



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

“ALEXITIMIA Y DEPENDENCIA A LA PASTA BASE DE COCAÍNA
EN LOS PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO
DE ADICCIONES BENITO MENNI, DE QUITO, PERIODO MARZO-
AGOSTO 2016”.

AUTORES:

LUIS ENRIQUE AVALOS ESPINOZA
PAMELA BELÉN SÁNCHEZ LÓPEZ

TUTOR:

PS.CL JUAN PABLO MAZÓN NARANJO. MGS.

RIOBAMBA - ECUADOR

2016

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

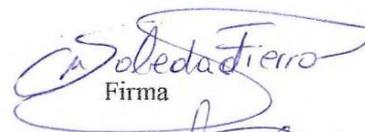
Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título: "Alexitimia y Dependencia a la Pasta Base de Cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo marzo-agosto 2016". Presentado por: El Sr. Luis Enrique Avalos Espinoza y la Srta. Pamela Belén Sánchez López, dirigida por el Ps.Cl. Juan Pablo Mazón. Mgs.

Una vez revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps.Cl. Soledad Fierro

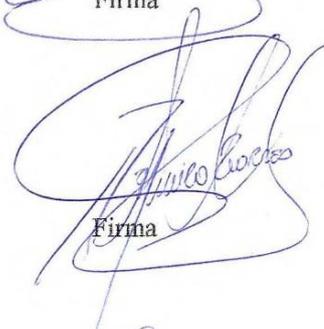
Presidente del Tribunal



Firma

Ps.Cl. Ramiro Torres Mgs.

Miembro del Tribunal



Firma

Ps.Cl. Juan Pablo Mazón Mgs.

Tutor de Tesina



Firma

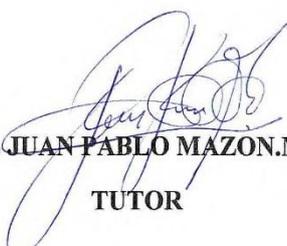


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

Se certifica que los señores Avalos Espinoza Luis Enrique con C.I. 0603783176 y Sánchez López Pamela Belén con C.I. 0603963620, egresados de la Carrera de Psicología Clínica, revisado el informe final del proyecto de investigación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentran aptos para presentarse a la defensa pública de su tema de tesina: "ALEXITIMIA Y DEPENDENCIA A LA PASTA BASE DE COCAÍNA EN LOS PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO EN ADICCIONES BENITO MENNI, DE QUITO, PERIODO MARZO-AGOSTO 2016".

Riobamba, 30 de Septiembre de 2016


PS.CL. JUAN PABLO MAZON.MGS.

TUTOR

DERECHO DE AUTORÍA

La responsabilidad del contenido de este proyecto de graduación, nos corresponde exclusivamente a Luis Enrique Avalos Espinoza y Pamela Belén Sánchez López y al Psicólogo Clínico Juan Pablo Mazón Naranjo Mgs.; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Avalos Espinoza Luis Enrique

C.I: 0603783176



Pamela Belén Sánchez López

C.I: 0603963620

AGRADECIMIENTO

Agradezco significativamente a mi familia la que fue el pilar fundamental para concluir con esta etapa de formación, a mis amigos más cercanos por siempre estar presentes en momentos de dificultad, en especial a mi amiga y compañera en este proceso de titulación y a todos quienes fueron parte de esta formación académica tanto con buenas como malas experiencias pues de todas logre encontrar impulso para continuar en este proceso de formar un Psicólogo Clínico.

Luis Enrique Avalos Espinoza

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, por haberme brindado durante todo el tiempo de formación académica el conocimiento necesario para ser una profesional en la salud mental, a la Carrera de Psicología Clínica por los excelentes profesionales que imparten las diferentes cátedras, a mi Tutor Juan Pablo por compartir su sabiduría durante este proceso, a mis amigos Pao, Lili, Nicky, Helen, Ceci, Pancho, Alex, Gabo, Jhon, Jairo, Paulo, Ángel, Jorge, por compartir esta experiencia enriquecedora he inolvidable, a mi amigo y compañero de tesis Luis, por la paciencia y apoyo incondicional, a la experiencia brindada en las prácticas pre-profesionales y a los grandes amigos adquiridos en este camino.

Pamela Belén Sánchez López

DEDICATORIA

A mi madre Gladys Espinoza quien es el motor fundamental para seguir superándome día a día y de quien estoy sumamente orgulloso, a mi padre Luis Avalos quien es un ejemplo de constancia responsabilidad y dedicación, a mis hermanas Patricia y Mónica y mis sobrinas quienes estuvieron en cada momento apoyándome y alentándome, y en especial a dos personas que guían mis pasos, que marcaron gran parte de mi vida y que hoy me cuidan desde el cielo J.B. y D.B.

Luis Enrique Avalos Espinoza

A Dios por concederme la vida, a mi mami Roció por confiar en mi cada día en este largo transcurrir, a mi papi Patricio por apoyarme en cada decisión, a mis hermanos Daniel y Marcela por su apoyo incondicional en diferentes situaciones, a mi sobrina Poleth por enseñarme a no rendirme a pesar de la adversidad, a mi cuñada Verónica por su ayuda desinteresada, a mi novio Santiago por ayudarme y tener paciencia, mi familia es la coautora de este logro, han demostrado su amor al compartir esta experiencia.

Pamela Belén Sánchez López

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
PORTADA.....	i
REVISIÓN DEL TRIBUNAL.....	ii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	iii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. MARCO REFERENCIAL.....	1
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS.....	3
1.5 OBJETIVOS.....	3
1.5.1 Objetivo General.....	3
1.5.2 Objetivos Específicos.....	3
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II.....	6
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS CON RESPECTO AL PROBLEMA.....	6
2.2 ALEXITIMIA.....	6
2.2.1 Antecedentes Históricos de la Alexitimia.....	6

2.2.2 Definiciones de Alexitimia	8
2.2.3 Rasgos Característicos de la Alexitimia	8
2.2.3.1 Rasgos Esenciales	8
2.2.3.2 Rasgos Accesorios.	9
2.2.4 El Perfil de la Personalidad Alexitímica.....	9
2.2.5 Etiología.....	11
2.2.5.1 Hipótesis Neuroanatómica.....	11
2.2.5.2 Hipótesis Sociocultural	11
2.2.6 Alexitimia y Adicciones.	12
2.2.6.1 Tipos de Alexitimia.	13
2.2.6.1.1 La alexitimia primaria.....	13
2.2.6.1.2 La Alexitimia secundaria	13
2.2.7 Afectividad.....	14
2.2.7.1 Emociones.....	14
2.2.7.2 Afectos y Enfermedad	16
2.2.7.3 Regulación Afectiva	17
2.2.8 Influencia de la Alexitimia en las Relaciones Familiares e Interpersonales.....	18
2.3 PASTA BASE DE COCAÍNA	19
2.3.1 La Coca.....	19
2.3.2 Cocaína	20
2.3.3 Expansión de la Pasta Base de Cocaína.....	21
2.3.4 Obtención de la Pasta de Base de Cocaína	21
2.3.5 Reacciones del consumo de la Pasta Base de Cocaína	22
2.3.5.1 Efectos	22
2.3.5.2 Efectos Físicos	23
2.3.5.3 Efectos Psicológicos.	24

2.3.5.4 Efectos Sociales.	25
2.3.5.5 Efectos agudos del consumo de la Pasta Base de Cocaína	25
2.3.5.5.1 El síndrome de la Pasta Base de Cocaína	26
2.3.6 Tipos de Pasta Base de Cocaína	29
2.3.7 Combinaciones más frecuentes para fumar Pasta Base de Cocaína	30
2.3.8 Neurobiología del uso, el abuso y dependencia a drogas.	31
2.3.8.1 Uso.	31
2.3.8.2 Abuso.	31
2.3.8.3 Dependencia.....	32
2.3.8.3.1 Síndrome de dependencia	32
2.3.8.3.2 Dependencia comportamental.....	34
2.3.8.3.3 Dependencia física	34
2.3.8.3.4 Dependencia psicológica	34
2.3.8.4 Adicción.....	34
2.3.8.4.1 La dopamina y el circuito de recompensa.	35
2.3.8.4.2 Vulnerabilidad genética a la adicción.....	36
2.3.9 Factor Familiar.....	37
2.2.9 La Pasta Base de Cocaína en el cerebro.	37
2.3.10 Diseño del Plan Psicoterapéutico para los pacientes que presentan Alexitimia y dependencia a la pasta base de cocaína atendidos en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni.....	39
2.3.10.1 Propuesta Terapéutica.....	40
2.4 HIPÓTESIS	46
2.5 VARIABLES.	46
2.5.1 Variable independiente	46
2.5.2 Variable dependiente	46
2.6 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS	46

CAPÍTULO III.....	49
3. MARCO METODOLÓGICO.....	49
3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	49
3.1.1 Método Científico	49
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.2.1 Investigación de Campo.....	49
3.2.2 Investigación Documental – Bibliográfica	49
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
3.3.1 Investigación Descriptiva	50
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50
3.4.1 Población	50
3.4.2 Muestra	50
3.4.2.1 Criterios de Inclusión y exclusión	50
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.5.1 Técnicas	51
3.5.1.1 Reactivo psicológico.....	51
3.5.1.2 Encuesta.....	51
3.5.2 Instrumentos.....	52
3.5.2.1 LACTAS-20.....	52
3.5.2.2 Cuestionario	53
3.6 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	53
CAPÍTULO IV	55
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	55
4.1. RESULTADOS DE LA BATERÍA PSICOLÓGICA LACTAS-20 SOBRE LA ALEXITIMIA.....	55
4.2 RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPENDENCIA DE PASTA BASE DE COCAÍNA	57

4.3 RELACIÓN ENTRE ALEXITIMIA Y DEPENDENCIA A LA PASTA BASE DE COCAÍNA.....	59
CAPÍTULO V.....	61
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1 CONCLUSIONES.....	61
5.2 RECOMENDACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	65
ANEXO 1 ENCUESTA.....	65
ANEXO 2 FOTOGRAFÍAS	67
ANEXO 3 TEST LAC TAS 20	69
ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 4. 1 Resultados de la batería LAC TAS 20 sobre alexitimia	55
Tabla N° 4. 2 Resultados de la Variable Dependencia de PBC	57
Tabla N° 4. 3 Alexitimia y Dependencia de PBC	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 4. 1 Resultado Lac Tas 20	55
Gráfico N° 4. 2 Resultados del Cuadro Dependencia de PBC.....	57
Gráfico N° 4. 3 Alexitimia y Dependencia de PBC.....	59

RESUMEN

La presente investigación tiene como tema: Alexitimia y dependencia a la pasta base de cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni de Quito en el periodo Marzo - Agosto 2016. El objetivo fue determinar la relación entre alexitimia y dependencia a la pasta base de cocaína en los pacientes de CITABM-V. El diseño empleado en la investigación fue de campo, documental – bibliográfica, de tipo descriptiva, del nivel de la investigación descriptiva. La población estudiada fue de 22 varones atendidos en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni y para la muestra se escogió a partir de los criterios de inclusión y exclusión tomando en cuenta la validez del test y la encuesta aplicada, y se consideró a 15 pacientes, entre 21 y 40 años. Los instrumentos utilizados fueron la escala LAC TAS-20 (LATINO AMERICAN CONSENSUAL TORONTO ALEXITHYMIA SCALE) que permite identificar los tipos de alexitimia y una encuesta para determinar la dependencia a la pasta base de cocaína en la cual se incluyen los criterios diagnósticos de dependencia según el manual CIE10, entre los resultados más significativos obtenidos de la aplicación de los reactivos psicológicos se estableció que el 47% del total de la muestra presenta alexitimia definitiva (equivalente a 7 personas) y el 100% de las mismas presentan dependencia a la pasta base de cocaína. Con esta base se elaboró un modelo de estrategias psicológicas para disminuir la sintomatología de la alexitimia, el cual permitirá que la persona sea capaz de expresar, describir y distinguir entre las emociones y así evitar recaer en el consumo de la pasta base de cocaína.

ABSTRACT

This research paper title is: Free-base cocaine dependence and alexitima of the patients of the “Benito Menni” Addiction Treatment Integral Center from Quito during the period March –August 2016. The objective was to determine the relationship between alexitima and free-base cocaine in the patients under study. It was a field research, Bibliographical and documental, -descriptive type of the descriptive research level. The population was 22 men and it was chosen based on inclusion and exclusion criteria taking into account the test validation and applied survey. 15 21-40 years old patients were considered. The instruments were LACT TAS -20 (LATINOAMERICAN CONCENSUAL TORONTO ALEXITHYMYA SCALE) which allows to identify the alexitima types and a survey to determine the free-base cocaine dependence according to the CIE-10 manual. The most significant results, it was shown that 47% (7 people) of the sample shows definite alexitima and 100% of them have free-base cocaine dependence. With this base, a model of psychological strategies in order to diminish the alexitima symptoms was designed. This will allow the person express, describe and distinguish the feelings and avoid the consumption of free-base cocaine.

Translation Reviewed by:



Mgs. Isabel Escudero
LANGUAGES CENTER



INTRODUCCIÓN

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, regentado por las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, es una entidad de carácter social dedicada a enfrentar la problemática de Salud Mental en la población ecuatoriana y particularmente en la ciudad de Quito, pretende dar una respuesta a éste fenómeno, buscando en los campos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la Salud Mental, con un aporte humanista en estos tiempos confusos y convulsionados, así entonces surge el programa de Comunidad Terapéutica del CITABM-V con un modelo teórico de Comunidad Terapéutica entiende esta como un modelo social de aprendizaje que ve el fenómeno del consumo abusivo y dependiente de las sustancias psicoactivas como parte de un desajuste integral de la persona y así lo aborda. (Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, 2011)

En la ciudad de Quito los estudios acerca de adicciones están en crecimiento pero es necesario tomar en cuenta los diferentes factores que pueden incrementar el problema de adicciones a la pasta base de cocaína, en este caso la investigación radica en cómo influye la Alexitimia, en la dependencia a la pasta base de cocaína, en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de la ciudad de Quito

Etimológicamente hablando, alexitimia viene de los vocablos griegos: “a”: falta, “lexi”: palabras y “thymos”: afecto; dándonos siguiente significado del término: “ausencia de verbalización de afectos”. (Sivak&Waiter, 1998)

Sifneos y Nemiah refieren a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción ante situaciones conflictivas. (Sivak, Waiter, & Lolas, 1998)

En esta investigación se busca averiguar si la alexitimia sería un factor determinante en la dependencia a la pasta base de cocaína y de esta manera crear un aporte investigativo para así, producir un cambio en la terapéutica tradicional integrando el manejo de las emociones y no solo centrado en dejar de consumir.

La realización de este proyecto va encaminado a los varones que son dependientes a la pasta base de cocaína en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito

Menni. Por medio de la observación clínica como pasantes de Psicología Clínica de la UNIDAD de CITABM-V (Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni.) y UIC (Unidad de intervención en Crisis), se presume que existen pacientes con Alexitimia.

Este estudio está estructurado por cinco capítulos que se menciona a continuación:

Capítulo I: se refiere al problema de investigación, problematización del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación e importancia del presente tema de investigación.

Capítulo II: se describe el marco teórico relacionado con las dos variables de la investigación: alexitimia y dependencia a la pasta base de cocaína, antecedentes de la investigación, fundamentación teórica, definición de términos básicos, hipótesis, variables.

Capítulo III: se menciona el marco metodológico, método, tipo de la investigación, diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de datos.

Capítulo IV: se describe el procesamiento, análisis e interpretación de los resultados.

Capítulo V: abarca las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Finalmente se dan a conocer bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En todas las épocas y en todas las culturas, los seres humanos han utilizado sustancias capaces de alterar la conciencia, en la actualidad se considera que el abuso de sustancias psicoactivas es un problema, ya que afecta en diferentes ámbitos la vida del consumidor. Esta problemática viene progresivamente aumentando sus niveles de prevalencia de un mundo cada vez más convulsionado y que privilegia los tratos comerciales sobre la interacción humana, de ahí que no es de extrañar que crece a pesar de todos los esfuerzos el uso indiscriminado y riesgoso del alcohol y otras drogas o sustancias, esto nos muestra que el ser humano vive con más intensidad la angustia de este tiempo.

- La Alexitimia es un constructo definido por las dificultades para identificar y describir los sentimientos subjetivos, por una limitada capacidad imaginaria y por un estilo cognitivo orientado hacia el mundo externo.
- La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que produce euforia, alerta y sensación de bienestar, también disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad. La cocaína se puede fumar como una pasta o en forma de alcaloide es decir “base”, en esta forma produce su efecto en unos segundos, se dice que está fuertemente ligado al sistema de recompensa.

Se considera que los conflictos en pacientes con problemas de Alexitimia se debe a que sobredimensionan sus emociones dolorosas o son incapaces de sentir alguna emoción, la pasta base de cocaína lo que hace es aliviar ese dolor o liberar esas emociones reprimidas, esto por lo tanto lleva al sujeto a volverse dependiente de aquella sustancia que le hizo sentir mejor, según lo manifiesta Sifneos. (Jaramillo Vintimilla, 2012)

1.2 PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

El consumo de pasta de coca empezó en Bolivia y el Perú a comienzos de los años 60, primero en las capitales y luego en las demás ciudades y en las zonas rurales.

Los estudios epidemiológicos ejecutados en escuelas, universidades, hospitales de psiquiatría y mediante encuestas domiciliarias han mostrado que en Bolivia, Colombia, el Ecuador y el Perú el hábito de fumar pasta de coca ha alcanzado proporciones epidémicas y afectando a muchos millares de personas. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

En el Ecuador, la producción y venta de la droga aumenta aceleradamente, en un lapso comprendido entre 1988 y 1992, las acciones de las autoridades destruyeron 150 laboratorios de procesamiento de cocaína, con una producción de 250kg semanales. (Barriga, 1993)

En nuestro país, cada kilo tiene un valor de USD 1 200; en el exterior se lo puede encontrar hasta en USD 5 000.

A diferencia de otras drogas más refinadas, no puede triplicar su cantidad. De cada gramo, salen 5 dosis; cada una de ellas a un valor de USD 3.

Su consumo produce un efecto de desinhibición y euforia que permanece por un período de 1 o 2 horas. En lo que va del año, la Policía incautó (entre clorhidrato y base de cocaína) 2 095 kg. (Diario Últimas Noticias, 2010)

La pasta base de cocaína en la ciudad de Quito, o como se conoce en Colombia: bazuco, o en la Argentina: paco. La venta de esta sustancia es la de mayor circulación y fácil acceso en las calles de Quito, lo que hace de la misma tener una fuerte demanda en todo tipo de consumidor, no importa la clase social, el género y la condición étnica. (Álvarez, 2014)

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la Alexitimia en la dependencia a la pasta base de cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni de la ciudad de Quito, periodo marzo-agosto 2016?

1.4 PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Existe dependencia a la pasta base de cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni?
- ¿Existe Alexitimia en los pacientes dependientes a la pasta base de cocaína?
- ¿Existe relación entre Alexitimia y la dependencia a la pasta base de cocaína?
- ¿Existe un plan psicoterapéutico para disminuir el grado de alexitimia en los pacientes consumidores de pasta base de cocaína del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni y así evitar recaídas?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Determinar cómo influye la Alexitimia, en la dependencia a la pasta base de cocaína, en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de la ciudad de Quito, periodo marzo - agosto 2016.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar la dependencia a la pasta base de cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni.
- Reconocer el grado de Alexitimia en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni.
- Relacionar los grados de Alexitimia y la dependencia a la pasta base de cocaína.
- Diseñar un plan psicoterapéutico para disminuir el grado de alexitimia en los pacientes consumidores de pasta base de cocaína del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni y así evitar recaídas.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Al cursar las prácticas pre-profesionales de la carrera de Psicología Clínica, nos ha permitido identificar los problemas de salud mental más comunes de la sociedad Ecuatoriana.

Uno de los problemas que más aqueja a la sociedad Ecuatoriana en forma general y a la Unidad de CITABM-V (Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni) específicamente es el consumo de la pasta base de cocaína, por lo que el presente trabajo de investigación es muy importante porque realiza un análisis de la relación de la Alexitimia y la dependencia a la pasta base de cocaína. Día a día los pacientes diagnosticados con problemas de dependencia a la pasta base de cocaína a pesar de los graves problemas médicos que se asocian con su consumo, como son daños en el sistema nervioso central, atrofia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, colapsos respiratorios, grave hipertensión, exacerbación de las enfermedades crónicas y complicaciones psiquiátricas, lo siguen haciendo aun después de la rehabilitación, es por ello que el estudio de la Alexitimia es fundamental en el proceso de rehabilitación ya que observaciones clínicas recientes y descubrimientos de diagnósticos psiquiátricos sobre dependientes a sustancias sugieren que su predisposición a la adicción es porque sufren de estados emocionales que producen sufrimiento.

Es de vital trascendencia su estudio, ya que el mismo permitirá que el equipo terapéutico de CITABM-V (Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni) intervenga en la solución de este problema, dado que en la actualidad el costo de tratamiento representa un valor importante en los pacientes y el estado por medio de los diferentes mecanismos de seguro social, es de vital importancia el establecer un plan terapéutico que abarque todos los aspectos que pueden influir en una posible recaída y así minimizar este riesgo.

Esta investigación proporcionará datos estadísticos reales, que permitirán establecer como la Alexitimia se relaciona con la dependencia a la pasta base de cocaína, y como identificar oportunamente la Alexitimia para tenerla presente durante el proceso de rehabilitación en CITABM-V (Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni).

Con esta investigación se beneficiarán los pacientes dependientes a la pasta base de cocaína, porque en conjunto con el equipo terapéutico se fomentara más alternativas en el tratamiento de rehabilitación y se prevendrá recaídas.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES REALIZADAS CON RESPECTO AL PROBLEMA

Mediante la revisión bibliográfica se encontró estudios que se relacionan con las dos variables de esta investigación y se detallan a continuación:

- Incidencia de Alexitimia en personas que padecen abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y reciben tratamiento en centros de rehabilitación para drogodependencia en la ciudad de Cuenca. Autor: María Elizabeth Jaramillo Vintimilla, Cuenca, (2012), “Universidad del Azuay Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación Escuela de Psicología”.

La investigación ha llevado a determinar que la incidencia de alexitimia en personas que padecen de abuso y dependencia de sustancias, es sumamente alta, lo que nos lleva a plantearnos nuevas líneas de investigación.

- Prevalencia de Alexitimia en estudiantes de una Universidad Nacional, Federico Villarreal, Autor: Fernando Raphael Carlos Moncada, Lima, (2013), Facultad de Psicología”

La Prevalencia de Casos de Alexitimia en la muestra total es del 26.9%; es decir, más de la cuarta parte de estudiantes de psicología presenta rasgos alexitímicos.

2.2 ALEXITIMIA

2.2.1 Antecedentes Históricos de la Alexitimia

Numerosos psicoanalistas habían observado, ya en los años cuarenta, que los pacientes psicósomáticos parecían carecer de capacidad para fantasear y tenían gran dificultad para conectar con sus sentimientos. Ruesh (1948) consideró que el problema nuclear en estos pacientes era un trastorno de la expresión verbal y simbólica al que llamó "personalidad infantil" en la que la capacidad de comunicar estaba limitada, lo cual

provocaría una restricción de la capacidad de fantasear, estos pacientes padecían una gran dependencia objetal y una conducta social "pseudoadaptada".

En la década de los cincuenta, Horney (1952) y Kelman (1952) describieron a los pacientes psicósomáticos como sujetos con una gran pobreza de experiencias internas y mínimo interés en los sueños, además señalaron que estos pacientes usan un pensamiento concreto y tienen dificultad de comunicar sentimientos; estos autores atribuyeron esas características a fuertes defensas frente a conflictos neuróticos inconscientes. Freedman y Sweet (1954) señalaron también que estos pacientes "iletrados emocionales" expresaban la ansiedad a través del cuerpo y desconocían sus emociones.

Es en la década de los setenta cuando se perfila un cuadro característico de los pacientes psicósomáticos. Nemiah y Sifneos (1970) estudiaron un grupo de pacientes psicósomáticos y encontraron que la mayoría padecía una marcada dificultad para expresar verbalmente o describir sus sentimientos, para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales y gran pobreza de la fantasía. Sifneos (1973) acuñó el término "Alexitimia". (Espina, 1998)

Etimológicamente hablando, alexitimia viene de los vocablos griegos: "a": falta, "lexi": palabras y "thymos": afecto; dándonos siguiente significado del término: "ausencia de verbalización de afectos". (Sivak&Waiter, 1998)

Sifneos y Nemiah refieren a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción ante situaciones conflictivas. (Sivak, Waiter, & Lolas, 1998)

Podemos ver que la alexitimia si bien no se utilizaba etimológicamente hasta los años 70, ya tenía una atención especial por sus características desde décadas anteriores, siendo así una relevancia en el comportamiento humano el expresar las emociones y así evitar las respuestas "anómalas" por así llamarlas, gracias a la contribución de varios autores se puede llegar a la evolución y estudio a profundidad de este importante tema.

2.2.2 Definiciones de Alexitimia

a) Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976), definieron formalmente la alexitimia como comprendiendo las siguientes cuatro características: (1) la dificultad para identificar los sentimientos y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de origen emocional; (2) la dificultad para describir los sentimientos de las otras personas; (3) procesos imaginarios restringidos, los cuales son puestos en evidencia por la escasez de la fantasía; (4) un estilo cognitivo adherido al estímulo, orientado hacia el exterior. (Lunazzi, Graeme, Taylor, Bagby, & Sicak, 2012)

b) De acuerdo con Taylor, Bagby y Parker (1997), la alexitimia es considerada como un déficit en el procesamiento cognitivo y en la regulación de las emociones. (Baeza, Bulbena, Fénétrier, & Gély, 2011)

c) Ruesch (1948) considero que el problema nuclear de estos pacientes era un trastorno de expresión verbal y simbólica al que llamo “personalidad infantil” en el que la capacidad de comunicar estaba limitada, lo cual provocaría una restricción de la capacidad de fantasear, estos pacientes padecían una gran dependencia objetiva y una conducta social “seudoadaptada”. (García Martínez, Garrido Fernández, & Rodríguez Franco, 1998)

Si bien el término alexitimia no surgió sino con Sifneos podemos ver que todos los autores concuerdan en la incapacidad o dificultad de expresar las emociones y en las consecuencias comportamentales que esta dificultad traía a quien la “padecía”, es así que se concuerda en el concepto de alexitimia como la dificultad o incapacidad de expresar o reconocer emociones y sentimientos.

2.2.3 Rasgos Característicos de la Alexitimia

Para Krystal (1979) los rasgos característicos de la alexitimia se dividen en esenciales y accesorios.

2.2.3.1 Rasgos Esenciales

a) Pensamiento simbólico reducido o ausente. Es utilitario, minucioso, centrado en el exterior, no expresando sus motivaciones, deseos, tensiones o sentimientos.

- b) Limitada capacidad para fantasear. Existe una inhibición de la capacidad de la fantasía como realizadora de deseos, lo cual les impide la representación de los impulsos y la simbolización de las tensiones como un paso previo a la acción.
- c) Dificultad para expresar los sentimientos con palabras. Al tener dificultades en contactar con su realidad psíquica no pueden diferenciar estados emocionales y localizar sensaciones y experiencias corporales, recurriendo a expresar sus demandas con el cuerpo.

2.2.3.2 Rasgos Accesorios.

- a) "Pseudoadaptación social". Su comportamiento es rígido y excesivamente dependiente de las convenciones sociales.
- b) Relaciones sociales estereotipadas, muy dependientes o evitativas, con gran dificultad para empatizar.
- c) Impulsividad como expresión de conflictos. Se descontrolan con facilidad al no poder elaborar previamente los conflictos.
- d) Personalidad inmadura (Ruesch, 1948). No desarrollan una adecuada individuación, lo cual está asociado a su deficiente expresión simbólica. Los tipos de personalidad más frecuentes son: Introversos, pasivo-agresivos, pasivodependientes.
- e) Resistencia a la psicoterapia tradicional. Al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y tener deficiente la capacidad de simbolizar, no poseen la capacidad de introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas. (García Martínez, Garrido Fernández, & Rodríguez Franco, 1998)

Esta descripción de los rasgos alexitimicos es correcta ya que en ella se detalla minuciosamente y correctamente diferenciados cada uno de los rasgos que se pueden presentar en las personas con este problema, así también servirá de guía para quienes deseen saber más sobre la alexitimia e indudablemente será de gran ayuda para los terapeutas.

2.2.4 El Perfil de la Personalidad Alexitímica

El concepto alexitimia fue tomando gradualmente, a partir del radical etimológico señalado, un sentido más global, en forma de un perfil de personalidad, que abarca datos

afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos. He aquí la enumeración de los rasgos personales más importantes:

- a) Incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos.
- b) Pobreza en la expresión verbal, mímica o gestual de las emociones o los sentimientos.
- c) Falta de captación de las emociones o los sentimientos ajenos (trastorno de la empatía).
- d) Pensamiento muy concreto y pragmático, con dificultades para el pensamiento abstracto.
- e) Pensamiento centrado en detalles externos, sin conexión con el mundo vivencial interno.
- f) Reducción o anulación de la fantasía, los sueños o ensueños la vida imaginativa.
- g) Falta de capacidad para la introspección y la creatividad.
- h) Psicomotilidad rígida, áspera, austera o desequilibrada y escasamente expresiva.
- i) Tendencia a recurrir a la acción para afrontar los problemas o los conflictos.
- j) Descripción prolija de los hechos.
- k) Discurso verbal monótono, lento, pobre en temas, detallista y enormemente aburrido.
- l) Dificultades para establecer contacto afectivo con los otros o mantener una dinámica comunicacional.
- m) Relaciones interpersonales estereotipadas y rígidas, enmarcadas en la subordinación o en la dependencia.
- n) Inclínación al aislamiento, sin tener sensación de soledad.
- o) Impresión generalizada de una personalidad seria, adusta o aburrida.
- p) Registro de que el aburrido o serio es el otro (un mecanismo de reduplicación proyectiva) *, lo que les lleva a ver a los demás con sus propias características.
- q) Maestros en esgrimir la defensa proyectiva.
- r) Descarga de las emociones o los sentimientos a través de los canales vegetativos corporales, lo que provocaría la disfunción o la lesión tisular de los órganos somáticos más vulnerables.
- s) Dificultades para distinguir las emociones de las sensaciones corporales.

- t) Existencia regida por proyectos de corto alcance y programada o mecanizada como si fuese un robot.
- u) Alto grado de conformidad social, rasgo catalogado por su sentido como una «seudonormalidad».
- v) Reducción de porcentaje del sueño REM. (Alonso-Fernández, 2011)

Este perfil del alexitímico nos ayuda a entender de mejor manera que es lo que sucede en el interior de las personas que padecen este problema, nos servirá así para incluso poder explicar de mejor manera su propia situación al paciente, y nos permitirá evaluar las características a las que está expuesto el paciente.

2.2.5 Etiología

2.2.5.1 Hipótesis Neuroanatómica

La hipótesis neuroanatómica tiene como principal fundamento el hecho de que las emociones se localizan en el hemisferio derecho, en la mayoría de las personas diestras, y por otro lado la expresión verbal en el hemisferio izquierdo. Así; teniendo claro esta idea, se puede decir que la alexitimia es el resultado de la falta de comunicación entre ambos hemisferios, esta hipótesis es planteada por McLean (1949) leída en la publicación de Constanza (2008), después de observar que los pacientes psicósomáticos respondían, la mayor parte del tiempo, a las emociones de forma física, dado que; para este autor; en estos casos hay una alteración en la conexión entre el sistema límbico y el neocórtex. (Jaramillo Vintimilla, 2012)

Nemiah (1975) recoge esta teoría y señala que el individuo alexitímico, debido a que se interrumpe o bloquea el flujo ascendente de información entre el sistema hipotalámico y el neocórtex, puede experimentar lo autonómico del afecto, pero no la vivencia psíquica. (Lara, Sanchis, & Rodríguez, 2008)

2.2.5.2 Hipótesis Sociocultural

D. Páez y M. M. Casullo (2000) plantean que la mayor parte de las características más salientes de la experiencia emocional son externas e interactivas. Cuando las culturas se convierten en individualistas, la expresión emocional evoluciona, mediante la combinación de experiencias corporales y psicológicas, hacia un lenguaje afectivo en el

que las personas expresan síntomas psicológicos altamente diferenciados. Se puede considerar que las culturas individualistas poseen un léxico emocional muy elaborado cognitivamente, o altamente diferenciado. (Lunazzi, Graeme, Taylor, Bagby, & Sicak, 2012)

En este apartado acerca de las hipótesis podemos observar que si bien en ambos casos las fundamentaciones teóricas están en lo correcto, se debería manejar una hipótesis mixta por así decirlo ya que si analizamos a profundidad la alexitimia veremos que ambas hipótesis van de la mano y que no se podría hablar expresamente de una u otra por separado.

2.2.6 Alexitimia y Adicciones.

Según Jouanne, Edel y Corton (2005). La alexitimia está presente en el 30 al 60% de los enfermos adictivos químicos o sociales.

La acumulación de alexitimia entre los enfermos adictivos pudiera atribuirse, según estos autores, a que «la dependencia por un objeto humano se sustituye por la dependencia por un objeto exterior, gracias a la disponibilidad inmediata de este objeto como fuente de placer autárquico ». También podría especularse con la idea de que el sujeto alexitímico recurre al objeto adictivo, lanzado por la búsqueda de sensaciones para compensar su falta de capacidad para experimentar emociones. (Alonso-Fernández, 2011)

En un estudio realizado con la Escala de Alexitimia de Toronto (Taylor, Ryan y Bagby, 1985) con el objetivo de investigar la prevalencia de alexitimia entre pacientes dependientes a sustancias psicoactivas, de los 44 que componían la muestra el 50% eran alexitímicos. (Moncada, 2013)

Sifneos (1996) (citado en AmanyHaroun, 2009) muestra que observaciones clínicas recientes y descubrimientos de diagnósticos psiquiátricos sobre dependientes a sustancias sugieren que su predisposición a la adicción es porque sufren de estados emocionales que producen sufrimiento y por desórdenes psiquiátricos de la misma índole. Normalmente drogadictos y alcohólicos experimentan con diferentes sustancias hasta que descubren la droga que mejor les sienta y ésta se vuelve la de su preferencia.

La elección de la sustancia se da por el resultado de la interacción entre la acción farmacológica de la misma y las emociones dolorosas que dominan al sujeto. (Jaramillo Vintimilla, 2012)

Dada la relación entre alexitimia y adicciones a diferentes sustancias podemos resaltar el hecho de el alto porcentaje que existe entre estas dos variables, y mucho más nos damos cuenta que la alexitimia podría tener un grado de influencia alto en la recuperación o no de los pacientes con diferentes adicciones, es así que se debería tomar en cuenta y muy seriamente la alexitimia y así poder trabajar en este aspecto para poder buscar una recuperación total en los pacientes con dependencia a sustancias.

2.2.6.1 Tipos de Alexitimia.

Sifneos en 1988 postula la clasificación de dos tipos de alexitimia, primaria y secundaria, las cuales se describen a continuación.

2.2.6.1.1 La alexitimia primaria

De origen predominantemente biológico, es "un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica en la forma de anormalidades, debidas a factores hereditarios, que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y el neocortex", y agrega que la especialización de los hemisferios cerebrales también juega un papel importante en la alexitimia primaria, cuando hay una inadecuada comunicación entre el hemisferio izquierdo que se encarga de la elaboración y expresión del lenguaje articulado y el hemisferio derecho que modula las emociones y le proporciona al lenguaje los aspectos prosódicos de entonación, coloratura, cadencia y melodía. (Rozados, 2015)

2.2.6.1.2 La Alexitimia secundaria

Ocurre como reacción a un trauma psicológico intenso. La persona suprime las emociones dolorosas como un mecanismo de defensa contra el trauma. Algunas personas con enfermedades crónicas graves pueden desarrollar alexitimia como un mecanismo de afrontamiento de la enfermedad. (Rodríguez Galarza, s.f.)

Podemos ver que los tipos de alexitimia nos muestra una realidad en la cual se evidencia las raíces neurológicas y psicológicas de este problema y si bien en sus inicios estos trataron de ser diferenciados para su mejor entendimiento también debemos entender que la alexitimia debe ser tratada como un todo inmiscuyéndose así en sus bases biológicas y psicológicas ya que las mismas van relacionadas entre sí y de esta forma podremos entender de mejor manera este problema.

2.2.7 Afectividad

2.2.7.1 Emociones

Las emociones fueron descritas por Charles Darwin, en su texto *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales* en 1872, como disposiciones innatas discretas que se manifiestan a través de patrones de expresión facial y actividad muscular postural, de manera refleja, como resultado de la acción directa del sistema nervioso central. Para este autor las emociones son básicamente adaptativas e intervienen en organizar la conducta a los fines de la supervivencia. William James en su ensayo *¿Qué es una emoción?*, postulaba que las emociones resultan de la respuesta del cerebro frente a patrones de actividad autónoma periférica y de otros estados corporales (James, 1884).

El concepto de *afecto* proviene de *afficere*, y el de emoción, del verbo *emovere*, ambos del latín, y literalmente expresan “afectar” o “mover” en tanto la cualidad propia de la experiencia emocional en la cual somos movidos, invadidos por distintas experiencias psíquicas que mantienen su correlato con el cuerpo. En la acepción de “mover” se establece el lazo hacia la expresión conductual.

Aunque no existe un consenso absoluto sobre la definición de emoción, hay un acuerdo generalizado acerca de que la respuesta emocional humana implica *tres sistemas o conjunto de procesos interrelacionados*:

- a) Procesos neurofisiológicos (sistema nervioso autónomo y activación neuroendocrina);
- b) Procesos expresivos conductuales y motores (por ejemplo, la expresión facial, el llanto, los cambios de la postura y el tono de la voz, etcétera);

- c) Un sistema cognitivo-vivencial (reconocimiento subjetivo e información verbal del estado vivencial como sentimiento)

La palabra sentimiento alude a la dimensión subjetiva cognitivo-vivencial de las emociones. Las emociones refieren al aspecto neurofisiológico y expresivo-conductual motor. Cuando decimos *afectos*, abarcamos estados compuestos que incluyen las tres dimensiones, cognitivo-vivencial, fisiológica, y expresivo-conductual (Taylor, 1997: 10)

El neurólogo A. Damasio, para analizar la producción de sentimientos y el registro de ellos, se vale de ejemplos que propone al lector. Así dice que “los sentimientos en el más puro y estrecho sentido del vocablo, son la idea del cuerpo de cierta manera”, y continua, “en esta definición usted puede sustituir *idea* por *pensamiento* o *percepción*” (Damasio, 2003: 83)

Ante la pregunta “¿Quiénes pueden tener sentimientos?”, Damasio (2003: 109) realiza una revisión sobre las capacidades y funcionamientos de los organismos inferiores, tales como las plantas; toma en cuenta también sus investigaciones con pacientes lesionados cerebralmente, y nos facilita una conclusión muy importante para nuestro trabajo: puede tener sentimientos “un organismo que no solo tenga cuerpo sino que pueda representar su cuerpo en su mente”. Y luego Damasio, coincidentemente con Graeme Taylor, precisa: “Las emociones son las manifestaciones que el organismo da a ver, mientras los sentimientos representan su correlato subjetivo íntimo” (Damasio, 2003: 100).

La conexión con los propios sentimientos aporta al organismo humano efectos saludables y adaptativos. Dice Damasio: cuando los sentimientos se vuelven conocidos por uno mismo (*self*), dentro del organismo que los posee, los sentimientos mejoran y amplían el proceso de darle curso a la propia vida. La maquinaria por detrás de los sentimientos capacita la correcciones biológicas necesarias para sobrevivir ofreciendo explícita y relevante información sobre el estado de los diferentes componentes del organismo en cada momento. Los sentimientos designan los mapas neuronales relacionados, con una estampilla que dice: ¡marcar esto!. (Damasio, 2003: 178)

Por ello, la teoría del efecto, en otras palabras, consiste en el estudio de como nosotros somos personalmente afectados por los acontecimientos, y al mismo tiempo aborda

nuestra capacidad para establecer la importancia y el significado de dichos sentimientos para nuestra propia vida, en términos de evaluación cognitiva, comprensión, planificación, adaptación, etc. (Grotstein, 1986, 1990).

2.2.7.2 Afectos y Enfermedad

A principios del siglo XVII, Wright (citado por Taylor, 1997) afirmó que las pasiones engendran humores que pueden alterar la estructura del cuerpo y su funcionamiento que, a la vez, los humores incitan pasiones. Identifico como sede de las pasiones al corazón, el cual sería saludablemente estimulado por la alegría moderada; pero si la alegría se volviera excesiva, podría dilatar al corazón y producir incluso una muerte súbita. Las pasiones negativas, como la tristeza, el miedo y la desesperación, fueron consideradas por Wright aún más peligrosas para el cuerpo, pues podían constreñir al corazón.

T. Gaub describió los efectos dañinos sobre el cuerpo de las emociones perturbadoras como la rabia excesiva, el duelo, el miedo y el terror no expresados, además del amor no retribuido y la alegría excesiva.

Notemos que Gaub (Citado en Taylor, 1997) anticipó así, en 1763, la noción moderna de que la regulación de las emociones a través de ciertos recursos cognitivos tiene una influencia reguladora en el funcionamiento del cuerpo.

2.1.7.3 Mentalización

No disponer de palabra para la propia vida afectiva refleja la carencia representacional que nos impide saber cómo nuestros afectos intervienen en nuestras relaciones, y como a su vez, los afectos que se desencadenan y circulan en el ambiente y las interacciones nos afectan ahora en nuestra historia.

Siguiendo a J. Bergeret, definimos *mentalización* como el proceso y la función de la elaboración mental. Esta elaboración es progresiva y tiene por fin:

- Disminuir el impacto desorganizador de los estímulos externos e internos (representantes pulsionales), ligándolos y desviándolos a través de un método que

no es solamente económico sino que constituye también una operación de sentido (significante).

- Diferir, anticipar y aun reemplazar la satisfacción pulsional.
- Mantener la constancia de un objeto pulsional a través de sus ausencias y cambios; de allí el desarrollo representacional que lo internaliza y lo vuelve figura significativa.

2.2.7.3 Regulación Afectiva

Regulación alude a una noción económica y dinámica: económica porque implica cambios energéticos, y dinámica porque comprende desplazamientos, distribuciones, luchas y juegos de fuerzas.

En biología existe el principio de *autorregulación*, que puede aplicarse también a las emociones, y que es un principio básico para todos los organismos vivientes. El principio de autorregulación proviene de los trabajos de Claude Bernard y Walter Canon sobre los mecanismos homeostáticos que regulan y mantienen la constancia de las condiciones en el medio interior de un organismo. Este principio se extiende más allá de los sistemas fisiológicos, para abarcar también sistemas conductuales, ambientales y ecológico, como reconoce la Teoría General de los Sistemas.

Dice A. Damasio (2003: 127): “La congoja, que es otro estado que depende del pensamiento a nivel cerebral, conduce a una depresión del sistema inmune de manera que los individuos son más propensos a la infección y, ya sea como resultado directo o no, tienen más probabilidades de desarrollar distintos tipos de cáncer. Se puede morir de un corazón roto”. La ruptura de la regulación, como vemos en este ejemplo, se asocia con los desequilibrios inmunológicos inductores de consecuencias fatales.

Dando por reconocida y demostrada la interacción de las emociones sobre el cuerpo, se subraya la noción de regulación afectiva, ya que emociones demasiado intensas implicarían efectos nocivos en el cuerpo y en las interacciones sociales. La regulación afectiva representa una zona de convergencia entre cognición y afecto, y tiene connotaciones biológicas y evolutivas. Dentro de la línea que enfatiza el lugar del cuidador/a, se encuentra P. Fonagy, quien destaca también la cuestión de la regulación.

Para este autor, más específicamente la mente del cuidador/a ofrece al niño la oportunidad de comprender que los otros, y que ellos mismos también, poseen estados mentales. Se despliega con el apego una “teoría de la mente”, comenzando con la “equivalencia psíquica”, en la cual el niño sostiene la creencia de que lo que existe en la mente debe existir en el mundo. Luego, a través del juego, deriva la apreciación de que la mente le da forma e interpreta lo que es real/externo (Fonagy y Target, 1996, 2008; Fonagy *et al.*, 2002).

En síntesis a propósito de la regulación afectiva, podría decirse que –parafraseando el principio de autorregulación biológico, el cual mediante los mecanismos homeostáticos regula y mantiene la constancia de las condiciones en el medio interior de un organismo- la regulación afectiva, resultante del trabajo de simbolización y cognición del afecto, permitirá al sujeto contar con las representaciones mentales que anticipen y modulen cargas tensionales excesivas. La regulación afectiva constituye en los sujetos un logro muy importante, que vuelve menos conflictiva y más satisfactoria la relación saludable consigo mismo y los demás. (Lunazzi, Graeme, Taylor, Bagby, & Sicak, 2012)

Al recorrer la afectividad, emociones y la forma de regularlos podemos evidenciar el punto de partida que nos sirve para adentrarnos en la problemática de la alexitimia, podemos ver la importancia y la incidencia de las emociones en la mente y el cuerpo, y es así como la alexitimia cobra una importancia vital para este entendimiento del porqué de este problema y que podemos hacer para solucionar en gran parte el mismo.

2.2.8 Influencia de la Alexitimia en las Relaciones Familiares e Interpersonales.

La alexitimia opera como un perturbador en la interacción social; actuando como fuente de problemas en las relaciones interpersonales al mantener un patrón comunicacional perturbado, falta de empatía; descarga de emociones negativas por medio de acciones impulsivas. Todo esto señala al sujeto alexitímico como responsable de causar sufrimiento a los demás y tener poco o nada de éxito en la vida social. (Fernández, 2011)

Los estudios epidemiológicos sobre una muestra de estudiantes y voluntarios, 150 hombres y 112 mujeres, se puede señalar una prevalencia de alexitimia en la población

masculina (8 al 10%) y una escasez de la misma en el género femenino, es por esto que se puede justificar el hablar directamente de un trastorno propiamente masculino que, al ser estos incapaces de comunicarse afectivamente, aportan con rasgos perturbadores para la convivencia y las relaciones de pareja, pues de esta manera se produce un gran sufrimiento en las mujeres que comparten su vida con una persona alexitímica. (Jaramillo Vintimilla, 2012)

Podemos evidenciar la incidencia negativa que conlleva la alexitimia dentro del ámbito familiar, debido a las ya mencionadas dificultades que la misma genera en quienes la padecen, es por esto y sumado al hecho de que su prevalencia se genera en la población masculina, que debemos tener una gran preocupación por este problema y así poder dar opciones de ayuda y tratamiento del mismo a quienes presentan alexitimia.

2.3 PASTA BASE DE COCAÍNA

La pasta base de cocaína (llamada también paco, bicha, basuco, bazuco o carro) es una droga de bajo costo similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno. En ocasiones suele mezclarse con cloroformo, éter o carbonato de potasio, entre otras cosas.

La dosis pesa solo entre 0,01 y 0,03 gramos. Es una droga estimulante del sistema nervioso central, cuyo componente activo es el alcaloide cocaína, proveniente de una planta natural de América, la *Erythroxylum coca*, al que "estiran" o adulteran con otros componentes como cafeína, manitol y bicarbonato de sodio, entre otros.

2.3.1 La Coca

Existen pruebas arqueológicas de que la coca se mascaba ya hacia el año 3000 a.C. El consumo humano probablemente comenzó miles de años antes, cuando los pueblos cazadores y recolectores del este de los Andes probaron las hojas tiernas de la planta como alimento en épocas de hambre, descubriendo así sus propiedades medicinales y estimulantes.

Los indígenas empleaban las hojas de coca para fines tanto religiosos como laicos, mezcladas con álcalis como ceniza vegetal o cal, que facilitaban la absorción de la

cocaína. Masticaban las hojas para tratar los efectos derivados de la altitud, el hambre y la fatiga. En el siglo XVI, los españoles debatieron las ventajas de la tolerancia y de la supresión. (Courtwright, 2002)

2.3.2 Cocaína

En 1860 Albert Niemann, estudiante de postgrado en Gotinga, describió el aislamiento de la cocaína en su tesis doctoral, aunque murió un año después de publicar su descubrimiento, todo cambio a partir de entonces.

En 1862, la empresa Darmstadt, pionera en la producción de morfina, empezó a fabricar pequeñas cantidades de cocaína.

Angelo Mariani, patentó un preparado de extracto de coca y vino de Burdeos. Promocionado por medio de una campaña centrada en los jóvenes, la salud y el apoyo de personajes famosos, el Vin Mariani tuvo un gran éxito internacional como bebida tonificante. El éxito de los productos Mariani propicio las imitaciones, como la Coca-Cola, y fomentó la investigación de las propiedades terapéuticas de la planta.

El célebre artículo de Sigmud Freud, “Über Coca” (1884), era una revisión de la bibliografía existente sobre esta droga, Freud era muy optimista en cuanto a la capacidad de esta sustancia para combatir la debilidad nerviosa, la indigestión, la caquexia (malestar general y malnutrición), la adicción a la morfina, el alcoholismo, el asma originada en elevadas latitudes y la impotencia.

Parke Davis, el principal fabricante norteamericano, envió a Henry Rusby a la selva de Bolivia para que buscara hojas de coca, Rusby y otros buscadores de coca lograron comprender que era más sensato extraer la esencia alcaloide en los Andes, sobre todo para los envíos a larga distancia.

En el periodo 1900-1905, cuando la industria de exportación peruana se encontraba en su apogeo, se transportaron más de 10.000 kg de cocaína en bruto cada año. Al comienzo de la década de 1910-1920, la situación de la cocaína mundial era extraordinariamente dinámica y explosiva en potencia.

El incremento del suministro en todo el mundo y la expansión industrial transformó la cocaína en un producto mucho más asequible. Su precio descendió de 280 dólares la onza (28,7gr) en 1885 hasta casi 3 dólares en 1914, precisamente por ser tan barata, la cocaína pronto originó una epidemia de adicción que duró desde 1890 hasta mediados de los años veinte, empezó en Estados Unidos y la India. Las cifras de exportación, así como la fragmentaria estadística policial y de tratamiento, sugieren que la situación continental se agravó más después de 1918. (Courtwright, 2002)

2.3.3 Expansión de la Pasta Base de Cocaína

A medida que se expandió la producción ilegal, descendieron los precios. En 1988 el coste del producto era la cuarta parte de lo que había sido en 1980. La cocaína estaba al alcance de los pobres; el crack había surgido con fuerza en los barrios marginales de los núcleos urbanos.

Entretanto, fumar pasta de cocaína semirrefinada fue un hábito que se extendió a través de Sudamérica desde las principales zonas de procesamiento de los países andinos. El basuco fue muy popular entre quienes no podían adquirir cocaína refinada y se convirtió en un artículo de primera necesidad para los abandonados de Río de Janeiro y otras ciudades. La dieta de drogas de estos niños de la calle es un símbolo conmovedor de la revolución psicoactiva: pegamento de zapatero, humos de gasolina, cannabis, alcohol, y pasta de coca, directa o en cigarrillos. (Courtwright, 2002)

A pesar de conocer el origen de la pasta base de cocaína los consumidores no han dejado la sustancia refiriendo sentir gratificación inmediata al fumar los residuos de la cocaína mezclados con tabaco o cannabis además pueden adquirir más sustancia con menos presupuesto.

2.3.4 Obtención de la Pasta de Base de Cocaína

La pasta de coca es un polvo blanco que se obtiene empapando de agua hojas de coca secas y tratándolas luego con queroseno o gasolina, álcali, permanganato potásico y ácido sulfúrico. El resultado es sulfato de cocaína, pero la pasta contiene además ecgonina, benzoilecgonina, higrina, metilcocaína, metilecgonina, nicotina, ácido benzoico, metanol, queroseno o gasolina y ácido sulfúrico. Cuando la pasta está bien

seca, puede mezclarse con tabaco o cannabis y fumarse. La pasta de coca que se vende en la calle puede contener además impurezas añadidas por el fabricante. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

Las impurezas añadidas por el fabricante en este caso conocido como brujo hace que los consumidores de pasta base de cocaína no dejen de adquirir la sustancia con dicho expendedor, ya que refieren que la sustancia tiene diferente sabor, olor y les da confianza consumirla.

2.3.5 Reacciones del consumo de la Pasta Base de Cocaína

Las reacciones cáusticas asociadas a la aplicación local de pasta de coca impiden su empleo por vías oral, intranasal, mucosa, intramuscular, intravenosa o subcutánea. La pasta de coca sólo se puede fumar combinada con un material muy combustible como el tabaco o el cannabis. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

2.3.5.1 Efectos

Fumar pasta de coca produce considerablemente euforia o estimulación del sistema nervioso central casi instantáneamente, a causa de la rápida penetración de la cocaína en el encéfalo a través de la circulación por las arteriolas de los pulmones. Esos efectos se acompañan de elevadas concentraciones de cocaína en el plasma. A los pocos segundos o minutos la euforia es reemplazada por ansiedad, miedo, depresión o apatía considerables. Estos efectos psicológicos desagradables (disforia) pueden combatirse fumando más pasta, con lo que la persona adquiere la necesidad de utilizar droga continuamente, durante muchas horas, para sentirse de nuevo relativamente bien aunque raramente volverá a experimentar la embriaguez o euforia iniciales.

Los usuarios describen este tipo de reacción como ansiedad, pero en realidad es un estado complejo de angustia asociado a una necesidad imperativa de fumar más pasta. El usuario puede sentirse triste, agresivo, irritable, suspicaz o desagradablemente excitado. Si el individuo sigue fumando, puede llegar a tener alucinaciones, percepciones ilusorias, ideas paranoides o un comportamiento francamente psicótico. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

La literatura coincide con la percepción de los consumidores ya que refieren que entre dos a cinco segundos sienten los efectos de la pasta base de cocaína, pero que solo es posible sentir la gratificación en las tres primeras fumadas de esta sustancia el resto del consumo es para aliviar la necesidad que han creado a la sustancia, los consumidores mencionan no necesitar nada cuando están fumando, luego este estado de bienestar es reemplazado por la sensación de estar siendo perseguidos, deseando estar solos.

Es indudable que cuando las personas empiezan a usar la droga, por lo general pueden limitar su consumo a una o dos veces por semana; sin embargo en la mayoría de los casos esta frecuencia aumenta gradualmente hasta que la persona se ve obligada a fumar intensamente todos los días, llevada por una necesidad irreprimible. La mayoría de sujetos que acuden voluntariamente en demanda de tratamiento o que se someten a él por indicación de otras personas pertenecen a este último grupo.

La necesidad que crea la pasta base de cocaína se vuelve más importante que el mismo hecho de alimentarse según indican los consumidores, el consumo diario de la sustancia se vuelve irrefrenable por lo que suelen buscar ayuda para rehabilitarse porque consideran que solos es imposible parar el consumo.

2.3.5.2 Efectos Físicos

Durante las etapas de euforia y disforia, los usuarios experimentan insensibilidad, sequedad en la boca, sensación de ardor en los ojos, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, contracciones musculares, inquietud, vahídos, cólicos dolorosos, y deseos de orinar y defecar.

En el reconocimiento se observa hiperhidrosis, hiperactividad, temblores, taquicardia, hipertensión, midriasis, fiebre, espasmos mioclónicos y aumento de los reflejos. Al mismo tiempo los usuarios pueden sentir aprensión, ansiedad, suspicacia, tristeza irritabilidad, o apatía. Muchos tratan de paliar esas sensaciones desagradables bebiendo alcohol antes de volver a fumar. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

Los consumidores experimentan diferentes sensaciones antes y después de consumir pasta base de cocaína coincidiendo la descripción mencionada en la literatura, refieren los usuarios de dicha sustancia sentir un alivio al mezclarla con el alcohol e incluso

combatir de esta manera los efectos del mismo, haciendo que su familia no note el consumo de la pasta base de cocaína.

Si la persona sigue fumando puede presentar taquicardia marcada, tensión sanguínea alta, fiebre, espasmos musculares, mioclonos multifocales, arritmias cardiacas, ataques parciales complejos, convulsiones generalizadas, ideas paranoides, y alucinaciones visuales, táctiles, auditivas, olfativas y sexuales. El desenlace puede ser la muerte como resultado de un estado epiléptico, de una taquicardia ventricular o de un paro cardiaco respiratorio.

Todas estas reacciones físicas y fisiológicas, o algunas de ellas, pueden observarse en los usuarios recientes o intensivos, según la dosis de droga fumada, estas reacciones son más frecuentes en el fumador compulsivo, excesivo o crónico. Esas personas, al paso de los meses o los años, suelen perder peso, contraer anemia, malnutrición e inmunodeficiencias, y padecer infecciones parasitarias, bacterianas, micóticas o víricas.

2.3.5.3 Efectos Psicológicos.

Un número considerable de fumadores de pasta de coca que usan la droga ocasionalmente o a título recreativo muestran en algunos casos signos de deterioración psicológica. Pueden presentar síndromes cerebrales tales como la apatía, indiferencia, anhedonia, trastornos de la memoria, inatención, deficiencias mentales, ansiedad crónica, depresión crónica, ideas de suicidio, irritabilidad, impulsividad, comportamiento irrimible, y trastornos psicopáticos.

Pierden el interés en el trabajo, los amigos, las diversiones, los deportes, el sexo, la familia y relaciones conyugales. Llegados a este punto, lo único que les interesa es fumar pasta de coca, lo más frecuentemente e intensamente que puedan. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

Los signos a nivel psicológico coinciden con la realidad de los consumidores variando de persona a persona de acuerdo a la cronicidad del consumo, el interés por todas las actividades de la vida cotidiana se ven deterioradas cuando el consumo del individuo va aumentando, refieren que el único interés después de haber probado la pasta base de

cocaína es volver hacerlo una y otra vez, a pesar de ver los problemas que ocasiona el consumo de dicha sustancia.

2.3.5.4 Efectos Sociales.

Como resultado de los cambios físicos mentales mencionados, el fumador compulsivo o crónico de pasta de coca tiende, al principio, a asociarse con otras personas farmacodependientes, perdiendo gradualmente contacto con sus amigos, colegas, parientes y aun con su cónyuge y sus hijos.

La necesidad de conseguir un suministro regular de la droga puede conducir al sujeto a cometer delitos para obtener el dinero necesario; en algunos casos puede perder su empleo, dejar de asistir a la escuela, huir del hogar o ser expulsado del círculo familiar, hasta que por ultimo solo mantiene contactos con la persona que le suministra la droga. La pérdida de personal adiestrado para el país que resulta de la deterioración física y psicológica asociada al hábito de fumar pasta de coca puede ser considerable. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

Los consumidores de pasta base de cocaína al iniciar el consumo experimental lo hacen con personas farmacodependientes, cuando la cronicidad avanzado prefieren hacerlo solos, por la experimentación de persecución y por tener más cantidad para consumir según indican. El consumo se vuelve la prioridad en todos los ámbitos de su vida por lo que los consumidores se ven involucrados en situaciones conflictivas a diario perdiendo a su familia, empleo, amigos, valores, etc.

2.3.5.5 Efectos agudos del consumo de la Pasta Base de Cocaína

Los efectos agudos del consumo de la PBC sobre el sistema nervioso central (SNC) son complejos y abarcan todas sus funciones. Varios investigadores peruanos (Almeida, 1978; Navarro, 1978, 1989, 1992; Jerí, 1990, Jerí et al., 1980; Nizama, 1979, Oliver y Cabanillas, 1981) e instituciones como la Organización Mundial de la Salud (1988), desde un primer momento han remarcado el efecto psicoestimulante y la capacidad de generar dependencia como los más importantes de la cocaína. La dependencia que produce la sustancia es reconocida como el efecto más peligroso de todas las formas de consumo de drogas cocaínicas (PBC, crack, base libre y cocaína).

La instalación de la dependencia es prematura, obedeciendo ello a varios factores como los escasos segundos que requiere la droga para llegar al cerebro. Al parecer este hecho, entre otros, sería responsable de la generación de la marcada compulsión por la renovación de la dosis de la droga luego de pocas exposiciones al consumo, deseo que supera al del hambre, la sed o el comportamiento sexual. De manera concomitante se presentan algunos rasgos característicos como la agitación, salivación, temblores y deseos de defecar cuando ya está presente el cuadro clínico de la dependencia a la PBC. Esta sintomatología previa al consumo fue denominada por Almeida (1978) pseudo síndrome de abstinencia. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

2.3.5.5.1 El síndrome de la Pasta Base de Cocaína

En la literatura sudamericana sobre el particular, el primer informe publicado fue el de Jerí et al. (1978), donde ya se destacaba el poder adictivo de la cocaína fumada. Para los efectos, se estudió a un grupo de 158 pacientes dependientes. En los resultados, se confirma que la PBC generaba dependencia psicológica prematuramente y una corta dependencia física, hecho que llevaba al dependiente a renovar rápidamente la dosis de consumo, lo cual le generaba euforia, aunque casi inmediatamente angustia por el consumo, anorexia, depresión e insomnio. En cuanto a los efectos de la intoxicación, los autores describieron cuatro momentos: euforia, disforia, alucinaciones y psicosis.

Otro de los trabajos que contribuyó significativamente al entendimiento de la fenomenología y la clínica del síndrome de la PBC fue el de Nizama (1979), quien logró describir un síndrome obsesivo compulsivo agudo, un síndrome ansioso y un síndrome neurovegetativo previo al consumo de la droga. Luego del consumo brota un síndrome sensorial, un síndrome de éxtasis placentero, un síndrome obsesivo, un síndrome sensitivo vegetativo y un síndrome de excitación psicomotora, entre los principales rasgos clínicos. En cuanto a los efectos post consumo, el autor informa que se presentan al día siguiente de la intoxicación por espacio de una hora, en promedio, durante los cuales el dependiente experimenta dolores corporales, fatiga, sed intensa e hipersomnia.

En resumen, se puede decir que la sistematización del cuadro del síndrome propuesto por Nizama (1979), está dado por:

- Compulsión a seguir fumando.
- Angustia de que la PBC se termine.
- Percepción autorreferencial de la realidad (paranoia).
- Anublamiento de la conciencia con pseudo percepciones de persecución y de inminente captura policial con convicción de la realidad, que vivencia el dependiente con gran angustia.
- Hiperacusia (el dependiente reclama silencio).
- Rigidez muscular, insensibilidad al dolor e infatigabilidad.
- Excitación psicomotora.
- Obsesión por el ritual de fumar.
- Egocentrismo. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

a) Fase prodrómica

Navarro hace énfasis en los factores sociales y la vulnerabilidad a la droga. También explica que en el caso de los consumidores experimentales de PBC que vivencian consecuencias desagradables o aversivas, como las náuseas o vómitos al inicio, volverán a repetir la experiencia por influencia del grupo así como por presión social. Menciona el mismo autor que, más adelante, de 2 a 6 meses, emerge por condicionamiento la apetencia cocaínica o deseo de consumo de la droga; luego, la incapacidad para abstenerse, seguida de una gradual pérdida de la capacidad de autocontrolar el consumo, el cual sería compulsivo en el 100% de los dependientes de la PBC. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

Los consumidores refirieren haber sentido una sensación desagradable al haber probado por primera vez la sustancia en algunos casos, mientras que otros aseguran que la sustancia es altamente adictiva por lo que desde la primera vez que consumen desean hacerlo otra aunque al principio creen poder controlarlo.

En el caso de la dependencia severa, Navarro (1989) se apoya en los paradigmas del aprendizaje para explicar que cuando el dependiente interrumpe el consumo por horas, días o semanas, la apetencia brota a través de algún estímulo discriminativo (dinero, alcohol, inactividad, amigos consumidores, hora del día, etcétera). Inmediatamente se presenta un deseo incontrolable de consumir PBC, seguido de una sintomatología típica

correspondiente al lado negativo de las emociones, en general, que los autores denominan disforia.

Momentos previos del consumo de la droga se produce un síntoma muy atípico denominado la “gusanera”, que comprende el deseo de defecar. Esta sintomatología desaparece inmediatamente cuando se prueba el primer cigarrillo de PBC (Navarro, 1989). ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

b) Fase crítica

La primera calada del primer cigarrillo de PBC genera una expansión muy placentera, aunque muy corta, de apenas unos 3 a 4 segundos. El dependiente hace lo posible por prolongarla conteniendo el humo algunos segundos, inmediatamente experimenta una disminución del placer, de la euforia, de la lucidez mental, de la ligereza física. Por ello, vuelve a aspirar buscando una segunda expansión placentera antes que haya desaparecido la primera, y así sucesivamente hasta que el cigarrillo de PBC termine, lo cual sucede en aproximadamente 2 a 3 minutos.

Luego que termina el primer cigarrillo de PBC, se produce una disminución más acentuada de la expansión placentera, presentándose en la mayoría de los casos una pequeña onda negativa de angustia, lo cual induce rápidamente al dependiente a preparar un nuevo cigarrillo que producirá una nueva expansión, menos intensa que la primera; repitiéndose estos ciclos con un incremento gradual de la ansiedad y una caída de la euforia y el placer, que generalmente desaparecen luego del quinto o sexto cigarrillo de PBC.

Después se produce lo que Navarro denomina el “bajón”, es decir, la curva de euforia y placer se invierte hacia la disforia, incrementada por la angustia. A partir de ese momento, el consumo se da acompañado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

La literatura indica que después del quinto o sexto cigarrillo la persona se siente más ansiosa decae el placer, la euforia no coincidiendo con la apreciación de los consumidores quienes mencionan que después de la tercera fumada en el mismo

cigarrillo la sensación cambia completamente ya que fuman porque su cuerpo ve a la sustancia como algo necesario pero no placentero.

c) Fase post crítica

Al interrumpir el consumo, por variados motivos como el agotamiento (como se ha mencionado, los dependientes a la PBC pueden fumar durante varias horas o días), el dependiente puede mostrar aún angustia por el deseo de continuar con el consumo, fatiga, irritabilidad, sudores profusos, disminución del impulso sexual y sueño; al día siguiente, experimentará cansancio, boca seca, labios, lengua y faringe enrojecidos e inflamados, intolerancia, irritabilidad y, en muchos casos, depresión. Esta sintomatología desaparece pocas horas antes de renovar el consumo, guardando relación con el perfil personal del dependiente y los factores ambientales que condicionan su cadena de consumo. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

2.3.6 Tipos de Pasta Base de Cocaína

En la literatura se encuentra la sistematización hecha por Nizama en 1985, donde de acuerdo a su trabajo de investigación clínica sobre el síndrome de la PBC concluye que en el mercado existían tres tipos de PBC:

- a) PBC pura, dentro de este grupo de PBC habla de las variedades como “palo de rosa”, apreciada por ciertos grupos de pastómanos supuestamente por el hecho de no generar paranoia; “roja” de apariencia rojiza y efecto poderoso, produce hiperactividad; “chiclosa”, apreciada por los fumadores de cigarrillos de PBC mezclada con marihuana (“mixtos”), según los dependientes expertos esta variedad provenía de Huánuco; la “blanca”, de coloración blanco humo, sería la más difundida y consumida y, finalmente, la “amarilla”, de ese color.
- b) Pasta impura (conocida como “bambeada” o “rebajada”), la que ha sido adultera con almidón, tiza, aspirina, yeso, etc.
- c) PBC lavada, variedad que hasta hace unos años no se comercializaba porque está lista para el proceso de cristalización de la cocaína.

Llosa (1994), por su parte, describe cuatro tipos de PBC desde los puntos de vista bioquímico y toxicológico.

- PCC-1: Pasta elaborada en laboratorios acreditados, con escasas impurezas y contenido aproximado de 70% de cocaína.
- PCC-2: Pasta elaborada clandestinamente (en la serranía), con muchas impurezas y contenido no determinado de cocaína.
- PCC-3: Pasta vendida a los usuarios al por menor, corresponde a la PCC-2 adulterada con múltiples impurezas inorgánicas y orgánicas con la finalidad de aumentar su volumen y peso para la venta.
- PCC-4: Pasta de los dependientes, equivale a la PCC-2 o PCC-3 mezclada con tabaco o marihuana. Según el autor, cada uno de estos cigarrillos contiene un promedio de 95 mg de cocaína y 4 mg de nicotina.

Además, un dependiente que fuma un promedio de 20 cigarrillos de PCC-4 consume un aproximado de 1.9 g de cocaína y 80 mg de nicotina, pudiendo llegar con 50 de estos cigarrillos a una dosis de 4.7 g de cocaína y 200 mg de nicotina. De este análisis se desprende que la dependencia a la PBC es de tipo doble (cocaína y nicotina) y constituye una droga distinta al clorhidrato de cocaína. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

2.3.7 Combinaciones más frecuentes para fumar Pasta Base de Cocaína

Hay evidencia investigativa de que los dependientes a sustancias, independientemente de la droga problema como puede ser la PBC, tienen pautas de consumo caracterizadas en la mayoría de casos por el policonsumo o uso concomitante de una o más drogas dentro de su repertorio de consumo. En el caso de la PBC se podría hablar de cuatro combinaciones, de las cuales tres son más frecuentes.

- Con tabaco: Dado que forma parte de la misma preparación del cigarrillo (“tabacazo”) de PBC, antes los dependientes usaban cigarrillos negros, hoy emplean cualquier tipo de cigarrillo comercial.
- Con alcohol: Es la norma, aunque debe haber un segmento marginal de pastómanos que fuma PBC no asociada al alcohol; Rojas (1996) informa que en la investigación desarrollada con una muestra de mujeres dependientes a la PBC, se encontró que

muchas de ellas preferían fumar PBC sin alcohol, la tradicional asociación entre PBC y alcohol estaría justificada según los dependientes por: a. Durante el consumo, el alcohol atenúa o reduce los efectos de la droga (suaviza la rigidez muscular y reduciría la paranoia y la angustia); y b. Antes de consumir la droga, porque la PBC podría ejercer la acción de disipar los efectos de la embriaguez; los tipos de alcohol más requeridos por los pastómanos son los de fuerte graduación alcohólica (ron, pisco, aguardiente, etc.) y cerveza.

- Con marihuana: En un segmento minoritario de pastómanos hay predilección por la combinación con la marihuana (“mixtos”, “misterios”), porque sus efectos reducen la angustia que genera la PBC; los dependientes expertos informan que se siente más el efecto de la marihuana, con un sabor muy particular.
- Con medicamentos: Es otro segmento, probablemente minoritario, donde los dependientes a la PBC mezclan algunos fármacos. Estas combinaciones se han observado principalmente en pacientes con graves cuadros de comorbilidad psiquiátrica previa a la dependencia, aunque hay que advertir que en el medio no hay reportes de investigación que hayan corroborado esta observación clínica. ((UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

2.3.8 Neurobiología del uso, el abuso y dependencia a drogas.

2.3.8.1 Uso.

Se considera fase de uso de una droga la iniciación al consumo o el uso meramente recreativo y excepcional; es una fase en la que se experimenta los efectos placenteros del consumo y la activación del sistema de recompensa cerebral o circuito de refuerzo. El consumo de una droga en esta fase no implica que el usuario sea adicto a ella ni que vaya a hacerlo, aunque el contacto con la sustancia durante esta fase es un prerrequisito para que más adelante pueda establecerse una pauta de abuso o incluso de dependencia.

2.3.8.2 Abuso.

La fase de abuso implica un consumo recurrente de la sustancia, a pesar de percibirla como algo dañino, y de incrementar el riesgo de que se produzcan efectos adversos en los planos personal, laboral o social. En este sentido se puede afirmar que el uso y el abuso difieren, además en intensidad, duración y frecuencia, en las consecuencias que

producen; de un fin de semana no parece un problema grave (uso) siempre que no se haga a menudo aunque haya que madrugar al día siguiente para ir al trabajo (abuso).

Desde el punto de vista neurobiológico, en esta fase de abuso comienzan a producirse diversas neuroadaptaciones cerebrales que, superado un punto crítico o punto de transición, suponen que el sujeto ha desarrollado una adicción.

2.3.8.3 Dependencia.

La fase de dependencia supone la consolidación de múltiples y complejas neuroadaptaciones que van a mantenerse a largo plazo. Estas neuroadaptaciones son el sustrato neurobiológico de la automatización del consumo que tradicionalmente ha sido relacionada con la actividad de los ganglios basales y sus proyecciones dopaminérgicas.

2.3.8.3.1 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. (Organización Mundial de la Salud, 1992)

➤ Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes 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 para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) 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 los 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 (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, 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, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

2.3.8.3.2 Dependencia comportamental

Hace énfasis en las actividades que se realizan en función de la búsqueda de la sustancia para ser consumida y los evidentes patrones patológicos de uso de está. (Toro & Yopez, 2004)

2.3.8.3.3 Dependencia física

Se refiere a los efectos físicos (fisiológicos) de múltiples episodios de uso de la sustancia y tiene relación con los fenómenos de tolerancia y supresión. (Toro & Yopez, 2004)

2.3.8.3.4 Dependencia psicológica

La dependencia psicológica ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, irritabilidad y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que “no se puede vivir” sin consumir y todo lo que ello implica. Este tipo de dependencia es producida por todas las sustancias a excepción de los hongos psilocibios⁶ y sustancias alucinógenas similares como la mezcalina o el ácido lisérgico. (Barra & Diazconti, 2013)

2.3.8.4 Adicción.

La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma. También conocida como drogodependencia, fue definida por primera vez por la OMS en 1964, como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son:

- Deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- Tendencia a incrementar la dosis.
- Dependencia física y generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia si se retira la droga.
- Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Más tarde, en 1982, la OMS definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes. (Tavera & Martínez, 2013)

2.3.8.4.1 La dopamina y el circuito de recompensa.

El consumo de sustancias psicoactivas es una conducta reforzada, como la alimentaria o la sexual. Se define como refuerzo la actividad de ciertos sistemas neurales que actúan incrementando la probabilidad de un comportamiento que mantenga el contacto del individuo con un estímulo ya sea en el presente o en el futuro, puesto que es una actividad percibida como gratificante (placentera o reductora del malestar).

En el caso de la conducta alimentaria o sexual, el refuerzo serviría para mantener un comportamiento adaptativo, mientras que la adicción supone un comportamiento no adaptativo.

Tanto los reforzadores naturales la comida como los artificiales las drogas de abuso activan un sistema neural básico denominado circuito de recompensa o de refuerzo.

Tradicionalmente se ha identificado este sistema con un neurotransmisor específico, la dopamina, dado que el principal circuito involucrado posee proyecciones dopaminérgicas; el sistema mesocorticolímbico. En efecto los cuerpos o somas de las principales neuronas dopaminérgicas están localizados en el área tegmental ventral y envían proyecciones hacia al núcleo accumbens y la CPF (corteza prefrontal) medial.

El núcleo accumbens, a su vez, está conectado con el núcleo pálido ventral, compuesto por neuronas gabaérgicas, que conectan de nuevo con el área tegmental ventral, y todo

este sistema está regulado, a su vez, por conexiones glutamatérgicas procedentes de la CPF y de estructuras límbicas como la amígdala y el hipocampo.

Todas las drogas de abuso inducen una liberación de dopamina en el sistema mesocorticolímbico, específicamente en el núcleo accumbens, aunque dependiendo de la sustancia adictiva, los mecanismos de liberación de dopamina difieren.

Algunas drogas, como la cocaína lo hacen mediante el bloqueo de la proteína que transporta la dopamina del espacio extracelular al interior de la neurona.

Independientemente de su mecanismo de liberación, la dopamina parece participar en la anticipación del refuerzo en sí, en la conducta de búsqueda de droga, ya que desempeña un importante papel en la atribución de propiedades reforzadoras secundarias a ciertos estímulos condicionados o incentivos de la conducta. Los incentivos son señales que indica que se acerca el refuerzo o que esta accesible. Es decir durante el consumo de una droga ciertos estímulos ambientales neutros (un olor, una luz, un sonido, etc.) pueden adquirir propiedades de refuerzo secundarias al asociarse con los reforzadores (la sustancia adictiva). Dichos estímulos condicionados son estímulos incentivadores de la conducta que podrían activar la liberación de dopamina, facilitando la conducta de búsqueda de la droga. (Ruíz & Pedrero, 2014)

Los consumidores conocen de los estímulos de alto riesgo, no necesariamente es la sustancia, estos estímulos de alto riesgo liberan dopamina y hacen que el consumidor obtenga la sustancia anulando el razonamiento, sobre todo cuando han cumplido un proceso de rehabilitación.

2.3.8.4.2 Vulnerabilidad genética a la adicción.

Las investigaciones preclínicas en animales y los estudios de neuroimagen en humanos sugieren que existen factores biológicos que hacen a unos individuos más susceptibles que otros a los efectos de las drogas de abuso. Sin embargo, no debemos perder de vista la importantísima influencia de los factores psicosociales en la aparición o protección de la adicción.

Considérese el caso de dos hermanos gemelos criados en ambientes familiares, sociales y culturales distintos, dos personas con una carga biológica idéntica pueden desarrollar o no adicción dependiendo de los factores epigenéticos, ambientales, sociales, familiares, etc., que rodearon al individuo.

Uno de los factores biológicos más estudiados relacionados con la vulnerabilidad a la adicción es la regulación a la baja (descenso) de los receptores dopaminérgicos D2, una disminución en la cantidad o funcionalidad de los receptores D2 podría indicar un riesgo biológico de vulnerabilidad a la adicción no obstante, estos resultados deben considerarse con cautela, puesto que la disminución de los receptores D2 observada en adictos podría ser tanto la causa que impulso la toma de la droga como una consecuencia del consumo. (Ruíz & Pedrero, 2014)

2.3.9 Factor Familiar

Los antecedentes familiares son otro sector que se investiga con frecuencia durante el análisis de datos sobre usuarios de cocaína y pasta de coca. Los resultados de diferentes regiones tienden a sugerir que los individuos procedentes de una familia deshecha o de un medio familiar perturbado o insatisfactorio están numéricamente hiperrepresentados entre los consumidores de cocaína, esas observaciones no deben interpretarse de manera general; el uso de cocaína o pasta de coca puede darse, y se da en la práctica, en personas con un hogar estable o procedentes de familias con problemas de comunicación menos obvios. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

2.2.9 La Pasta Base de Cocaína en el cerebro.

La cocaína, al igual que otras drogas adictivas, actúa en el cerebro sobre un circuito neuronal denominado circuito mesocorticolímbico. Este circuito se relaciona con funciones como la motivación, el placer, la obtención de recompensa e involucra 3 regiones del cerebro: Corteza Prefrontal, Núcleo Accumbens y Área Tegmental Ventral.

En nuestro cerebro, las neuronas forman una increíble red de conexiones comunicándose entre sí por medio de mensajeros químicos, denominados neurotransmisores. La cocaína provoca un aumento de un neurotransmisor en particular, la Dopamina, en el espacio de comunicación entre neuronas, siendo este efecto de

especial importancia en el Núcleo Accumbens. Se rompe así el frágil e intrincado equilibrio químico del circuito de neuronas, lo que provoca efectos nuevos y/o aumentados.

Como se mencionó antes, lejos de ser un simple estado pasajero, el consumo repetido de la droga genera cambios duraderos y estructurales en éste sistema. Cambia la densidad de proteínas que captan al neurotransmisor, cambia la cantidad de Dopamina actuando en las sinapsis y cambia la anatomía de las neuronas (aumenta el número de conexiones con otras neuronas), sólo por mencionar algunas. Estas alteraciones son las que mantienen en el tiempo la cronicidad de la adicción, siendo muy difíciles de revertir, aunque no imposibles.

Al igual que la cocaína (en su forma de clorhidrato), la PBC (Pasta base de cocaína) actúa también en el circuito mencionado potenciando su funcionamiento y además generando las mismas alteraciones estructurales, dado que por su composición química, la PBC posee cocaína como principal alcaloide. Sin embargo, a diferencia de la cocaína, la PBC posee una composición química muy diferente desde su origen.

Dependiendo de cada incautación, puede aparecer con un porcentaje variable de cocaína, entre un 50 y 70 %, aunque puede poseer aún menor cantidad (hasta un 20 %). Siendo un paso intermedio, no purificado, en el procesamiento de extracción de la cocaína, aparecen también otras sustancias en su composición química. Esto hace que se plantee la pregunta de si los otros componentes también tienen algo que decir en su acción sobre el Sistema Nervioso Central. (Prieto & Scorza, 2010)

Un reciente estudio, que efectuaron la Facultad de Química y el Instituto de Ciencias Biológicas Clemente Estable entre 2007 y 2009, demuestra que la adicción en la Pasta Base de Cocaína (PBC) se produce por la generación de la dopamina. Este es un neurotransmisor que se encarga de producir placer, felicidad u euforia en el ser humano.

Esto genera evidencias para en un futuro alcanzar un tratamiento específico y eficaz para sus consumidores adictos.

El primer paso hacia este objetivo es que se encontró que la modalidad de Pasta Base de Cocaína y el propio Clorhidrato de Cocaína (CC, cocaína al 89,6%, su versión más

pura) ambos producen “un aumento en la transmisión de la dopaminnérgica”, explicó María Cecilia Scorza, doctora en Neurociencias y asistente del Laboratorio de Biología Celular del Clemente Estable. En otras palabras, implica que la pasta provoca la generación de dopamina, haciendo que el neurotransmisor actúe más tiempo en el sistema nervioso central, produciendo euforia e hiperactividad motora. “La PBC también actúa en el núcleo accumbens, otra región del cerebro que tiene que ver con la motivación y la recompensa”, agregó.

La cocaína y las anfetaminas son los psicoestimulantes del sistema nervioso central más potentes que se conocen. Los resultados del estudio demuestran que el potente efecto adictivo observado en los consumidores de PBC y diferencias con los consumidores de Clorhidrato de Cocaína (CC) podría ser explicado principalmente por la vía de administración utilizada (fumada vs. nasal). Sin embargo, este nuevo estudio asegura que la presencia de otras sustancias participa también del gran potencial adictivo de PBC. (Últimas Noticias Uruguay, 2013)

2.3.10 Diseño del Plan Psicoterapéutico para los pacientes que presentan Alexitimia y dependencia a la pasta base de cocaína atendidos en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni

A continuación se presenta el plan de intervención psicoterapéutica, el cual se diseñó en base a la situación, necesidades y carencias que se ha podido observar en los pacientes, y de acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación, los mismos nos han brindado información de gran importancia para la elaboración de dicho plan de intervención nos apoyaremos en la Terapia Integrativa propuesta por la Dra. Helena Lunazzi con especialización en Psicología Clínica en la Tavistock Clinic, Londres, se considera valioso incorporar en los tratamientos psicoterapéuticos todas aquellas intervenciones que promueven: a) la apertura a la experiencia y, b) la emocionalidad positiva en tanto objetivo de trabajo para el terapeuta, a partir de la generación de actividades que faciliten la experiencia y el reconocimiento de satisfacción y bienestar. Es así que en la terapéutica se buscara emplear una forma modificada de psicoterapia que apunte inicialmente a ayudar al paciente a comprender que experimenta sus emociones de modo especial y luego desarrollar una conexión entre sus afectos y los

síntomas somáticos y también con sus comportamientos no saludables o no adaptativos. (Lunazi, Graeme, Taylor, Bagby, & Sicak, 2012)

El siguiente plan de intervención está constituido por 20 sesiones que incluyen refuerzo de la técnica después de la primera sesión, las mismas que se efectuarán de manera individual y en ocasiones de manera grupal a los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni; el plan se dispone en sesiones que se llevaran a cabo en 3 meses dando lugar a dos sesiones por semana las mismas que tendrán una duración de 60 minutos.

2.3.10.1 Propuesta Terapéutica

TÉCNICA	OBJETIVO	DESARROLLO
PRIMERA SESIÓN		
Psicoeducación: Consiste en generar un proceso planificado de comunicación, educación y aprendizaje terapéutico para el paciente brindándole información específica acerca de la Alexitimia y del tratamiento posible para su recuperación.	Psicoeducar al paciente para que comprenda que su percepción emocional está dada por reacciones corporales más que como sentimientos.	El conocimiento básico sobre el trastorno permitirá entender y trabajar de una mejor manera con el paciente ya que entenderá de qué se trata lo que presenta. <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la ansiedad del paciente. 2. Lograr una comprensión, asumir y enfrentar el problema. 3. Motivar al paciente al tratamiento.
SEGUNDA SESIÓN		
Musicoterapia: La musicoterapia se presenta como un recurso terapéutico	Satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y	Mediante las diferentes tonalidades y expresiones musicales se estimula

<p>importante en el abordaje de la Alexitimia, pues muestra el confort de los pacientes, su satisfacción y se evidencia la mejoría del compromiso emocional del bloqueo y de la Alexitimia.</p>	<p>cognitivas y así facilitar y promover la comunicación y el aprendizaje emocional del paciente.</p>	<p>diferentes partes del sistema nervioso siendo una de las más importantes el sistema límbico, recordando que este sistema controla las emociones se puede tener una mejor interpretación y expresión de ellas a través de esta técnica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar diferentes tipos de tonalidades, incluyendo las del gusto del paciente. • Reproducir las tonalidades en presencia del paciente. • Pedirle que verbalice que sensaciones experimento al realizar dicha técnica.
---	---	--

TERCERA SESIÓN

<p>Verbalización de sueños: Esta técnica menciona que una vez que la experiencia se transforma en símbolo, puede pasar por el puente de los sueños para llegar a nuestra mente consciente. Por lo tanto, se propone trabajar con la información obtenida en los sueños y no solo con la que se puede verbalizar, fomentando así la capacidad para fantasear.</p>	<p>Enriquecer su vida imaginativa, estimular la verbalización de estados emocionales.</p>	<p>Se puede estimular al paciente a recordar y comunicar sus sueños incentivándolos a la imaginación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de un sueño inventar un final dando paso a su expresión a través de la imaginación. • Continuar el relato del sueño pidiendo que incluya nuevas situaciones para motivarlo a fantasear.
---	---	---

CUARTA SESIÓN

<p>Juego de roles: El juego de roles definido de manera</p>	<p>Identificar las emociones presentadas en otras</p>	<p>Esta técnica nos ayudara en la empatía del individuo</p>
--	---	---

<p>simple es actuar. Esta técnica es útil para manejar aspectos o temas difíciles en los que es necesario tomar diferentes posiciones para su mejor comprensión. Consiste en la representación espontánea de una situación real o hipotética para mostrar un problema.</p>	<p>personas en situaciones específicas y de esta manera comprender su forma de actuar.</p>	<p>permitiendo entender lo que piensa y siente de otro individuo y por ende analizara su conducta, lo haremos de manera individual y en ocasiones con el grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar una situación que genere frustración al paciente. • Aplicación del juego de roles con el terapeuta y el grupo en diferentes situaciones. • Reforzar lo aprendido.
<p>QUINTA SESIÓN</p>		
<p>Visión de films: Método de trabajo para el crecimiento personal apoyado en los actuales medios audiovisuales y en las terapias de grupo.</p>	<p>Explorar el autoconcepto desde una perspectiva humana y sin juicios.</p>	<p>Mediante la selección de films generar en el paciente estados emocionales a partir de la visualización de films seleccionados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar films después de dialogar con el paciente. • Discutir con el paciente acerca de la temática expuesta, haciendo hincapié en los estados emocionales. • Realizar un cine-foro con todos los miembros de la comunidad terapéutica para que el paciente seleccionado comparta los estados emocionales experimentados.
<p>SEXTA SESIÓN</p>		
<p>Arteterapia: Es una técnica de desarrollo personal, de</p>	<p>Estimular al paciente a brindar respuestas afectivas</p>	<p>Mediante el dibujo, pintura, grafitis, entre otras</p>

<p>autoconocimiento y de expresión emocional, es un tipo de terapia artística que consiste en la utilización del arte como vía terapéutica, muchos terapeutas utilizan la terapia artística para abarcar áreas en las que una terapia verbal no alcanza.</p>	<p>y posibles alternativas para afrontar situaciones difíciles.</p>	<p>opciones, se busca la expresión de sentimientos motivando a plasmar en diferentes diseños lo encontrado en su interior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar mediante el dialogo con el paciente los recursos necesarios para practicar dicha técnica. • Proporcionar los recursos como por ejemplo pintura en aerosol, cartulinas, carboncillo, lienzos, etc. • Combinar la técnica de musicoterapia con la de arteterapia para formar un espacio donde el paciente pueda abrirse y dialogar acerca de lo que está experimentando. • Analizar detalladamente lo plasmado en esta técnica con el paciente.
--	---	--

SÉPTIMA SESIÓN

<p>Psicodrama: Consiste en hacer que los pacientes representen escenas dramáticas vinculadas a sus frustraciones. El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos.</p>	<p>Adquirir conciencia acerca de los conflictos emocionales y así poder superarlos.</p>	<p>Mediante esta técnica el paciente podrá identificar sus emociones y analizar su actuación frente a las situaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar una situación que genere frustración al paciente. • Aplicación del juego de roles con el terapeuta y el grupo en diferentes situaciones. • Reforzar lo aprendido.
---	---	--

OCTAVA SESIÓN		
<p>Escritura expresiva: La escritura de textos relacionados con situaciones traumáticas y de compromiso emocional ha evidenciado ser valiosa. Se plantea que la escritura sobre sucesos estresantes o traumáticos puede llevar a una mejoría en la salud psíquica y física de los pacientes.</p>	<p>Aprender a nombrar emociones, resolviendo eventos que causan malestar.</p>	<p>A través de la descripción escrita de un evento traumático que ha vivido el paciente se busca generar la expresión de sentimientos ante la situación lo cual permitirá confrontar, afrontar y resolver tal evento que ha producido una fijación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir acerca de los hechos traumáticos de 15 a 20 minutos por 3 a 5 ocasiones. • Analizar junto al paciente dicha situación.
NOVENA SESIÓN		
<p>Identificación de pensamiento, emoción y conducta: Con esta técnica se debe concienciar a los pacientes que la realidad de la situación vivida puede ser interpretada de múltiples formas y que dependiendo de esas interpretaciones se va a sentir y actuar de distintas maneras, cada una con consecuencias distintas.</p>	<p>Identificar situaciones que generen frustración en el paciente, para dar paso a la identificación del estado emocional.</p>	<p>Los pacientes Alexitímicos tienen incapacidad de expresión emocional esto se da por la dificultad para identificar la emoción por lo que si se trabaja desde sus procesos cognitivos permitiendo extraer las ideologías que ellos tienen y de tal manera observar que emociones puede desarrollar tales pensamientos podrían ayudar a que expresen la emoción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la situación. • Valorar el estado emocional que le produce, con ayuda del terapeuta y encontrar la intensidad de 0-10. • Identificar los

		<p>pensamientos automáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imaginar la conducta y el resultado que tendría al enfrentar la situación. • Buscar nuevas interpretaciones, donde el paciente reconozca la emoción. • Encontrar nuevas consecuencias, donde se espera que la identificación de la emoción le permita al paciente pensar y actuar de manera diferente.
DECIMA SESIÓN		
<p>Material bibliográfico: Esta técnica consiste en facilitar al paciente libros o extractos de libros con el objetivo de que tenga por escrito y lea el fundamento teórico y el proceso de tratamiento que previamente le ha explicado el terapeuta en relación a la Alexitimia.</p>	<p>Transformar situaciones conflictivas, elevar la autoestima, transmitir valores, respeto por otros y por sí mismo.</p>	<p>Después de entrevistas previas para la selección del material bibliográfico se le pedirá al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar partes que le susciten dudas, especialmente las relacionadas con su problema. • Posteriormente se analizará con el terapeuta lo anotado. • Recomendar lecturas de cómo ser más asertivo, empático, etc., al finalizar el proceso de rehabilitación.

2.4 HIPÓTESIS

Determinar cómo la Alexitimia, influye en la dependencia a la pasta base de cocaína, en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni de Quito, periodo marzo - agosto 2016.

2.5 VARIABLES.

2.5.1 Variable independiente

Alexitimia.

2.5.2 Variable dependiente

Dependencia a la pasta base de cocaína.

2.6 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

- a) **Alexitimia:** Incapacidad para expresar, describir o distinguir entre las emociones propias. Puede ocurrir en diversos trastornos (por ejemplo, depresión), en especial los psicosomáticos, y en algunos trastornos por consumo de drogas, o presentarse después de la exposición repetida a un estresor traumático. (APA, 2010)
- b) **Adicción:** Estado de dependencia psicológica, física (o ambas) del uso del alcohol u otras drogas. Para describir este estado se prefiere el termino dependencia de sustancias porque se refiere de manera más explícita a los criterios de diagnóstico, que incluyen tolerancia, retraimiento, pérdida del control y consumo compulsivo de la sustancia. Las sustancias químicas con potencial significativo para producir dependencia se conocen como drogas adictivas. Incluyen al alcohol, las anfetaminas y otros estimulantes del SNC, depresores del SNC, cocaína y crack, alucinógenos, inhalantes y opioides. (APA, 2010)
- c) **Constructo:** Idea o concepto complejo formado a partir de la síntesis de ideas más simples. (APA, 2010)
- d) **Emoción:** Patrón complejo de reacción que incluye elementos experienciales, conductuales y fisiológicos, por medio de los cuales el individuo intenta lidiar con una cuestión o suceso personalmente significativo. La cualidad específica de la emoción (por ejemplo, Temor, Vergüenza) es determinada por la relevancia

específica del evento. Por ejemplo, si la trascendencia implica amenaza, es probable que se genere miedo; si involucra desaprobación de los demás, es probable que se genere vergüenza. La emoción por lo general implica sentimiento, pero difiere de este por tener un compromiso manifiesto o implícito con el mundo. (APA, 2010)

- e) **Expresión:** Se denomina expresión a la manifestación de los deseos, pensamientos y emociones de una persona. Por extensión suele utilizarse para referirse a todo tipo de manifestación o fenómeno causado por otro. La noción de expresar algo se vincula con la de mostrarlo como patente y evidente para el resto de las personas y no debe extrañar que sea una necesidad que se ha hecho presente desde los albores de la humanidad. (Definición.de, 2014); (ABC, 2015)
- f) **Pasta base de cocaína:** La pasta base de cocaína es una droga de bajo costo similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno. En ocasiones suele mezclarse con cloroformo, éter o carbonato de potasio, entre otras cosas. La dosis pesa solo entre 0,01 y 0,03 gramos. Es una droga estimulante del sistema nervioso central, cuyo componente activo es el alcaloide cocaína, proveniente de una planta natural de América, la *Erythroxylum coca*, al que "estiran" o adulteran con otros componentes como cafeína, manitol y bicarbonato de sodio, entre otros. (Definición.de, 2014); (ABC, 2015)
- g) **Pensamiento:** Comportamiento cognitivo en el que se experimentan o manipulan ideas, imágenes, representaciones mentales u otros elementos hipotéticos del pensamiento. En este sentido el pensamiento consta de imaginación, recuerdos, resolución de problemas, sueños diurnos, asociaciones libres, formación de conceptos y muchos otros procesos. (APA, 2010)
- h) **Sensación:** Unidad irreducible de la experiencia producida por la estimulación de un receptor sensorial y la activación resultante de un determinado centro cerebral lo que produce la conciencia básica de un sonido, olor, color, forma o sabor o de temperatura, presión, dolor, tensión muscular, posición del cuerpo o cambio en los órganos internos asociado con procesos como el hambre, la sed, las náuseas y la excitación sexual. (APA, 2010)
- i) **Sentimiento:** Experiencia fenomenológica autocontenida. Los sentimientos son subjetivos, evaluativos e independientes de la modalidad sensorial de las sensaciones, pensamientos o imágenes que los provoca. Son inevitablemente

evaluados como agradables o desagradables, pero pueden tener cualidades intrapsíquicas más específicas, de modo que, por ejemplo, el tono afectivo del miedo se experimenta como distinto al de la ira. La característica central que distingue a los sentimientos de las experiencias intrapsíquicas cognitivas, sensoriales o perceptuales es la conexión del afecto con la valoración. (APA, 2010)

- j) Trauma:** Entendemos por trauma a toda aquella herida o lastimadura, lesión que se provoca sobre el organismo o sobre la psiquis de una persona, causando alteraciones del funcionamiento normal de tales elementos. Un trauma puede variar ciertamente en términos de gravedad, aunque en la mayoría de los casos la noción de trauma se vincula con una herida o lesión que deja algún tipo de secuela, ya sea esta física, moral, emotiva o mental. Normalmente, se diferencia en el ámbito de la medicina entre el trauma físico y el trauma psicológico. Si bien ambos tipos son generados por una alteración del curso normal de la salud física o mental de un individuo, las causas, situaciones o elementos responsables de tal alteración, así como las consecuencias pueden variar en gran modo. (Definición.de, 2014); (ABC, 2015)

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Método Científico

Se refiere a la serie de etapas que hay que recorrer para obtener un conocimiento válido desde el punto de vista científico, utilizando para esto instrumentos que resulten fiables. Lo que hace este método es minimizar la influencia de la subjetividad del científico en su trabajo. El método científico está basado en los preceptos de falseabilidad (indica que cualquier proposición de la ciencia debe resultar susceptible a ser falsada) y reproducibilidad (un experimento tiene que poder repetirse en lugares indistintos y por un sujeto cualquiera). . (Definición.de, 2014)

Este método resulta de gran ayuda en el ámbito de nuestra investigación dado que existen diversas etapas, las cuales nos llevaran a un conocimiento de mayor credibilidad científica, así por ejemplo se procederá a la utilización de la escalas psicométricas para validar nuestra hipótesis, más concretamente el LAC TAS-20.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Investigación de Campo

El trabajo investigativo es de campo porque se realizará en el lugar de los acontecimientos, es decir el área del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni de la ciudad de Quito.

3.2.2 Investigación Documental – Bibliográfica

Se aplicará esta modalidad para obtener referencias bibliográficas de autores en torno a la problemática a investigar en este proyecto.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Investigación Descriptiva

La investigación describe cada una de las variables, no solo limita esta investigación a la recolección de datos, sino a la predilección e identificación de las relaciones que existen entre la Alexitimia y la dependencia a la Pasta Base de Cocaína.

El estudio de investigación tiene un alto impacto psicológico y social en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni y la relación que se da a las variables Alexitimia y dependencia a la pasta base de cocaína.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

La población de estudio estará constituida por 22 pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de la Ciudad de Quito, que accedieron a la aplicación de los reactivos psicológicos utilizados para la investigación.

3.4.2 Muestra

La muestra es de tipo no probabilística, ya que no existió la aplicación de una fórmula estadística.

Se consideró como muestra 15 pacientes que presentan dependencia a la pasta base de cocaína.

3.4.2.1 Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se incluyó a:

- Pacientes consumidores de pasta base de cocaína.
- Pacientes que se encuentran en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni (CITABM-V)

- Pacientes Varones de CITABM-V

Criterios de Exclusión

Se excluyó a:

- Pacientes consumidores de otras sustancias psicoactivas.
- Pacientes que presentan otros trastornos psicológicos.
- Pacientes que se encuentran en la Unidad de Intervención en Crisis.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

En la investigación se utilizó las siguientes técnicas e instrumentos que sirvió para el desarrollo de la misma.

3.5.1 Técnicas

3.5.1.1 Reactivo psicológico

Es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica, la sanidad mental o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen la personalidad de una persona. En esta investigación aplicaremos el instrumento Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale (LACTAS-20) con la finalidad de determinar la presencia de Alexitimia. (Definición.de, 2014); (ABC, 2015)

3.5.1.2 Encuesta

Se denomina al conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra de población, que se considera por determinadas circunstancias funcionales al trabajo, representativa de esa población, con el objetivo de conocer la opinión de la gente sobre determinadas cuestiones. (Definición.de, 2014); (ABC, 2015)

En la presente investigación se elaboró una encuesta para determinar la dependencia a la pasta base de cocaína, basándonos en los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

3.5.2 Instrumentos

3.5.2.1 LACTAS-20

La escala consta de 20 ítems o frases que el sujeto tiene que leer y optar entre cinco alternativas de respuesta:

- Totalmente en desacuerdo.
- Modernamente en desacuerdo.
- No sé. Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
- Moderadamente de acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

Los puntajes asignados a las elecciones de respuesta se distribuyen desde 1 hasta 5 puntos. La escala LACTAS-20 para el relevamiento del constructo Alexitimia se compone de tres factores o subescalas, que corresponden a sus dimensiones teóricas. Parker (1993) (citado en Lunazzi, 2012).

Estas tres dimensiones son:

- a) Dificultad para identificar sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de las emociones. El factor DIF consta de 7 ítems que evalúan, por ejemplo, la confusión por parte del entrevistado sobre las emociones que siente, o la confusión sobre las sensaciones corporales (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14).
- b) Dificultad para describir sentimientos a otras personas. El factor DDF comprende 5 ítems que evalúan, por ejemplo, la facilidad o dificultad para encontrar palabras que describan los sentimientos o emociones que experimenta el entrevistado (ítems 2, 4, 11, 12, y 17).

Un estilo de pensamiento orientado a lo externo. El factor EOT está compuesto por 8 ítems que evalúan el pensamiento orientado a lo externo, por ejemplo, la mayor o menor inclinación a introducir temas sentimentales en las conversaciones cotidianas, o la mayor o menor importancia otorgada a la reflexión sobre las emociones experimentadas en la vida cotidiana (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20). (Lunazzi, Graeme, Taylor, Bagby, & Sicak, 2012)

3.5.2.2 Cuestionario

El cuestionario utilizado en la presente investigación se encuentra conformado por 12 preguntas que nos servirán para determinar la dependencia a la pasta base de cocaína, para la elaboración del mismo se utilizó los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los cuales detallamos a continuación:

La CIE-10 define a la dependencia como un conjunto de manifestaciones fisiológicas comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. Los encuestados que sufren dependencia hacia alguna sustancia presentan los siguientes rasgos, debiendo cumplir con un mínimo de tres de los seis criterios diagnósticos:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome 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 diversiones, a causa del consumo de la sustancia.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (CIE-10).

3.6 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La información que se obtuvo de la aplicación del Latín American Consensual Toronto Alexithymia Scale (LACTAS-20) que determina la presencia de alexitimia y de la encuesta sobre la dependencia de pasta base de cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni(CITABM-V), se realizó por medio

de la estadística básica mediante el programa Microsoft Excel. Los resultados se representaron en cuadros y gráficos estadísticos para así poder emitir las posteriores conclusiones y recomendaciones sobre el trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA BATERÍA PSICOLÓGICA LAC TAS-20 SOBRE LA ALEXITIMIA.

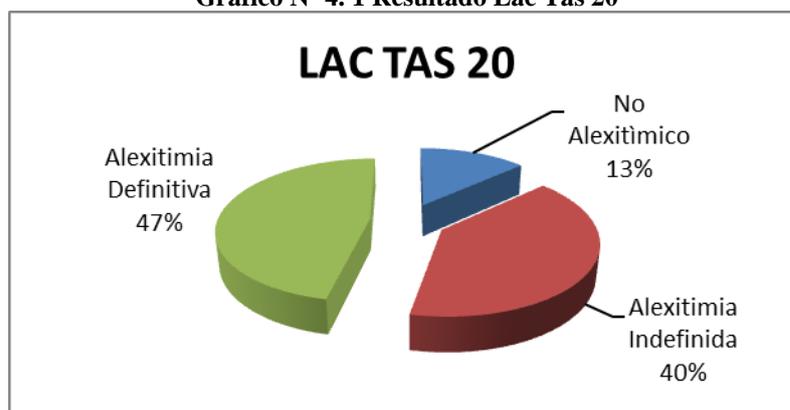
Tabla N° 4. 1 Resultados de la batería LAC TAS 20 sobre alexitimia.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
No Alexitímico	2	13%
Alexitimia Indefinida	6	40%
Alexitimia Definitiva	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Pacientes del CITABM-V del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

Elaborado Por: Luis Avalos y Pamela Sánchez

Gráfico N° 4. 1 Resultado Lac Tas 20



Fuente: Pacientes del CITABM-V del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

Elaborado Por: Luis Avalos y Pamela Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Análisis

En lo relacionado al test LAC TAS-20 se ha obtenido el trece por ciento de pacientes son no Alexitímicos obteniendo puntuaciones iguales o inferiores a 40 puntos, el cuarenta por ciento tiene Alexitimia indefinida obteniendo puntuaciones entre 41 y 55 puntos, mientras que el cuarenta y siete por ciento restante presentan Alexitimia Definitiva obteniendo puntuaciones iguales o superiores a 56 puntos.

Interpretación

El diccionario APA (VandenBos, 2010) define a la Alexitimia como la incapacidad para expresar, describir o distinguir entre las emociones propias. Puede ocurrir en diversos trastornos (por ejemplo, depresión), en especial los psicósomáticos, y en algunos trastornos por consumo de drogas, o presentarse después de la exposición repetida a un estresor traumático. Los evaluados que reciben puntuaciones altas en el Test LAC TAS-20 presentan las siguientes cuatro características: (1) la dificultad para identificar los sentimientos y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de origen emocional; (2) la dificultad para describir los sentimientos de las otras personas; (3) procesos imaginarios restringidos, los cuales son puestos en evidencia por la escasez de la fantasía; (4) un estilo cognitivo adherido al estímulo, orientado hacia el exterior, según mencionan Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976).

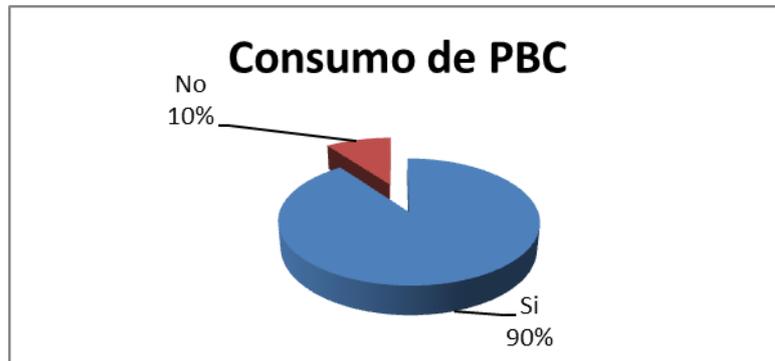
4.2 RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPENDENCIA DE PASTA BASE DE COCAÍNA

Tabla N° 4. 2 Resultados de la Variable Dependencia de PBC

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Si	81	90%
No	9	10%
Total	90	100%

Fuente: Pacientes del CITABM-V del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Elaborado Por: Luis Avalos y Pamela Sánchez

Gráfico N° 4. 2 Resultados del Cuadro Dependencia de PBC



Fuente: Pacientes del CITABM-V del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Elaborado Por: Luis Avalos y Pamela Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Análisis

Para obtener los resultados del cuadro 4.1 se sumaron los valores de las respuestas de las preguntas de la 1 a la 6 que tiene que ver con la variable de la dependencia a la Pasta Base de Cocaína, obteniendo un noventa por ciento de pacientes los seis criterios citados en la encuesta según la CIE-10 para la dependencia, mientras que el diez por ciento restante cumple con los criterios mínimos de dependencia.

Interpretación

La CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) define a la dependencia como un conjunto de manifestaciones fisiológicas comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que

en el pasado tuvieron el valor más alto. Los encuestados que sufren dependencia hacia alguna sustancia presentan los siguientes rasgos, debiendo cumplir con un mínimo de tres de los seis criterios diagnósticos: a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia. b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia. c) Síntomas somáticos de un síndrome 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 diversiones, a causa del consumo de la sustancia. f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (CIE-10).

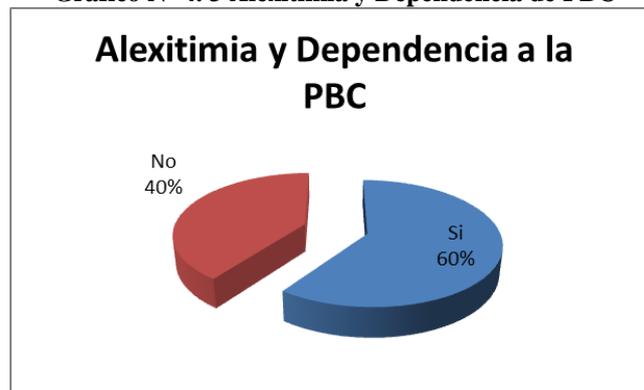
4.3 RELACIÓN ENTRE ALEXITIMIA Y DEPENDENCIA A LA PASTA BASE DE COCAÍNA

Tabla N° 4. 3 Alexitimia y Dependencia de PBC

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	60%
No	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Pacientes del CITABM-V del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Elaborado Por: Luis Avalos y Pamela Sánchez

Gráfico N° 4. 3 Alexitimia y Dependencia de PBC



Fuente: Pacientes del CITABM-V del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Elaborado Por: Luis Avalos y Pamela Sánchez

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Análisis

La pregunta número nueve hace referencia a la relación entre la variable Alexitimia y la pasta base de cocaína, obteniendo que el 60% de los encuestados indican que consumen pasta base de cocaína por no saber lo que sucede emocionalmente dentro de ellos, mientras que el 40% restante manifestó lo contrario.

Interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos este comportamiento se justifica según los estudios realizados por Sifneos (1996) (citado en AmanyHaroun, 2009) quien muestra que observaciones clínicas recientes y descubrimientos de diagnósticos psiquiátricos sobre dependientes a sustancias sugieren que su predisposición a la adicción es porque sufren de estados emocionales que producen sufrimiento y por desórdenes psiquiátricos

de la misma índole. Normalmente drogadictos y alcohólicos experimentan con diferentes sustancias hasta que descubren la droga que mejor les sienta y ésta se vuelve la de su preferencia. La elección de la sustancia se da por el resultado de la interacción entre la acción farmacológica de la misma y las emociones dolorosas que dominan al sujeto. (Jaramillo Vintimilla, 2012)

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Una vez culminada la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- De los pacientes atendidos en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de 22 pacientes que corresponde al 100% nuestra población, 15 presentaron dependencia a la pasta base de cocaína, que según criterios de inclusión se convirtió en nuestra muestra.
- Los pacientes atendidos en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni presentaron los siguientes grados de Alexitimia, de 15 hombres que corresponden al 100% de la muestra, el 47% presenta Alexitimia definitiva, el 40% presenta alexitimia indefinida y por último el 13% no presenta Alexitimia.
- Al relacionar el resultado de la escala de Alexitimia con los pacientes con dependencia a la pasta base de cocaína, encontramos que con el 47% siendo el porcentaje más alto, existe la presencia de Alexitimia, en tanto que con el 13% el porcentaje más bajo son no alexitímicos.
- Se diseñó un plan psicoterapéutico para disminuir el grado de Alexitimia en los pacientes consumidores de pasta base de cocaína del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni. Este plan busca ampliar el espectro de atención y tratamiento en dependencia a sustancias para sí poder dar apertura a la experiencia y la emocionalidad positiva que faciliten el reconocimiento de satisfacción y bienestar, y así disminuir la probabilidad de recaídas relacionadas con la Alexitimia.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, adicionar la evaluación de Alexitimia a los pacientes con dependencia a la pasta base de cocaína, para así mejorar el diagnóstico general y brindar un adecuado tratamiento.
- Proporcionar psicoeducación sobre la Alexitimia a los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, para que comprendan y se interesen en tratar esta problemática.
- Realizar capacitaciones sobre la Alexitimia y sus implicaciones al personal del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, para que todos puedan identificar y tratar de una forma acertada esta problemática.
- Implementar el plan psicoterapéutico para disminuir el grado de Alexitimia en los pacientes consumidores de pasta base de cocaína del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni y que de esta manera los pacientes puedan reconocer y expresar sus emociones, y así evitar recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

- (UNODCO) Oficina Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2013). *Pasta base de Cocaína, Cuatro Décadas de historia actualidad y desafíos*. Lima - Perú: Forma e Imagen - Billy Victor Odiaga.
- ABC, D. (2015). *Definición Tu Diccionario Hecho Fácil*. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/>
- Alonso-Fernández, F. (2011). Salud Mental.
- Álvarez, W. (2014). *Fumando pasta base de cocaína en "La Zona": Ansiedad, adicción y violencia en las calles de Quito - Ecuador*. Quito.
- APA. (2010). APA. Diccionario conciso de psicología. En APA, APA. *Diccionario conciso de psicología*. Mexico: El Manual Moderno.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C., & Gély, M.-C. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. En P. y. Salud.
- Barra, A., & Diazconti, R. (2013). *Guías para el debate las diferencias entre el uso, abuso y la dependencia a las drogas*. México: Gianfranchi.
- Barriga, F. (1993). *Droga, Problema Mundial*. Quito: Editora Nacional.
- Courtwright, D. (2002). *Las Drogas y la formación del Mundo Moderno*. España: Paidós.
- Definición.de. (2014). *Word Press*. Obtenido de <http://www.definicion.de/>
- Diario Últimas Noticias. (16 de Noviembre de 2010). Las Drogas más Consumidas.
- Espina, A. (1998). *Personalidad, Procesos cognitivos y Psicoterapia. Un enfoque constructivista*. Madrid: Rodríguez Editores.
- García Martínez, J., Garrido Fernández, M., & Rodríguez Franco, L. (1998). *Personalidad, Procesos cognitivos y Psicoterapia en un enfoque constructivista*. España: Fundamedios.
- Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón. (2011). Reglamento Interno. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Jaramillo Vintimilla, M. (2012). *Incidencia de la Alexitimia en personas que padecen abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y reciben tratamiento en centros de rehabilitación para drogodependencia en la ciudad de Cuenca*. Cuenca: Univerdidad del Azuay.
- Lara, C., Sanchis, M., & Rodríguez, A. (2008). Análisis del Discurso en los pacientes con SII. *Concepto de Alexitimia*. Santiago de Chile.

- Lunazzi, H., Graeme, J., Taylor, R., Bagby, M., & Sicak, R. (2012). *Alexitimia: cruzando el puente entre la teoría, la investigación y la clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Moncada, F. R. (2013). *Prevalencia de la Alexitimia en los estudiantes de la Universidad Nacional Federico Villarreal*. Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (1988). *Consecuencias Adversas para la salud del uso indebido de cocaína*. España: Gráficas Reunidas-2000.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Zaragoza: COMETA S.A.
- Prieto, J., & Scorza, C. (2010). Laboratorio de Biología Celular. *Pasta base de cocaína*, (págs. 3 - 4). Montevideo.
- Rodriguez Galarza, J. (s.f.). *Consultoriomedico.info*. Obtenido de Alexitimia: la incapacidad para identificar y exprhttp://consultoriomedico.info/am.aspx?secc=trafico&id=62
- Rozados, D. (17 de Octubre de 2015). *Diseño Web Rednodo.com*. Obtenido de <http://www.depresion.psicomag.com/alexitimia>
- Ruíz, M., & Pedrero, E. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Buenos Aires: Panamericana.
- Sivak, R., Waiter, A., & Lolas, F. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar efectos*. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.
- Tavera, S., & Martínez, M. (2013). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida*.
- Toro, R., & Yopez, L. (2004). *Fundamentos de Medicina Psiquiátrica*. Medellín: Quebecor Word.
- Últimas Noticias Uruguay. (2013). *tupsico.com*. Obtenido de <http://www.tupsico.com>
- VandenBos, G. (2010). En *Diccionario Conciso de Psicología* (pág. 18). México D.F: El Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

La siguiente encuesta tiene como propósito obtener información acerca de la relación entre la Alexitimia y Dependencia a la pasta base de cocaína en los pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, con el fin de mejorar el Proceso de Rehabilitación.

La información recopilada será de suma confidencialidad, por favor responda con absoluta sinceridad, anticipamos nuestro agradecimiento.

Responda SI o NO a los siguientes cuestionamientos considerando su consumo de pasta base de cocaína, en los últimos 12 meses:

Sexo.....

Fecha.....

SI NO

1. ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de pasta base de cocaína para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?		
2. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar pasta base de cocaína tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)		
3. ¿Ha notado que cuando usted usaba pasta base de cocaína terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?		
4. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar pasta base de cocaína pero ha fracasado?		
5. ¿Ha continuado usando pasta base de cocaína a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?		
6. ¿Ha continuado usando pasta base de cocaína a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia, trabajo, amigos u otras personas significativas de su vida?		
7. ¿Considera usted que le es más fácil describir lo que siente sobre la gente cuando ha consumido pasta base de cocaína?		

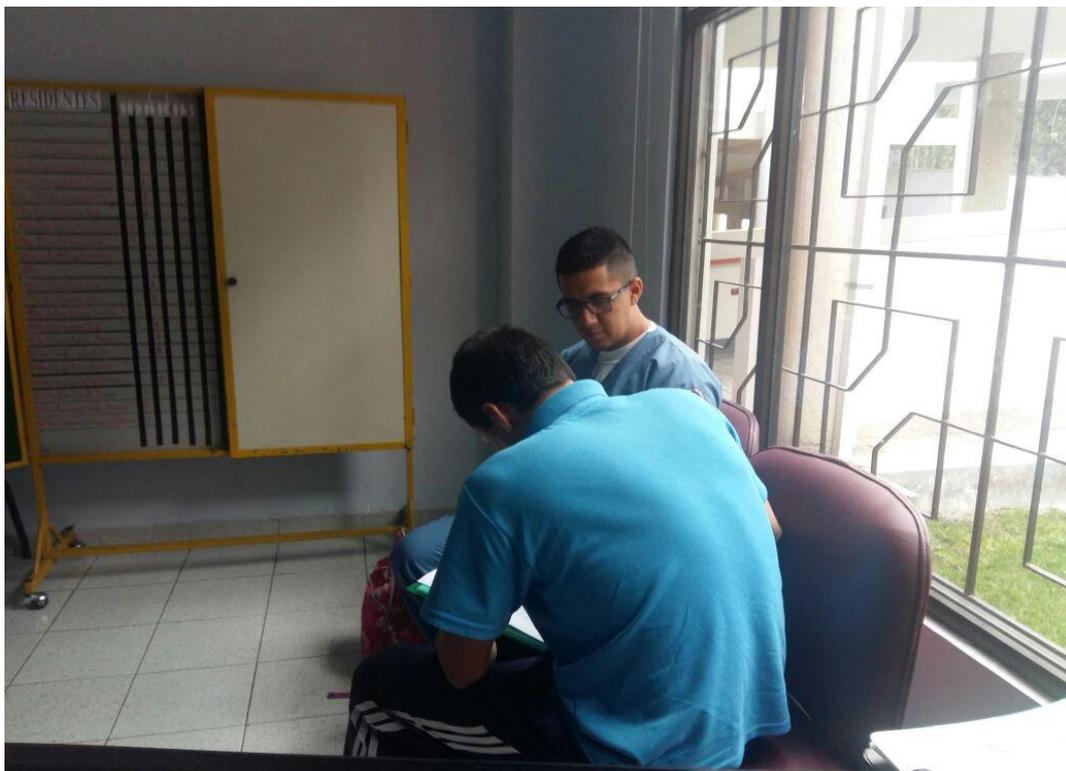
8. ¿Ha notado que cuando usted usaba pasta base de cocaína le resulta más sencillo reconocer sus emociones?		
9. ¿Ha consumido mayor cantidad o con mayor frecuencia pasta base de cocaína por no saber qué es lo que sucede emocionalmente dentro de usted?		
10. ¿Cuándo usted consumía pasta base de cocaína, considera que se relacionaba de mejor manera con las personas?		
11. ¿Bajo los efectos de la pasta base de cocaína usted hacía cosas que no se atrevía normalmente en aspectos sociales o familiares?		
12. ¿Considera que su consumo de pasta base de cocaína lo realizaba para manejar fuertes tensiones emocionales?		

ANEXO 2 FOTOGRAFÍAS

Actividad lúdica previa a la aplicación del test LAC TAS-20.



Aplicación de la encuesta.





ANEXO 3 TEST LAC TAS 20

Nombre:.....Edad:..... Fecha de administración:.....

Señale con una X el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Debe tener en cuenta que no existen respuestas correctas o incorrectas. Se trata de conocer el modo en que usted reacciona y se comporta normalmente. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. A menudo me encuentro confundido/a con el tipo de emoción que estoy sintiendo					
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos					
3. Tengo sensaciones corporales que ni los médicos las entienden					
4. Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad					
5. Prefiero analizar los problemas en lugar de simplemente describirlos					
6. Cuando me siento mal emocionalmente no sé si estoy triste, asustado/a o enojado/a.					
7. A menudo estoy confundido/a con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8. Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido de esa manera.					
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.					
10. Es muy importante sentir o experimentar las emociones.					
11. Me es difícil describir lo que siento sobre la gente.					
12. La gente me pide que describa con más detalle cómo me siento.					
13. No sé lo que sucede dentro de mí.					
14. A menudo no sé por qué estoy enojado/a.					
15. Prefiero hablar con la gente acerca de sus actividades diarias en vez de acerca de sus sentimientos.					
16. Prefiero ver espectáculos de entretenimiento en lugar de dramas psicológicos.					
17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos/as más íntimos/as.					
18. Puedo sentirme cercano/a a alguien incluso en momentos de silencio.					
19. Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales					
20. Buscar significados profundos en películas u obras de teatro no me deja disfrutarlas tanto como el hecho de verlas simplemente.					

R.M. Bagby, G.J. Taylor, J.D.A. Parker, E. Fernández Jiménez, M.A. Pérez San Gregorio, H.A. Lunazzi (2011)

Asegúrese, por favor, de haber contestado todas las preguntas.



INSTITUTO
PSIQUIÁTRICO
SAGRADO CORAZÓN

ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “ALEXITIMIA Y DEPENDENCIA A LA PASTA BASE DE COCAÍNA EN LOS PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES BENITO MENNI, DE QUITO, PERIODO MARZO-AGOSTO 2016”.

	SI	NO
1. He leído o me han leído el resumen informativo, comprendo los riesgos y los beneficios que conlleva la investigación.		
2. He dispuesto de tiempo suficiente para efectuar todas mis preguntas y he recibido contestación a todas ellas.		
3. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirar o pedir que retiren mis datos en cualquier momento.		
4. Entiendo que, al acceder a participar en esta investigación, consiento la recogida de información personal con fines investigativos, sin que en las publicaciones realizadas sea expuesto mi nombre.		
5. Comprendo que no recibiré ningún beneficio económico en el futuro, el beneficio será mejorar el tratamiento de rehabilitación en la unidad de CITABM-V.		
6. Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores en caso de necesitarlo.		
7. Autorizo a los investigadores tomar fotos sin que aparezca mi rostro con el objetivo de tener evidencia física de la investigación.		

Nombre:..... **Firma:**.....

C.C:.....



INSTITUTO
PSIQUIÁTRICO
SAGRADO CORAZÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es realizada por Luis Enrique Avalos Espinoza con cédula 060378317-6 y Pamela Belén Sánchez López con cédula 060396362-0 de la Universidad Nacional de Chimborazo. Dicha investigación se titula “ALEXITIMIA Y DEPENDENCIA A LA PASTA BASE DE COCAÍNA EN LOS PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES BENITO MENNI, DE QUITO, PERIODO MARZO-AGOSTO 2016”.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Para la realización de este estudio usted deberá responder a un cuestionario y un test lo cual le tomará aproximadamente diez minutos.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Le agradecemos su colaboración.