrecorridos	19	13 %

Coincidencias de la Web

docplayer.es	6	4 %
enfermeria21.com	5	4 %
unioja.es	4	3 %
sld.cu	2	1 %
scielo.org.co	1	0,6 %
isoi.es	1	0,5 %
researchgate.net	1	0,5 %
gale.com	1	0,3 %
wordpress.com	1	0,3 %

1 de 22 fragmentos

Fragmento del alumno **CITADO**

El consumo de drogas y los trastornos asociados son muy frecuentes, sin embargo, solo uno de cada seis consumidores tiene acceso a tratamiento cada año. Siendo el abandono del proceso del tratamiento...

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

¡Evolución académica!

@UNEMIEcuador

