



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

"PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL Y SU
INCIDENCIA EN EL PROCESO DE
RECUPERACION DE LOS RESIDENTES DE LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA "POSADA
SOLIDARIA" DE LA CIUDAD DE LOJA. DURANTE
EL PERÍODO MAYO - OCTUBRE DE 2013"

TESIS PREVIA LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

Autora:

Karla Elizabeth Sinche Pérez

Director:

Psic. Clín. Fernando Sarmiento

LOJA - ECUADOR

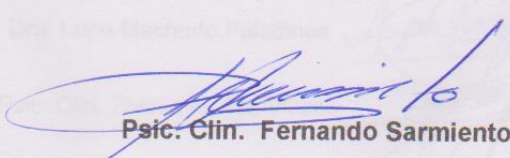
2014

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado, en todas sus partes la tesis titulada, **“PREVALENCIA DE PATOLOGIA DUAL Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA” DE LA CIUDAD DE LOJA. DURANTE EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DE 2013”**, de autoría de Karla Elizabeth Sinche Pérez, Egresada de la Carrera de Psicología Clínica. La misma que cumple con lo estipulado en el Reglamento del Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja; por consiguiente puede ser presentada para su calificación privada y sustentación pública.

Loja, Noviembre del 2013


Psic. Clin. Fernando Sarmiento L.

Director de Tesis

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AUTORÍA

CERTIFICA:

Yo, Karla Elizabeth Sinche Pérez, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su Área de la Salud Humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.



Karla Elizabeth Sinche Pérez

1105030629



Dir. Clín. Fernando Santamaría J.
Director de Tesis

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Elizabeth Sinche Pérez, declaro ser autora de la tesis titulada **“PREVALENCIA DE PATOLOGIA DUAL Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA” DE LA CIUDAD DE LOJA. DURANTE EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DE 2013”**, como requisito para optar el grado de Psicóloga Clínica; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo LA CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

La producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional: los usuarios pueden consultar los contenidos de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte cuatro días del mes de Enero del dos mil catorce, firma la autora.

Firma: 

Autora: Karla Elizabeth Sinche Pérez

Cedula: 1105030629

Dirección: Sucre y Juan de Salinas

Correo Electrónico: karla_elisp@hotmail.com

Teléfonos: Domicilio: 072562212 Celular: 0988155218

DATOS COMPLEMENTARIOS

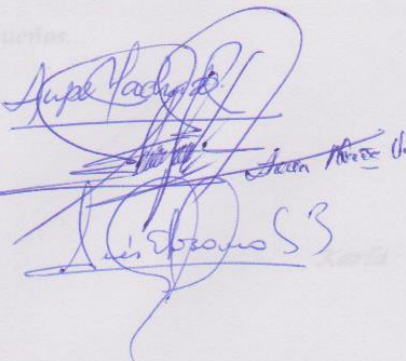
DIRECTOR DE TESIS: Psic. Clin. Fernando Sarmiento

MIEMBROS DEL TRIBUNAL

PRESIDENTA: Dra. Lupe Machado Paladines

VOCAL: Mgs. Psic. Clin. Zhenia Muñoz Vincés

VOCAL: Psic. Clin. Ines Lozano Salinas



DEDICATORIA

Este trabajo en primer lugar le dedico a Dios por ser el fundamento de mi vida y por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida; por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres, Marco y Zoila, por su esfuerzo tanto moral como económico, quienes supieron guiarme por el sendero correcto de la vida, impulsándome a lograr mi anhelo de convertirme en una profesional, y por demostrarme siempre su cariño y amor incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mis hermanos Xavier, Paúl, Adriana y Anita; a quienes admiro mucho por su espíritu de lucha y constante dedicación para alcanzar sus sueños y metas.

A mis sobrinos Machías y Karol, quienes son la alegría de mi vida y que con sus pequeñas travesuras le devuelven las ganas de seguir viviendo

A Cristian, Andria, Karina, Patty, Toñito y a todas aquellas personas quien con su filosofía de vida, altruismo y nobleza motivan a cada instante mis sueños...

Karla

AGRADECIMIENTO

Principalmente quiero agradecer a Dios quien ha bendecido mi camino, de igual forma a la Universidad Nacional de Loja, por la formación académica y científica brindada; a las autoridades de la Carrera de Psicología Clínica; a los docentes que con gran capacidad y sabiduría profesional supieron orientar y motivar durante el transcurso académico para la superación y culminación de los mismos.

Con gratitud reconozco a la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, institución que me dio apertura a la realización de la presente investigación, en la figura del Dr. Efraín Muñoz al permitirme utilizar este escenario para la ejecución del proyecto.

De manera especial expreso mi reconocimiento al Psicólogo Clínico Fernando Sarmiento, quién en calidad de Director de Tesis me brindó su apoyo, paciencia, comprensión y colaboración en el desarrollo científico de la investigación.

De igual manera mi agradecimiento a las personas que contribuyeron en la realización de esta presente tesis.

LA AUTORA

ESQUEMA DE TESIS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE.....	VII

PÁGINAS

1. TÍTULO.....	8
2. RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
3. INTRODUCCIÓN.....	11
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	14
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	78
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	87
7. DISCUSIÓN.....	102
8. CONCLUSIONES.....	105
9. RECOMENDACIONES.....	107
10. PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA.....	109
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
12. ANEXOS.....	135

1. TÍTULO

“PREVALENCIA DE PATOLOGIA DUAL Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA” DE LA CIUDAD DE LOJA. DURANTE EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DE 2013”

2. RESUMEN

La presente investigación se la efectúa con el objetivo de determinar la Prevalencia de Patología Dual y la Incidencia en el proceso de recuperación de los residentes de la Comunidad Terapéutica Posada Solidaria

La investigación es de tipo Descriptiva, Transversal ya que se circunscribe dentro de un segmento de tiempo específico, además Cualitativa - Cuantitativa e Inductivo-Deductivo para lograr identificar creencias nucleares a partir de las conductas, emociones y pensamientos automáticos que presenten los pacientes, a la par se aplicó Instrumentos Psicológicos como Historia Clínica, entrevistas personales y reactivos MCMI – III (**Inventario Clínico Multiaxial De Millon**), que permitieron concluir que en los residentes de la Comunidad se encuentra un elevado índice de Patología Dual siendo este un factor de riesgo muy alto en el proceso de recuperación de las personas con adicciones.

Esto ha permitido generar recomendaciones como potenciar las habilidades de los profesionales para el abordaje de esta entidad clínica, aplicación de Planes Terapéuticos específicos a cada uno de sus residentes y el mantenimiento de las herramientas psicológicas aplicadas durante este proceso de investigación, para así prevenir futuras recaídas.

PALABRAS CLAVES: Patología Dual, Trastornos Mentales, Adicción a Sustancias, Plan Terapéutico, Terapia Cognitivo-Conductual.

ABSTRACT

This research was conducted with the objective of determining the prevalence of dual diagnosis and the impact on the recovery process of the residents of the Therapeutic Community Partnership for Posada

The research is descriptive, such as Transversal confined within a specific time slot, plus Qualitative - Quantitative Deductive and Inductive - in order to identify core beliefs from behaviors, emotions and automatic thoughts patients presenting to the torque was applied as Psychological Instruments Medical Records, personal interviews and reagents MCMI - III (Millon Clinical Multiaxial Inventory from), which led to the conclusion that residents of the Therapeutic Community is a high rate of Dual Pathology this being a risk factor very high in the recovery process of people with substance addictions.

This has generated recommendations as to enhance the skills of professionals for addressing this clinical entity, Therapeutic application of specific plans for each of its residents and maintain psychological tools applied during this research process, in order to prevent future relapses.

KEYWORDS: Dual Disorders, Mental Disorders, Substance Addiction, Therapeutic Plan, Cognitive Behavioral Therapy

3. INTRODUCCIÓN

El término Patología Dual, diagnóstico dual o trastorno dual comenzó a utilizarse a partir de la década de los 80, por la existencia de numerosos estudios epidemiológicos que constataban dos hechos repetitivos: la incidencia de Trastornos Mentales era mucho mayor en los individuos con Trastornos por consumo de sustancias que entre la población general, y los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan mayor tendencia al uso de sustancias de abuso. Desde el punto de vista neurobiológico, de diagnóstico y terapéutico la comorbilidad entre patología psiquiátrica y adicciones tiene gran importancia. Originando así una nueva entidad clínica, cada vez más frecuente en las consultas de salud mental y drogodependencias, llamada Patología Dual que supone la coexistencia en el mismo individuo de un doble diagnóstico; uno por uso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico convencional. El pronóstico varía según la sustancia, la psicopatología asociada, la forma de consumo y las posibles patologías mentales que pueden representar cada individuo, a pesar de que el término "Patología Dual" se usa en el ámbito de la psiquiatría cada vez con más frecuencia, no aparece en ninguno de los dos modelos hasta la fecha actual, ni en la clasificación CIE-10 ni en la DSM-IV-TR, y los avances en el diagnóstico y tratamiento son todavía bastante deficientes.¹

La presencia de un trastorno mental asociado al trastorno por uso de sustancias de abuso incide negativamente en la evolución de ambos trastornos, y los resultados en los tratamientos psicofarmacológicos y

¹ Vicente García Vicent. PATOLOGÍA DUAL EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS. Editorial de la Universidad de Granada. 2011. P 71.

psicoterapéuticos es bastante deficiente cuando se trata de pacientes con comorbilidad psiquiátrica asociada al trastorno por uso de sustancias. La Patología Dual ocasiona problemas de diagnóstico por la dificultad para diferenciar los efectos de intoxicación o abstinencia de drogas, los trastornos mentales inducidos por ellas y los trastornos psiquiátricos independientes. Uno de los problemas principales que presentan los pacientes con trastorno por uso de sustancias es la dificultad para identificar de forma fiable la presencia de otro trastorno psiquiátrico asociado.

Las relaciones etiológicas entre ambos trastornos no están todavía muy claras, la relación entre ellos puede estudiarse desde diferentes perspectivas y existen varias posibilidades que intentan explicar la coexistencia de ambas patologías.

Debido a los datos antes mencionados es necesario determinar la prevalencia de Patología Dual y de igual manera la incidencia de esta, dentro de los procesos de tratamiento llevados a cabo en los residentes de la Comunidad Terapéutica Posada Solidaria, la necesidad del abordaje tanto de la adicción como del trastorno mental asociado y de un plan terapéutico que permita intervenir en las dos patologías.

El presente trabajo está conformado por cuatro capítulos, el primero recoge la información disponible sobre las generalidades de la Patología Dual.

En el segundo capítulo describe de manera clara e individual los posibles trastornos mentales con los cuales se pueda producir la comorbilidad, como son: el Trastorno Depresivo, Trastorno Bipolar, Trastorno de Ansiedad o

Trastornos de la Personalidad y sus principales características. En el capítulo tres se abordara lo referente a sustancias psicotrópicas, su historia, definición y los distintos tipos de estas dentro de las cuales nombraremos; alcohol, tabaco, cocaína, marihuana, heroína, inhalantes y LCD. Y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Finalmente en el cuarto capítulo se describe el proceso de tratamiento y recuperación aplicado dentro del lugar donde se realiza la presente investigación detallando el plan terapéutico, el modelo de cambio conjuntamente con sus fases, (acogida, transición, reinserción social) y las etapas que están comprendidas dentro de cada una de estas.

Es así que en base a los resultados obtenidos durante este proceso de investigación y mediante Entrevista Psicológica, Historia Clínica y el reactivo psicológico (MCMI-III) Inventario Multiaxial de Millon, Historia Clínica, se generó conclusiones sobre los datos obtenidos, así como las recomendaciones específicas y una planificación terapéutica que servirán como contribución y una nueva alternativa de tratamiento a los residentes de la Comunidad Terapéutica Posada Solidaria.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. PATOLOGÍA DUAL

1.1. Definición

Desde tiempos inmemorables el ser humano ha utilizado diversas sustancias con el fin de modificar su estado de ánimo. La gran mayoría del consumo de sustancias está plenamente aceptado en el ámbito social, sirviendo como un enlace en las relaciones interpersonales, y en la búsqueda de disipar conflictos propios de la época.

Las sustancias psicotrópicas producen alteraciones del Sistema Nervioso Central provocando cambios notorios en la conducta, en la forma de pensar y en la de relacionarse con los demás.

La existencia de patología ya sea física o mental lo vuelve al ser humano más vulnerable en el aspecto emocional lo que le induce a una búsqueda persistente en la evasión de la realidad para aminorar el sufrimiento que representa el dolor.

Etiológicamente definimos Patología Dual como la interacción de dos o más trastornos psiquiátricos en un solo paciente. Estos pacientes “duales” o con

comorbilidad psiquiátrica, presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social.²

Dentro de los trastornos frecuentes por consumo encontramos adicción al tabaco, sustancias estupefacientes, psicofármacos y alcohol, y en la otra entidad asociada entre los más frecuentes tenemos trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos de personalidad y cuadros psicóticos.

El uso de sustancias psicotrópicas han incrementado el riesgo de padecer - trastornos mentales, como los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad o los cuadros de deterioro cognitivo. Por ello el Trastorno Dual debe ser considerado una entidad clínica de naturaleza múltiple, que conlleva un pronóstico desfavorable y puede ocasionar una respuesta negativa al tratamiento.

Su estudio es importante porque la aparición conjunta de estos trastornos presenta implicaciones etiológicas, clínicas, diagnósticas, evolutivas y de respuesta al tratamiento, tanto para el trastorno por uso de sustancias como para los trastornos mentales.

1.2. Síntomas

Los síntomas siempre están en relación a la cantidad más que a la calidad, la situación ha convertido en insostenible para la familia y la vida del paciente. Los síntomas frecuentes son: un alto nivel de impulsividad;

² Amaia Ortiz de Zarate, Isabel Alonso Durana, Aitziber Ubis Gonzales, Ángeles Ruiz de Azua. PATOLOGIA DUAL. Publicación Masson. Barcelona, España. (2010). P4.

agresión y violencia; desorden rutinario en la convivencia, ideas paranoides, no respeto de normas y pautas, marginalidad y vagabundeo. Además de los síntomas propios de la patología mental se suman aquellos causados por la sustancia en sí misma.

1.3. Causas

Se mencionan antecedentes familiares, genéticos, problemas congénitos, primeras vivencias traumáticas, influencia y vínculos sociales y familiares.³

Estudios realizados indican que el estrés incrementa la vulnerabilidad al consumo de drogas de modo similar a la relación existente entre el estrés y otras patologías mentales. Acontecimientos vitales estresantes afectan a la sintomatología depresiva, así como al abuso de sustancias, es por ello que el estrés puede construir un puente de unión en la etiología de la Patología Dual.

Hechos experimentales y clínicos relacionan los corticosteroides con la vulnerabilidad al abuso de drogas y al padecimiento de trastornos afectivos. El funcionalismo del eje hipotálamo hipófisis – suprarrenal en la vulnerabilidad del individuo para el consumo de drogas, y la elevada tasa de dopamina en el núcleo accumbens para la existencia de cuadros psicopatológicos como la psicosis.⁴

³ Adicciones y patologías asociadas, <http://www.identidadpm.org.ar/adicciones/patolog%C3%ADa-dual>

⁴ Amaia Ortiz de Zarate, Isabel Alonso Durana, Aitziber Ubis Gonzales, Ángeles Ruiz de Azua. PATOLOGIA DUAL. Publicación Masson. Barcelona, España. (2010). P7.

1.4. Trastornos frecuentes asociados o patología dual

Existen diversas formas en cómo se da la patología dual o como estos trastornos mentales vienen a coexistir con el consumo de sustancias.

1.4.1. Trastorno de Ansiedad y Consumo de Sustancias

El aislamiento social, el sentimiento de exclusión y el rechazo por parte de los demás provocan altos niveles de ansiedad, precipitando en ocasiones al sujeto a un aislamiento crónico, aumentando la probabilidad de convertirse en adictos a drogas de diversos tipos, pudiendo llegar a ocasionar síntomas de déficit cognoscitivos. Los estudios epidemiológicos muestran que en los trastornos de ansiedad se da una mayor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas, principalmente en la agorafobia, fobia social y el trastorno de estrés postraumático.

En los pacientes diagnosticados con dependencia al alcohol, la prevalencia de estos trastornos oscila entre el 22 y el 68%, destacando la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social. En los dependientes de opiáceos son también frecuentes los trastornos de ansiedad (16-28%), entre los trastornos más sobresalientes tenemos la agorafobia, la fobia social y el trastorno de pánico, y en los consumidores de cocaína se describen con cierta frecuencia, las crisis de ansiedad. La comorbilidad entre la ansiedad y el consumo de las múltiples sustancias psicotrópicas empeora el pronóstico,

aumenta la tendencia a la cronicidad e incrementa el riesgo de recaídas y de intentos suicidas.⁵

1.4.2. Trastornos Afectivos y Consumo de Sustancias

Los pacientes con trastorno del ánimo que consumen sustancias complican su trastorno de base, se modifican los síntomas, empeora el curso de la enfermedad con aumento de la cronicidad y del riesgo suicida, así como se ve afectado la eficacia del tratamiento. La incidencia de depresión en pacientes con abuso de sustancias está entre el 6% y 70%. Los síntomas depresivos llevan a los sujetos a beber alcohol en un intento de automedicación y sedación, pero los dependientes de alcohol pueden experimentar síntomas depresivos. Los bipolares utilizan el alcohol cuando están en fase depresiva con el fin de volver a experimentar euforia característica de los síntomas maniacos. Los consumidores de cannabis se vuelven apáticos o enérgicos, aumentan de peso y muestran síntomas de anhedonia.

1.4.3. Trastorno de Personalidad en Patología Dual

La Personalidad ha sido definida como la totalidad de los rasgos Emocionales y Conductuales que caracterizan a una persona en condiciones normales, por lo que sería relativamente estable y predecible.

⁵⁵ Amaia Ortiz de Zarate, Isabel Alonso Durana, Aitziber Ubis Gonzales, Ángeles Ruiz de Azua. PATOLOGIA DUAL. Publicación Masson. Barcelona, España. (2010). P 13.

Se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir, el producto de las interacciones entre aspectos constitucionales, experiencias del desarrollo temprano y de la vida futura.

Los Trastornos de Personalidad son variantes de los rasgos de personalidad, inflexibles y desadaptativos, que causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.⁶

La asociación más frecuente entre los Trastornos por uso de Sustancias y los Trastornos de Personalidad son especialmente en el Trastorno Antisocial y Límite de la Personalidad. Una de las dificultades en el manejo de estos pacientes radica en diferenciar si las alteraciones de conducta se deben a la patología de base o al consumo.

1.4.3.7. Trastorno Paranoide de Personalidad: se caracterizan por una ideación de daño, desconfianza, patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva.

Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos. No tiene mucho deterioro social ya que suelen guardar para sí sus ideas, y sólo en casos graves se ven afectadas las relaciones de tipo social. Tienen una cierta incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios, presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad, hay una predisposición a sentirse excesivamente importantes con una actitud autorreferencial constante, sienten preocupación por

⁶Néstor Szerman, Lola Peris, Ariadna Balaguer. PATOLOGIA DUAL, TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, Barcelona, 2010. PP. 3-4.

conspiraciones sin fundamento, son querulantes, rencorosos, reticentes a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra, se enorgullecen de ser racionales y objetivos, lo cual no es cierto. Se muestran muy impresionados por el poder y el rango social y expresan desdén por aquellas personas que consideran débiles, enfermas o con defectos. En situaciones cotidianas pueden parecer muy competentes pero habitualmente generan conflictos a los demás.

Estos optan por drogas que les permitan reducir la presión generada por el estado de alerta y vigilia; tienen tendencia a consumir sustancias como la cocaína, anfetaminas y alcohol ya que les permite sentir un mayor poder personal.

1.4.3.7. Trastorno Esquizoide de la Personalidad: la característica más conocida de estos sujetos es la falta de relaciones interpersonales o la indiferencia ante ellas; existe una pauta generalizada de abandono a las relaciones interpersonales en todos los contextos.

Tales personas suelen presentarse como seres solitarios y retirados que buscan poco el contacto con los demás; de hecho, parece que no obtienen ninguna o poca satisfacción de ninguna de sus relaciones, independientemente del interés que haya detrás de ellas, pasan la mayor parte del tiempo solos y

optan por rechazar las actividades que requieren del contacto de sus semejantes.

Los Esquizoides demuestran también un afecto muy restringido, parecen lentos y letárgicos. Su discurso cuando aparece es lento y monótono, con poca expresividad. Raramente muestran cambios de estado de ánimo, sin importar los eventos externos, su humor es por lo general ligeramente negativo.⁷

Estas personas utilizan drogas que favorecen la fantasía, como el LSD, mescalina, psilocibina, marihuana y el alcohol para incrementar su alejamiento y aislamiento social.

1.4.3.7. Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: La característica es su agudo malestar y su reducida capacidad para mantener relaciones estrechas, además de la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y excéntricas conductuales. También presentan síntomas o experiencias psicóticas, carecen de amigos, sienten ansiedad ante situaciones sociales y pueden actuar de manera extraña para los demás.

Suelen consumir cannabis, LSD, la mescalina o el peyote para buscar vivencias de fantasías.

⁷ Aaron T. Beck, Arthur Freeman, Denise D. Davis y otros. TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. Segunda Edición. Ediciones Paidós. Barcelona 2005. PP 168-169.

1.4.3.4. Trastorno Límite de la Personalidad: La característica esencial es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Las personas que padecen este trastorno, la gran mayoría son mujeres, inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales.

Este trastorno está asociado a elevadas tasas de comportamientos autodestructivos, como son las tentativas de suicidio y los suicidios consumados.

1.4.3.5. Trastorno Antisocial de la Personalidad: Las personas con Personalidad Antisocial la mayor parte de las cuales son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal.

Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. Toleran mal la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La

frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas.

Las personas con Personalidad Antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, al consumo de sustancias psicotrópicas, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación.

1.4.3.6. Trastorno Narcisista de la Personalidad: es una pauta generalizada de distorsión en el interés que se tiene por uno mismo y por los demás. Aunque es normal y sano tener una actitud positiva hacia uno mismo, las personas Narcisista exhiben una visión desmesurada del yo; se ven superiores y especiales. Más que una confianza sólida en sí mismos, los narcisistas reflejan una preocupación excesiva por una supuesta excelencia, son activos y competitivos a la hora de buscar estatus.

Los sujetos con una Personalidad Narcisista tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los especialistas llaman “grandiosidad”,

pueden ser extremadamente sensibles al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a situaciones conflictivas para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente agresivos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, que les encuentran egocentristas, arrogantes o mezquinos.

1.4.3.7 Trastorno Histriónico de la Personalidad: se caracteriza por una excesiva emocionalidad y tendencia a llamar la atención. Los individuos con este trastorno están muy preocupados por su atractivo físico, son abiertamente seductores y se sienten muy cómodos siendo el centro de atención. Su emocionalidad parece ser inapropiadamente exagerada, lábil y superficial y tienden a tener un estilo de hablar globalizador y llamativo. Su conducta es demasiado intensa y reaccionan ante nada. Emocionalmente son excitables y necesitan constante estimulación, con frecuencia responden a pequeños estímulos con reacciones de ira. Las relaciones interpersonales tienden a ser tormentosas e insatisfactorias; estos individuos dependen

de la atención que les brinden las otras personas, por lo cual son especialmente vulnerables a la angustia de separación.⁸

Se sienten atraídos por drogas de alto estatus como la cocaína, ya que el empleo de estas sustancias les permite un alivio inmediato del malestar personal y les produce una sensación de ser importantes y poderosos.

1.4.3.8 Trastorno Obsesivo - Compulsivo de la Personalidad: el trastorno tiene mayor prevalencia en varones; caracterizado por un patrón general de preocupación por el orden, perfeccionismo, control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia son rígidos, dogmáticos, rumiador, moralista, inflexible, indeciso y esta emocionalmente y cognitivamente bloqueado. Los sujetos con este trastorno intentan mantener la sensación de control, mediante una gran atención a las reglas, los detalles, los protocolos, las formalidades, hasta incluso la pérdida de vista del principal objetivo de la actividad. Son demasiado cuidadosos y muy propensos a las repeticiones, sobre todo para comprobar los posibles errores. Debido al perfeccionismo y a intentar alcanzar altos niveles de rendimiento, se producen un gran malestar subjetivo. Esto puede llegar a que el sujeto centre su atención en tratar de

⁸ Aaron T. Beck, Arthur Freeman, Denise D. Davis y otros. TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. Segunda Edición. Ediciones Paidós. Barcelona 2005. P 249.

llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle y nunca se termine el proyecto que tenía en un principio.

Las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad muestran una excesiva dedicación al trabajo, con la exclusión de las posibles actividades de ocio. Normalmente, posponen las actividades de ocio, de tal forma que nunca o casi nunca llegan a realizarlas, y cuando lo hacen, se sienten incómodos, e incluso llegan a pensar que están perdiendo el tiempo. Todas las aficiones que realizan necesitan que sean organizadas de forma seria y realizan un duro esfuerzo en ellas. Las principales drogas que utilizan son el alcohol, cocaína y los medicamentos prescritos.

1.4.3.9 Trastorno de Personalidad por Dependencia: La principal característica del Trastorno de Personalidad por Dependencia es la necesidad clara de que se ocupen de él, lo que ocasiona un comportamiento de adhesión y temores a la separación. Estos comportamientos sumisos surgen de la percepción del propio sujeto de no funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con este trastorno tienen a menudo grandes dificultades para tomar decisiones cotidianas, si éstas no se ven apoyadas por los demás, son pasivos y permiten que lo demás tomen las decisiones por ellos, esta necesidad de que

los demás asuman sus responsabilidades va más allá de lo que podemos denominar apropiado, tienen dificultades para expresar el desacuerdo a los demás, a estos sujetos les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas independientemente, creen que necesitan ayuda para comenzar y seguir con la tarea. Tienen miedo de valerse por ellos mismos o hacerse más competentes por temor a que los demás les abandonen. No suelen presentar preferencia por un tipo específico de droga.

1.4.3.10 Trastorno de Personalidad por Evitación: Es un trastorno caracterizado por una “Fobia Social” crónica y generalizada que se experimenta en la gran mayoría de situaciones con otras personas, y mucho más si no se tiene la suficiente confianza con ellas. Los miedos que aparecen en este problema son de tipo interpersonal, de manera que a la gente se la considera peligrosa, ofensiva, rechazante y devaluadora, continuamente pendiente para detectar posibles fallos. El individuo evitador está en una situación de alarma constante, temerosa cuando está en presencia de los otros y relajado cuando está solo, aunque esté triste por sentirse aislado, frustrado afectivamente. No mantienen la mirada, contestan con monosílabos, prefieren escuchar a hablar, se muestran incómodos, son individuos que temen las interacciones porque consideran a los demás superiores y a ellos mismos como

inferiores, Tienen miedo no sólo a la burla o a la ofensa, sino al rechazo. Esos pacientes tienen preferencia por las benzodiacepinas y los alucinógenos por su capacidad de fantasía.⁹

1.4.4 Trastorno Psicótico con Consumo de Sustancias

Los Trastornos Psicóticos son Trastornos Mentales graves que causan ideas y percepciones anormales; forman un conjunto de enfermedades caracterizadas por la pérdida de contacto con la realidad. Los síntomas más característicos pueden agruparse en torno a dos categorías: los síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado), y; los síntomas negativos (pérdida de habilidades sociales, falta de interés, incapacidad para experimentar placer, incapacidad para expresar emociones, pensamiento y lenguaje empobrecidos). Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión les envía mensajes secretos. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe. El trastorno psicótico más conocido es la esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida. Las personas que la tienen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes. En los hombres, los síntomas suelen comenzar casi al final de la adolescencia y a

⁹ Amaia Ortiz de Zarate, Isabel Alonso Durana, Aitziber Ubis Gonzales, Ángeles Ruiz de Azua. PATOLOGIA DUAL. Publicación Masson. Barcelona, España. (2010). PP 14- 15.

partir de los 25 años. En las mujeres comienzan entre los 25 y los 35 años de edad.

La Esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los Trastornos Relacionados con las Sustancias. Del 30 al 40 % de los esquizofrénicos presenta problemas de abuso de alcohol; el 15-25 % problemas con el cannabis; del 5 al 10 % abusa o depende de la cocaína. También se incluye el abuso de nicotina, muy frecuente en estos pacientes. Las drogas y el alcohol permiten reducir los niveles de ansiedad y la depresión provocados por la esquizofrenia.

En pacientes esquizofrénicos el alcohol es la droga de preferencia, el 33,7% presenta consumo excesivo, por lo que de sufrir adicción es 10 veces mayor que la población general, esta asociación es mayor en varones que mujeres; el alcohol se lo utiliza en ocasiones como automedicación para aliviar los síntomas disfórico y de aislamiento. El consumo de cannabis hace que se presente sintomatología positiva más predominante y de forma brusca. La adicción a la cocaína repercute negativamente en el curso de la psicosis induciendo delirios y alucinaciones, y favorece el número de recaídas.¹⁰

¹⁰ Amaia Ortiz de Zarate, Isabel Alonso Durana, Aitziber Ubis Gonzales, Ángeles Ruiz de Azua. PATOLOGIA DUAL. Publicación Masson. Barcelona, España. (2010). PP 11-12.

CAPITULO II

2. TRASTORNOS MENTALES

Se conoce como Trastorno Mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. Una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

Para que se de este tipo de trastornos existen muchas causas, la genética, antecedentes familiares, experiencias vitales traumáticas, lesiones a nivel cerebral, exposición a virus o químicos tóxicos durante el embarazo y a otros factores que pueden aumentar el riesgo, tales como el uso de drogas ilegales.

Los trastornos mentales abarcan una amplia gama de síntomas conductuales y psicológicos tales como:

- 1) Trastornos de Ansiedad: trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés post-traumático y fobias
- 2) Trastorno Bipolar
- 3) Trastornos Afectivos
- 4) Trastornos de Personalidad

5) Trastornos Psicóticos, (esquizofrenia).

2.1 Trastorno Depresivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor la incidencia en el sexo femenino.

La Depresión es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características.

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo habitualmente se requiere una duración de al menos dos

semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son la pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido.

2.2 Trastorno Bipolar

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental severa. Las personas que la sufren experimentan cambios de ánimo poco comunes. Pueden pasar de ser muy activos y felices (manía o hipomanía) o sentirse muy tristes y desesperanzados (depresión). Y, así, empezar el ciclo otra vez. Frecuentemente tienen estados de ánimo normales entre uno y otro ciclo.

Las causas de este trastorno pueden ser genéticas o tener una tendencia familiar. Otra causa puede ser una estructura anormal de las funciones del cerebro. El Trastorno Bipolar suele empezar en la niñez o en cualquier etapa de la vida, pero son más frecuentes en los últimos años de la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

La duración de los episodios es muy variable, de días a meses o incluso años. Los episodios maníacos son más cortos que los episodios depresivos. Sin tratar, los primeros suelen durar pocos meses (4 meses), pero los episodios depresivos pueden superar los seis meses.

La recuperación suele ser completa, pero en algunas ocasiones los pacientes continúan con manifestaciones sintomáticas depresivas y agotamiento físico.

Por lo general no suelen darse cuenta de que están enfermos, refieren sentirse mejor que nunca, no aceptan el tratamiento y no entienden por qué los demás tiene otra opinión sobre su conducta, lo que les coloca en situaciones sociales y familiares difíciles. En casos severos puede haber síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios).

Episodio Depresivo:

Se puede considerar la depresión como el estado opuesto a la manía y viene caracterizada por ánimo triste, pérdida de confianza en sí mismo y enlentecimiento mental (bradipsiquia).

Los pacientes tienen la sensación dolorosa de ser incapaces de sentir emociones, abatidos por sentimientos de culpa y auto reproches pueden llegar a suicidarse, carentes de energía, los problemas se hacen insuperables y tienen dificultades en tomar cualquier decisión, el pensamiento esta retardado y la memoria afectada, se sienten cansados y pesados, pueden presentar ansiedad intensa o inquietud y agitación.

Frecuentemente presentan insomnio en cualquiera de sus fases, aunque en algunas ocasiones existe hipersomnía. Existen variaciones del humor a lo largo del día y su deseo de permanecer en la cama suele ser intenso durante la mañana.

Episodio Maníaco:

Estado que se caracteriza por una exaltación del ánimo y el cual se manifiesta con estados de euforia, irritabilidad y excitabilidad, el mismo que puede estar acompañado de delirios de grandeza, excesiva alegría, excitación y de una desinhibición de la conducta.

Durante las fases maníacas la persona experimenta sentimientos de euforia excesivos y desproporcionados, y su actividad física es exagerada, presentan trastornos del sueño, pueden manifestar trastornos sexuales como aumento del deseo y la actividad sexual, alteraciones del comportamiento y conducta: los pacientes gastan mucho dinero, abandonan su trabajo, hacen regalos muy costosos e inadecuados, participan en negocios arriesgados, se vuelven promiscuos sexualmente y abusan de sustancias psicoactivas como el alcohol y otras drogas ilegales.

Cuando el episodio de ánimo anormalmente eufórico no interfiere con la vida diaria de la persona por no ser de una intensidad suficiente, se considera hipomanía (manía leve). La hipomanía se caracteriza principalmente por estados de ánimo exaltados que no llegan a ser maníacos, pero que sí provocan cuadros de irritabilidad y actitudes compulsivas leves.

Episodio Mixto:

Un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo (de al menos 1 semana de duración) en donde el sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo que se producen al mismo tiempo, o en secuencia rápida.

2.3 Trastornos De Ansiedad

La Ansiedad es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacenteros, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados. La ansiedad tiene una función importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, o la felicidad.¹¹

La ansiedad se trata de una tensión crónica aun cuando nada parece provocarla. Esta preocupación o nerviosismo excesivo es casi diario y se diagnostica como tal cuando tiene una duración mínima de seis meses.

Hay varios tipos principales de trastornos de ansiedad. Cada uno tiene características particulares.

Las personas con **Trastorno de Ansiedad Generalizada** tienen miedos o preocupaciones, por ejemplo, la salud o la situación económica, y con

¹¹GESTION DEL ESTRÉS. RELAJACION. AUTOESTIMA. Mecanismo de producción de Síntomas del Miedo y la Ansiedad.
http://www.centroima.com.ar/informacion_articulos_de_interes_mecanismo_de_produccion.php

frecuencia tienen una sensación constante de que algo malo está por suceder. La causa de estos sentimientos intensos de ansiedad puede ser difícil de identificar los temores y preocupaciones son muy reales e impiden muchas veces que las personas se concentren en sus tareas diarias.

El **Trastorno de Pánico** implica sentimientos repentinos, intensos y no provocados de terror y pavor. Las personas que tienen este trastorno desarrollan mucho miedo respecto a cuándo y cómo se producirá su próximo ataque de pánico, y en consecuencia a menudo limitan sus actividades.

La **Ansiedad Fóbica** incluye miedos intensos, a determinados objetos o situaciones. Las fobias específicas pueden incluir situaciones como encontrarse con determinados animales o volar en avión, mientras que las fobias sociales incluyen miedo con relación a entornos sociales o lugares públicos.

El **Trastorno Obsesivo-Compulsivo** se caracteriza por sentimientos o pensamientos persistentes, incontrolables y no deseados (obsesiones) y rutinas o rituales que realizan las personas para tratar de evitar o para liberarse de estos pensamientos (compulsiones). Ejemplos de compulsiones comunes incluyen lavarse las manos o limpiar la casa en exceso por temor a los gérmenes, o verificar algo una y otra vez para detectar errores.

Trastorno de Estrés Postraumático se da en algunas personas que tienen graves traumas físicos o emocionales, como por ejemplo, los producidos por un desastre natural o un accidente o delito grave. Los pensamientos, sentimientos y patrones de conducta se ven seriamente afectados por

recuerdos de estos sucesos, a veces durante meses o incluso años después de la experiencia traumática. Los síntomas como el temor extremo, falta de aire, taquicardia, insomnio, náuseas, temblores y mareos son comunes, los trastornos de ansiedad surgen con frecuencia en la adolescencia o en el inicio de la adultez.

Hay algunas evidencias de que los trastornos de ansiedad son hereditarios. Aparentemente, los genes, así como las primeras experiencias de aprendizaje en las familias, hacen que algunas personas sean más propensas que otras a padecer estos trastornos.

2.4 Trastorno De Personalidad

Un Trastorno de Personalidad se define como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Pueden tener alteraciones en la cognición, emotividad, funcionamiento interpersonal o en el control de impulsos. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) menciona diez Trastornos de Personalidad, los cuales se agrupan en tres grupos:¹²

Grupo A (Trastornos Raros o Excéntricos)

1. Trastorno Paranoide de la Personalidad
2. Trastorno Esquizoide de la Personalidad
3. Trastorno Esquizotípico de la Personalidad

¹²Asociación Americana de Psiquiatría. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR*, Editorial: Masson . Barcelona 1998. PP 645 - 650

Se caracterizan por una desconfianza y suspicacia generalizada, son muy aislados con dificultad para procesar la realidad que los rodea y no pueden diferenciar la información que proviene del exterior con la generada por ellos, lo que conlleva a un deterioro de las relaciones interpersonales y su vida social es muy reducida, por lo que suelen ser consideradas como extraños o excéntricos.

Grupo B (Trastornos Dramáticos, Emocionales o Erráticos)

1. Trastorno Antisocial de la Personalidad
2. Trastorno Límite de la Personalidad o Borderline.
3. Trastorno Histriónico de la Personalidad
4. Trastorno Narcisista de la Personalidad

La característica principal de este grupo es la ruptura de las normas sociales, el cual puede estar manifestado por un comportamiento criminal, impulsivo, emotivo, o de una excesiva grandiosidad, dependiendo a cuál de los subtipos de este grupo pertenezca, generalmente son personas con una clara inclinación al dramatismo, muy emotivas y con conductas erráticas, a estas personas les cuesta mucho controlar sus impulsos, inestables emocionalmente, lo que les ocasiona ciertos problemas para adaptarse a su entorno.

Grupo C (Trastornos Ansiosos o Temerosos)

1. Trastorno de la Personalidad por Evitación; Personalidad Fóbica.
2. Trastorno de la Personalidad por Dependencia

3. Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad; Trastorno Anancástico

Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control. Son personas muy inseguras, ansiosas y con muchos miedos, que ponen en marcha una serie de mecanismos de defensa cuando se sienten amenazados, los cuales determinan los distintos tipos de personalidad.

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Personalidad

Criterio A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. Actividad interpersonal.
4. Control de los impulsos.

Criterio B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

Criterio C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterio D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

Criterio E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

Criterio F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).¹³

¹³Asociación Americana de Psiquiatría. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR*, Editorial: Masson . Barcelona 1998. P 690

CAPITULO III

3. SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

3.1 Historia

Históricamente, el hombre siempre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad, ya alrededor de año 5.000 a.C. se estima que el cáñamo (*cannabis sativa*) se cultiva en China desde hace 4.000 años. En América, el imperio incaico (andino) sacaba cosechas de hoja de coca (*erythroxylum coca lam*) las cuales se utilizaban como analgésico y energizante de uso diario. En la sociedad Azteca se empleaba la ingestión del hongo llamado teonanacati y el consumo de peyote con fines religiosos.

Con fines mágico-religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer o con fines médicos el hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos hoy incluidos en el concepto de drogas. Han sido muchas las sustancias psicoactivas empleadas, pero las más difundidas son la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos. Probablemente, el alcohol sea el más antiguo de todos. Evidencias históricas no son concluyentes, pero indican que la fermentación de algún fruto o de la miel es el origen remoto del primer psicoactivo.

Se deduce que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) haya sido el primer vino para consumo humano. Desde entonces el alcohol ha formado parte de la vida humana. Durante el siglo XX se ha producido el fenómeno de la globalización de los patrones de consumo, especialmente después de la segunda Guerra mundial, cuando la bebida alcohólica deja de estar asociada a las comidas y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio.

El consumo de drogas, aunque tuviera en sus comienzos una finalidad mágico-religiosa o médica, siempre fue observado como un fenómeno que podría convertirse en algo problemático si la sustancia era consumida con otros fines o de forma inadecuada.¹⁴

3.2 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define una droga como una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona.¹⁵

¹⁴Correa de Carvalho JT. Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848>. PP 1-13.

¹⁵ Información sobre las Drogas. <http://www.psycoactiva.com/drogas.htm>

3.3 TIPOS DE SUSTANCIAS

3.3.1 Alcohol

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social, causa 2,5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor. El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad; es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. El consumo de alcohol está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo, en particular la violencia, el descuido y maltrato de menores y el absentismo laboral.

Las bebidas alcohólicas (alcohol etílico o etanol) se consumen en todo el mundo con propósitos recreativos y religiosos (Jacobs y Fehr, 1987). Se producen mediante la fermentación y destilación de productos agrícolas.

Los efectos conductuales agudos del etanol varían de un individuo a otro debido a múltiples factores como dosis, ritmo de ingesta, sexo, peso corporal, nivel de alcohol en la sangre y tiempo transcurrido desde la dosis anterior.

En dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición, mayor actividad, relajación y euforia; en cambio, en dosis elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras. Interfiere con los procesos mentales superiores de modo que la percepción visual es distorsionada, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión

sufren también fuertes deterioros. Disminución del sentido de la responsabilidad, Conducta agresiva.

El alcoholismo no solo afecta a la persona, sino también a su familia, que se siente violentada por la conducta del que bebe, con lo que el hogar se transforma en un ambiente enfermo. Por eso, es frecuente que los hijos de alcohólicos den origen a familias alcohólicas. El alcoholismo también provoca ausentismo, disminución del rendimiento laboral, mayor riesgo de accidentes de trabajo y puede ocasionar la pérdida del empleo.

Cerca de 200,000 defunciones al año pueden ser completamente o parcialmente atribuidas al beber, ya que está relacionado con accidentes de tránsito.

3.3.2 Tabaco

El tabaco es una de las mayores amenazas para la Salud Pública que ha tenido que afrontar el mundo. El tabaco es una planta originaria de América, donde antiguamente se utilizaba con fines curativos y ceremoniales. El tabaco, contiene más de 3000 químicos, de los cuales 200 son venenos plenamente identificados y conocidos, 60 de estos cancerígenos. La nicotina y el alquitrán son las sustancias más nocivas. La nicotina es la responsable de la adicción de las personas al tabaco. La nicotina es una sustancia estimulante del sistema nervioso central que produce sensaciones agradables, y también afecta la química del cerebro.

El Tabaquismo es la adicción crónica al tabaco con graves consecuencias para la salud, el adicto puede sentir falta de energía, nerviosismo, dolor de

cabeza, hambre y cambios en el ritmo cardíaco. Puede ser que los adictos tengan la necesidad de la sensación mental que experimentan cuando fuman un cigarrillo. Algunos adictos pueden experimentar una pérdida de agilidad, de memoria y de concentración cuando no consumen nicotina. Su falta puede causar también un cambio en el estado de ánimo y una depresión en el fumador. Aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, de laringe, órganos digestivos y aparato urinario, predispone a la bronquitis crónica, Es factor de riesgo en el aneurisma de la aorta abdominal y factor agravante de la hipertensión arterial.

3.3.3 Cocaína

La Cocaína procede de la hoja de coca, una planta que crece en zonas de gran altitud de América del Sur. Existen dos formas de cocaína: sal de hidrocloreto y cristales de cocaína (crack). La sal se disuelve en agua. Las personas pueden inyectársela en una vena o inhalarla por la nariz. Los cristales pueden fumarse. La forma de la cocaína que se fuma se conoce como crack.

La cocaína actúa directamente sobre el centro de placer del cerebro, impidiendo la recaptación de los neurotransmisores dopamina y serotonina. Sus consumidores experimentan euforia, aumento de la sociabilidad, locuacidad, hiperactividad, mejor rendimiento en las tareas de vigilancia y alerta, sensación de confianza en sí mismo y bienestar. Disminuye la fatiga, el apetito y reduce el sueño. También eleva la presión sanguínea, aumenta la frecuencia cardíaca, la temperatura, la sudoración y dilata las pupilas. Las

dosis elevadas pueden desencadenar temblores y movimientos convulsivos, alucinaciones, agresividad, irritabilidad, inestabilidad emocional, ansiedad, paranoia y gran inquietud.

3.3.4 Marihuana

También conocida como ('yerba'; 'María Juana'; 'dweebidge'; 'porro'; 'cigarrillo de marihuana'; 'hachís'; 'cannabis'; 'churro'; 'pot'; 'tuca'; 'faso').

Se la considera una droga alucinógena, con la capacidad para alterar la percepción. Sus ingredientes activos proceden de las resinas de una planta llamada Cannabis Sativa, otro principal ingrediente activo es el THC (delta-9-tetrahydrocannabinol). Las hojas de esta planta se secan y se fuman, y la resina puede extraerse y concentrarse para producir otros tipos de sustancias, como hachís o aceite de hachís.

La marihuana produce una sensación de relajación general, una ligera euforia, y distorsiona el sentido del tiempo.

Los receptores de la marihuana están concentrados especialmente en el hipocampo, el cual afecta a las funciones superiores de los sentimientos, memoria y acción. Esta droga modifica la percepción del tiempo y la profundidad, aumento de las percepciones visuales, auditivas y gustativas puede inducir un comportamiento descuidado y errático, así como risa incontrolable y un apetito voraz, hay disminución del funcionamiento intelectual, la mayoría de los receptores de cannabinoides se encuentran en zonas del cerebro relacionadas con el placer, la memoria, el pensamiento, la

concentración, la percepción sensorial y del tiempo y la coordinación de movimientos.

El consumo de marihuana causa problemas para pensar y solucionar problemas, distorsiona las percepciones y afecta la memoria y la capacidad de aprendizaje, pueden presentar efectos severos como sentimientos de despersonalización, cambios en la imagen corporal, desorientación y reacciones de pánico agudas o paranoicas e intentos de suicidio.

3.3.5 Heroína

Sustancia semisintética derivada del opio. Se elabora mediante síntesis química a partir de la morfina.

Se conoce también con los nombres de caballo, potro, jaco, reina y dama blanca. En los primeros instantes puede producir náuseas y vómitos; después experimenta una cierta euforia, un placer profundo y una intensa sensación de bienestar. Se han utilizado estas sustancias para aliviar el dolor.

Sus efectos son analgésicos (propiedad de quitar el dolor) e hipnóticos (propiedad de producir sueño), así como euforizantes y sedantes.

3.3.6 Inhalantes

Los Inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores químicos que pueden ser inhalados para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental.

Esta definición abarca una amplia gama de químicos encontrados en cientos de productos diferentes que pueden tener diversos efectos farmacológicos. Como resultado, es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes.

Un sistema de clasificación nombra cuatro categorías generales de inhalantes, disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos; basándose en la forma en que éstos a menudo se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos.

Hay tres formas “básicas” de consumirlas (esnifándolas, calentándolas, o poniendo directamente el producto en un recipiente e inhalando los vapores de la sustancia). Puede ocasionar la muerte súbita, y a los que inhalan por primera vez. La adicción a estas sustancias es el paso previo a otras drogas, llevando situaciones irreversibles.

Esto suele ser desconocido tanto por la familia como por el entorno social, dado que estas sustancias pasan desapercibidas y no son relacionadas con adicciones.

3.3.7 LSD

El LSD (dietilamida del ácido lisérgico) es una de las principales drogas en la categoría de los alucinógenos, causan distorsiones profundas en la percepción de la realidad. Los alucinógenos logran sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y del neurotransmisor serotonina.

El sistema de serotonina está distribuido en el cerebro y la espina dorsal, y está involucrado en el control de los sistemas de la conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial. Bajo la influencia de los alucinógenos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones que parecen reales pero que no lo son

3.4 Trastornos relacionados con el consumo de sustancias

Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), contempla los trastornos caracterizados por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y las sigue consumiendo.

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos a causa de la ingestión de una droga, los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos

El DSM-IV agrupa a estas sustancias en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetaminas; cafeína; Cannabis; Cocaína; Inhalantes; Nicotina; Opioides; Hipnótico y Ansiolíticos.¹⁶

¹⁶ Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson PP 181-185

3.4.1 Criterios Diagnósticos para la Dependencia de Sustancias

Una patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.

- 1.** Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems.
 - a.** Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b.** El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2.** Abstinencia, definida por cualquier de los siguientes ítems.
 - a.** El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b.** Se toma la misma sustancia para aliviar los síntomas de abstinencia
- 3.** La sustancia es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía, existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- 4.** Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5.** Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importancia actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia¹⁷.

3.4.2 Criterios Diagnósticos para el Abuso de Sustancias

Criterio A: Se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conllevan un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems, durante un periodo de 12 meses.

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Criterio B: Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

⁶⁶ Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson PP 186-187

3.4.4 Criterios diagnósticos Abstinencia de Sustancias

Criterio A: Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

Criterio B: El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes del individuo.

Criterio C: Los síntomas no se deben a enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.¹⁸

3.4.5 Intoxicación por Sustancias

Criterio A: Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente.

Criterio B: Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (por. ej. irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presenta durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

Criterio C: Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental¹⁹.

¹⁸ Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson P 191

¹⁹ Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson. P 190

CAPITULO IV

4. PROCESO DE RECUPERACIÓN

4.1 Plan de intervención utilizado en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

El Plan Terapéutico está cimentado sobre la plataforma sugerida por el CONSEP, en base al modelo de cambio de James Prochaska y Carlo Diclemente para el manejo de adicciones, así como también los 12 pasos de Narcóticos Anónimos.

El Plan de Intervención de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, está integrado por un conjunto de etapas y procesos acordes al estadio de motivación y aceptación, en el que se encuentre cada residente, y el cual va dirigido a generar cambios a nivel psicológico, afectivo, conductual y espiritual, los cuales se darán gradualmente y de acuerdo al trabajo individual de cada residente.

**ESQUEMA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN UTILIZADO EN LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA”**

PLAN TERAPÉUTICO							
FASE DE ACOGIDA		FASE DE TRANSICIÓN				REINSERCIÓN SOCIAL	
DESINTOXICACIÓN	EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	ADAPTACIÓN	ACEPTACIÓN E IDENTIFICACIÓN	CONSOLIDACIÓN	MONITOREO Y AUTOMONITOREO	DESPRENDIMIENTO GRADUAL	SEGUIMIENTO
MODELO DE INTERVENCIÓN							
BIO		PSICO				SOCIAL	
PROCESOS Y NIVELES DE CAMBIO							
PENSAMIENTOS		EMOCIONES				CONDUCTA	
MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO SEGÚN PROCHASKA Y DICLEMENTE							
MOTIVACIÓN	Pre contemplativo	Contemplativo	Preparación	Acción	Mantenimiento		
NARCÓTICOS ANÓNIMOS							
12 PASOS		Pasos 1, 2, 3	Pasos 4,5,6,7,8,9,10,11	Pasos 12	Pasos 12		

Esquema del Plan Psicoterapéutico elaborado por: Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

4.2 Fases y Etapas del Plan Terapéutico

Cada una de las fases del Plan Terapéutico de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, lleva implícita una serie de procesos y aprendizajes estructurados en forma de etapas, conocimiento de su personalidad, desarrollo de habilidades sociales y de vinculación con la colectividad. Todo ello concebido de manera gradual y ordenada, representados de profesionales tradicionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.) y no tradicionales (operadores vivenciales, instructores, capacitadores, motivadores, etc.).

Fase de Acogida: Consiste en la fase inicial del proceso de recuperación y de la puesta en marcha del plan terapéutico, una vez que el residente ha sido recibido por el personal de la comunidad y conducido a las instalaciones donde llevará a cabo su tratamiento residencial. Esta fase consta de dos etapas:

- 1) ***Etapas de desintoxicación:*** Por lo general, en esta etapa los consumidores llegan bajo los efectos de una o varias sustancias y se torna necesaria la intervención del médico para asistirlos, su objetivo es contrarrestar el síndrome de abstinencia y estabiliza a los residentes de los efectos asociados al consumo de sustancias.
- 2) ***Etapas de evaluación y diagnóstico:*** Es el periodo en el cual cada residente es evaluado por los diferentes profesionales de la Salud Mental que laboran en la Comunidad Terapéutica con la intención de

establecer el perfil biopsicosocial de cada residente, a fin de establecer las estrategias de trabajo individual y colectivo. Esta etapa tiene objetivos muy bien delimitados: Establecer una relación estrecha y de colaboración con el residente (rapport). Motivarlo a participar activamente del proceso de recuperación.

Fase de Transición: Esta fase implica la transformación paulatina del residente, de un ser desadaptado socialmente a uno productivo, con nuevos hábitos de comportamiento, pensamientos y con dominio de sus emociones.

Consta de cuatro etapas:

- 1) ***Etapa de adaptación:*** reciben entrenamiento en la nomenclatura y los procesos que se llevan a cabo, se le instruye en cómo debe llevar la disciplina, principios, normas, reglas y medidas disciplinarias del Código de Convivencia.

Es también una etapa difícil, dado que el residente comienza a experimentar los síntomas de deshabitación a la sustancia de la cual es dependiente y puede haber crisis de ansiedad y depresión que deben ser atendidas adecuadamente por los profesionales de la Comunidad Terapéutica, a la vez que con estas intervenciones se procure motivar y producir el “enganche” a fin de que el residente se comprometa a llevar un proceso de recuperación sincero y a conciencia.

- 2) ***Etapa de aceptación e identificación:*** Entrenamiento en el programa de Narcóticos Anónimos (12 pasos, 12 tradiciones, filosofía

de la Comunidad Terapéutica, oraciones, etc.), mediante el cual se procura la concienciación sobre la problemática de consumo y de personalidad, que han interferido en el normal desenvolvimiento del residente en sus diferentes ámbitos.

Por lo general, este reconocimiento llega a través de la identificación del residente con la problemática de sus compañeros, en el contexto de las terapias grupales (Matinal, Sólo por Hoy, Grupo Temático, Grupo Psicoeducativo, Grupo de Pares, Grupo Sonda, Grupo de 24 Horas, etc.), donde expone de manera amplia y franca sus vivencias y pesares, recibiendo la aceptación, comprensión y retroalimentación del grupo, quienes ofrecen un espacio de confraternidad y cohesión que permite que el residente se sienta valorado, libre de señalamientos o prejuicios, y que su autoestima se acreciente.

- 3) ***Etapas de Consolidación:*** el residente se vuelve participativo grupalmente y procura sacar provecho de las situaciones cotidianas que se le presentan de manera individual y colectiva. Se vuelve receptivo, comunicativo y deseoso de aprender a manejar impulsos, emociones, pensamientos y conductas.
- 4) ***Etapas de monitoreo y auto monitoreo.*** Asignación de roles más activos a los residentes, (por. ej., líder de grupo, bitácora, monitor, hermano mayor), la asignación dependerá del Equipo Técnico, se lleva control minucioso y continuo con la intención de evaluar (FODA):

Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, que se ofrecen para su futura reinserción a la sociedad.

Fase de Reinserción: Consiste en la estructuración clara y específica de lo que se desea alcanzar y realizar a corto, mediano y largo plazo una vez que se dé por terminado su proceso de entrenamiento dentro de la Comunidad Terapéutica. Es decir, una estructuración de aquello que el residente va a concretar una vez que se reinserte a la sociedad y forme parte activa de un núcleo familiar.

Cabe recalcar que un proceso de recuperación no termina con la salida del residente de la Comunidad Terapéutica, sino que continúa a lo largo de la vida del residente y requiere de refuerzos y monitoreo constantes. Se divide en dos etapas:

- 1) **Desprendimiento Gradual:** Consiste en el desprendimiento, físico y asistido, con respecto a la Comunidad Terapéutica, luego de un periodo prolongado de entrenamiento dentro de la misma.
- 2) **Seguimiento:** Consiste en el monitoreo y auto monitoreo fuera de comunidad por parte del equipo técnico, respectivamente, a través de grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos (A.A) y Narcóticos Anónimos (N.A).

4.3 Modelo de Motivación para el cambio de James Prochaska y Carlo Diclemente

Pre contemplativo

Se sitúan en este estadio aquellas personas que no manifiestan deseo de cambiar de conducta a corto plazo. Además, no creen tener un problema de adicción igual al de otros adictos. Es común en este estadio que las personas que rodean al adicto observen el comportamiento adictivo que los propios interesados, lo que les lleva tratar de convencerles para que abandonen su conducta adictiva. Por tanto, las tareas psicológicas fundamentales que corresponden a esta fase son: “propiciar la duda e incrementar la percepción que tiene el sujeto de los riesgos y problemas de su conducta actual”.

Contemplativo

Se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Esta etapa se define como aquella en la cual los individuos son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. En otras palabras, contemplación es “saber dónde quiere ir pero no encontrarse todavía preparado”. La palabra clave en este estadio es la ambivalencia.

Por un lado, los sujetos son conscientes de su adicción y piensan en cambiar, por otro, no tienen demasiada conciencia de que este cambio o,

mejor dicho, los esfuerzos necesarios para cambiar, vayan a reportarles beneficios. Esta duda hace que la mayoría de adictos se queden constantemente en esta fase y no se decidan a transitar hacia el cambio. Los sujetos se muestran receptivos a la información sobre su conducta adictiva y muestran interés sobre las diferentes formas en que pueden cambiarla; además, dan los primeros pasos para empezar a modificar su conducta. Sin embargo, pese a asimilar esta información y racionalizarla, no pasan de ahí. Son los típicos quemadores de programas de tratamiento, es decir, sujetos que recaen una y otra vez y pasan de un tratamiento a otro buscando el que les pueda solucionar su problema.

Preparación

A este estadio también se le llama determinación o toma de decisiones. Descrito como el momento en que el adicto se dispone o prepara para actuar. En términos motivacionales, los sujetos que se preparan para actuar manifiestan ser más contrarios que favorables al consumo, inclinándose la balanza y aumentando su disposición al cambio.

En esta etapa se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva y la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro. Los pros de dejar el consumo superan a los contras.

Acción

La persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva. Es la etapa en la que el sujeto realiza los cambios más visibles para modificar su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de

superar sus problemas. Estos cambios suponen un claro reconocimiento por parte de las personas de su alrededor y requieren una gran cantidad de esfuerzos. Es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

Mantenimiento

Se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción, iniciándose al finalizar esta etapa. Durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas. Las personas han de ser capaces de mantenerse alejadas del comportamiento adictivo y de comprometerse consistentemente en su nuevo estilo de vida.

Los adictos se esfuerzan para evitar volver a su comportamiento adictivo y, en este sentido, el cambio no ha de darse por concluido en la fase de mantenimiento, sino al contrario: este momento conlleva una utilización de estrategias para mantener el patrón de comportamiento alcanzado. La identificación de situaciones de riesgo y la prevención de recaídas son las tareas que ayudan al adicto a mantenerse en esta fase.

Recaída

En función de la definición de recaída que se adopte puede entenderse la misma como una situación más dentro de un proceso, o como una fase diferenciada que pone fin al mismo. Es una recidiva de los síntomas de una enfermedad tras un período de mejoría. Puede entenderse como un fallo, descuido o tropiezo, en definitiva un empeoramiento temporal de los

síntomas que causaban la enfermedad, pero sin que suponga volver a todos los síntomas de la misma.²⁰

4.4. Pasos Narcóticos Anónimos

1. Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos, podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño causado.
9. Reparamos directamente el daño causado, siempre que nos fue posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

²⁰ MAYOR MARTÍNEZ Luís y LÓPEZ CAMPS Roque. Procesos Psicológicos y Adicciones - Procesos de Cambio. Proceso Terapéutico de Cambio. El Modelo de Prochaska y DiClemente. C.S.V. Valencia 1998, PP 8 - 45.

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente conocer Su Voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

4.5 Terapia Cognitiva-Conductual en las Adicciones

La terapia cognitivo-conductual es un tipo de terapia basada en los principios psicológicos del conductismo y las teorías cognitivas. Ayuda a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) “Cuando se aplica a la dependencia de sustancias, el abordaje cognitivo-conductual ayuda a los individuos a luchar con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y/o alivio del malestar. Además algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo a establecer un sistema más fuerte de control interno. Es más la terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir su depresión, ansiedad o ira, que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas”.²¹

²¹Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS*. Editorial Paidós Primera Edición. Barcelona. (1999). P 98.

4.5.1 TÉCNICAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES

“El objetivo es que las personas aprendan conductas alternativas a las relacionadas con el consumo de sustancias, y estrategias de autocontrol”
Aron Beck.

4.5.1.1 Técnicas para ayudar a un sujeto a reconocerse como adicto

La técnica consiste en pedirle al residente que nos indique cuáles son las características de un adicto (en general). Una vez obtenida una amplia lista de características se le pide que indique una a una si él se ajusta a esa característica y luego se le cuestiona si es adicto.

El adicto rara vez es consciente de los efectos negativos que produce su adicción. Esto se debe a que las consecuencias negativas de la adicción no siempre son evidentes.

Existen consecuencias conductuales negativas y problemas médicos asociados al consumo de sustancias, es por ello que Golfried y Robins (1983),”señalan que se puede incrementar la motivación del sujeto para dejar las drogas preguntándole por las consecuencias que haya sufrido tras el consumo de cocaína, o que ha logrado observar en sus amigos consumidores, tanto iniciales como crónicos”.²²

²²Graña, J *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL INDIVIDUAL EN LAS DROGODEPENDENCIAS. Conductas Adictivas*. Editorial Debate. Madrid. 1994. P 87.

4.5.1.2 Análisis de Ventajas/Desventaja

Las personas que utilizan drogas suelen mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de consumir dichas sustancias. De tal forma Golfried y Robins (1983), describen esta técnica que permitirá, controlar al paciente a través de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de consumir drogas.

Se suele dibujar una matriz de cuatro celdas para los pacientes y se les motiva a que llenen cada una de estas con las consecuencias escritas de tomar versus no tomar drogas.

Esta técnica permite al paciente tener una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de las sustancias que tenía previamente; ya que aquellas personas que consumen drogas tratan de alguna forma de minimizar sus problemas relacionados con las mismas y maximizar, y asociar a los beneficios de tomarlas.

4.5.1.3 Método Socrático

En la terapia cognitiva se consigue una mejor interacción entre el paciente y el terapeuta si se utiliza frecuentemente el método socrático, en el cual utilizamos una serie de preguntas con la finalidad de probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis para poder elicitar, examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos de los pacientes, llevando a la persona hacia el descubrimiento guiado.

Mediante el método socrático los pacientes son llevados a través de un proceso del descubrimiento propio de patrones de pensamiento y acción distorsionado.

De esta manera el objetivo del método socrático es, para el paciente, aprender a pensar de forma independiente y de forma racional.

Lo más importante de este proceso es que modifica el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva.²³

4.5.1.4 Psicoeducación

Es una técnica que se la utiliza generalmente en la primera sesión que tiene el terapeuta con el residente y dentro de la cual se da la información básica sobre la convivencia dentro de la Comunidad Terapéutica, se indican normas y reglas a seguir, además se indica acerca de la adicción, síntomas básicos sobre su adicción y diversas estrategias de afrontamiento que le permitan reducir considerablemente los niveles de ansiedad, la tolerancia al estrés y a la frustración producto de la abstinencia, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

Brian E. Tomlinson (1941), desarrolla esta técnica como estrategia para orientar a fin de que logre unir los aspectos que se vinculan en su consumo; identificando los diversos niveles de pensamiento, asociados a los estímulos tanto externos como internos y teniendo como respuesta el craving.

²³Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS*. Editorial Paidós Primera Edición. Barcelona. (1999). PP 189-191.

4.5.1.5 Registro de Pensamientos (A-B-C)

Técnica descrita por Albert Ellis, en esta técnica es importante aprender a detectar los pensamientos automáticos para cortarlos antes de que nos dañen. Se toma como señal los que nos desencadenan emociones internas negativas o desagradables (nos sentimos nerviosos, frustrados, angustiados, tristes) o cuando tenemos conflictos desproporcionados con nuestros familiares y compañeros/as. Hay que tener en cuenta que a veces esos pensamientos tienen una gran parte de verdad, pero son irracionales si nos creemos que son absolutamente ciertos en todas las circunstancias ("siempre", "nunca", "¿y si?")

La podemos realizar con los siguientes pasos:

1º Paso - Hacernos conscientes de que estamos experimentando una emoción que no nos hace sentir bien - identificar la emoción

2º Paso - Identificar los pensamientos asociados que estamos teniendo.

Este ejercicio lo podemos hacer en el momento o al final del día recordando la situación - emociones - pensamientos que tuvimos.

EJEMPLO.

Registro de Pensamiento			
Fecha /Hora	A Acontecimiento (Situación o recuerdo que nos hace sentir mal)	B Pensamiento (Pensamientos automáticos que nos vienen a la mente y el grado de credibilidad que les otorgamos)	C Consecuencia emocional Emociones que experimentamos y su intensidad)
Ejemplo			
12/9 12 h	<i>Estoy en mi casa pensando que voy a hacer el fin de semana y noto una necesidad por consumir</i>	<i>"Otra vez este deseo por la sustancia que me tortura" "No sirvo para nada, soy un fracasado"</i>	<i>Rabia Desesperación Tristeza Miedo al futuro</i>
Ejemplo "alternativo"			
12/9 12 h	<i>Estoy en mi casa pensando que voy a hacer el fin de semana y noto una necesidad por consumir</i>	<i>"Vaya, otra vez el deseo de consumir" "Normalmente a lo largo de la mañana mejora" "Tendré que descansar u ocuparme un rato más"</i>	<i>Aceptación Realismo al compararlo con otras veces Confianza</i>

4.5.1.6 Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad

Mediante esta técnica descrita por Kanfer, Thoresen y Mahoney consigue hacer que el paciente exprese sus sentimientos, deseos, opiniones o derechos, de un modo adecuado a la situación respetando los derechos de los demás, poniendo en práctica las siguientes indicaciones:

- 1) **Habilidades sociales básicas:** Mantener Contacto Ocular, Saludar / Despedirse, Escuchar, Formular una Pregunta, Responder a una

Pregunta, Dar las Gracias, Pedir Permiso, Auto-presentarse, Presentar a otras Personas. Hacer un Elogio o Cumplido.

2) **Habilidades sociales intermedias:** Iniciar Conversaciones con Extraños, Mantener Conversaciones, Cerrar Conversaciones, Pedir Ayuda, Dar Instrucciones u Órdenes, Disculparse, Expresar los Sentimientos, Formular una Crítica, Formular o Responder Quejas, Responder a Bromas Pesadas.

3) **Habilidades sociales avanzadas:** Defenderse de Acusaciones Injustas, Ejercer Auto-Control, Proponer y Negociar Acuerdos, Conceder o Realizar Entrevistas, Mediar en Conflictos, Hablar en Público, Hablar frente a Público Hostil, Dirigir o Liderar Grupos, Dirigir o Liderar Grupos Hostiles

4.5.1.7 Repaso Conductual (Role-Playing)

Es una técnica descrita por Ellis y Beck, permite trabajar la empatía y la comprensión con los demás; con la práctica continua los residentes podrán reconocer sus sentimientos, actitudes, valores y qué caracteriza en algunos casos su conducta. Asimismo permite aceptar a los demás, resolviendo conflictos y asumiendo con responsabilidad la toma de decisiones. Se usa el diálogo y es una puesta en común improvisada, donde se enfatiza sobre un conflicto con trascendencia moral

Consta de cuatro fases:

1).- Motivación.- El terapeuta que promueve un clima de confianza y presenta conflictos para que se tomen en cuenta, como un tema de interés.

2).- Preparación para la dramatización.- se da a conocer los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto, que personajes intervienen y qué situación se va a dramatizar.

3).- Dramatización.- Los pacientes asumen el rol protagónico y se esfuerzan por preparar el argumento pertinente, tratando de encontrar un diálogo que evidencie el conflicto que presenta a sus compañeros.

4).- Debate.- Se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada y se hacen las preguntas sobre el problema dramatizando en algunos casos se puede solicitar que los pacientes que han representado el conflicto den sus opiniones y como se han sentido al asumir el rol que les ha tocado interpretar.

El papel del terapeuta es de moderador, guiando el debate hacia la consecución de nuevas soluciones y alternativas para solucionar el conflicto planteado, se debe explorar al máximo para poder establecer conclusiones y medir las consecuencias de las decisiones tomadas.

4.5.1.8 Asignación de Actividades

Técnica de Ellis y Beck, Con frecuencia los pacientes tienen que cambiar sus conductas para facilitar que estén fuera del consumo; por ejemplo el paciente que solo tiene amigos consumidores tendrá que reestructurar su vida social casi por entero para minimizar las posibilidades de recaídas. Se anima al paciente a que se comprometa a ir aproximándose hacia las

conductas deseadas para poder ir consiguiendo las notas propuestas, el paciente que necesita modificar sus relaciones debe ser animado a empezar a pasar su tiempo libre con personas que no utilizan drogas. Por ejemplo un nuevo amigo hecho en un grupo de apoyo, o como ir a cenar o ver una película, al ejecutar adecuadamente esta práctica el paciente escogerá otra tarea hasta que haya conseguido construir una nueva red social no relacionada con el consumo de drogas.²⁴

4.5.1.9 Solución de Problemas

Los pacientes con abuso de drogas que suelen demostrar impulsividad tienden a solucionar mal sus problemas, es por eso que se le deben enseñar los principios de resolución de estos para lo cual se puede seguir los siguientes pasos de un proceso gradual:

1. Definir el problema con términos específicos
2. Proponer una serie de soluciones posibles
3. Examinar los pros y contras de cada solución, en presente y futuro.
4. Escoger la mejor solución hipotetizada.
5. Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
6. Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.²⁵

²⁴ Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

²⁵ Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. *TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS*. Editorial Paidós Primera Edición. Barcelona. (1999). P 212

En esta técnica (Ellis y Beck) el terapeuta da una orientación general: se le pide al paciente que realice un listado identificando el problema, definición y formulación del problema: se describe de forma detallada el problema, generación de alternativas de posible solución: se solicita elaborar un listado con las posibles soluciones de afrontamiento, Toma de decisiones: seleccionar las estrategias más prometedoras, Verificación: ver las consecuencias, si no obtiene la respuesta deseada seleccionar otra alternativa.

4.5.1.10 Entrenamiento en Relajación y Respiración

Es un método eficaz desarrollado por el fisiólogo Jacobson, que sirve para controlar la tensión excesiva, como en la ansiedad, el dolor, el enfado o la depresión, entre otras.

El método de aplicación consiste en dividir nuestro cuerpo en diferentes grupos musculares, provocar voluntariamente tensión contrayendo cada grupo, con intensidad lo suficientemente alta como para notarla claramente pero no llegar a sentir dolor y, a continuación, eliminar la tensión soltando los músculos contraídos para pasar a un estado de relajación. Este procedimiento, el ciclo de tensar y soltar es un instrumento para aprender a identificar y posteriormente provocar las sensaciones de relajación en nuestro cuerpo por medio del contraste. La mejor postura para practicar la relajación es cómodamente sentada, con la cabeza, los brazos y las piernas apoyados, en posición semi tumbada, en una habitación tranquila, con luz

indirecta y, sobre todo, realizando el entrenamiento sin prisas ni interrupciones.

Grupos musculares

- 1) Manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta las manos, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que invaden tus antebrazos y cuán diferentes son respecto a la tensión.
- 2) *Bíceps*. Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Suelta los bíceps, y deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps.
- 3) *Tríceps*. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que notas. Nota la diferencia.
- 4) *Hombros-trapecio*. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nótala en tus hombros y trapecios. Focaliza tu atención en lo que notas. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Presta atención a lo que notas.
- 5) *Cuello*. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota tensión en la parte de atrás del cuello.

- 6) *Frente*. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta tu frente y deja que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente.
- 7) *Ojos*. Aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Nota la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.
- 8) *Labios y mejillas*. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localiza los puntos de tensión alrededor de tu boca. Céntrate en esa tensión. Suelta, elimina la sonrisa, y nota las sensaciones que aparecen. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.
- 9) *Pecho-espalda*. Haz este ejercicio muy lentamente. Arquea el torso, de manera que tu pecho salga hacia delante y tus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura notando la tensión en pecho y espalda. Vuelve muy lentamente a la posición original destensando. Y deja que tu espalda se apoye completamente en el sofá. Nota la diferencia. Lo que sientes ahora es diferente a la tensión.
- 10) *Abdominales*. Mete la zona del estómago hacia adentro. Suelta y deja que los músculos vuelvan a su posición original. Discrimina las sensaciones.
- 11) *Muslos*. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia.
- 12) *Pies*. Lleva tus pies hacia abajo intentando formar una línea recta con tus piernas. Localiza la tensión en pies y gemelos.

4.5.1.11 Detención de Pensamiento

El método de detención de pensamiento (También llamada bloqueo o interrupción del pensamiento) de Beck, consiste en la paralización y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al *craving*.

Se procede a discutir con el paciente los pensamientos relacionados con el craving que son necesarios eliminar. Posterior a esto, el terapeuta le pide al paciente que cierre los ojos e inicie verbalizando con una secuencia de pensamientos negativos asociados al craving como por ejemplo: "Me siento horrible, me voy a morir si no uso droga, etc." Mientras el paciente procede, el terapeuta interrumpe diciendo "¡ALTO!" Después de esto el terapeuta "hace ver al paciente cómo se detuvieron aquellos pensamientos pidiéndole que repita el ejercicio varias veces. Estos ejercicios se repiten con el propósito de que el paciente aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando "¡Alto!" por sí mismo cuando estos se presenten, acción que el terapeuta deberá alentar y reforzar." Ejemplo, en vez de "me voy a morir si no uso drogas", se sustituye por "estoy bien" o cualquier otro pensamiento positivo y útil para el sujeto.

4.5.1.12 Reenfoque con Imaginación

Son técnicas (Golfried y Robins) en las cuales el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de

éxito en otros aspectos del tratamiento. Por ejemplo, “puede utilizarse la imaginación para que los pacientes visualicen el autocontrol y evitar el consumo de drogas. Es útil como método para cambiar las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndolos de los *craving* y urgencias. También puede ser útil como método para cambiar las creencias y los pensamientos relacionados con las drogas.”

Esta técnica sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando el paciente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al *craving* y dice "¡Alto!", puede imaginar una señal de alto (como las que uno encontraría en la calle), un semáforo en rojo o cualquier imagen que para él represente la acción de "¡Alto!", de modo que acentúa la detención. Después puede optar por emplear una de las técnicas de distracción (como por ejemplo, centrar la atención en el ambiente o recitar un poema) de modo que pase el *craving*.

4.5.1.13 Técnicas de Distracción

Son técnicas (Ellis y Beck) que tienen como objetivo <<distraer>> al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el *craving*. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos.

La distracción puede consistir en que el terapeuta indique, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado

para el paciente, lo siguiente: centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible (por ejemplo, “en este restaurante hay diez mesas con manteles blancos, las paredes son azul claro con una ventana cada cuatro mesas. Hay una señora que....); evitar el ambiente (por ejemplo, alejarse de un bar, esquina o lugar de consumo. Puede ir a visitar un amigo, a dar un paseo, etc.).

En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente y de su craving.

4.5.1.14 Tarjetas-Flash

Técnica de Aron Beck, donde se analiza los pensamientos automáticos, permisivos y de control, cuando le aparezca el deseo de consumir; y de esta manera se propone frases que puedan servir como pensamientos de manejo a fin de disminuir el deseo ante una situación de riesgo de consumo.

El paciente escribe frases de afrontamiento en tarjetas de cartulina con la lista de ventajas de no tomar o consumir drogas y cuando aparezca el deseo de consumir el sujeto va a recordar las frases escritas en su tarjeta para controlar el deseo de consumir y así van a disminuir estos pensamientos automáticos o de consumo que se presenten ante una situación de riesgo.

Ejemplo de frases:

“Puedo vivir sin drogas”

“Voy a mantener mi abstinencia durante 24 horas”

“Puedo aprender a vivir sin drogas”.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de tipo Descriptiva, por cuanto indica la prevalencia e incidencia de la Patología Dual y su abordaje en los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, porque se caracterizó por señalar la forma como en la que se presenta el evento, comprende la descripción, registro e interpretación de la realidad actual de Patología Dual

Es Transversal: dado que la investigación ameritó el registro y comparación de datos; así como se circunscribió a un segmento de tiempo específico durante el periodo Mayo – Octubre 2013. Cuantitativa y Cualitativa: ya que los datos que se obtuvieron fueron analizados de forma numérica y estadística. Métodos utilizados fueron el Inductivo-Deductivo: el cual fue aplicado para lograr identificar las creencias nucleares, a partir de las conductas, emociones y pensamientos automáticos que presentaron los pacientes. Además sirvió de respaldo para llegar a las conclusiones y posibles recomendaciones. El método deductivo contribuyó al momento de elegir las técnicas cognitivas-conductuales.

El universo constituido por todos los residentes ingresados en la Comunidad Terapéutica, con un aproximado de 60 residentes. La muestra se obtuvo de todos los pacientes que fueron diagnosticados con dependencia algún tipo de sustancia psicotrópica.

Los Materiales Psicológicas utilizados de preferencia fueron: La Entrevista psicológica, Historia Clínica Psicológica, Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) y la Escala de Depresión de Hamilton.

Material y Método Nro. 1

ENTREVISTA INICIAL

Se procedió a realizar una entrevista Inicial de aplicación rápida y sencilla, logrando establecer raptor y empatía con los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, con la finalidad de recopilar datos necesarios para este estudio, tales como: Datos Personales; nombre, edad, género, procedencia, ocupación y estado civil; Perfil de Consumo, en el que se analiza si las personas evaluadas formaran parte del grupo de estudio, registrando datos como existencia de tratamientos previos, droga de elección, frecuencia de consumo, edad inicial de consumo y promedios de años de consumo abundante.

Material y Método Nro. 2

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

Mediante la Historia Psicológica se recabo la información pertinente mediante un diálogo directo con el paciente que permitió la obtención de datos específicos para la llegar a determinar un diagnóstico. Permitiendo conocer datos relevantes e idiosincráticos del sujeto que serían difíciles de obtener por otros medios.

La Historia Clínica permite conocer cuál fue la edad de inicio de consumo, anamnesis personal y familiar al igual que factores predisponentes, precipitantes, y determinantes, con la finalidad de investigar la adicción como la conducta problema, caracteriza por un estilo de vida centrado en la búsqueda y autoadministración de drogas y consecuencias negativas a nivel personal, social, familiar, fisiológico”.²⁶

La Historia Clínica que se utilizo es de autoría de la comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” y este documento consta de los siguientes ítems:

1. Datos de identificación
2. Motivo de consulta
3. Fuentes de información
4. Historia de la enfermedad
5. Enfermedad Actual
6. Psicoanaamnesis personal, normal y patológica
7. Psicoanamnesis familiar

²⁶ Graña, J. *INTERVENCIÓN CONDUCTUAL INDIVIDUAL EN LAS DROGODEPENDENCIAS. Conductas Adictivas*. Editorial Debate. Madrid (1994).

8. Historia social
9. Psicoanamnesis laboral
10. Psicoanamnesis psicosexual
11. Patologías anteriores
12. Examen de funciones
13. Psicoanamnesis especial
 - a) Factores Predisponentes
 - b) Factores Desencadenantes
 - c) Factores Precipitantes
14. Reactivos psicológicos
15. Diagnóstico Diferencial
16. Evaluación Multiaxial
17. Conclusiones
18. Recomendaciones

Material y Método Nro. 3

TEST INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI – III)

El autor del test MCMI -III fue un psicólogo estadounidense Theodore Millon quien fue pionero en la investigación sobre la personalidad

El MCMI III es un instrumento diagnóstico que se puede aplicar a partir de los 18 años en adelante en un tiempo aproximado de 30 minutos. El MCMI-III, facilita información a los psicólogos clínicos y forenses, psiquiatras que necesitan realizar evaluaciones y tomar decisiones sobre el tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. También es muy apropiado para investigadores, y prueba de ello es que más de 400 estudios lo han utilizado. Este enfoque lo ha convertido en un importante referente en el campo de la psicopatología.²⁷

La finalidad de este test es la Evaluación de cuatro escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD:

1. Escala 1: Esquizoide
2. Escala 2: Fóbica (Evitativa)
3. Escala 2B: Depresivo
4. Escala 3: Dependiente (sumisa)

²⁷ <http://www.pearsonpsychcorp.es/producto/62/mcmi-iii-inventario-clinico-multi-axial-de-millon#sthash.nicNoAiJ.dpuf>

5. Escala 4: Histriónica
6. Escala 5: Narcisista
7. Escala 6A: Antisocial
8. Escala 6B: Agresivo-Sádica
9. Escala 7: Compulsiva (rígida)
10. Escala 8A: Pasivo-Agresiva
11. Escala 8B: Autodestructiva (masoquista)

SÍNDROMES CLÍNICOS:

1. Escala A: Trastorno de Ansiedad
2. Escala H: Trastorno Somatomorfo
3. Escala N: Trastorno Bipolar
4. Escala D: Trastorno Distímico
5. Escala B: Dependencia del alcohol
6. Escala T: Dependencia de sustancias

PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD:

1. Escala S: Esquizotípico
2. Escala C: Límite (Borderline)
3. Escala P: Paranoide

SÍNDROMES GRAVES:

1. Escala SS: Pensamiento psicótico
2. Escala CC: Depresión mayor
3. Escala PP: Trastorno delirante

ÍNDICES MODIFICADORES:

1. Escala V: Validez
2. Escala X: Sinceridad
3. Escala Y: Deseabilidad Social
4. Escala Z: Devaluación

CORRECCIÓN

Para la interpretación de las escalas de validez se toma en cuenta lo siguiente:

V= 0 Válido

V= 1 Validez cuestionable

V= 2 ó más, no válido

X (Sinceridad) < 145 ó > 590 invalida la prueba

GRAVEDAD DE LAS ALTERACIONES

Se considera que presentan alteraciones clínicas cuando las puntuaciones del perfil superan la línea de corte 75.

Puntuaciones de 75 a 84, significan un nivel de funcionamiento patológico y moderadamente grave de la personalidad y trastornos mentales.

Puntuaciones de 85 y superiores, indican trastornos de mentales y de personalidad con alteración crónica.²⁸

²⁸ Theodore Millon,. INVENTARIO CLINICO MULTIAXIAL DE MILLION (MCMI III). TEA Ediciones S.A. Madrid 2007. P. 13

Material y Método Nro. 4

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HAMILTON, 1959)

La Escala de Valoración de Hamilton (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Este instrumento sirvió para medir la intensidad de una de las patologías asociadas con mayor frecuencia. Este reactivo es aplicado de forma individual, el cual es aplicado en un tiempo de 15 a 30 minutos dependiendo de las capacidades de interpretación de cada sujeto.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Corrección e Interpretación

Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

Calificación

Puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión grave: >23

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

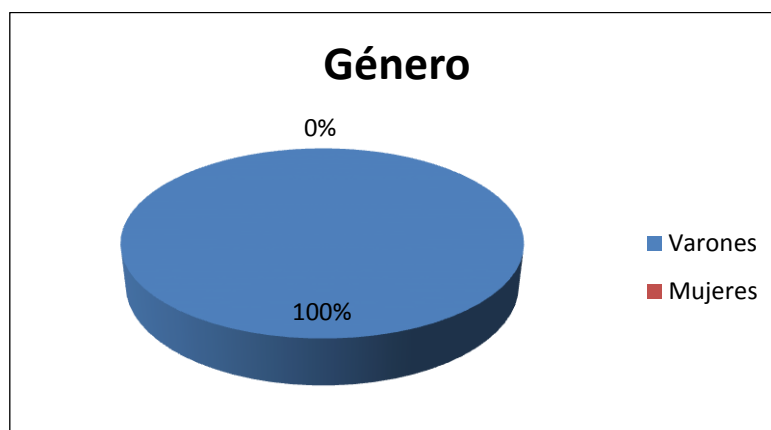
Como resultado del estudio realizado en los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” se pudo obtener los datos que se detallan a continuación.

**CUADRO Nº 1
GENERO**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Varones	60	100%
Mujeres	0	0%
TOTAL	60	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”
Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

**GRÁFICO Nº 1
GENERO**



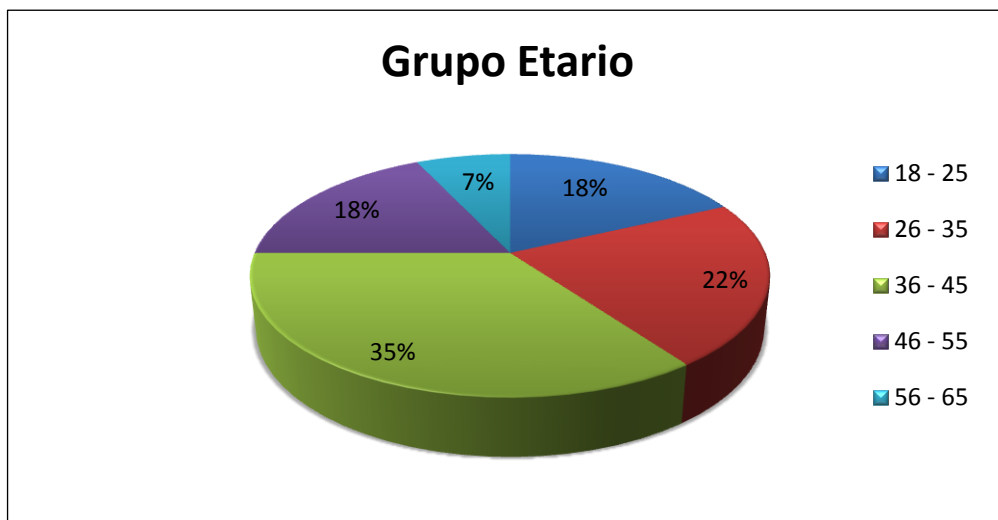
ANÁLISIS DE RESULTADOS: De los residentes evaluados el 100% corresponde al sexo masculino.

CUADRO Nº 2
GRUPO ETARIO

Variable	Frecuencia	Porcentaje
18 – 25	11	18%
26 – 35	13	22%
36 – 45	21	35%
46 – 55	11	18%
56 – 65	4	7%
TOTAL	60	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”
Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO Nº 2
GRUPO ETARIO



ANÁLISIS DE RESULTADOS: Del 100% de los residentes evaluados, el grupo etario con mayor porcentaje de consumo de sustancias se encuentra con un 35% corresponde de 36 – 45 años, el 22% representa a las edades de 18 – 25, el 18% percibe edades de 26 – 35, y 46 – 55, y con un 7% comprende a las personas en edades de 56 - 65.

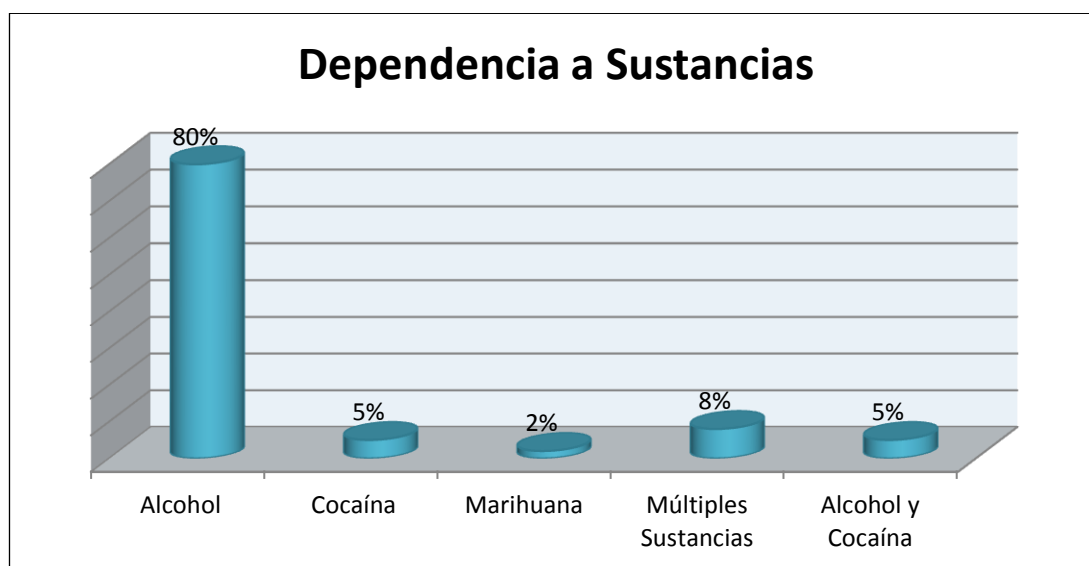
**CUADRO N° 3
DIAGNÓSTICO DE LA HISTORIA CLINICA**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia al Alcohol	48	80%
Dependencia a la Cocaína	3	5%
Dependencia a la Marihuana	1	2%
Dependencia a múltiples Sustancias	5	8%
Dependencia al Alcohol y Cocaína	3	5%
TOTAL	60	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

**GRÁFICO N° 3
DIAGNÓSTICO DE LA HISTORIA CLINICA**



ANÁLISIS DE RESULTADOS: El 80% de los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” presentan Diagnóstico de Dependencia al Alcohol, el 8% refieren consumir Múltiples Sustancias, el 5% fueron diagnosticados de Dependencia a la Cocaína y al consumo simultáneamente de Alcohol y Cocaína, y finalmente el 2% señalan Dependencia a la Marihuana.

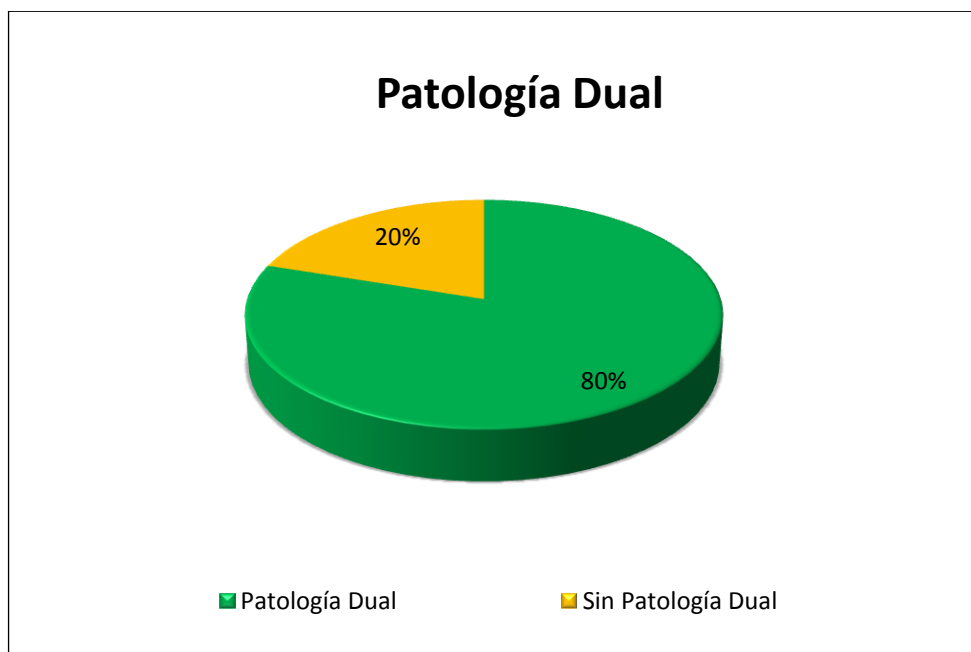
CUADRO N° 4
PRESENTAN PATOLOGÍA DUAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Presentan Patología Dual	48	80%
No presentan Patología Dual	12	20%
TOTAL	60	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO N° 4
PRESENTAN PATOLOGÍA DUAL



ANÁLISIS DE RESULTADOS: En la aplicación del reactivo psicológico los resultados obtenidos en el test (MCMI-III) muestran que el 80% de los residentes presentan Patología Dual, mientras que el 20% no presentan.

CUADRO N° 5

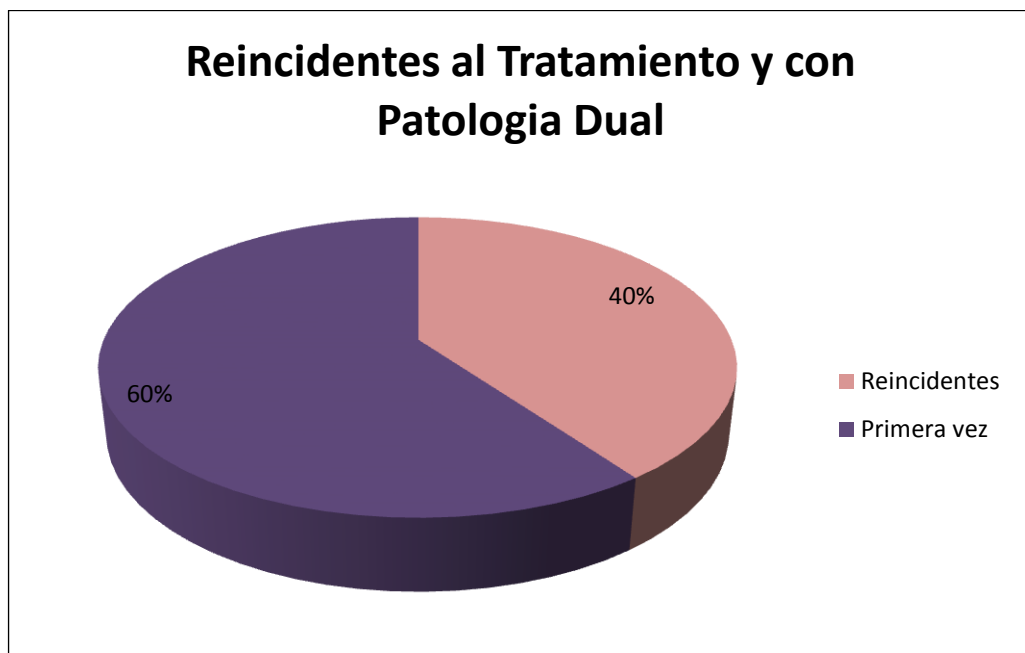
PACIENTES REINCIDENTES CON PATOLOGIA DUAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Reincidentes	24	40%
Primera vez	36	60%
TOTAL	60	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”
Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO N° 5

PACIENTES REINCIDENTES CON PATOLOGIA DUAL



ANÁLISIS DE RESULTADOS: El 40% de los residentes refieren haber recibido más de un tratamiento para la adicción, mientras que el 60% menciona ser el primer internamiento.

CUADRO N° 6

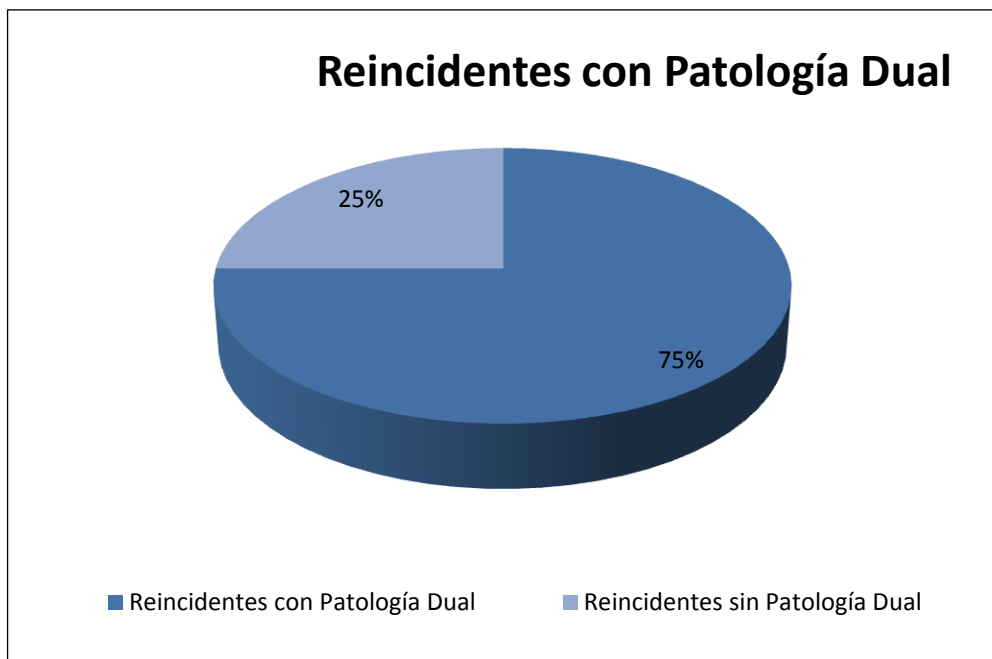
PACIENTES REINCIDENTES CON PATOLOGÍA DUAL

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Reincidentes con Patología Dual	18	75%
Reincidentes sin Patología Dual	6	25%
TOTAL	24	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”
Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO N° 6

PACIENTES REINCIDENTES CON PATOLOGÍA DUAL



ANÁLISIS DE RESULTADOS: El 75% de los residentes que presentan Patología Dual refieren haber recibido más de un tratamientos para la adicción, mientras que el 25% menciona ser el primer internamiento.

CUADRO N° 7
TRASTORNO ASOCIADO

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos de Personalidad	22	46%
Trastornos Clínicos	26	54%
TOTAL	48	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO N° 7
TRASTORNO ASOCIADO



ANÁLISIS DE RESULTADOS: El 54% de los residentes presentan Trastornos Clínicos asociados: y el 46% muestran Trastornos de Personalidad asociados.

CUADRO N° 8

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

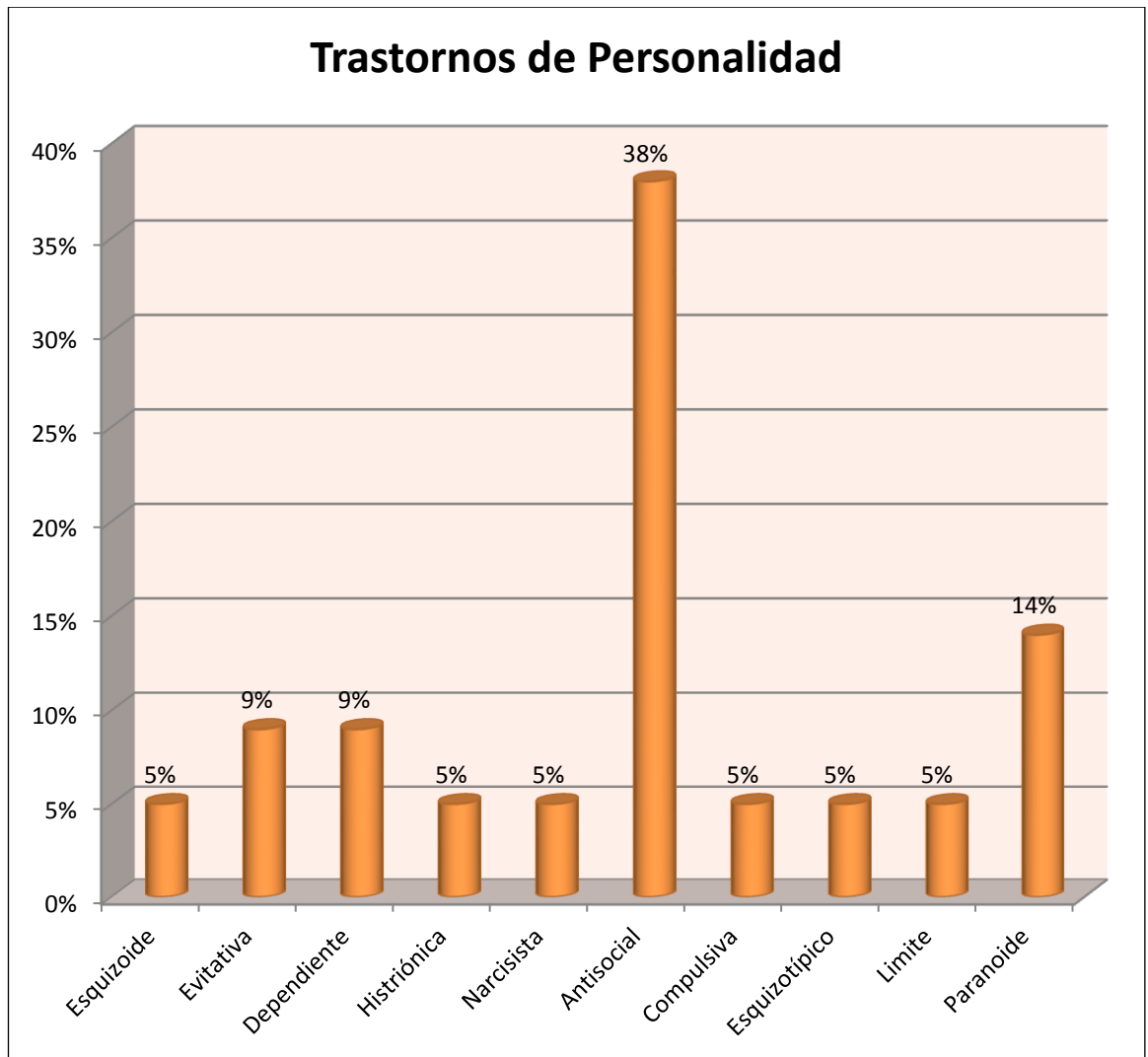
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Esquizoide	1	5%
Evitativa	2	9%
Dependiente	2	9%
Histriónica	1	5%
Narcisista	1	5%
Antisocial	9	38%
Compulsiva	1	5%
Esquizotípico	1	5%
Limite	1	5%
Paranoide	3	14%
TOTAL	22	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO Nº 8

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



ANÁLISIS DE RESULTADOS: De los residentes que presentan Trastornos de Personalidad el mayor porcentaje es 38% que corresponde al Trastorno Antisocial, el 14% señalan Trastornos Paranoides; el 9% simboliza al Trastorno Evitativo y dependiente y el 5% representan a los Trastornos de Personalidad Esquizoide, Histriónica, Narcisista, Compulsiva, Esquizotípico y Límite.

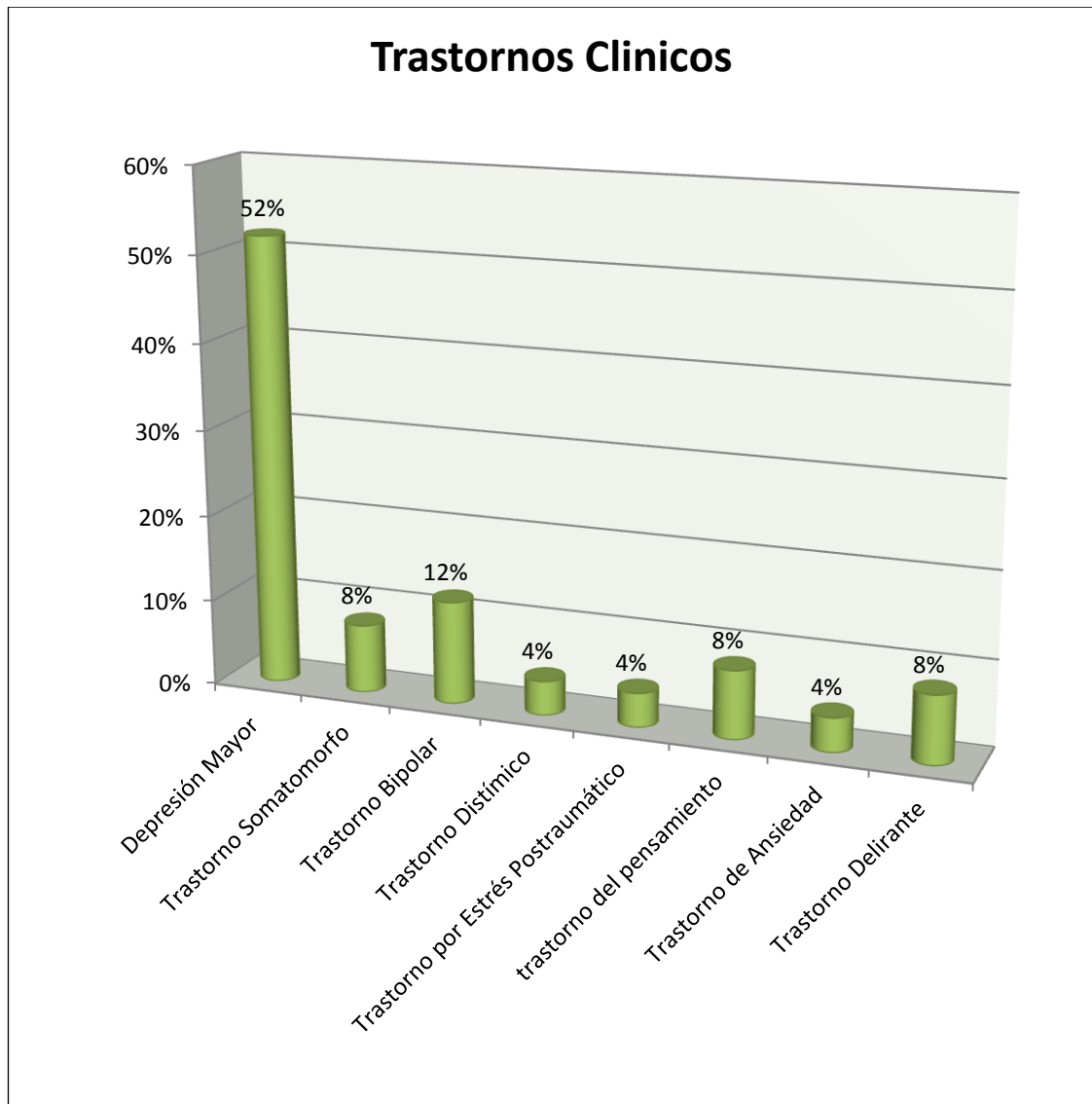
CUADRO N° 9
TRASTORNOS CLÍNICOS

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Mayor	14	52%
Trastorno Somatomorfo	2	8%
Trastorno Bipolar	3	12%
Trastorno Distímico	1	4%
Trastorno por Estrés Postraumático	1	4%
trastorno del pensamiento	2	8%
Trastorno de Ansiedad	1	4%
Trastorno Delirante	2	8%
TOTAL	26	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO N° 9
TRASTORNOS CLÍNICOS



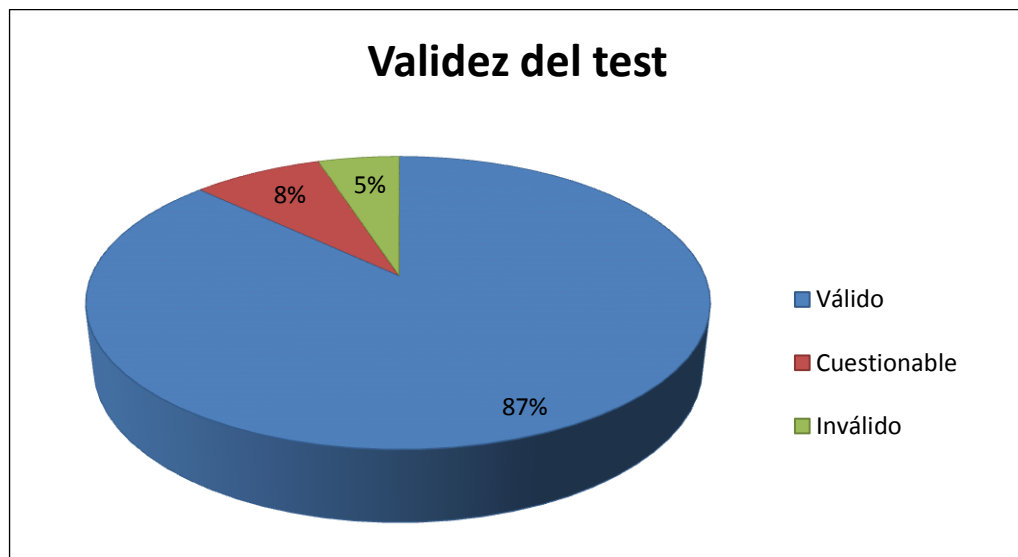
ANÁLISIS DE RESULTADOS: En los datos arrojado los residentes que presentan Trastornos Clínicos o del Eje I representan en un 52% Depresión Mayor, 12% Trastorno Bipolar; el 8% de señalan Trastornos Somatomorfo, Trastornos del Pensamiento, Trastorno Delirante; y finalmente el 4% Trastorno Distímico, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastornos de Ansiedad.

CUADRO N° 10
VALIDEZ DEL TEST

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Válido	52	87%
Cuestionable	5	8%
Inválido	3	5%
TOTAL	60	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”
Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO 10
VALIDEZ DEL TEST



ANÁLISIS DE RESULTADOS: De los datos obtenidos en la aplicación del test el 87% son válidos y confiables; el 8% son cuestionables y el 5% de los resultados son inválidos.

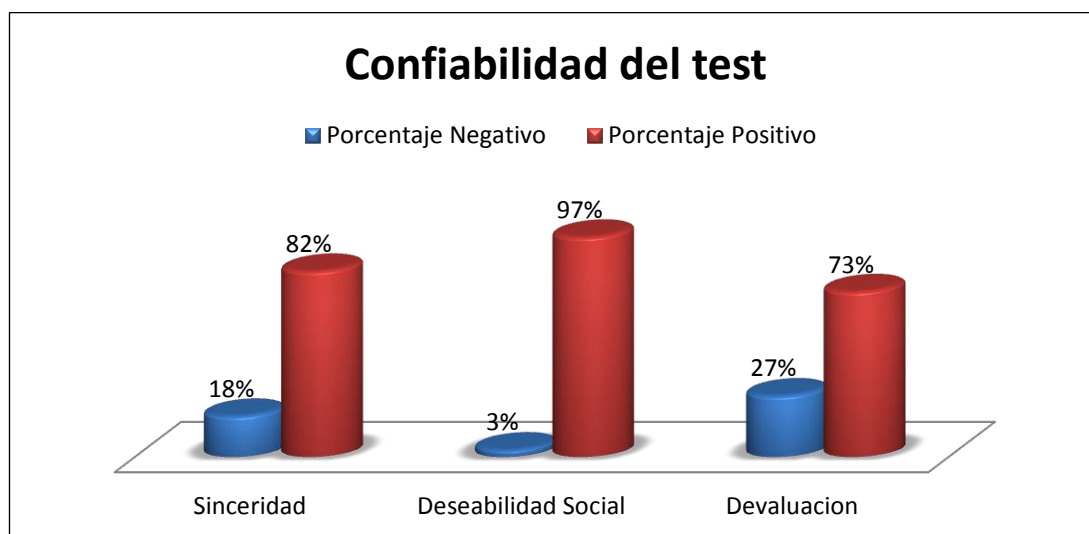
CUADRO Nº 11
CONFIABILIDAD DEL TEST

Variable	Frecuencia	Porcentaje Negativo	Frecuencia	Porcentaje Positivo	Total
Sinceridad	11	18%	49	82%	100%
Deseabilidad Social	2	3%	58	97%	100%
Devaluación	16	27%	44	73%	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO Nº 11
CONFIABILIDAD DEL TEST



ANÁLISIS DE RESULTADOS: De los resultados de los reactivos aplicados el índice de Sinceridad Positiva muestra un 82% mientras que el 18% muestra que existió un grado de reserva y reticencia; en la escala de Deseabilidad Social el 3% de los resultados tienden a mostrarse emocionalmente estables o de forma favorable; la escala de Devaluación Señala el 27% de los residentes tienden a despreciarse o devaluarse.

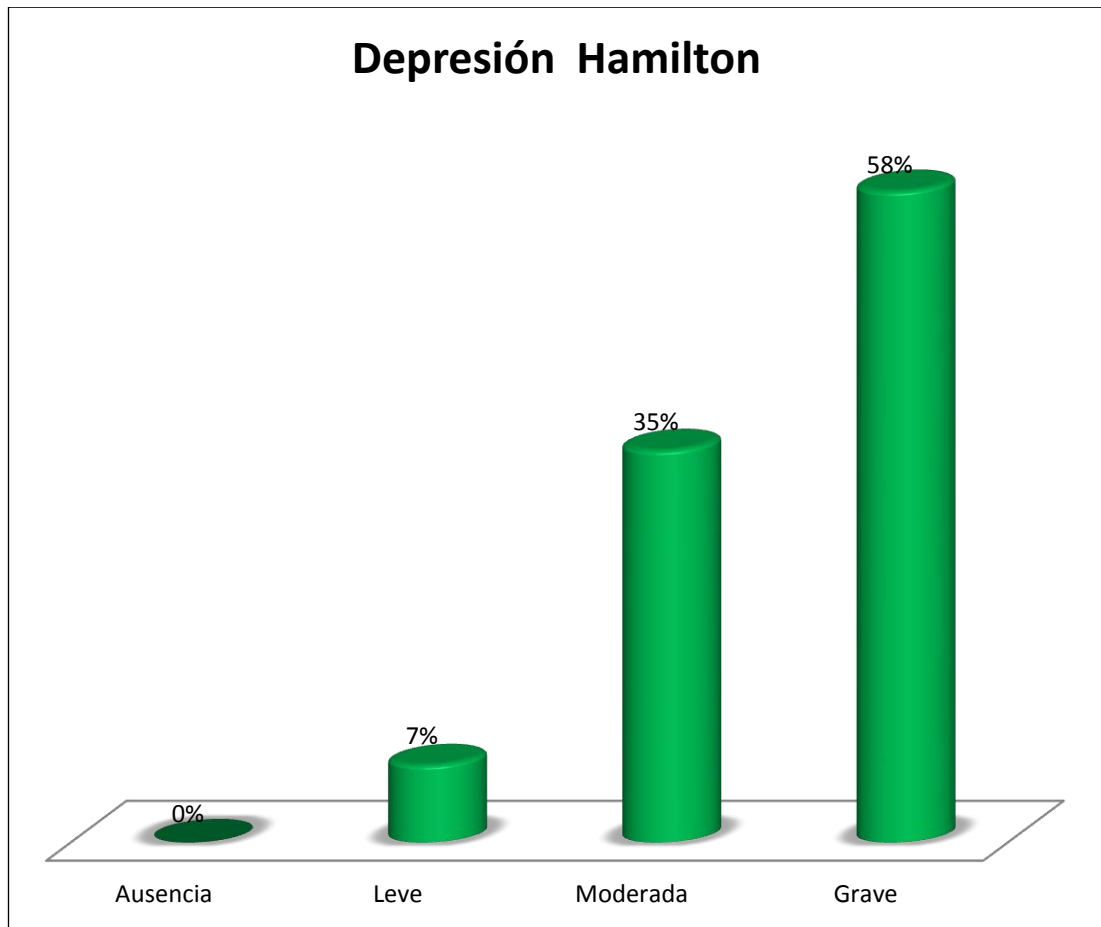
CUADRO N° 12
DEPRESION DE HAMILTON

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	0	0%
Leve	1	7%
Moderada	5	35%
Grave	8	58%
TOTAL	14	100%

Fuente: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Elaborado por: Karla Elizabeth Sinche Pérez

GRÁFICO Nº 12
DEPRESION DE HAMILTON



ANÁLISIS DE RESULTADOS: Debido a que la Depresión es la patología con mayor frecuencia asociada a la dependencia a sustancias se aplicó el test de Depresión de Hamilton, para diferenciar los diferentes tipos de intensidad con la que se presenta. Es así que se obtuvieron los siguientes resultados, 0% en Ausencia de Depresión, 7% presentan Depresión Leve, 35% Depresión Moderada y 58% que corresponde a la mayor parte de la población manifestaron Depresión Grave.

7. DISCUSIÓN

En este estudio investigativo se presentan los resultados obtenidos dentro de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” de la ciudad de Loja, al aplicar el Reactivo Psicológico Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI III), a los pacientes de este centro quienes presentan problemas de adicción por consumo de sustancias psicotrópicas en el periodo comprendido de Mayo a Octubre del 2013; con la finalidad de conocer la prevalencia de Patología Dual y su incidencia en el Proceso de Recuperación de los residentes de dicho Centro.

Es así que los resultados obtenidos en cuanto a la aplicación de reactivos e Historia Clínica Psicológica tenemos, que en un 100% de los residentes son de sexo masculino; el 35% de estos se encuentran en un rango de 36 a 45 años; el 22% corresponden a los residentes de 26 a 35 años; el 18% a los 18 a 25 años y de igual porcentaje a los comprendidos entre 46 a 55 años, solo un 7% del total se encuentran en un rango de 56 a 65 años.

Lo que refiere a datos obtenidos de la Historia Clínica y específicamente del Diagnóstico en cuanto a la adicción tenemos: en mayor porcentaje equivalente a 80% de los residentes han sido diagnosticados con una Dependencia al Alcohol; el segundo valor con más significación corresponden a residentes con Dependencia a Múltiples Sustancias en un 8%; en 5% simultáneamente Dependencia a la Cocaína y Alcohol – Cocaína, solo un 2% de los residentes han sido diagnosticados con Dependencia a la Marihuana.

Lo que corresponde a la obtención de uno de los objetivos de la presente investigación que refiere a la prevalencia de Patología Dual en los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” hemos llegado a determinar que un 80%, los residentes con patologías de adicciones a sustancias psicoactivas presentan comorbilidad como otros trastornos mentales, mientras que solo un 20% de estos presenta específicamente una patología adictiva.

El segundo objetivo a determinar dentro de la presente investigación correspondía a la incidencia de Patología Dual en el proceso de recuperación para el tratamiento a la adicción, es así que en un 75% de los residentes, ha incidido la presencia de dualidad en el proceso de recaída lo que ha conllevado a que estos realizan más de un tratamiento para la dependencia

Los resultados obtenidos y anteriormente mencionados corroboran que la Patología Dual no es una condición aislada sino que tiene una presencia epidemiológica importante. Tanto los estudios llevados cabo en población general como el llevado a cabo en la presente investigación refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada.

Es así que queda constatado la estrecha relación y la incidencia entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo.

Es así que dentro del Artículo Científico: **EVOLUCION CLINICA EN PATOLOGIA DUAL**, de los autores Claudio Maruottolo y Oscar Landeta;

mencionan que los hallazgos en distintas investigaciones demuestran la correlación de trastornos psiquiátricos en consumidores de sustancias y en otros estudios se evidencia la correlación que a mayor gravedad del trastorno psiquiátrico mayor gravedad del trastorno adictivo. Las implicaciones derivadas de estas premisas en relación con la patología dual repercutirán en la eficacia de gestionar su prevención, diagnóstico y tratamiento.

La eficacia de un tratamiento dependerá de distintas variables como la disminución de los síntomas, coincidencia de la necesidad percibida del paciente con la necesidad evaluada del clínico, la accesibilidad al programa, la relación retención-abandono, los cambios que se sustenten en el tiempo y la viabilidad económica de su puesta en práctica. En base a estas consideraciones en pacientes con este tipo de doble diagnóstico no es posible aplicar intervenciones terapéuticas eficaces por separado o en tiempos distintos, esperando que cuando se suprima una se podrán abordar las otras.

Se requiere por tanto, de intervenciones simultáneas y múltiples, basadas en la premisa que la patología dual requiere una terapéutica específica, integrada y multidisciplinar dado que es más compleja que la suma de ambas patologías por separado.

8. CONCLUSIONES

1. Se logró evaluar y diagnosticar Patología Dual en los residentes Posada Solidaria, mediante la Historia Clínica Psicológica, la fase de seguimiento durante algunas etapas del tratamiento de los residentes, además de la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI - III), en conjunto con entrevistas individuales, para una mejor obtención y análisis de datos. Podemos asegurar que los resultados obtenidos a través de las herramientas psicológicas son de alta veracidad, debido a que las escalas determinan confiabilidad, sinceridad y validez.
2. Se ha llegado a determinar a través de los resultados obtenidos por diferentes instrumentos psicológicos aplicados que la prevalencia de Patología Dual en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” es del 80% y su incidencia en el proceso de recuperación es del 75%.
3. La sustancia con mayor índice de consumo en los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” es el alcohol en un 80% valor elevado en relación al consumo de otras sustancias; dentro de los Trastornos Clínicos del Eje I, el Trastorno con mayor porcentaje asociado a la adicción fue el Trastorno Depresivo con un 52% y con valores menos significativos el Trastorno Bipolar, Trastorno Somatomorfo y Trastorno de Ansiedad. El grupo restante comparte la dualidad con Trastornos de la Personalidad, dentro de los cuales el más asociado es el Trastorno Antisocial de la personalidad, con un 38% del total de investigados, y con

menos valor el Trastorno Paranoide y en menor aparición los Trastornos Evitativo y de Dependencia.

4. Los datos obtenidos de Patología Dual serán remitidos a la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, con la finalidad de que esta investigación estadística permita generar nuevas alternativas en el tratamiento a sus residentes.
5. Se elaboró un plan psicoterapéutico basado en Técnicas Cognitivo-Conductual, el mismo que se encuentra seccionado en distintas fases, cada una de ellas con sesiones específicas de acuerdo a las distintas formas de Dualidad y las necesidades propias del residente.

9. RECOMENDACIONES

1. El tratamiento en estos procesos se debe abordar de una manera Multiaxial lo que permitirá intervenir en los trastornos con Patología Dual, ya que su incidencia en los procesos de recaídas generalmente se debe a la no desaparición de la sintomatología del Trastorno Clínico o de Personalidad con el que se relaciona la adicción o de manera inversa.
2. Potenciar la formación de los profesionales de la Comunidad Terapéutica, con la finalidad de atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con Patología Dual, estableciendo programas de formación continuada sobre esta nueva entidad Clínica.
3. Continuar con la aplicación de reactivos psicológicos como el utilizado en la presente investigación ya que nos ha permitido generar un diagnóstico muy confiable.
4. La aplicación del Plan Terapéutico que se ha generado en base a los resultados obtenidos, el cual está estructurado con la finalidad de disminuir los factores de riesgo a recaídas.
5. Es esencial que previo al manejo de las técnicas o métodos terapéuticos disponibles, se determine la naturaleza y características de la Patología Dual y los factores de riesgo que producen la misma.

6. Brindar desde un inicio del proceso de internamiento un tratamiento paralelo a la Adicción y el Trastorno Mental asociado con la finalidad de disminuir la sintomatología presente.

10. PLAN DE INTERVENCION PSICOTERAPÉUTICA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA ENFOCADO DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA” DE LA CIUDAD DE LOJA QUE PRESENTAN PATOLOGÍA DUAL.

El inicio de todo tratamiento requiere: Una valoración diagnóstica precisa, un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: así como también antecedentes, factores desencadenantes, factores predisponentes, factores de mantenimiento, soluciones intentadas, etc.

Se ha desarrollado un modelo de intervención psicoterapéutica con el fin de abordar la entidad clínica, ya que ambos trastornos deben ser considerados primarios cuando coexisten.

El tratamiento será integrado coordinando paralelamente un enfoque de intervención para la doble patología, se combinara elementos y recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como la de la drogodependencia, siendo así este un tratamiento eficaz para abordar integralmente estos casos en función de las características personales y circunstancias del paciente.

Para la elaboración del plan de intervención Psicoterapéutica desde el modelo Cognitivo Conductual se seguirán los siguientes pasos.

- 1.- Encuadre
- 2.- Diagnóstico
- 3.- Planificación de sesiones
- 4.- Intervención Psicoterapéutica
- 5.- Prevención de recaídas
- 6.- Seguimiento

FASE 1: ENCUADRE

En esta fase se pretende informar al residente sobre la importancia de recibir intervención psicológica, en las primeras sesiones se trabaja en el rapport y empatía, que podría ser el acuerdo armonioso que consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales.

El encuadro permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que entiende y comprende sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse libremente.

En el encuadre el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, límites del terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar durante la terapia, el sentido de la confidencialidad además de establecerse los objetivos de las terapias, compromisos deberes y obligaciones por parte del terapeuta como del paciente.

FASE 2: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Para la elaboración de un diagnóstico eficaz es de gran importante la observación hacia el residente como además la aplicación de una Historia Clínica Psicológica adecuada, generando datos específicos del paciente, sumado a esto la aplicación de reactivos psicológicos previamente seleccionados

La sintomatología presente nos ayude a tener una visión más amplia de lo que sucede con el residente, elaborando así el diagnóstico definitivo que permita seleccionar el tratamiento más adecuado y específico de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

FASE 3: PLANIFICACIÓN DE SESIONES

El tratamiento previamente analizado y estructurado estará provisto de las técnicas más adecuadas, las cuales estarán encaminadas a la desaparición o disminución de la sintomatología que presenten cada residente de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, es por ello que las técnicas utilizadas estarán enfocadas específicamente hacia las conductas y comportamientos que se pretenden modificar, con la finalidad de cambiar o mejorar las estructuras cognitivas que se han deteriorado producto de la sintomatología o del consumo de sustancias.

La planificación terapéutica consta de sesiones las mismas que serán empleadas y ordenadas de acuerdo a las necesidades que presente cada paciente.

FASE 4: INTERVENCIÓN

Esta es la fase de aplicación del proceso terapéutico, a través de las técnicas y sesiones previamente seleccionadas; con el objetivo de controlar, los aspectos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente), cognitivos (pensamientos distorsionados o creencias irracionales), conductuales (actividades ordinarias que se ven reducidas o eliminadas como consecuencia de la adicción, depresión o ansiedad) y sociales (impacto de este problema en la esfera socio familiar del residente).

Si es necesario se modificara el orden de las sesiones de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

FASE 5: PREVENCIÓN EN RECAÍDAS

Denominada fase de reinserción o alta, luego de un tratamiento de rehabilitación, en el que el sujeto y su familia se comprometieron en un plan de abstinencia. Reinserción social que resulta difícil, dada la tendencia a la marginación de quienes padecen este problema.

Es por ello que el objetivo de esta fase es fortalecer el trabajo en prevención de recaídas y reforzar las estrategias de protección ante situaciones de riesgo, las cuales se intentan identificar a fondo. Las señales de alerta siempre surgen antes de que la persona recaiga, como una serie de eventos que culminan finalmente en el consumo de sustancias.

El seguimiento post-terapéutico gradual puede ser a los 3, a los 6 meses y 1 año meses de la terminación del proceso de rehabilitación.

FASE 6: SEGUIMIENTO

La fase de seguimiento nos ayuda a mantener el contacto con el residente permitiéndonos de esta manera ir evaluando la eficacia del tratamiento efectuado, además nos permite ir afirmando aquellos cambios cognitivos y comportamentales que se llevaron a cabo dentro del proceso, y así evaluar, analizar y prevenir situaciones que puedan convertirse en factores de riesgo para posibles recaídas en el proceso terapéutico.

La fase de seguimiento está estructurada de manera que tanto el residente como el terapeuta tienen la oportunidad de manejar cualquier situación adversa, y la cual no tiene un tiempo específico, más bien dependerá de la seriedad e interés que ponga el paciente en su proceso de recuperación.

**DISEÑO DE LA PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA EN
PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL DE LA COMUNIDAD
TERAPEUTICA “POSADA SOLIDARIA”
CONSUMO DE SUSTANCIAS – DEPRESIÓN**

FASE Nº 1

● **TEMA:**

Encuadre: Establecer Relación Terapéutica

● **OBJETIVO:**

Establecer rapport para crear ambiente de confianza

Exponer metodológicas y modelos de actividad terapéutica

● **DURACIÓN:**

Una sesión de 20 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

● **PROCEDIMIENTO:**

Está diseñada para que el paciente conozca las bases del tratamiento, así como, para conocer al terapeuta, y, los términos y condiciones, bajo los cuales se trabajara, como acuerdos, compromisos, normas y se fijaran límites tanto al paciente como el terapeuta. se explicara los objetivos terapéuticos, metodología y funcionamiento

Se motiva al paciente a la participación de una charla de motivación sobre la importancia de la intervención psicológica.

FASE Nº 2

- **TEMA:**

Elaborar Evaluación y diagnóstico

- **OBJETIVO:**

Evaluar al paciente de forma integral, para determinar factores predisponentes, desencadenantes, precipitantes y atenuantes que llevaron a la patología dual

Obtener de información para la realización del diagnóstico clínico.

- **DURACIÓN:**

Una sesión de 40 - 50 minutos dependiendo la rapidez y disponibilidad del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

En esta fase se obtiene información de datos para la elaboración de la Historia Psicología Clínica y mediante la aplicación de reactivos psicológicos para desarrollar el diagnóstico del residente y así saber las necesidades del tratamiento que requiere cada uno.

FASE N°3

SESION N°1

- **TECNICA:**

Psicoeducación

- **OBJETIVO:**

Crear conciencia de enfermedad en el paciente acerca de la patología dual y de la importancia y necesidad del tratamiento tanto para la adicción como para la depresión.

- **DURACIÓN:**

Una sesión de 40 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

El objetivo es conseguir orientar y guiar, realizando una explicación detallada sobre la dualidad (consumo de sustancias - depresión) presente en el residente.

Abordar la sintomatología producida por el consumo de sustancias psicoactivas, así como la del trastorno mental que coexiste con este, para así eliminar prejuicios, conseguir adherencia al tratamiento para mejorar el cumplimiento del tratamiento y por ende reducir el riesgo de recaídas.

SESIÓN Nº 2

- **TECNICA:**

Análisis de ventajas y desventajas

- **OBJETIVO:**

Identificar las ventajas y desventajas del consumo.

- **DURACIÓN:**

Una sesión de 50 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Realizar un listado con posibles ventajas y desventajas del consumo.

Se muestra estas creencias al paciente, se las ilustra colocándolas en cada casilla, el terapeuta con el paciente conjuntamente identifica sus creencias relacionada con la drogas.

ANALISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS

VENTAJAS DE USAR DROGAS

Soy popular con mis amigos
Me vuelvo más divertido y alegre
Olvido mis penas y malestares

DESVENTAJAS DE USAR DROGAS

Tengo problemas en mi trabajo y familia
Afecta a mi salud
Realizo actividades que no haría sin la sustancia

SESIÓN Nº 3

- **TECNICA:**

Registro de Pensamientos Automáticos A –B –C

- **OBJETIVO:**

Es útil para enseñar a los pacientes a generar respuestas racionales.

- **DURACIÓN:**

Tres Sesiones de 35-40 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Se le solicita al paciente que realice un registro de sus pensamientos con el objetivo de detectarlos e identificar el estímulo que los activa. Posteriormente se evalúa las emociones, las creencias, con la finalidad de enseñarle al paciente a generar respuestas racionales objetivas.

Autoregistro			
Fecha /Hora	A Acontecimiento (Situación o recuerdo que nos hace sentir mal)	B Pensamiento (Pensamientos automáticos que nos vienen a la mente y el grado de credibilidad que les otorgamos)	C Consecuencia emocional Emociones que experimentamos y su intensidad)

SESIÓN Nº 4

- **TECNICA:**

Detección de Pensamientos

- **OBJETIVO:**

Identificar y eliminar pensamientos automáticos que inhiben conductas positivas y pueden desencadenar conductas destructivas de consumo o depresivas

- **DURACIÓN:**

Dos Sesiones de 20-25 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Cuando el paciente tiene la necesidad o el deseo de consumir se identifica y describe el pensamiento disfuncional, y cuando lo está verbalizando al cual se lo interrumpe utilizando la orden "ALTO" o mediante el uso de un ruido fuerte el cual interrumpa los pensamientos disfuncionales, luego se sustituye inmediatamente una secuencia de pensamientos agradables.

Se puede combinar la detección de pensamiento con la respiración, misma que ayuda a sustituir el foco de atención.

SESIÓN Nº 5

- **TECNICA:**

Relajación Muscular Progresiva

- **OBJETIVO:**

Disminuir niveles de ansiedad.

Eliminar contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

- **DURACIÓN:**

Sesiones de 30-35 minutos aproximadamente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Para el desarrollo de la técnica se debe evitar un el lugar donde exista estímulos auditivos y visuales que puedan ser distractores.

La posición adecuada para la relajación es:

Sobre un diván se coloca los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.

El procesamiento de la técnica es el siguiente:

Tensar los músculos en su grado máximo

1. Mano y antebrazo
2. Bíceps
5. Frente
6. Parte superior de las mejillas y nariz
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas
8. Cuello y garganta
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
10. Región abdominal o estomacal
11. Muslos
12. Pantorrillas
13. Pies

Cada musculo se tensa de forma individual.

Posteriormente se procede a relajar cada musculo

SESIÓN Nº 6

- **TECNICA:**

Reestructuración Cognitiva – Resolución de problemas

- **OBJETIVO:**

Identificar y cambiar las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados).

Enseñar al paciente a pensar de la manera correcta, atacando los errores o distorsiones en el pensamiento

- **DURACIÓN:**

Tres Sesiones de 45-50 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Se enseña al paciente a aprender a encontrarlos las distorsiones cognitivas para poder cambiarlos. Para cambiar los estados emocionales negativos es muy importante aprender a identificar los pensamientos automáticos pues,

El individuo identifica y define el problema para poder elaborar soluciones alternativas y de esta manera explorar posibles soluciones y tome las decisiones más acertadas. Descomponer el problema en sus componentes elementales puede ayudar a hacer el problema más sencillo. Se debe seguir los pasos:

1. Definir el problema con términos específicos
2. Proponer una serie de soluciones posibles
3. Examinar los pros y contras de cada solución, en presente y futuro.
4. Escoger la mejor solución hipotetizada.
5. Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
6. Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

SESIÓN Nº 7

- **TECNICA:**

Repaso Conductual (Role-Playing)

- **OBJETIVO:**

El objetivo es trabajar la empatía y la comprensión con los demás

- **DURACIÓN:**

Dos Sesiones de 20-25 minutos aproximadamente

- **PROCEDIMIENTO:**

En esta técnica se incita al paciente hacer un intercambio de roles en donde representaran posiciones contrarias a la que en verdad son, para desarrollar esta técnica se seguirán cuatro fases:

- 1).- Motivación.- El terapeuta que promueve un clima de confianza y presenta conflictos para que se tomen en cuenta, como un tema de interés.
- 2).- Preparación para la dramatización.- se da a conocer los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto, que personajes intervienen y qué situación se va a dramatizar.
- 3).- Dramatización.- Los pacientes asumen el rol protagónico y se esfuerzan por preparar el argumento pertinente, tratando de encontrar un diálogo que evidencia el conflicto que presenta a sus compañeros.
- 4).- Debate.- Se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada y se hacen las preguntas sobre el problema dramatizando

SESIÓN Nº 8

- **TECNICA:**

Técnicas de Imaginación

- **OBJETIVO:**

El objetivo es modificar los pensamientos utilizando la imaginación.

- **DURACIÓN:**

Tres Sesiones de 20-25 minutos aproximadamente

- **PROCEDIMIENTO:**

Se la utiliza para cambiar las creencias relacionadas con el consumo y los pensamientos automáticos.

a) Reenfoco mediante la imaginación: Implica la repetición de una auto imagen fuerte, para poder superar los deseos (Ejemplo, imaginar que es un futbolista y que patea un penal el deseo de consumo es la pelota que se patea.

b) Sustitución por imagen negativa: Consiste en imaginar una consecuencia negativa de consumir cuando aparecen los pensamientos que llevan al deseo. Las imágenes “positivas” acerca de la sustancia y que llevan al deseo son sustituidas por imágenes de las consecuencias negativas de hacerlo.

c) Reemplazo por imágenes positivas: Se refiere a la sustitución de imágenes negativas del consumo por consecuencias positivas.

d) Repaso mediante la imagen: En ésta, las imágenes se utilizan como medio de práctica o repaso de ciertas habilidades adquiridas. (Ejemplo, imagine una fiesta donde después de comer le ofrezcan la sustancia. En el repaso mediante la imaginación, luego del ofrecimiento responde: No gracias, no bebo.)

SESIÓN Nº 9

- **TECNICA:**

Técnicas de Distracción

- **OBJETIVO:**

El objetivo principal es distraerse ante pensamientos y sentimientos relacionados con el deseo de consumo y facilitar el afrontamiento inicial, siempre de forma temporal para que la persona aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazante incrementando así su tolerancia a la frustración.

- **DURACIÓN:**

Dos Sesiones de 30-35minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Estas técnica sólo se utilizan ante situaciones de muy alta intensidad emocional, se le enseña a:

- ❖ Identificar actividades placenteras
- ❖ Distraerse de sus pensamientos utilizando recuerdos agradables, imágenes positivas (un abrazo, una sonrisa)
- ❖ Desviar la atención del mismo individuo poniendo la atención en otras personas
- ❖ Contar (respiraciones, por ejemplo 10-9-8 etc.)
- ❖ Relajarse y calmarse mediante la bailo terapia, aroma terapia, músico terapia

SESIÓN Nº 10

- **TECNICA:**

Solución de Problemas

- **OBJETIVO:**

Incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas (experiencias estresantes de la vida) y poner en marcha opciones de afrontamiento más eficientes.

- **DURACIÓN:**

Tres Sesiones de 35-40 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

El proceso de solución de problemas es a través del cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas, generando actitudes y destrezas, de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimiento estresantes

Orientación general: se le pide al paciente que realice un listado identificando el problema, definición y formulación del problema: describir de forma detallada el problema, generación de alternativas de posible solución: se solicita elaborar un listado con las posibles soluciones de afrontamiento, Toma de decisiones: seleccionar las estrategias más prometedoras, Verificación: ver las consecuencias, si no obtiene la respuesta deseada seleccionar otra alternativa.

SESIÓN Nº 11

- **TECNICA:**

Entrenamiento en Habilidades Sociales

- **OBJETIVO:**

Responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumo.

Identificar las situaciones de alto riesgo o factores precipitantes, tanto internos como externos.
Fomentar el manejo de situaciones dolorosas.
Incrementar la confianza para relacionarse con gente que no utiliza drogas

- **DURACIÓN:**

Tres Sesiones de 40-50 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Se suele comenzar explicando por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuales son básicas y por qué funcionan. Se discute con el terapeuta las razones a favor y en contra de la adquisición de la habilidad específica.

Al comenzar a aplicar un programa de entrenamiento en habilidades sociales es importante asegurarse de que.- El paciente entienda los principios básicos de la conducta socialmente apropiada, se encuentre preparado para el entrenamiento, la dedicación del cliente será reforzada aunque los resultados sean precarios y se valoran los cambios que se producirán en el entorno del paciente.

SESIÓN Nº 12

- **TECNICA:**

Control y programación de Actividades

- **OBJETIVO:**

El objetivo principal de esta técnica es modificar ya que el paciente durante la recuperación empieza a contar con mucho tiempo libre. Para lo cual es de suma importancia programar nuevas actividades.

- **DURACIÓN:**

Tres sesiones de 50 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

Se elabora un registro con las conductas relacionadas con el consumo.

Se registra las actividades que fueron o que son de disfrute de modo que pueda programar nuevas actividades el mismo, lo cual brindara nuevas alternativas no relacionadas con las drogas.

FASE V

SESIÓN Nº 13

- **TEMA:**

Prevención de Recaídas

- **OBJETIVO:**

El objetivo de la sesión, es que el paciente aprenda a identificar los antecedentes externos e internos (emocionales, cognitivos y conductuales) que preceden a una recaída, y así aprender a identificar y preparar un plan para controlar estos aspectos.

- **DURACIÓN:**

Tres Sesiones de 40 minutos aproximadamente

- **PROCEDIMIENTO:**

Se utiliza el Diagrama de recuperación, que es un listado de comportamientos, conductas objetivas, donde el paciente registra los nuevos comportamientos que funcionan para el manejo de la abstinencia, y, evitar la recaída, así como, las situaciones, personas, lugares, y, estados de ánimo, que específicamente tiene que evitar. Este diagrama, es revisado continuamente a lo largo de todo el proceso de recuperación.

El paciente, marca diariamente aquellas estrategias, y, situaciones y detonantes, que evita. La revisión diaria, y, el añadir nuevos comportamientos, retroalimentan y favorecen la motivación y aumentan la capacidad de automanejo en el camino de la recuperación, disponiendo de un listado de actividades alternativas en el caso de encontrarse en situación de riesgo.

Este ejercicio, da lugar a la toma de conciencia, y, la posibilidad de cambio, que será medido a lo largo del proceso de recuperación.

SESIÓN N° 14

- **TEMA:**

PLAN DE VIDA

- **OBJETIVO:**

El objetivo es que los pacientes lleguen a es conocer las bases con que cuenta para construir su proyecto de vida. Debe propiciar una sana aceptación de sí mismo y de las circunstancias que lo rodean.

- **DURACIÓN:**

Sesión de 30-25 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

El plan de vida constituye el camino para alcanzar las metas, en donde el residente en primer lugar reconoce el (FODA) es decir sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que tienen para conseguir los objetivos planteados ya sean a corto, mediano y largo plazo y saber qué actividades, métodos y tiempo va necesitar para alcanzarlos.

SESIÓN Nº 15

- **TEMA:**

CIERRE TERAPEUTICO

- **OBJETIVO:**

El objetivo es que los pacientes lleguen a conseguir y mantener su capacidad de auto-apoyo, una mayor conciencia más allá de la presencia del terapeuta.

- **DURACIÓN:**

Sesión de 20-25 minutos aproximadamente de acuerdo a las necesidades psicoterapéuticas del paciente.

- **PROCEDIMIENTO:**

El cierre terapéutico se define como la última fase del proceso, es decir la última sesión del encuentro terapéutico. En la cual se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa por el trabajo realizado. Es bueno poder cerrar con un abrazo cuando sea posible, u otro gesto que permita a la persona irse reconfortada y que pueda llevarse la sensación.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Balarezo Ch, L. (2007). *Psicoterapia*. Quito-Ecuador. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
2. Barlow, H., Durand, M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
3. Beck. A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
4. Cano-Vindel, A. (2008). Tratamientos eficaces. *Sociedad Española Para el Estudio de la Ansiedad y del Estrés*, 1-12.
5. Castaño, G. (2000). *Cocaínas Fumables en Latinoamérica. Adicciones*. Madrid: Cauce.
6. Castillo, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: Concepto, Medición y Terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.
7. Chesea, D., Abadías, M. E., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). El Craving, un Componente Esencial en la Abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 93-112.
8. Escala de ansiedad de Hamilton (2006). Psicopsi. *Estudio del psicoanálisis y psicología. Escala de ansiedad de Hamilton*, 1-15.
9. Fernández, P., Ladero, J., Leza, J., Hernández, I. (1998). *Drogodependencia. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. Madrid: Médica Panamericana.

10. Galanter, M., Kléber, H.D. (eds). (1997). *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias*. Barcelona: Masson.
11. García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Herminia, J.R. y Fernández-Artamentdi, S. (2006). *El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción*. Valencia: Paidós.
12. García, O., tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona.
13. González, I. (2004). Estrategias Cognitivo-Conductuales para el Manejo del Craving. *RET Revista de Toxicomanías*, 1,2.
14. Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. (2009). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno de España.
15. López, A. y Becoña, E. (2006). El craving en Personas Dependientes a la Cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
16. NIDA (National Institute on Drug Abuse). (2005). Serie de Reportes de Investigación Cocaína Abuso y Adicción . *Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas*, 1-8.
17. Ortiz de Zarate, A., Durana, I., Gonzales, A., (2010). *Patología Dual*. Editorial Masson. Barcelona - España
18. Polo Martínez, I. (2006). Distorsiones Cognitivas en los Grupos de Drogodependientes con Diagnóstico Dual. *Psicogente*, 119-134.

MANUALES Y GUÍAS CLÍNICAS

19. Asociación Americana de Psiquiatría. (1998). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
20. Graña, J. (1994). *Intervención Conductual Individual en las Drogodependencias. Conductas Adictivas*. Madrid: Debate.
21. Graña, J. L. (1994). *Evaluación Conductual de las Drogodependencias*. Madrid: Editorial Debate.
22. Fleming, M., Lawton, K. (2008). *Guía Clínica de los Trastornos Adictos*. Madrid: Mosby.
23. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de psicológicos, Formulación Clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Autor: Vicente E. Caballo, Volumen 2.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
25. Sáiz, P.A., Bascarán, M.T., Bobes, J., Portilla, M.P.G., Bousoño, M. (2006). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica*. Barcelona: GRUPO ARS XXI COMUNICACION(CESó ACT.).
26. Secades Villa, R. y Fernández Herminia, J.R. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces en la Drogadicción: Alcoholismo, Cocaína y Heroína*. Madrid: Pirámide.

27. Tejero, A., Trujols, A. (2003). *Instrumentos Clínicos Para la Evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

PAGINAS ELECTRONICAS

28. Cormier, H. William y Cormier-Sherilyn. (2000). *Estrategias de Entrevista para Terapeutas*. Bilbao: Descleé De Brouwer.

29. Dorantes, M.D., Leyva, J., Leyva, E., col. (12 de Octubre de 2007). *Terapia Cognitivo-Conductual*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2012, de <http://terapiacognitivo-conductual.blogspot.com/>

30. García V., patología dual en comunidades terapéuticas. Editorial de la Universidad de Granada. 2011. P 71.

31. Rivadeneira, C. D. (1 de julio de 2009). *¿Por qué muchos pacientes eligen Terapia Cognitivo-Conductual?* Recuperado el 15 de Agosto de 2012, de <http://cetecic.com.ar/revista/por-que-muchos-pacientes-eligen-terapia-cognitivo-conductual/>

32. <http://www.identidadpm.org.ar/adicciones/patolog%C3%ADa-dual>

33. http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

34. <http://www.pearsonpsychcorp.es/producto/62/mcmi-iii-inventario-clinico-multiaxial-de-millon#sthash.nicNoAiJ.dpuf>

12. ANEXOS

ANEXO Nro. 1



HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

No

Residente:.....

Lugar y fecha de nacimiento:.....Edad:

Procedencia:.....Residencia:

Estado civil:.....Religión:.....

Instrucción:..... Ocupación:.....

Domicilio:.....Teléfono:.....

Nro. De Internamientos:

Familiar o persona responsable:.....

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. FUENTES DE INFORMACIÓN:

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

5. ENFERMEDAD ACTUAL:

6. PSICOANAMNESIS PERSONAL:

Prenatal, Natal, Infancia, Adolescencia y Juventud, Aduldez y Vejez

7. PSICOANAMNESIS FAMILIAR:

8. HISTORIA LABORAL:

9. HISTORIA SOCIAL:

10. HISTORIA PSICOSEXUAL:

11. PATOLOGÍAS ANTERIORES:

12. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL:

- a) Apariencia*
- b) Condiciones de interacción*
- c) Estado de la conciencia*
- d) Orientación*
- e) Atención*
- f) Memoria*
- g) Lenguaje: (voz, ritmo del habla)*
- h) Pensamiento: (Curso, Estructura, Contenido)*
- j) Afectividad*
- k) Sensopercepción*
- l) Inteligencia*
- m) Juicio*
- n) Voluntad*
- o) Instintos: Sueño, Apetito y Conservación*

13. PSICOANAMNESIS ESPECIAL:

- a) Factor Predisponente**
- b) Factor Desencadenante**
- c) Factor Precipitante**

14. RESULTADO DE TESTS

15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

16. EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: Cuadros Clínicos

EJE II: Personalidad; Retardo mental; Mecanismos de defensa.

EJE III: Enfermedades médicas

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales

EJE V: Actividad global

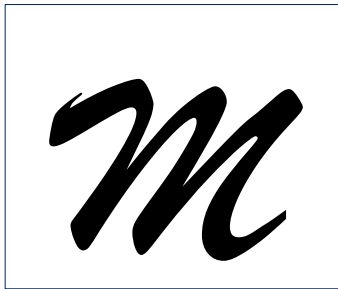
17. CONCLUSIONES

18. RECOMENDACIONES

Profesional responsable

ANEXO Nro. 2

TEST APLICADO



MCFI – III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON - III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES

1. Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**
2. Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un **LÁPIZ** blando que escribe en color **NEGRO** y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
3. Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarte a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MÁS SINCEROPOSIBLE.**
4. No se preocupa si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
5. A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la hoja de respuestas. **Si ESTA DE ACUERDO** con una frase o piense que describe su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** correspondiente a la letra “V” (Verdadero). Si por lo contrario la frase **NO REFLEJA NI CARACTERIZA** su forma de ser, **MARQUE CON UN ASPA EL ESPACIO** de la letra F (Falso). Así:

1 Soy un ser humano

Como esta frase es verdadera para Ud. Se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero).

V F
1.

2 Mide más de tres metros

Esta frase es falsa para Ud., por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso).

2.

6. Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de la letra F (Falso).
7. Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.
8. No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.



MCMi - III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON - III

DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS Y CLINICOS

Nombre y apellido

N° identificación Fecha nacimiento Sexo V F

Profesión actual

1. ESTADO CIVIL

No ha estado casado Casado en 1er matrimonio Divorciado

Separado Casado (2das nupcias más) Vive en pareja

Viudo Otros (especificar) _____

2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque el nivel más alto que ha cursado)

Primarios (hasta 6° de Educación Primaria) 3er estudios universitarios

8° de EGB o Graduado escolar Estudios Universitarios

ESO o FP Otros niveles (indicar) _____

COU o Bachillerato _____

3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA LA PRUEBA (Marque el que corresponde)

Centro de docencia (escuela, universidad, etc.) Centro de salud (consultas)

Ingresado en un centro hospitalario o clínico Orientación profesional

Centros de detección Otros (indicar) _____

4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen Residencia

5. INDIQUE CON LOS NUMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS

Matrimonial o familiar Confianza en sí mismo Trabajo, estudio

Cansancio o enfermedad Soledad Alcohol

Drogas Problemas mentales Conductas Antisociales

Otros (especificar) _____

A CUMPLIMENTAR POR ELEXAMINADOR

¿Paciente internado? SI NO

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

1. Últimamente parece que me quedo sin fuerzas, incluso por la mañana.
2. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.
3. Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir por cuál empezar.
4. Gran parte del tiempo me siento débil y cansado.
5. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.
6. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.
7. Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
8. La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
9. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.
10. Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.
11. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
12. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.
13. En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.
14. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.
15. Las cosas que hoy van bien no durarán mucho tiempo.
16. Soy una persona muy agradable y sumisa.
17. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
18. Tengo miedo acercarme mucho a otra persona porque podría acabar siendo ridiculizado o avergonzado.

19. Parece que elijo amigos que terminan tratándome mal.
20. He tenido pensamientos tristes gran parte de mi vida desde que era niño.
21. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
22. Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
23. Beber alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
24. Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.
25. Me siento culpable muy a menudo sin ninguna razón.
26. Los demás envidian mis capacidades.
27. Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.
28. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.
29. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.
30. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destrozar cosas.
31. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.
32. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
33. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.
34. Últimamente he perdido los nervios.
35. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.
36. Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello.

37. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
38. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.
39. Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
40. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.
41. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
42. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.
43. A menudo me siento triste o tenso, inmediatamente después de que me haya pasado algo bueno.
44. Ahora me siento terriblemente deprimido y triste gran parte del tiempo.
45. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.
46. Siempre he sentido menos interés por el sexo que la mayoría de la gente.
47. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.
48. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
49. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
50. No soporto a las personas influyentes que siempre piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
51. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.
52. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.
53. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.

54. Muchas veces me siento muy alegre y animado sin ninguna razón.
55. En las últimas semanas me he sentido agotado sin ningún motivo especial.
56. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
57. Pienso que soy una persona muy sociable y extrovertida.
58. Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas.
59. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
60. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.
61. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez y no desaparecen.
62. Desde hace uno o dos años, al pensar sobre la vida, me siento muy triste y desanimado.
63. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
64. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles solo para hacer sufrir a los demás.
65. En el último año he cruzado n el Atlántico en avión 30 veces.
66. En el pasado, el hábito de abusar de las drogas me ha hecho faltar al trabajo
67. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.
68. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
69. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
71. Cuando estoy solo, a menudo noto cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto

72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.
73. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.
74. No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
75. Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.
76. Tengo una y otra vez pensamientos extraños de los que desearía poder librarme.
77. Tengo muchos problemas para controlar el impulso de beber en exceso.
78. Aunque esté despierto, parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
79. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.
80. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.
81. Me avergüenzo de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven.
82. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
83. Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.
84. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.
85. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permita.
86. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.
87. A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
88. Cuando estoy en una fiesta nunca me aíso de los demás.
89. Observo a mi familia de cerca para saber en quien se puede confiar y en quién no.
90. Algunas veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo.
91. El consumo de "drogas ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.

92. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.
93. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que solo pienso en mí mismo.
94. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
95. A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.
96. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.
97. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
98. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.
99. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.
100. Supongo que no soy diferente de mis padres ya que, hasta cierto punto, me he convertido en un alcohólico.
101. Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.
102. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
103. Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.
104. No puedo experimentar mucho placer porque no creo merecerlo.
105. Tengo pocos deseos de hacer amigos íntimos.
106. He tenido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan animado y he consumido tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
107. He perdido completamente mi apetito y la mayoría de las noches tengo problemas para dormir.

- 108.** Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.
- 109.** El recuerdo de una experiencia muy perturbadora de mi pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
- 110.** El año pasado aparecí en la portada de varias revistas
- 111.** Parece que he perdido el interés en la mayoría de las cosas que solía encontrar placenteras, como el sexo
- 112.** He estado abatido y triste mucho tiempo en mi vida desde que era bastante joven.
- 113.** Me he metido en problemas con la ley un par de veces.
- 114.** Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.
- 115.** A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.
- 116.** He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.
- 117.** La gente piensa que, a veces, hablo sobre cosas extrañas o diferentes a las de ellos.
- 118.** Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin tomar drogas.
- 119.** La gente está intentando hacerme creer que estoy loco.
- 120.** Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.
- 121.** Sigo dándome atracones de comida un par de veces a la semana.
- 122.** Parece que hecho a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mí camino.
- 123.** Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.
- 124.** Cuando estoy solo y lejos de casa, a menudo comienzo a sentirme tenso y lleno de pánico.
- 125.** A veces las personas se molestan conmigo porque dicen que hablo mucho o demasiado deprisa para ellas.

- 126.** Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
- 127.** Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
- 128.** No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.
- 129.** Años después, todavía tengo pesadillas acerca de un acontecimiento que supuso una amenaza real para mi vida.
- 130.** Ya no tengo energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias.
- 131.** Beber alcohol me ayuda cuando me siento deprimido.
- 132.** Odio pensar en algunas de las formas en las que se abusó de mí cuando era un niño.
- 133.** Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.
- 134.** Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.
- 135.** Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.
- 136.** Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".
- 137.** Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.
- 138.** Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.
- 139.** Se me da muy bien inventar excusas cuando me meto en problemas.
- 140.** Creo que hay una conspiración contra mí.
- 141.** Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.
- 142.** Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío o hueco.

143. Algunas veces me obligo a vomitar después de comer.
144. Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.
145. Me paso la vida preocupándome por una cosa u otra.
146. Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.
147. Ciertos pensamientos vuelven una y otra vez a mi mente.
148. Pocas cosas en la vida me dan placer.
149. Me siento tembloroso y tengo dificultades para conciliar el sueño debido a doloroso recuerdos de un hecho pasado que pasan por mi cabeza repetidamente.
150. Pensar en el futuro al comienzo de cada día me hace sentir terriblemente deprimido.
151. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo nada para los demás.
152. Tengo un problema con la bebida que he tratado de solucionar sin éxito.
153. Alguien ha estado intentando controlar mi mente.
154. He intentado suicidarme.
155. Estoy dispuesto a pasar hambre para estar aún más delgado de lo que estoy.
156. No entiendo por qué algunas personas me sonrían.
157. No he visto un coche en los últimos diez años.
158. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.
159. Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.
160. Mi vida actual se ve todavía afectada por "imágenes mentales" de algo terrible que me paso.

161. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.
162. A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está pasando a mí alrededor.
163. La gente dice que soy una persona delgada, pero creo que mis muslos y mi trasero son demasiados grandes.
164. Hay terribles hechos de mi pasado que vuelven repetidamente para perseguirme en mis pensamientos y sueños.
165. No tengo amigos íntimos al margen de mi familia.
166. Casi siempre actuó rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.
167. Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.
168. Con mucha frecuencia oigo las cosas con tanta claridad que me molesta.
169. Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.
170. Repito ciertos comportamientos una y otra vez, algunas veces para reducir mi ansiedad y otras para evitar que pase algo malo.
171. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
172. La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.
173. Todavía me atorrizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.
175. A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.

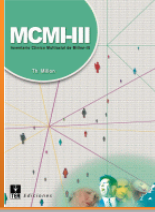
**FIN DE LA PRUEBA
COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN
CONTESTAR ALGUNA FRASE
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con un aspa (X) la respuesta (V = Verdadero; F = Falso)
Que mejor describa a usted y a su manera de ser

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F	151	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F	152	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F	153	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F	154	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F	155	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F	156	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F	157	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F	158	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F	159	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F	160	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F	161	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F	162	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F	163	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F	164	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F	165	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F	166	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F	167	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F	168	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F	169	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F	170	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F	171	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F	172	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F	173	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F	174	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F	175	V	F

PERFIL



Nombre:

Edad: Sexo: Fecha de aplicación:

Baremo:

Responsable de la aplicación:

		PD	PREV	0	35	60	75	85	100	115
1	Esquizoide									
2A	Evitativa									
2B	Depresiva									
3	Dependiente									
4	Histriónica									
5	Narcisista									
6A	Antisocial									
B	Agresiva (sádica)									
7	Compulsiva									
8A	Negativista (pasivo-agresivo)									
8B	Autodestructiva									
S	Esquizotípico									
C	Limite									
P	Paranoide									
A	Trastorno de ansiedad									
H	Trastorno somatomorfo									
N	Trastorno Bipolar									
D	Trastorno Distímico									
B	Dependencia del Alcohol									
T	Dependencia de Sustancias									
R	Tras. Estrés postraumático									
SS	Trastorno del Pensamiento									
CC	Depresión Mayor									
PP	Trastorno Delirante									
X	Sinceridad									
Y	Deseabilidad Social									
Z	Devaluación									
V	Validez									

ANEXO Nro. 3

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0=no presente hasta 4= severo.

HAMILTON PARA LA ANSIEDAD	
Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse3. Ideas de suicidio o amenazas4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	<ol style="list-style-type: none">0. Ausente1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse

	2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. 0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>5. Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. 0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p>

	<p>4. Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

ANEXO Nro. 4
PROYECTO DE TESIS

1. TEMA

“PREVALENCIA DE PATOLOGIA DUAL Y SU INCIDENCIA EN EL PROCESO DE RECUPERACION DE LOS RESIDENTES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA” DE LA CIUDAD DE LOJA. DURANTE EL PERÍODO MAYO – OCTUBRE DE 2013”

2. PROBLEMÁTICA

Hace dos décadas aproximadamente que la observación clínica habitual de la coexistencia de una adicción junto a otro trastorno mental se transforma en una denominación “**Diagnóstico Dual**” (Stowell, 1992)²⁹. La Patología Dual está definida como la concurrencia simultánea de dos trastornos, uno por uso o consumo de sustancias psicotrópicas y otro por Trastornos mentales (Eje I) y trastornos Personalidad (Eje II).

La concurrencia de patología adictiva y otra patología psiquiátrica constituye uno de los desafíos más interesantes para los próximos años, no sólo desde la perspectiva de la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a tal coexistencia, con lo que implica de profundización y mejora del conocimiento de la enfermedad mental, sino también en el desarrollo de estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por profesionales entrenados convenientemente. Todo un reto para los planificadores de políticas sanitarias y profesionales de la salud mental.³⁰

Se estima que en el mundo las personas a lo largo de su vida entre el 85,05 y el 93,0% de los adictos a sustancias padecerán un trastorno mental. A nivel mundial, señala que entre 155 y 250 millones de personas en el mundo las han consumido en el último año; las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis el 2,6% y el 5,0%) entre 119 y 224 millones de consumidores activos; estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), 14,3 y 52,5 millones de usuarios; opioides 0,6% y el 10,8% 26,4 y 36 millones de consumidores; cocaína 0,3% y el 10,4% es decir 13,2 y 19,5 millones de personas.³¹

²⁹Trastornos psiquiátricos en abuso de sustancias en adolescentes hospitalizados. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. PP1036-1040.

³⁰ Patología Dual: situación actual y retos de futuro; Marta Torrens Mèlich, P 1

³¹Informe Mundial sobre las Drogas 2012 P 5

En América Latina se encontró que en pacientes adictos al alcohol, la frecuencia de trastornos mentales es del 37,0% y en personas dependientes de drogas ilegales, la frecuencia de aparición de trastornos mentales es del 53,0, los trastornos más frecuentes son la Depresión mayor, los Trastornos de personalidad, sobre todo antisocial.

En los pacientes con trastornos psiquiátricos la prevalencia de trastornos por uso de sustancias alcanza hasta el 29,0% a lo largo de la vida, pero hay cambios en función de las diferentes patologías psiquiátricas:

El 14,6% de los pacientes con Trastornos de ansiedad sufren una adicción.

El 32,0% de pacientes con Depresión mayor.

El 47,0% de pacientes con Esquizofrenia.

El 81,6% de pacientes con Trastorno bipolar eran alcohólicos.

El 83,6% de pacientes con Trastorno antisocial (TAP) son adictos.³²

Según un estudio realizado por el Consejo Nacional de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP), el consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población ecuatoriana (4,3%), seguido por la cocaína (1,3%) y la pasta base (0,8%).³³

Como resultado de la inmersa complejidad de esta enfermedad, en la ciudad de Loja se han creado Centros especializados, en la rehabilitación y reinserción social de los adictos, mediante programas en los que se incluye varias fases de tratamiento interno y externo, atención al Programa de los Doce Pasos, educación, psicoterapia, terapia familiar, grupo de apoyo, entre otros. Los mismos que tienen como objetivo el establecimiento de la abstinencia, y prevención de recaídas.

³² Estudios ECA=Epidemiologic Catchment Area Studies (*Estudios Territoriales Epidemiológicos*)

³³ Consejo Nacional de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes CONSEP

3. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja, en el Área de la Salud Humana, la Carrera de Psicología Clínica, orientada a propiciar el análisis y construcción de alternativas de solución ante las problemáticas de Salud Mental, mediante la promoción, prevención e intervención psicoterapéutica en los trastornos mentales. Es por ello que esta investigación resalta la importancia que tiene profundizar el estudio de Patología Dual y su incidencia en el proceso de recuperación de residentes de Comunidades Terapéuticas.

En estudios recientes se ha comprobado que muchos de los pacientes que reciben tratamiento en las comunidades terapéuticas para adicción, han presentado conflictos de índole social y familiar, lo que lo ha conducido a buscar soluciones y refugios pasajeros al consumir sustancias psicotrópicas. Incapaces de modificar esta realidad, recurren al consumo constante, progresivo y crónico lo que le lleva a presentar dependencia, tratando de escapar de una realidad y modificar la percepción de su vida. A la par de la adicción el paciente es susceptible de presentar otras patologías que van íntimamente relacionadas con el consumo de las mismas, lo que incrementa la posibilidad de tener mayor conflictividad familiar, laboral, académicas y social generando así nuevas patologías.

Los pacientes con este tipo de adicciones por lo general presentan síntomas de comorbilidad o cuadros asociados que se caracterizan por presentar una gran carga de ansiedad, depresión, alteraciones en su alimentación, como disminución y aumento del apetito, así como anorexia y bulimia, alteraciones de personalidad, bipolaridad (maniaco – depresivo), esquizofrenia y retardo mental, complicando la patología de inicio lo que va a requerir un mayor esfuerzo psicoterapéutico y el uso de técnicas para llegar a un diagnóstico clínico y sus posibles soluciones

Debido al gran porcentaje de pacientes internados en los centros de recuperación por consumo de sustancias psicotrópicas y comorbilidad se ve

la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación, para conocer el porcentaje de pacientes duales y así considerar un posible abordaje psicoterapéutico que sea eficaz, para disminuir la prevalencia y futuras recaídas en pacientes duales.

4. OBJETIVOS

Objetivo General

- ❖ Conocer la prevalencia de patología dual y su incidencia en el proceso de recuperación en los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, de la ciudad de Loja durante el período Mayo – Octubre de 2013

Objetivos Específicos:

- Evaluar y Diagnosticar Patología Dual en residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.
- Identificar los principales trastornos mentales que están asociados al consumo de sustancias.
- Elaborar un registro de datos de los residentes en los que se encuentre patología dual; para el seguimiento de estos durante el proceso de tratamiento.
- Elaborar un plan psicoterapéutico con técnicas cognitivas - conductuales para los residentes de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” que presentan Patología Dual.

5. METODOLOGÍA

El proyecto investigativo se basará en información sobre el tema, mediante recopilación e investigación bibliográfica; para luego establecer una base de datos sobre la prevalencia de patología dual en los residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

Tipo de estudio

- Descriptivo: Se caracteriza por señalar como es y cómo se manifiesta un fenómeno o evento, comprende la descripción, registro e interpretación de la realidad actual de Patología Dual en este grupo de pacientes.
- Transversal: dado que la investigación amerita el registro y comparación de datos; así como se circunscribe a un segmento de tiempo específico durante el periodo Mayo – Octubre 2013.
- Cuantitativa: ya que los datos que obtenga serán analizados de forma numérica apoyándome en la estadística
- Inductivo-Deductivo: Será aplicado para lograr identificar las creencias nucleares, a partir de las conductas, emociones y pensamientos automáticos que presenten los pacientes. Luego respaldara para llegar a las conclusiones y posibles recomendaciones. El deductivo contribuirá al momento de elegir las técnicas cognitivas-conductuales por medio de bibliografía acertada.

Área de estudio

Él estudió para este proyecto de tesis se lo realizo en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria” del Centro de Apoyo Social Municipal de Loja, creada en Marzo del 2005 se encuentra debidamente reconocida, legalizada y con los permisos de funcionamiento. El programa consta de atención psicológica, psiquiátrica de ser necesaria, medica, odontológica, además de las terapias vivenciales, ocupacionales y espirituales, a la par se

realiza el reencuentro familiar y la quema de culpas, las terapias son a nivel individual, grupal, de pareja y familiar.

Universo y muestra

Se trabajara con todos los residentes ingresados en la Comunidad Terapéutica, durante el periodo de seis meses

Instrumentos a utilizarse

- **Entrevista e Historia Clínica Psicológica:** Constituirá una técnica de investigación donde se desarrolla un dialogo directo con el paciente que permitirá la obtención de datos específicos para la llegar a determinar un diagnóstico

- **Inventario Clínico Multiaxial De Millon (MCMI – III):** Evaluación de cuatro escalas de control, 11 escalas básicas, 3 rasgos patológicos, 7 síndromes de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa
 - **PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD:**
 5. Escala 1: Esquizoide
 6. Escala 2: Fóbica (evitativa)
 7. Escala 2B: Depresivo
 8. Escala 3: Dependiente (sumisa)
 9. Escala 4: Histriónica
 10. Escala 5: Narcisista
 11. Escala 6A: Antisocial
 12. Escala 6B: Agresivo-Sádica
 13. Escala 7: Compulsiva (rígida)
 14. Escala 8A: Pasivo-Agresiva
 15. Escala 8B: Autodestructiva (masoquista)

 - **SÍNDROMES CLÍNICOS:**
 1. Escala A: Trastorno de Ansiedad

2. Escala H: Trastorno Somatomorfo
 3. Escala N: Trastorno Bipolar
 4. Escala D: Trastorno Distímico
 5. Escala B: Dependencia del Alcohol
 6. Escala T: Dependencia de Sustancias
- **PATOLOGÍA GRAVE DE PERSONALIDAD :**
 1. Escala S: Esquizotípico
 2. Escala C: Límite (borderline)
 3. Escala P: Paranoide
 - **SÍNDROMES GRAVES:**
 1. Escala SS: Pensamiento Psicótico
 2. Escala CC: Depresión Mayor
 3. Escala PP: Trastorno Delirante
 - **ÍNDICES MODIFICADORES:**
 1. Escala V: Validez
 2. Escala X: Sinceridad
 3. Escala Y: Deseabilidad
 4. Escala Z: Alteración
- Test Audit (Dependencia Alcohólica)
 - Test Cannàbico
 - Cuestionario de Craving de Cocaína
 - Escala de Depresión de Hamilton
 - Depresión Hamilton

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El financiamiento del proyecto investigativo en un 100%, es decir la totalidad del costo será auto gestionado por parte del investigador.

Recursos Humanos

Director de tesis: Dr. Fernando Sarmiento

Estudiante: Karla Elizabeth Sinche Pérez

Pacientes: Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

Recursos institucionales

Área de la Salud Humana

Residentes de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

MATERIALES	COSTOS
Libros	350
Transporte	120
Anillados / Empastado	50
Impresiones	100
Materiales de Escritorio	40
Consultas en la biblioteca e internet	50
Reproducción de los instrumentos aplicados	130
Imprevistos	30
TOTAL	870

6. CRONOGRAMA

Actividad	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
Desarrollo del proyecto	X	X	X	X	X	X	X																					
Presentación y Aprobación del Proyecto									X																			
Marco teórico										X	X	X																
Aplicación de Reactivos Psicológicos													X	X	X	X	X	X	X	X								
Calificación de Reactivos Psicológicos																					X	X	X					
Evaluación: Tabulación y Análisis de la información																						X	X					
Conclusiones y Recomendaciones																								X				
Presentación de la Tesis																									X	X		
Disertación																												X

7.- BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Asociación Americana de Psiquiatría. MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR. Editorial Masson. Barcelona 1998
- ✚ Amaia Ortiz de Zarate, Isabel Alonso Durana, Aitziber Ubis Gonzales, Ángeles Ruiz de Azúa. PATOLOGÍA DUAL. Editorial Masson. Barcelona, España 2010
- ✚ Barlow, H., Durand, M. (2003). PSICOPATOLOGÍA. Editorial Thomson. Madrid, 2003
- ✚ Beck. A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS. Editorial Paídos. Barcelona 1999.
- ✚ Néstor Szerman Bolotner: Carlos María Álvarez Vara; Miguel Casas Brugué. PATOLOGÍA DUAL EN ESQUIZOFRENIA. Opciones Terapéuticas. Editorial Glosa Ronda de Sant Pere, Barcelona (2007)
- ✚ Bartolomé Marín Romero. (2010). TERAPIA DE ACEPTACION Y COMPROMISO APLICADA A UN CASO DE PATOLOGÍA DUAL.
- ✚ Juan Barea; Ana Benito; Matias Real; César Mateu; Eva Martín; Nuria López; Gonzalo Haro. ESTUDIO SOBRE ASPECTOS ETIOLÓGICOS DE LA PATOLOGÍA DUAL.
- ✚ O. García-Rodríguez. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Barcelona.
- ✚ Néstor Szerman Bolotner; Francisco Arias; Horcajadas; Pablo Vega Astudillo; Francisco: Babín Vich; Beatriz Mesías Perez; Ignacio Basurte; ESTUDIO PILOTO SOBRE LA PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (2011)
- ✚ CASAS, M.; GUARDIA, J. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ASOCIADA AL ALCOHOLISMO. Unidad de Conductas Adictivas del Hospital de Sant Pau. Barcelona.

- ✚ Claudio Maruottolo; Oscar Landeta. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA COMORBILIDAD EN EL EJE I DEL DSM-IV-TR EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y
- ✚ TRASTORNO ADICTIVO HALLADOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PATOLOGÍA DUAL
- ✚ Marta Torrens Mèlich. PATOLOGÍA DUAL: SITUACIÓN ACTUAL Y RETOS DE FUTURO. Universitat Autònoma Barcelona.
- ✚ Sociedad Española de Patología Dual, Adicciones y otros trastornos mentales SEPD. TOP EN PATOLOGÍA DUAL
- ✚ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento . Madrid: Meditor.
- ✚ Polo Martínez, I. (2006). Distorsiones Cognitivas en los Grupos de Drogodependientes con Diagnóstico Dual. *Psicogente*, 119-134.
- ✚ Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). (2006). *Psicopsi. Estudio del psicoanálisis y psicología. Escala de ansiedad de Hamilton*, 1-15.
- ✚ <http://www.dep12.san.gva.es/documentos/pdf/PROCESO%20DE%20COORDINACION%20PARA%20PD%20HTAL%20GANDIA%20octubre%202012.pdf>
- ✚ <http://www.josecabreraforneiro.es/pdf/2.pdf>
- ✚ <http://www.identidadpm.org.ar/adicciones/patolog%C3%ADa-dual>
- ✚ http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

INDICE DE CONTENIDOS

Preliminares	Nº de Página.
PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE.....	VII
Contenidos	
1. TÍTULO	8
2. RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
3. INTRODUCCIÓN.....	11
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	14

CAPÍTULO I

1. PATOLOGÍA DUAL

1.1. Definición.....	14
1.2. Síntomas.....	15
1.3. Causas.....	16
1.4. Trastornos frecuentes asociados o patología dual.....	17
1.4.1. Trastorno de Ansiedad y Consumo de Sustancias.....	17
1.4.2. Trastornos Afectivos y Consumo de Sustancias.....	18
1.4.3. Trastorno de Personalidad en Patología Dual.....	18
1.4.3.1. Trastorno Paranoide de Personalidad.....	19
1.4.3.2. Trastorno Esquizoide de la Personalidad.....	20

1.4.3.3.	Trastorno Esquizotípico de la Personalidad.....	21
1.4.3.4.	Trastorno Límite de la Personalidad.....	22
1.4.3.5.	Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	22
1.4.3.6.	Trastorno Narcisista de la Personalidad.....	23
1.4.3.7.	Trastorno Histriónico de la Personalidad.....	24
1.4.3.8.	Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad....	25
1.4.3.9.	Trastorno de Personalidad por Dependencia.....	26
1.4.3.10.	Trastorno de Personalidad por Evitación.....	27
1.4.4.	Trastorno Psicótico con Consumo de Sustancias.....	28

CAPITULO II

2. TRASTORNOS MENTALES

2.1.	Trastorno Depresivo.....	31
2.2.	Trastorno Bipolar.....	32
	Episodio Depresivo.....	33
	Episodio Maniaco.....	34
	Episodio Mixto.....	35
	Trastornos De Ansiedad.....	35
2.3.	Trastorno De Personalidad.....	37

CAPITULO III

3. SUSTANCIAS PSICOTROPICAS

3.1.	Historia.....	41
3.2.	Definición.....	42

3.3. Tipos de sustancias.....	43
3.3.1. Alcohol.....	43
3.3.2. Tabaco.....	44
3.3.3. Cocaína.....	45
3.3.4. Marihuana.....	46
3.3.5. Heroína.....	47
3.3.6. Inhalantes.....	47
3.3.7. LSD.....	48
3.4. Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.....	49
3.4.1. Criterios Diagnósticos Dependencia de Sustancias.....	50
3.4.2. Criterios Diagnósticos para el Abuso de Sustancias.....	51
3.4.3. Criterios diagnósticos Abstinencia de Sustancias.....	52
3.4.4. Intoxicación por Sustancias.....	52

CAPITULO IV

4. PROCESO DE RECUPERACIÓN

4.1. Plan de Intervención utilizado en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.....	53
Esquema del Plan Terapéutico “Posada Solidaria”.....	54
4.2. Fases y etapas del Plan Terapéutico.....	55
4.3. Modelo de Motivación para el cambio de James Prochaska y Carlo Diclemente.....	59
4.4. Pases de Narcóticos Anónimos.....	62
4.5. Terapia Cognitiva – Conductual para adicciones.....	63

4.5.1. Técnicas Cognitivas – Conductuales.....	64
4.5.1.1. Ayudar a reconocerse como adicto.....	64
4.5.1.2. Análisis de Ventajas y Desventajas.....	65
4.5.1.3. Método Socrático.....	65
4.5.1.4. Psicoeducación.....	66
4.5.1.5. Registro de Pensamientos A – B – C.....	67
4.5.1.6. Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	68
4.5.1.7. Repaso Conductual (Role - Playing).....	69
4.5.1.8. Asignación de Actividades.....	70
4.5.1.9. Resolución de Problemas.....	71
4.5.1.10. Entrenamiento en Relajación y Respiración.....	72
4.5.1.11. Detención del Pensamiento.....	75
4.5.1.12. Reenfoque con Imaginación.....	75
4.5.1.13. Técnicas de Distracción.....	76
4.5.1.14. Tarjetas Flash.....	77
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	78
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	87
7. DISCUSIÓN.....	102
8. CONCLUSIONES.....	105
9. RECOMENDACIONES.....	107
10. PLANIFICACIÓN PSICOTERAPEUTICA.....	109
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
12. ANEXOS.....	135