



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**EL TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD
Y SU INFLUENCIA EN EL CRAVING PSICOLÓGICO,
DE LOS REINCIDENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA”, PERIODO
2013 – 2014. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.**

Trabajo de investigación
previo a la obtención del
título de Psicóloga Clínica

AUTORA: María José Ortega Ruíz.
DIRECTORA: Mgs.S.M Mayra Rivas Paladines

**LOJA – ECUADOR
2013- 2014**


CERTIFICACIÓN

Dra. Mgs. S. M. Mayra Rivas Paladines, DIRECTORA DE TESIS Y DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que luego de haber realizado, asesorado y monitoreado, el trabajo de investigación titulado: “El trastorno dependiente de personalidad y su influencia en el craving psicológico, de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica Posada Solidaria”, de autoría de la Srta. María José Ortega Ruíz egresada de la carrera de Psicología Clínica, del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja y una vez que la aspirante ha cumplido con las observaciones y sugerencias impuestas y de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Régimen Académico se procede a autorizar su presentación para que sea revisada por el Tribunal de Grado, toda vez que guarda coherencia y pertinencia.

Loja, Noviembre del 2013.

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature appears to read "Mayra Rivas Paladines" with some additional scribbles below it. Below the oval is a horizontal line.

Dra. Mgs. S. M. Mayra Rivas Paladines
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, María José Ortega Ruíz, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y 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.

Autora: María José Ortega Ruíz

Firma:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and horizontal strokes, positioned to the right of the word 'Firma:'.

Cédula: 1724410210

Fecha: Diciembre del 2013

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo **María José Ortega Ruíz**, declaro ser la autora de la tesis titulada: **EL TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL CRAVING PSICOLÓGICO, DE LOS REINCIDENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA”, PERIODO 2013 – 2014. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.**, 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 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 el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 2 días del mes de Diciembre de dos mil trece, firma la autora.

FIRMA:



AUTORA: María José Ortega Ruíz

CÉDULA: 1724410210

DIRECCIÓN: El Valle, calle Santo Domingo y Chone

CORREO ELECTRÓNICO: alegatitap@hotmail.com

TELÉFONO: 0997265824

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Mgs. S. M. Mayra Rivas Paladines

TRIBUNAL DE GRADO: Dra. Mg. Lupe Machado Paladines
Psic. Cl. Luis Fernando Sarmiento Lemus
Psic. Cl. Inés Lozano Salinas

DEDICATORIA

El presente trabajo fruto de mi entrega, esfuerzo y perseverancia le dedico con todo cariño:

A Dios.

A mis padres, abuelos y hermanas que con su abnegación, comprensión y sacrificio, me brindaron la oportunidad de poder llegar a culminar una de mis más grandes metas propuestas, ser Psicóloga Clínica.

A mi mejor amiga María Soledad Carrión que me ha guiado durante el proceso con su sabiduría, paciencia, cariño.

María José Ortega Ruiz

AGRADECIMIENTO

Deseo brindar mi más sincera gratitud a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y en especial a la carrera de Psicología Clínica, por haber impartido los conocimientos necesarios para poder instruirme en mi vida profesional y por otorgarme la oportunidad de cursar por sus distinguidas aulas, de las cuales se han graduado excelentes profesionales de gran mérito intelectual y profesional para el desarrollo de nuestro país.

Además quiero presentar mi más cordial agradecimiento a la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, a sus profesionales y colaboradores por haberme brindado la información y el espacio necesario, así como a los residentes que me otorgaron la oportunidad de conocer e indagar en sus historias de recuperación, para de esta manera concluir exitosamente este trabajo de investigación.

A la Dra. Mgs.S.M Mayra Rivas, por haber impartido sus amplios conocimientos y su sabiduría, al dirigir mi proyecto y tesis.

María José Ortega Ruíz

ESQUEMA DE CONTENIDOS

- i. PORTADA
- ii. CERTIFICACIÓN
- iii. AUTORÍA
- iv. DEDICATORIA
- v. AGRADECIMIENTO
- vi. TABLA DE CONTENIDOS
1. TÍTULO
2. RESUMEN
 - 2.1. ABSTRACT
3. INTRODUCCIÓN
4. REVISIÓN DE LITERATURA
5. MATERIALES Y MÉTODOS
6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN
7. DISCUSIÓN
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS
 - 10.1. TEMA
 - 10.2. OBJETIVOS
 - 10.3. PRESENTACIÓN
 - 10.4. DESARROLLO DE ACTIVIDADES
 - 10.4.1. TALLER 1
 - 10.4.2. TALLER 2
 - 10.4.3. MANUAL DE TÉCNICAS COGNITIVO
CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING Y DEL
TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD
11. BIBLIOGRAFÍA
12. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
 - 12.1. TEMA
 - 12.2. PROBLEMATIZACIÓN

- 12.3. JUSTIFICACIÓN
- 12.4. OBJETIVOS
- 12.5. MARCO TEÓRICO
- 12.6. METODOLOGÍA
- 12.7. CRONOGRAMA
- 12.8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO
- 12.9. ANEXOS
- 13. ÍNDICE

1. TÍTULO

EL TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL CRAVING PSICOLÓGICO, DE LOS REINCIDENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA”. PERIODO 2013 – 2014. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

2. RESUMEN

El trastorno dependiente de personalidad, caracterizado por la presencia de una marcada dependencia hacia una persona, situación u objeto es una afección frecuente entre los consumidores de sustancias psicoactivas. Esta dependencia a las sustancias como alcohol, cocaína, y/o marihuana, genera la presencia del síndrome de craving psicológico cuyos síntomas son ansiedad, angustia, irritabilidad e ideas persistentes de volver a consumir; situación por la que las personas son vulnerables a experimentar recaídas.

En el transcurso de esta investigación, se pretendió determinar la presencia del trastorno dependiente de personalidad y su influencia en el craving psicológico de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, para lo cual se procedió a la recopilación de la información a través de instrumentos como: Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III y cuestionarios para el craving de Tiffany.

Se obtuvo como resultado que los reincidentes con más de dos internamientos presentan en su mayoría trastorno dependiente de personalidad; así como también experimentan los síntomas del craving psicológico de intensidad moderada. Para lo cual se propuso la ejecución de psicoterapia individual y grupal y la elaboración de un manual de técnicas cognitivo – conductuales para la intervención.

Palabras clave: personalidad - trastorno dependiente – craving – uso – abuso - dependencia.

ABSTRACT

The dependent personality disorder, characterized by the presence of a marked dependence on a person, situation or object is a common condition among consumers of psychoactive substances. This dependence on substances such as alcohol, cocaine and / or marijuana, generated by the presence of psychological craving syndrome whose symptoms are anxiety, distress, irritability and persistent ideas to use again; situation that people are likely to experience relapse.

In the course of this research, we intended to determine the presence of dependent personality disorder and its influence on the psychological craving for residents users of psychoactive substances in the Therapeutic Community "Posada Solidaria", for which we proceeded to the collection of information through previously selected instruments MCMI - III and craving questionnaires for Tiffany.

Obtained as a result that more residents than two internments, presented in its most dependent personality disorder, as well as psychological symptoms experienced mild craving. For behavioral intervention - for which the execution of individual and group psychotherapy and are proposed .the development of a manual of cognitive techniques

Keywords: personality - dependent disorder - craving - use - abuse - dependence.

3. INTRODUCCIÓN

Las adicciones han constituido uno de los problemas más alarmantes en la sociedad ocupando uno de los primeros lugares en epidemiología a nivel mundial, nacional y local, siendo esta la precursora de un sinnúmero de malestares intra e interpersonales.

Por la gran demanda de consumo de sustancias en la ciudad de Loja y por la necesidad de brindar un soporte adecuado a los individuos vulnerables, se decidió realizar el presente estudio investigativo en la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, institución que alberga a reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas algunos de ellos con varios internamientos; situación que conllevó al planteamiento del problema basado en la previa revisión de la literatura distribuida en tres partes; personalidad dependiente, craving psicológico y sustancias psicoactivas: alcohol, cocaína y marihuana.

Se ha podido constatar que la personalidad que es “la estructura dinámicamente integrada de factores bio – psico – socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”¹, constituye un factor determinante a la hora de explicar el consumo de sustancias psicoactivas.

¹Balarezo L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito - Ecuador, p 3

Los rasgos de personalidad, son características peculiares a cada individuo, cuando generan malestar significativo y deterioro de las relaciones sociales se produce un trastorno de personalidad. Estos incrementan aún más el riesgo de un vínculo excesivo hacia las sustancias psicoactivas como en el caso de quienes presentan un trastorno dependiente que “son personas con necesidades constantes de aprobación, de afecto y de apoyo por parte de los que les rodean, presentando tendencias a evitar situaciones de tensión y de conflicto interpersonal”.²

Por estas características, son proclives a presentar el craving psicológico, síndrome caracterizado según Edward Titchener y Otto Gross como “un deseo irracional y compulsivo de querer volver a consumir la sustancia psicoactiva a la que son adictos”³, los individuos que lo padecen presentan síntomas como ansiedad, pánico, irritabilidad, agresividad, ideas persistentes de volver a consumir, cefaleas, hiperhidrosis, arritmias cardíacas, insomnio, disminución del apetito, etc., manifestándose en menor y mayor intensidad, que oscilan desde grave, moderado y leve, dependiendo de la sustancia psicoactiva consumida ya sea esta alcohol, marihuana y/o cocaína.

Para fundamentar la investigación se hizo uso de métodos como el descriptivo analítico con enfoque cuanti – cualitativo para fundamentar las

² James, P. (1998). *Guías para la Intervención del MCMI*. Editorial Paidós, Barcelona, Buenos Aires, México, pp 3-4

³ Beck A. T. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Editorial Paidós. Barcelona. p 46.

propiedades de las variables estudiadas; correlacional porque se estableció la relación entre ellas e inductivo – deductivo que facilitó obtener las conclusiones y recomendaciones. Así mismo, se utilizaron herramientas como la ficha de observación TIME SAMPLING (por tiempo de muestreo), que permitió elaborar la problemática, la historia psicológica clínica, el inventario de personalidad de Millon-III y los cuestionarios de craving de Tiffany para alcohol ACQ, para marihuana MCQ y para cocaína CCQ, aplicados a 22 reincidentes con más de dos internamientos.

Finalmente se elaboraron los lineamientos alternativos como una propuesta psicoterapéutica y un manual de técnicas cognitivo-conductuales para facilitar el manejo y el trastorno dependiente de personalidad, el mismo que consta de talleres grupales así como psicoterapia individual a los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”

4. REVISIÓN DE LITERATURA

La revisión de la literatura permite detectar y consultar las fuentes bibliográficas para recopilar la información relevante y necesaria relacionada a las variables bajo investigación.

4.1 Personalidad

Según James McKeen Cattell la personalidad es "Aquello que nos permite pronosticar lo que una persona hará en una situación determinada"⁴..

Francisco Herrera y Joaquín Ramírez, por su parte la definen como la "combinación de factores o rasgos biológicos, físicos, psíquicos y sociales que hacen a cada hombre único e irrepitible y que determina su forma de ser y actuar"⁵.

Según Gordon Allport, la personalidad es "la organización dinámica en el interior del individuo, de los sistemas psicológicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos".⁶

Según referencia de Lucio Balarezo, la personalidad es "la estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos,

⁴ Millon T. y Davis R. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, p15

⁵ Ibid

⁶ Allport G. (1986). *La Personalidad, su Configuración y Desarrollo*, Octava Edición, Editorial Herder, Barcelona, pág. 254-256.

socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”⁷

Otra definición utilizada en la actualidad de personalidad es: “el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto”.⁸

4.1.1 Trastornos de Personalidad

El manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales, DSM-IV-TR, permite definir los trastornos de personalidad, como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento inflexible que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, manifestado en la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos”⁹.

4.1.1.1 Etiología

La personalidad es un constructo no fácil de investigar, pero es claro que se asocia a factores genéticos (por ejemplo, con el temperamento, que es la manera primaria de reaccionar ante los estímulos) en conjunto con factores ambientales, en especial la crianza y la educación (ver información

⁷ Balarezo Ch. L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito - Ecuador, pp. 3-4.

⁸ Osorio D. E. (2005) Definición de Personalidad. Recuperado en Loja el 24 de Junio de 2013, de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad>.

⁹ Asociación Panamericana de Psiquiatría, (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. editorial Masson S.A, Barcelona España, p 635

adicional). Sin embargo no es sencillo discriminar el peso de cada uno de los factores dada la enorme complejidad de la crianza humana.

4.1.1.2 Criterios Diagnósticos

Según la clasificación internacional de enfermedades, décima versión, los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad son:

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 siguientes:

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

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

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

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

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

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

4.1.1.3 Tipos de Personalidad

4.1.1.3.1 Grupo A Trastornos Raros o Excéntricos

a. Trastorno paranoide de la personalidad. Caracterizado por mostrar desconfianza, interpretando las intenciones de los demás como maliciosas.

b. Trastorno esquizoide de la personalidad. Caracterizado por manifestar frialdad emocional, así como ausencia en el disfrute de las relaciones interpersonales, prefiriendo la propia compañía.

c. Trastorno esquizotípico de la personalidad. Caracterizado por exteriorizar un comportamiento excéntrico con creencias raras, falta de afectividad o reacciones emocionales inadecuadas.

4.1.1.3.2 Grupo B Trastornos Dramáticos, Emocionales o Erráticos

- a. Trastorno antisocial de la personalidad.** Se caracteriza por no presentar preocupación por los sentimientos de los demás, manifiestan tendencias a ser agresivos e impulsivos.

- b. Trastorno límite de la personalidad.** Se caracteriza por manifestar un comportamiento impulsivo con dificultad para controlar las emociones, lo que les ocasiona sentimientos de vacío, paranoia o depresión, relacionándose inestablemente en sus relaciones sentimentales.

- c. Trastorno histriónico de la personalidad.** Se caracteriza por querer ser el centro de atención, demuestran sus emociones de forma intensa pero a menudo cambiante.

- d. Trastorno narcisista de la personalidad.** Se caracteriza por manifestar un sentido de autoimportancia excesivo con fantasías de éxito ilimitado.

4.1.1.3.3 Grupo C Trastornos Ansiosos o Temerosos

- a. Trastorno de la personalidad por evitación.** Se caracteriza por presentar comportamientos muy ansiosos y tensos; son personas inseguras e inferiores, necesitan ser aceptados y son susceptibles a la crítica.

b. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Quienes lo padecen se caracterizan por ser personas perfeccionistas, se preocupan y dudan en exceso, son rígidos en su comportamiento.

4.1.2 Trastorno Dependiente de la Personalidad

Se ha podido determinar que este trastorno presenta un vínculo desencadenante en el consumo de sustancias y el craving. De acuerdo al DSM-IV-TR se define al trastorno dependiente de la personalidad como “una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación”.¹⁰

4.1.2.1 Etiología y Causas del Trastorno Dependiente de Personalidad

Entre las principales causas del desarrollo de trastorno dependiente y desde la perspectiva interpersonal Harry Stack en 1947 lo describió como “una indefensión que aprendieron las personas a partir del ejemplo parental requiriendo a una persona fuerte para que tome las decisiones por ellas”.¹¹

Otro factor que puede predisponer la aparición de este trastorno es que el individuo haya presentado una enfermedad médica crónica o un trastorno de ansiedad por separación en la infancia o la adolescencia. Este trastorno

¹⁰López- Ibor Aliño y colaboradores. (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, editorial Masson S.A, Barcelona España, p. 811

¹¹Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, pp. 233-234

“suele ser más frecuente en mujeres, pero en la actualidad se ha observado un incremento paulatino en varones”.¹²

“Las alteraciones neurológicas como los estados postencefalíticos y la epilepsia temporal constituyen un factor primordial para la aparición de este trastorno, así como un marcado componente hereditario.”¹³

4.1.2.2 Subtipos

- a. El dependiente inquieto.** Es una combinación de los patrones dependiente y evitador.

- b. El dependiente inmaduro.** Es una variante del patrón puro o el trastorno dependiente sin combinación con otros trastornos de personalidad.

- c. El dependiente torpe.** Presenta una combinación del patrón dependiente y esquizoide, caracterizados por presentar falta de vitalidad, fatigabilidad, y debilidad general en la expresión y en la espontaneidad.

- d. El dependiente acomodaticio.** Manifiesta una combinación dependiente e histriónica, caracterizados por ser amables, ansiosos,

¹²Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, pp. 809-810

¹³Osorio D. E. (2005) *Definición de Personalidad*. Recuperado en Loja el 24 de Junio de 2013, de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad>.

benevolentes, complacientes, serviciales, adaptables, niegan sentimientos perturbadores.

- e. **El dependiente sin identidad.** Presentan una combinación de características dependiente y masoquistas, son personas absorbidas, envueltas e incorporadas, desean perder su propia identidad.”¹⁴

4.2 Craving

Edward Titchener y Otto Gross en 1976, definen al craving como un “deseo irracional o conciencia subjetiva de compulsión, entendida como necesidad imperiosa, significando un conflicto entre el querer consumir y la abstinencia”¹⁵. Markou en 1993 define al craving como “la motivación de autoadministrarse una sustancia psicoactiva que previamente ha sido consumida, dicho concepto se define en función de tres características, las cuales constituyen un proceso: subjetivo, motivacional y prospectivo”¹⁶.

4.2.1 Clasificación del Craving

Jellinek Isbell en 1955 clasifico al craving en los siguientes tipos:

- a. **Físico o no simbólico:** aparece en personas que habían consumido sustancias psicoactivas en grandes cantidades durante largos periodos de

¹⁴Millon T. y Davis R. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, pp. 225-226

¹⁵ Ibid p 4.

¹⁶Castillo L. y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental, p. 9

tiempo, manifestándose por síntomas de abstinencia y alteraciones fisiológicas. La sintomatología de este tipo es objetiva.

- b. Psicológico:** se presenta posterior al síndrome de abstinencia, o durante un tiempo después de que los síntomas abstinenciales desaparecieran. La sintomatología de este tipo es subjetiva.

De acuerdo al enfoque conductista, el craving podría dividirse en:

- a. Craving como respuesta a los síntomas de abstinencia:** “los individuos con un consumo importante, suelen experimentar reducciones del grado de satisfacción que encuentran en el uso continuado de sustancias, pero con un aumento del malestar cuando dejan de consumirla. Suele darse principalmente en consumidores de alcohol”¹⁷.

- b. Craving como respuesta a la falta de placer:** “comprende los intentos del paciente para mejorar el estado de ánimo de la manera más rápida e intensa. Sería una forma de “automedicación”, actuando como refuerzo positivo para el consumo futuro. Experimentado por consumidores de marihuana”¹⁸.

- c. Craving como respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia:** “asociación a estímulos neutros con la intensa recompensa del consumo, provocaría que finalmente estos estímulos indujesen al

¹⁷ Castillo L y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental, pp 10 – 11.

¹⁸ Ibid

craving de una forma automática, siendo el caso de los consumidores de cocaína”¹⁹.

d. Craving como respuesta a deseos hedónicos: así se experimenta el inicio del craving cuando se desea aumentar una experiencia positiva, que previamente se había asociado al consumo. Experimentado este tipo de craving, por consumidores de múltiples sustancias.”²⁰

4.2.2 Tratamiento del Craving

El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia.

Es importante señalar que el manejo multidisciplinario profesional es vital para la efectividad del tratamiento. Las técnicas cognitivo conductuales son las de elección, dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos.

¹⁹ Ibid

²⁰ Ibid

4.2.3 Técnicas Terapéuticas para el Manejo del Craving

4.2.3.1 Detención de Pensamiento. Joseph Wolpe en 1993 consideró a la detección del pensamiento como una de las principales técnicas de abordaje del craving, la misma que consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al mismo. Es decir, se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo, esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto las emociones negativas quedan reprimidas antes de que puedan surgir.

4.2.3.2 Técnicas de Distracción. Según Albert Ellis, estas técnicas sencillas 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.

4.2.3.3 Control y Programación de Actividades. Aaron Beck en 1999, sugieren la técnica de control y programación de actividades, “teniendo como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus acciones, que por lo general giran en torno al consumo de sustancias psicoactivas, cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre”²¹. Por lo cual, es importante que las actividades

²¹Beck A.(1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, Editorial Paidós Ibérica S.A, Barcelona, pp. 86 - 87

previas a la abstinencia, sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

4.2.3.4 Entrenamiento en Relajación. Edmund Jacobson propuso una de las técnicas de relajación más utilizadas en la actualidad, son procedimientos que están enfocados a disminuir la ansiedad o la ira propiciadas por el craving, emociones que pueden, por medio del entrenamiento del paciente, propiciar un estado de relajación al enfrentar situaciones adversas para él.

4.2.3.5 Técnicas de Imaginación. Albert Ellis, propuso esta estrategia en la que el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otros métodos como la visualización, sugestión y relajación; para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.

4.2.3.6 Autoinstrucciones y Autoafirmaciones: Se refiere a la verbalización de palabras o frases que sugieren al paciente lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto, fue realizada por primera vez por Aaron Beck.

4.2.3.7 Discusión de ideas irracionales: Ellis Driden en el 2002, sugieren la técnica de discusión de ideas irracionales, la misma que trata de

discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los consumidores a perturbarse a sí mismos por su adicción.

El manejo del craving es determinante para el tratamiento psicológico de las adicciones y para la adherencia al tratamiento en general. El manejo de este dependerá de la elección del terapeuta entre la amplia gama de estrategias a utilizar y de su habilidad para manejarlas. Es esencial que previo al manejo de estas estrategias, se determine la naturaleza y tipo de craving que el paciente presenta para hacer la elección adecuada.

4.3 Sustancias Psicoactivas

La Organización Mundial de la Salud las define como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alguna alteración, del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Es importante aclarar que hay varios términos relacionados al consumo de sustancias, que pueden llevar al profesional a establecer el diagnóstico del síndrome de dependencia, entre ellos se mencionan:

a. Uso.- Es el consumo de una sustancia psicoactiva que no produce consecuencias negativas en el individuo.

b. Habito.- Es la costumbre y adaptación del consumo de sustancias, hay por tanto un deseo del consumo, pero nunca de manera imperiosa.

c. Abuso.- es definido como “cualquier consumo de droga que amenaza dañar la salud física, mental, o el bienestar social de uno o varios individuos”.²²

d. Intoxicación: conjunto de síntomas que se presentan cuando hay una ingestión reciente de dosis elevadas de determinada sustancia.

e. Dependencia: síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, su diagnóstico se determina con la presencia de tolerancia y abstinencia.

f. Tolerancia: es la disminución gradual del efecto de una sustancia psicoactiva, tras su administración repetida, lo que obliga a incrementar la dosis para tener el efecto inicial.

g. Abstinencia: Conjunto de síntomas que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

Al presentarse este síndrome, se genera en el individuo consumidor de sustancias psicoactivas el deseo imperioso y persistente de querer volver a consumir la sustancia a la cual presenta dependencia, lo que se conoce como “craving psicológico”, siendo el síntoma principal de la abstinencia.

²²Leza L, Lizasoain, L. (1998). *Drogodependencias*, Editorial Médica Panamericana S.A, Madrid España, p. 27

4.3.1 Clasificación de las Sustancias Psicoactivas

El Instituto Nacional de Drogas de Abuso, da una clasificación de utilidad práctica, para su estudio “categorizándolos por sus efectos ya sean estimulantes o depresores”²³.

4.3.2.1 Depresores. Son aquellas sustancias que deprimen o disminuyen las funciones sensitivas y motoras del sistema nervioso central, entre las más conocidas se encuentran: el alcohol, sedantes, narcóticos y ansiolíticos, cannabis, así como disolventes volátiles.

4.3.2.2 Alcohol. “El abuso de alcohol hace que aumente el riesgo de hemorragias e infartos; a los hombres alcohólicos les produce impotencia y a las mujeres se les inhibe la libido. El sistema inmunológico se debilita y deteriora, favoreciendo el desarrollo de enfermedades e infecciones”.²⁴ El cese de su consumo produce craving como respuesta a los síntomas de abstinencia.

4.3.2.3 Cannabis – marihuana: contiene una gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos depresores del sistema nervioso central. “Provoca aumento de la frecuencia cardíaca, así como ojos rojos, boca seca,

²³Hourmilougue M.C. (2007). *Clasificación de las Sustancias por sus Efectos y Posibles Consecuencias*, Editorial Andina S.A., p. 78

²⁴Caballero Martínez F. (2004). *Las Drogas Educación y Prevención*, Editorial Cultural SA, Madrid – España, p. 95

problemas de coordinación y tiempo de reacción más lento”²⁵. El cese de su consumo provoca craving como respuesta a la falta de placer

4.3.2.4 Estimulantes. Son aquellas que al consumirlas alteran o estimulan las funciones del sistema nervioso central, a nivel de sus neurotransmisores (dopamina y noradrenalina).entre los más conocidos tenemos: cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, alucinógenos, y estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas.

4.3.2.5 Cocaína: Es una de las sustancias más utilizadas y peligrosas, consumida generalmente por inhalación. “Su fácil absorción hace que llegue rápidamente al cerebro, provocando unos efectos que se manifiestan a los pocos minutos del consumo”²⁶. La ausencia de esta sustancia en el organismo provoca craving como respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia.

4.3.3 Criterios diagnósticos

4.3.3.1 Síndrome de dependencia. El DSM-IV-TR, describe algunos criterios diagnósticos de dependencia mencionando lo siguiente:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o

²⁵ Ibid p. 96

²⁶ Ibid p. 97

más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- a. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - i. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - ii. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- b. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - i. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - ii. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- B. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- C. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- D. 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.

E. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

F. 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 sustancia.

4.3.3.2 Síndrome de abstinencia. El DSM-IV-TR, describe algunos criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias mencionando lo siguiente:

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

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 de la actividad del individuo.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental"²⁷.

²⁷ Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, pág. 229

5. MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología que se empleó en la investigación denominada “El trastorno dependiente de personalidad y su influencia en el craving psicológico, de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” se basó en la utilización de métodos, técnicas e instrumentos meticulosamente seleccionados, capaces de brindar información específica capaz de llegar a la resolución del problema planteado.

Entre los métodos que se utilizaron estuvieron, el método descriptivo – analítico con enfoque cuanti-cualitativo ya que se especificaron las propiedades importantes del fenómeno estudiado, así como la medición de cada una de las variables, describiéndolas exhaustivamente con el fin de obtener resultados que permitieron sustentar el problema de investigación; el método científico, que permitió revisar información importante de investigaciones previas, referente a cada una de las variables. De la misma manera presentó características demostrativas puesto que se buscó poner en evidencia los factores que inciden en el trastorno de personalidad dependiente de los consumidores de sustancias psicoactivas que presentaban craving y de tipo correlacional porque tuvo como propósito medir el grado de relación existente entre las variables estudiadas, el mismo que fue de gran ayuda para elaborar las conclusiones y recomendaciones respectivas.

También se utilizó el método inductivo – deductivo, que permitió en esta investigación obtener las conclusiones y recomendaciones mediante la lógica pura, a partir de premisas recopiladas en el marco referencial.

En un inicio se empezó por conocer la problemática de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” para lo cual se aplicó la ficha de observación TIME SAMPLING (por tiempo de muestreo) por un periodo de dos días, lo que sirvió para describir y registrar sistemáticamente las manifestaciones de la personalidad y del craving de los reincidentes, con la finalidad de construir el tema de investigación.

Entre las técnicas que se utilizaron para construir los resultados de la presente investigación están: la Historia Clínica Breve, elaborada por la investigadora, que se aplicó de forma individual los días martes, miércoles y viernes; a través de la entrevista semi estructurada para recolectar información relevante del residente respecto del trastorno de personalidad dependiente y del craving que presentaban.

Se utilizó el Inventario Clínico Multiaxial - III de Millon, que consta de ciento setenta y cinco preguntas, para determinar la presencia de trastornos de personalidad y otros síndromes clínicos. En este proceso investigativo, fue aplicado de forma individual para detectar trastornos dependientes de personalidad de los reincidentes.

Además se aplicaron de forma grupal los cuestionarios de Tiffany (ACQ), (MCQ) y (CCQ), para detectar el tipo y nivel de craving que presentaron los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana y cocaína.

Todo esto, se efectuó en las instalaciones de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, los días martes, miércoles y viernes de 9H00 a 13H00, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre.

La población de estudio, está conformada por 40 (cuarenta) residentes de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, de los que se tomaron como muestra, comprendidos en rangos de edad que van desde los 18 (dieciocho) hasta los 75 (setenta y cinco) años, siendo estos en número de 25 (veinticinco), es decir el 62,5%. Luego de la aplicación de los reactivos, para el análisis e interpretación de resultados se procedió a resolver la información de acuerdo a las siguientes actividades:

Se procedió a calificar el MCMI – III, de forma manual mediante las normas de calificación propuestas por el autor, determinando los trastornos de personalidad de los reincidentes.

Luego, se realizó la calificación de los cuestionarios de craving de alcohol, marihuana y cocaína, de forma manual mediante cribas para ítems directos

e indirectos, que permitieron determinar los distintos niveles de craving, leve, moderado y grave.

Datos que permitieron construir de forma manual la técnica de la sábana para la organización de la información, lo que facilitó categorizar los datos más relevantes de acuerdo a criterios de aplicación e interpretación cuanti - cualitativa; para los cuales se utilizó los programas de Word y Excel, mismos que permitieron la elaboración de gráficos, tablas y tabulación de datos, de tal forma que la presentación de resultados sea accesible y comprensiva.

Se provino posteriormente al análisis e interpretación de resultados, así como también a la formulación de conclusiones las mismas que se elaboraron en función de los objetivos planteados. Para posterior a ello, construir algunas recomendaciones y proceder a construir los lineamientos alternativos.

6. RESULTADOS

OBJETIVO 1: Identificar mediante el MCMI-III, el trastorno de personalidad dependiente de los reincidentes consumidores de sustancia psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”.

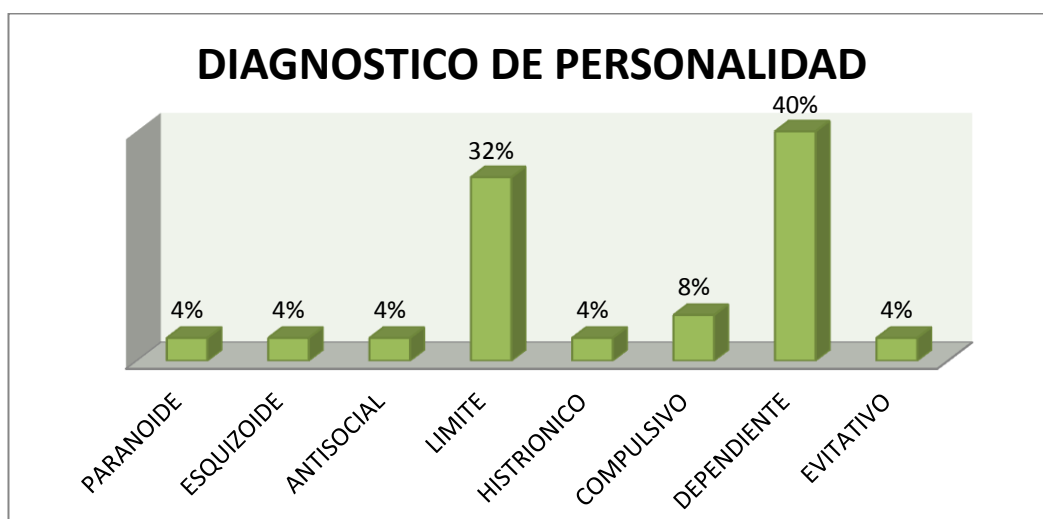
CUESTIONARIO MCMI-III de Theodore Millon

MATRIZ DE FRECUENCIA TEST MCMI-III (Theodore Millon)

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	F	%
PARANOIDE	1	4%
ESQUIZOIDE	1	4%
ANTISOCIAL	1	4%
LÍMITE	8	32%
HISTRIÓNICO	1	4%
COMPULSIVO	2	8%
DEPENDIENTE	10	40%
EVITATIVO	1	4%
TOTAL	25	100%

FUENTE DE INFORMACIÓN: Cuestionario MCMI-III (Theodore Millon)

ELABORADO POR: María José Ortega Ruiz



ANÁLISIS:

Para determinar el trastorno de personalidad dependiente de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, se utilizó el test MCMI-III; el mismo que arrojó los siguientes resultados; 10 (diez) reincidentes examinados que equivalen al 40% manifiestan trastorno de personalidad dependiente; 8 (ocho) de ellos que equivalen al 32% presentan trastorno de personalidad límite; 2 (dos) de ellos que equivalen al 8% muestran trastorno de personalidad compulsiva y tan solo 5 (cinco) reincidentes de manera individual que equivalen al 4% manifiestan trastorno de personalidad paranoide, esquizoide, antisocial, histriónico y evitativo.

OBJETIVO 2: Precisar mediante el cuestionario CCQ, MCQ y ACQ, los tipos de craving en los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”.

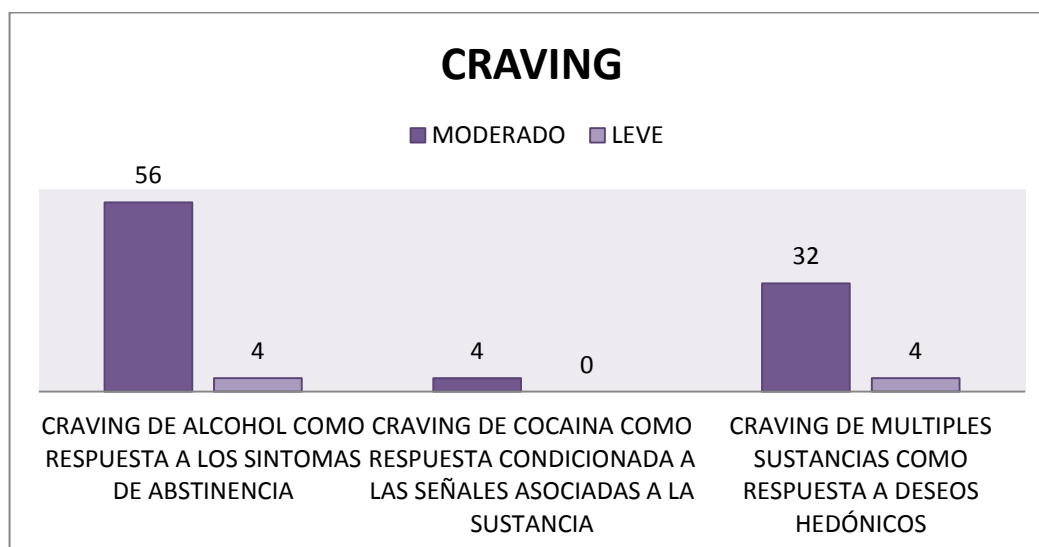
CUESTIONARIO DE CRAVING PARA ALCOHOL, MARIHUANA Y COCAINA DE TIFFANY

MATRIZ DE FRECUENCIA CUESTIONARIOS DE CRAVING DE ALCOHOL, COCAINA Y MARIHUANA

TIPOS DE CRAVING	MODERADO		LEVE	
	F	%	F	%
CRAVING DE ALCOHOL COMO RESPUESTA AL SÍNDROME DE ABSTINENCIA	14	56%	1	4%
CRAVING DE COCAÍNA COMO RESPUESTA CONDICIONADA A LAS SEÑALES ASOCIADAS A LAS SUSTANCIAS	1	4%	0	0%
CRAVING DE MÚLTIPLES SUSTANCIAS COMO RESPUESTA A DESEOS HEDÓNICOS	8	32%	1	4%
TOTAL	23	92%	2	8%

FUENTE DE INFORMACIÓN: CUESTIONARIO CCQ, MCQ Y ACQ (S. T. TIFFANY Y COLABORADORES)

ELABORADO POR: María José Ortega Ruiz



ANÁLISIS:

Para determinar los tipos de craving de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, se aplicó el cuestionario de craving para alcohol, marihuana y cocaína, los mismos que arrojaron los siguientes resultados; 14 (catorce) reincidentes que equivalen al 56% presentan craving de alcohol de tipo moderado y 1 (un) reincidente que equivale al 4% presenta craving de alcohol de tipo leve; 8 (ocho) reincidentes que equivalen al 32% presentan craving de múltiples sustancias de tipo moderado y 1 (un) reincidente que equivale al 4% presenta craving de múltiples sustancias de tipo leve y 1 (un) reincidente que equivale al 4% presenta craving de cocaína de tipo moderado

7. DISCUSIÓN

Se propuso como primer objetivo, identificar mediante el inventario de Millon-III el trastorno de personalidad dependiente de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”.

Este objetivo tuvo como finalidad investigar la existencia de trastorno dependiente de personalidad en los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”; ya que se ha podido constatar que la personalidad juega un papel fundamental en el consumo de sustancias: alcohol, marihuana y cocaína; así como en el desarrollo de craving psicológico, que es el deseo irrefrenable por querer volver a consumir la sustancia a la cual presenta dependencia, es por ello que estudios realizados revelan la existencia de una íntima relación entre ambos.

Hay rasgos de personalidad que por sus características predisponen al sujeto a aferrarse a objetos, sustancias y personas para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales que pueden ocasionar malestar clínicamente significativo en el individuo y deterioro en sus relaciones interpersonales, laborales, familiares, sociales, determinando el trastorno dependiente de personalidad.

Quienes presentan este trastorno suelen justificar su necesidad de dependencia recurriendo a alguna enfermedad física o mental, a alguna circunstancia desafortunada o al consumo de sustancias psicoactivas, para con ello aliviar su necesidad constante de apoyo y refugio emocional.

Para corroborar este objetivo se aplicó el inventario de personalidad de Millon-III (MCMI-III), a los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”. Se pretendió determinar trastornos de personalidad, los más evidentes fueron: el inestable emocional, antisocial, evitativo, compulsivo, histriónico, límite, esquizoide, paranoide y dependiente, siendo este último el más frecuente; los resultados están de acuerdo con un estudio realizado en España en 2008 por Javier Fernández Montalvo, con el MCMI-II, en el que 22 sujetos presentan puntuaciones indicadoras de la existencia de trastornos de personalidad límite y dependiente con una tasa del 10% cada uno de ellos.

Las características más predominantes entre las personas con trastorno dependiente son: temor al abandono, incomodidad a la soledad, conductas dependientes hacia personas, objetos y sustancias psicoactivas como: alcohol, cocaína y marihuana, así como comportamiento sumiso y dificultad para tomar decisiones por si solos, todas estas generan malestar clínicamente significativos y deterioro en todas las áreas donde se desenvuelve el individuo.

Por lo tanto se pudo llegar a la siguiente conclusión:

Los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” presentan trastorno dependiente de personalidad en un 40%, por las características de abandono, conductas dependientes comportamiento sumiso y dificultad para tomar decisiones por sí solos.

El segundo objetivo fue, precisar mediante el cuestionario CCQ, MCQ y ACQ, los tipos de craving en los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”.

Este objetivo tuvo como propósito precisar los tipos de craving en los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, refiriéndose a éste Edward Titchener y Otto Gross como un deseo compulsivo e incontrolable por volver a consumir la sustancia psicoactiva, síndrome que se presenta en sustancias con potencial altamente adictivo como en el alcohol, marihuana, cocaína y base de cocaína; factor que dificulta la abstinencia y la recuperación de los reincidentes evaluados. Para confirmarlo se aplicaron los cuestionarios de Tiffany; CCQ, MCQ y ACQ a los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”,

Miguel Ángel Muñoz García, psiquiatra español en 2008 señala que en su investigación ha estudiado los mecanismos motivacionales implicados en el

craving por alcohol y cocaína, determinando las respuestas corporales asociadas a la conducta compulsiva del consumo; en su estudio refiere que los niveles de craving son elevados en sustancias como alcohol y cocaína; ya que estas poseen un potencial altamente adictivo por las conexiones cerebrales que se activan con su uso.

No dista de esta realidad la encontrada en la comunidad terapéutica; en ellos se evidenció tras el síndrome de abstinencia la presencia de craving moderado de alcohol como respuesta a los síntomas de abstinencia en el 56%; y en menor cantidad craving moderado de múltiples sustancias (alcohol, cocaína y marihuana) como respuesta a los deseos hedónicos, por la búsqueda constante de placer en el consumo de varias sustancias; determinado por la necesidad compulsiva de volverlas a consumir a pesar de mantenerse en tratamiento de desintoxicación, motivados por los efectos que causan estas sustancias en su organismo. Razón por la cual se llegó a las siguientes conclusiones:

Los consumidores de alcohol presentan craving moderado como respuesta al síndrome de abstinencia en un 56%, seguido del 32% que presentan craving moderado de múltiples sustancias como respuesta a los deseos hedónicos de consumir.

Los reincidentes con trastorno dependiente de personalidad presentan craving moderado de alcohol como respuesta a los síntomas de abstinencia.

8. CONCLUSIONES

1. Los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” presentan trastorno dependiente de personalidad en un 40%, por las características de abandono, conductas dependientes, comportamiento sumiso y dificultad para tomar decisiones por sí solos.
2. Los consumidores de alcohol presentan craving moderado como respuesta al síndrome de abstinencia en un 56%, seguido del 32% que presentan craving moderado de múltiples sustancias como respuesta a los deseos hedónicos de consumir.
3. Los reincidentes con trastorno dependiente de personalidad presentan craving moderado de alcohol como respuesta a los síntomas de abstinencia.

9. RECOMENDACIONES:

1. Que los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” con trastorno de personalidad dependiente asistan a psicoterapia individual cognitivo- conductual, y grupal, racional emotiva, para disminuir las alteraciones conductuales y fortalecer la toma de decisiones.
2. Que los psicólogos clínicos apliquen un plan de intervención psicoterapéutico con técnicas cognitivo - conductuales a los reincidentes con craving moderado de alcohol y múltiples sustancias para contrarrestar los síntomas abstinenciales y el deseo compulsivo de consumir.
3. Que los reincidentes consumidores de alcohol con trastorno dependiente de personalidad, asistan permanentemente a grupos de autoayuda AA, para brindar un seguimiento adecuado y disminuir el índice de recaídas contrarrestando los síntomas del craving.

**PLAN DE INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICA**

1. TEMA

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD Y DEL CRAVING PSICOLÓGICO EN REINCIDENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Proponer técnicas de intervención psicoterapéutica para el manejo del craving psicológico de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”

2.2. ESPECÍFICOS

2.2.1. Realizar intervención primaria, secundaria y terciaria sobre el craving psicológico a los reincidentes.

2.2.2. Elaborar un manual con herramientas psicoterapéuticas para el manejo del craving psicológico.

3. PRESENTACIÓN

El craving psicológico es definido por Tiffany en 1990 como “el deseo irresistible de consumir una determinada sustancia”²⁸. Síndrome observado en la comunidad terapéutica “Posada Solidaria” de intensidad leve y moderada generalmente en los reincidentes consumidores de alcohol, cocaína y marihuana con más de dos internamientos.

Quienes lo padecen afirman que sus recaídas son producto de la incapacidad para controlar sus síntomas abstinenciales como: ansiedad, angustia, ideas persistentes de consumo, irritabilidad, agresividad, hiperhidrosis, cefaleas, insomnio, dolor precordial, falta de apetito, disnea, taquicardia, entre otros.

Para mitigar estos síntomas propongo en este plan de intervención el desarrollo de algunas técnicas psicoterapéuticas encaminadas a disminuir el craving psicológico, de fácil manejo para los terapeutas y los residentes consumidores de sustancias psicoactivas, con la finalidad de disminuir el índice de recaídas y mejorar su calidad de vida dentro de la sociedad.

²⁸ Castillo I. y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental, p. 9

5. DESARROLLO DE PLAN PSICOTERAPÉUTICO

5.1. TERAPIA GRUPAL

Taller N. 1

Taller de Psicoeducación en craving psicológico: “APRENDIENDO A VIVIR SIN DROGAS”

OBJETIVO:

Brindar información a los reincidentes para que conozcan acerca del craving.

Impartir técnicas de control y manejo de sus síntomas.

Tiempo: 95 min.

Pasos 1: presentación

Paso 2: dinámica “Serie de palabras”

Paso 3: proyectar las diapositivas previamente elaboradas sobre el tema.

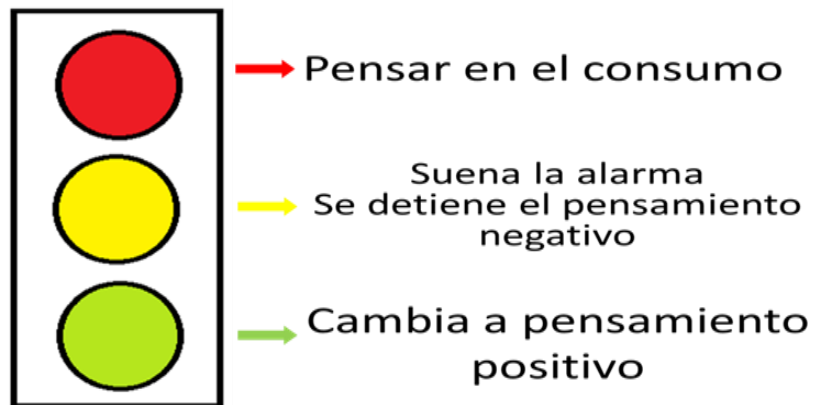
Paso 4: foro de conocimientos aprendidos.

Paso 5: enseñar técnicas de manejo de craving.

1. Técnica de detección e imaginación del pensamiento “ técnica el semáforo”

Técnica en la cual el residente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación.

Cuando el residente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al *craving*, 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*.



Taller N. 2

Taller de Psicoeducación en craving : “APRENDIENDO A CONTROLAR MI ANSIEDAD”

OBJETIVO:

Disminuir los niveles de ansiedad que produce la abstinencia.

Tiempo: 60 min.

Paso 1: Presentación

Paso 2: Motivación a través de audiovisual

Paso 3: Enseñar técnicas de respiración

Paso 4: Ejecución de la técnica de relajación con visualización

Paso 5: Foro y cierre de sesión

1. Entrenamiento en relajación

Procedimiento que está enfocado a hacer incompatible, emociones que pueden propiciar el *craving*, por medio del entrenamiento del paciente de modo que el mismo propicie un estado de relajación al enfrentar situaciones de ansiedad o ira para él. Explicarle al residente acerca de la naturaleza de los ejercicios y su objetivo principal, así como enfatizar el deseo del terapeuta de que el residente lo practique en casa por lo menos de 10 a 15 minutos. Se realizan varios ejercicios de respiración, tensión y distensión de los músculos, así como se lo puedo inducir a la sugestión y visualización.

Taller N. 3

Taller de Psicoeducación en personalidad dependiente: “TE NECESITO PARA PODER VIVIR”

OBJETIVO:

Propiciar información a los reincidentes acerca de los rasgos de personalidad dependiente.

Enseñar la forma de manejar sus rasgos más acentuados.

Tiempo: 95 min.

Paso 1: Presentación

Paso 2: Dinámica: “Conociéndose”

Paso 3: Proyectar las diapositivas previamente elaboradas sobre el tema a tratar.

Paso 4: Foro de conocimientos aprendidos

Paso 5: Enseñar técnicas de manejo de rasgos de personalidad dependiente:

1. CONOCIÉNDOME PARA CAMBIAR

Pegar papel en la espalda, en el mismo que los compañeros escribirán las características más sobresalientes; para que el residente se percate de sus características ante los demás.

Retroalimentación

Taller N. 4

Taller de Psicoeducación en prevención de recaídas: “UNA LUZ AL FINAL DEL TUNEL”

OBJETIVO:

Evitar posibles recaídas y mejorar la calidad de reinserción a la sociedad.

Tiempo: 60 min.

Paso 1: Presentación

Paso 2: Collage de metas a futuro

Paso 3: Foro de collage

Paso 4: Proyectar las diapositivas previamente elaboradas sobre el tema a tratar.

Paso 5: Enseñar técnicas de asertividad

1. DRAMATIZACIÓN TERAPEUTICA

Dividir a los residentes en dos grupos y distribuir los roles protagónicos entre ellos; para el grupo 1 con dialogo asertivo y para el grupo 2 con dialogo conflictivo.

Ejecutar la dramatización

Retroalimentación

5.2. TERAPIA INDIVIDUAL

5.2.1. Para el manejo del craving psicológico

Primera Sesión:

Objetivo: Evaluar la problemática actual del reincidente

Potenciar el enganche terapéutico.

Desarrollo de la sesión:

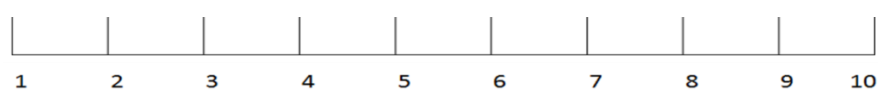
1. Establecer rapport y empatía
2. Establecimiento de reglas, roles dentro de la terapia, tiempo de duración de cada sesión, importancia de las tareas terapéuticas y otros acuerdos.
3. Evaluar el craving psicológico a través de una entrevista con el método socrático.
4. Asignación de tarea para la próxima sesión.

Segunda Sesión:

Objetivo: Comprender la experiencia del craving como una experiencia normal y describir el craving.

Desarrollo de la sesión:

1. Psicoeducación: dialogo guiado sobre el craving, proyección de un video relacionado con el tema, resolución de preguntas.
2. Evaluar nivel actual del craving a través del registro en una escala de Likert, donde 1 representa craving leve y 10 craving grave.



3. Tarea para la próxima sesión: Registro diario del craving en una escala.

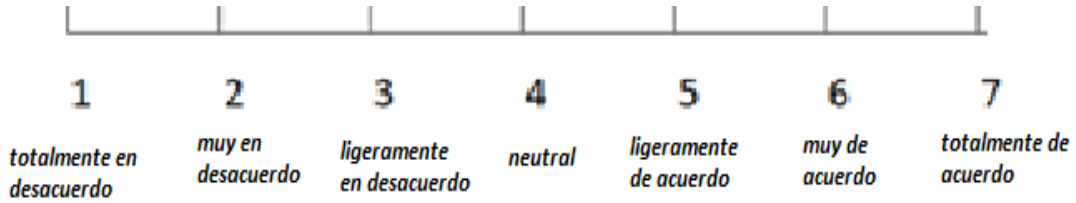
Tercera Sesión:

Objetivo: Identificar los desencadenantes en las últimas semanas.

Evitar estímulos desencadenantes.

Desarrollo de la sesión:

1. Revisión de la tarea asignada previamente.
2. Realizar el cuestionario de creencias sobre el craving (CBQ) de Fredd D. Wrigth con la finalidad de evaluar las cogniciones referentes a este síndrome.

CREENCIAS SOBRE EL CRAVING (CBQ)	
Nombre: _____	Fecha: _____
Por favor, lea las frases escritas a continuación y evalúe en qué medida está o no de acuerdo con la misma.	
	
	1. El craving es una reacción física y, por tanto, no puedo hacer nada para evitar evitarla.
	2. Si no freno, los craving empeoran.
	3. El craving te vuelve loco.
	4. El craving es responsable que use drogas.
	10. Siempre tengo craving de drogas
	11. No tengo control alguno sobre mi craving.

	12. Una vez que el craving ha empezado ya no tengo control sobre mi comportamiento.
	13. Tendré craving de drogas el resto de mi vida.
	14. No puedo soportar los síntomas que tengo cuando aparece el craving de drogas.
	15. Mi castigo por usar drogas es el craving.
	16. Si nunca has tomado drogas entonces no puedes tener ni idea de lo que es el craving(y no puedes esperar a que consiga resistirme)
	17. Mis imágenes y pensamientos cuando tengo craving de drogas están totalmente fuera de mi control.
	18. El craving me pone tan nervioso que no lo puedo soportar.
	19. Nunca estaré preparado para soportar el craving.
	20. Como seguiré teniendo craving el resto de mi vida, da lo mismo que siga tomando drogas.
	21. Cuando tengo craving de drogas, no puedo hacer nada.
	22. O bien tengo craving de drogas o no lo tengo, no hay nada en medio de estos dos estados.
	23. Si el craving se intensifica demasiado la única forma de soportar dicha sensación es mediante el uso de drogas.
	24. Cuando aparece el craving de drogas, está bien usar alcohol para afrontarlo.
	25. El craving es más fuerte que mi fuerza de voluntad.

3. Técnica cognitivo conductual de Beck: Las 4 columnas; que consiste en: identificar los pensamientos automáticos, determinar si son racionales o irracionales y asociarlos a sus respuestas emocionales puntuando el nivel de craving que generan estas situaciones, para posteriormente realizar la comprobación de las hipótesis planteadas y de esta forma encontrar otras alternativas de solución a las distorsiones cognitivas referentes al craving.

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS / SENTIMIENTOS	NIVEL DE CRAVING (0-10)	RESPUESTAS RACIONALES Y/O AFRONTAMIENTO
10 - 10 – 2013	Hoy tengo que lavar la vajilla	Necesito un trago para poder hacerlo Me sentí humillado y avergonzado	8	No necesito una bebida, puedo hacerlo sin ella, no es un trabajo humillante.

Cuarta Sesión:

Objetivo: Afrontar el craving con técnicas de control de sensaciones.

Desarrollo de la sesión:

1. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad a través de técnicas racionales emotivas de Albert Ellis:

Mensajes-yo: son aquellos mensajes que se envían en primera persona. Es un mensaje muy personal, respetuoso con el interlocutor por que expresa sentimientos, opiniones y deseos sin juzgar, ni reprochar. Los mensajes-yo se realizan de la siguiente manera:

Describir de forma clara y concisa, evitando valoraciones, el comportamiento que molesta. Se pueden utilizar expresiones como: “Cuando”, “Estando”

Describir las consecuencias concretas de dicho comportamiento. Se puede utilizar expresiones como: “Porque...”, “en ocasiones esto...”

Expresar sentimientos. Se puede utilizar expresiones como: “Yo me siento...”, “me he enfadado”

Técnica del disco rayado: Se trata de repetir el argumento una y otra vez sin alterarse ni entrar en provocaciones hasta que la otra persona se dé cuenta de que no logrará su objetivo con sus argumentos, provocaciones o ataques. Consiste en la repetición de una frase que exprese claramente lo que desea de la otra persona. Algunas expresiones útiles son: “No me interesa”, “No me apetece”, “No lo veo así”, “Está perdiendo el tiempo porque ya le he dicho que no me apetece”.

Ignorar selectivamente: consiste en atender, o no atender, selectivamente a aspectos específicos del contenido del habla de la otra persona. Por ejemplo, no se contesta a las manifestaciones injustas u ofensivas, sino que se contesta solamente a las expresiones que no son destructivas, productoras de culpa o injustas. Tanto el contenido verbal (silencio) como el no verbal, que se produce ante las expresiones molestas de la otra persona, hay que saber controlarlo. De este modo extingue determinadas respuestas de la otra persona. Esta técnica es relativamente fácil de emplear bajo estados de alta ansiedad o enfado, puesto que no requiere el empleo de frases defensivas. Pero la efectividad de la técnica implica el aprender a distinguir sobre cuándo atender y cuándo no atender a la información específica. Continúa normalmente la conversación en curso, pero responde de forma selectiva a la información dada. Ejemplo:

Eres injusto, me gritas, sólo de vez en cuando me regalas un piropo

(silencio) (silencio) (reacción)→ ¡te gusta que te eche piropos!

Es importante conocer que para el desarrollo de estas técnicas se pueden emplear de 2 a 3 sesiones según lo amerite el caso.

Quinta Sesión:

Objetivo: Afrontar el craving con técnicas de control de sensaciones.

Desarrollo de la sesión:

1. Manejo de la ansiedad y el síndrome de abstinencia a través de ejercicios de respiración y relajación con sugestión e imaginación:

Estoy tumbado con los ojos cerrados, me voy alejando de los ruidos y prisas cotidianas... visualizo mi cuerpo como si lo estuviera mirando frente a un espejo... Hago un recorrido por el explorando las zonas en que hay más tensión... Le otorgo el color rojo a las zonas de tensión y un color azul a las zonas que siento relajadas, confecciono así un mapa en color que muestra los territorios tensos y relajados de mi cuerpo... A partir de este instante comienzo a visualizar que con cada respiración entra un aire azul, limpio, puro, relajante... Conforme el aire azul penetra en mi organismo relaja mi cuerpo, la tensión comienza a disolverse... Con cada espiración sale un aire rojo, la tensión se va, se disuelve... Entra un aire azul, relajante... Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo... Entra un aire azul, relajante... Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo... Siento la relajación y la calma... Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio... Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a este ejercicio para relajarme cuando lo desee, se que mi imaginación es una fuente de calma de tranquilidad y de paz.

2. Retroalimentación

Sexta Sesión:

Objetivo: Afrontar el craving con técnicas de control de sensaciones.

Desarrollo de la sesión:

1. Psicoeducación acerca del manejo de las frustraciones y control de impulsos
2. Entrenamiento en manejo de frustraciones a través de un rol playing
3. Técnica de ventajas y desventajas: consiste en pedirle al residente que mencione las ventajas y desventajas que ocasiona mantener una creencia determinada.

VENTAJAS DE SER IMPULSIVO	DESVENTAJAS DE SER IMPULSIVO
Tener buena sintonía social	Accidentes
No tener conflictos	No tener amistades
Ser respetado	Genera miedo en los demás

Séptima Sesión:

Prevención de recaídas

Objetivo: Entender la recaída como un proceso

Identificar y hacer frente eficazmente a las situaciones de alto riesgo


Reducir al mínimo las consecuencias negativas

Seguir participando del tratamiento

Aprender a crear un estilo de vida más apropiado

Desarrollo de la sesión:

1. Medir constantemente con la escala de prevención de recaídas de Fred D. Wright las situaciones que pueden desencadenar una recaída.

ESCALA DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS		
Nombre: _____ Fecha: _____		
Como sabes, hay muchas situaciones que pueden provocar el impulso de usar drogas. Esta escala tiene dos partes. a). para determinar lo fuertes que crees que pueden ser los impulsos en una situación determinada, y b). para determinar la probabilidad de que utilices drogas en estas situaciones. A continuación se describen varias situaciones que pueden provocar fuertes impulsos de consumir droga. Lee cada ítem e imagínate a ti mismo en muchas situaciones. En la primera columna, “fuerza de impulso” indica lo fuerte que crees que puede ser el impulso. En la segunda columna indica la “Probabilidad de que utilices drogas” en estas situaciones.		
		
	PREDICCIÓN	
	Fuerza de impulso	Probabilidad de utilizar drogas
1. Estoy en un sitio en el que había tomado alguna vez droga.		
2. Estoy rodeado de personas con las que he tomado drogas anteriormente.		

3. Acaban de pagarme.		
1. He visto a mis compañeros tomando drogas.		
2. Estoy saliendo de mi trabajo.		
3. Es viernes noche.		
4. Estoy en una fiesta.		
5. Estoy pensando en la última vez que consumí.		
6. He empezado a hablar con alguien obre tomar drogas.		
7. Me aburro		
8. ¡Me siento muy bien!		
9. He visto un(a) amante/ ex amante		
10. Estoy tomando una copa.		
11. Un amigo mío me esta ofreciendo algo de droga		
12. Me siento cansado		
13. He visto una prostituta		
14. He salido a buscar sexo		
15. Me siento sexy		
16. Me viene a la memoria lo bien que me siento cuando estoy bajo los efectos de la droga.		
17. Estoy enfadado		
18. Me siento estresado		
19. Me siento culpable		
20. Acabo de tomar drogas		
21. Acabo de romper mi abstinencia		
22. Me estoy preparando para trabajar		
23. Estoy cansado		
24. Estoy frustrado		
25. He visto un póster en contra de las drogas.		
26. He visto un cigarrillo o botella		
27. He salido a jugar		
28. Acabo de soñar con droga		
29. Estoy viendo deportes		
30. Me estoy vistiendo de forma elegante.		
31. Estoy bajo presión en el trabajo.		

32. Estoy pensando en practicar relaciones sexuales.		
33. Estoy enfadado con mi pareja/esposo(a)		
34. Mi esposo(a)/pareja me esta molestando porque tomo drogas.		
35. Mi familia me molesta porque tomo drogas.		
36. Me acaban de decir que doy positivo en el test de orina.		
37. No he consumido y mi orina es positiva		
38. Estoy viendo una película relacionada con las drogas		
39. Me siento ansioso		
40. Alguien acaba de criticarme		
41. No he tomado drogas en mucho tiempo		
42. Me siento tenso		
43. Alguien al que estoy cuidando es un enfermo terminal.		
44. Tengo dolor		
45. Siento un peso en mis espaldas		
46. Estoy en un bar pasándomela bien		
47. Me he peleado con mi familia.		

2. Construir una caja de herramientas en la que consten personas, números de teléfono, lugares y actividades a las cuales pueda acudir en caso de riesgo de recaída.
3. Elaborar el plan de vida
4. Construir el FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)
5. Recomendar al reincidente que asista a grupos de autoayuda, con la finalidad de reforzar sus habilidades positivas.

5.2.2. Para el manejo del trastorno dependiente de personalidad

Primera Sesión:

Objetivo: Evaluar la problemática actual del reincidente

Potenciar el enganche terapéutico.

Desarrollo de la sesión:

1. Establecer rapport y empatía
2. Establecimiento de reglas, roles dentro de la terapia, tiempo de duración de cada sesión, importancia de las tareas terapéuticas y otros acuerdos.
3. Evaluar el trastorno de personalidad dependiente a través de una entrevista con el método socrático.
4. Asignación de tarea para la próxima sesión: Autobiografía

Segunda Sesión:

Objetivo: Describir el trastorno dependiente de personalidad.

Identificar las características propias del residente.

Desarrollo de la sesión:

1. Psicoeducación del trastorno dependiente de personalidad: definiciones de personalidad normal y patológica.
2. Revisión de la autobiografía y relacionar sus características con las mencionadas en la Psicoeducación.
3. Entrenar al paciente para que identifique sus pensamientos automáticos.
4. Asignación de tarea para la próxima sesión: Registro diario de pensamientos automáticos.

Tercera Sesión:

Objetivo: Modificar las distorsiones cognitivas.

Desarrollo de la sesión:

1. Revisión de la tarea asignada
2. Técnica cognitivo conductual de las cuatro columnas: consiste en llevar un registro diario en base a vivencias diarias en 4 columnas según como se muestra en la tabla:

SITUACIÓN OBJETIVA	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	CONDUCTA QUE SE TUVO ANTE LA SITUACIÓN	SOLUCIÓN
Reunión con grupo de amigos.	Necesito del alcohol para pasar bien	Ansiedad Desesperación	Regresa a casa y reflexiona acerca de lo ocurrido.

5. Asignación de tarea para la próxima sesión: continuar con el registro diario.

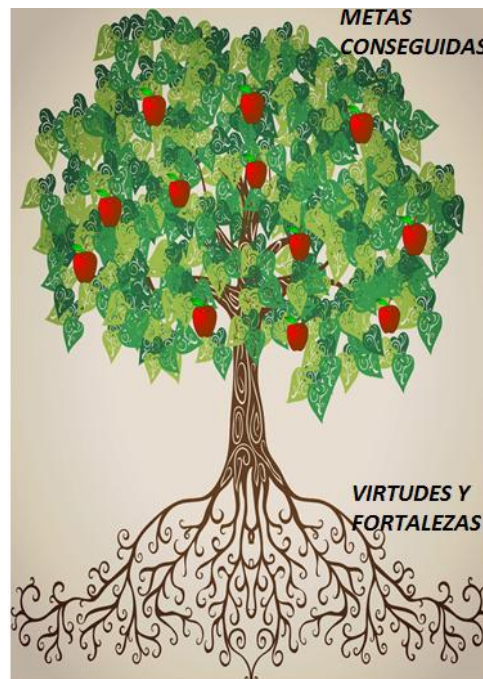
Cuarta Sesión:

Objetivo: Elevar la autoestima del reincidente.

Potenciar su autonomía.

Desarrollo de la sesión:

1. Revisión de la tarea asignada
2. Técnica del árbol: Se inicia narrando la historia "El árbol"²⁹, luego se le pide al reincidente que dibuje un árbol con raíces y frutos con la finalidad de plasmar en las raíces sus cualidades y en los frutos sus logros. En el tronco registrará su nombre y alrededor las situaciones que aún no ha logrado.



3. Retroalimentación
4. Proyección de un video de autoestima.
5. Asignación de tarea para la próxima sesión: Elaborar el plan de vida

²⁹ ²⁹ LOPERA J. y BERNAL M. *La culpa es de la vaca*, Editorial kiliko, 2004, p 68

Quinta Sesión:

Objetivo: Entrenar al reincidente en asertividad.

Desarrollo de la sesión:

1. Revisión de la tarea asignada
2. Proyección de diapositivas de asertividad y dialogo guiado acerca del tema.
3. Modelamiento conductual: presentar un personaje modelo que sirva para ejemplo de superación asertiva.
4. Técnica conductual rol playing
5. Asignación de tarea para la próxima sesión: construir el FODA

Sexta Sesión:

Objetivo: Realizar una retrospectiva de la terapia.

Desarrollo de la sesión:

1. Revisión de la tarea asignada
2. A través de la técnica lluvia de ideas, conocer la evolución que el reincidente ha tenido, resolver dudas y afianzar su autonomía, incentivándole a continuar en terapia pero sin hacer dependencia.
3. Cierre de sesión

Se puede extender el número de sesiones terapéuticas, dependiendo de las características y síntomas asociados al trastorno dependiente de personalidad.

**MANUAL DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL
MANEJO DEL CRAVING Y EL TRASTORNO DEPENDIENTE DE
PERSONALIDAD**

2. INTRODUCCIÓN

El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas con trastorno dependiente de personalidad, puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia. Por lo tanto el craving significa un problema muy difícil para las personas que presentan consumo de sustancias.

El craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegar a ser autónomos, es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente controlarlos, no se suprimen con facilidad. Por lo anterior se destaca la relevancia de este manual, dado que su abordaje es de inminente importancia para el tratamiento del consumidor de sustancias, donde el personal que trabaja con él, debe conocer las estrategias que le competen para contribuir a su recuperación y rehabilitación. De esta manera, se pretende que el presente trabajo sirva como una guía sobre las estrategias para el manejo del craving y el trastorno dependiente de personalidad, las cuales son, por elección, cognitivo conductuales.

El terapeuta debe reconocer y comprender el craving de su paciente, sus tipos, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo.

En este plan de intervención el desarrollo de algunas técnicas cognitivo conductuales propuestas por Aaron Beck y técnicas racionales emotivas propuestas por Albert Ellis, encaminadas a disminuir el craving psicológico, así como también, se aborda el trastorno dependiente de personalidad que presenta un vínculo desencadenante en el consumo de sustancias y el craving psicológico. Es de fácil manejo para los terapeutas y los residentes consumidores de sustancias psicoactivas, con la finalidad de disminuir el índice de recaídas y mejorar su calidad de vida dentro de la sociedad.

3. CONCEPTOS BÁSICOS

El craving, es un deseo o necesidad psicológica intensa e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia.

Craving significa ansia, obsesión, anhelo. Este término en inglés, es utilizado en la literatura relacionada con las adicciones en todo el mundo para evitar confusiones con otros trastornos que comparten sintomatología, como la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y el síndrome de abstinencia.

3.1. Tipos de Craving

3.1.1. Craving como respuesta a los síntomas de abstinencia: los individuos con un consumo importante, suelen experimentar reducciones del grado de satisfacción que encuentran en el uso continuado de sustancias, pero con un aumento del malestar cuando dejan de consumirla. Así, el craving adquiere la forma de “necesidad de sentirse bien de nuevo”. Representaría una forma de refuerzo negativo, como alivio de los síntomas de abstinencia.

3.1.2. Craving como respuesta a la falta de placer: comprende los intentos del paciente para mejorar el estado de ánimo de la manera más rápida e intensa. Sería una forma de automedicación, actuando como refuerzo positivo para el consumo futuro.

3.1.3. Craving como respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia: asociación a estímulos neutros con la intensa recompensa del consumo, provocaría que finalmente estos estímulos indujesen al craving de una forma automática.

3.1.4. Craving como respuesta a deseos hedónicos: así se experimenta el inicio del craving cuando se desea aumentar una experiencia positiva, que previamente se había asociado al consumo, por ejemplo “la asociación de una droga determinada con el sexo, precipitándose el craving como respuesta a ese condicionamiento”.³⁰

3.2. Trastorno de la personalidad dependiente

Se ha podido determinar que este trastorno presenta un vínculo desencadenante en el consumo de sustancias y el craving. Se estudiara a profundidad el presente trastorno para con ello conocer desde la perspectiva histórica y mediante análisis realizados por estudiosos expertos en el tema.

Según Theodore Millon en 1995, definen a los individuos con trastorno dependiente de personalidad como “personas con necesidades constantes de aprobación, de afecto y de apoyo por parte de los que los rodean,

³⁰ Castillo L y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental, pp. 9 -10.

presentando tendencias a evitar situaciones de tensión y de conflicto interpersonal”.³¹

3.2.1. Características

El sujeto se siente desvalido lo que le lleva a mostrarse dependiente y sumiso. No puede tomar decisiones sin pedir consejo primero. Permite que otras personas tomen decisiones por él. Tiende al acuerdo y excesiva conformidad por temor a defraudar. Tiene dificultad de iniciar proyectos y tomar iniciativas. Huye de la soledad como una situación especialmente penosa. Se deprime cuando las relaciones íntimas se acaban. Su temor a ser abandonado es intenso, las críticas y desaprobación le hieren fácilmente. Para parecer desvalido y dar pena realiza operaciones de auto- sacrificio y el poco afecto que consigue produce sentimientos de humillación y auto-degradación. No ofende a sus superiores, y hace lo posible para permanecer cerca de él, haciéndose querer mediante la sumisión.

3.2.2. Conductas sobre desarrolladas

Búsqueda de ayuda

Apego excesivo

3.2.3. Conductas infra desarrolladas

Autosuficiencia

Movilidad (capacidad de distanciarse)

³¹ James E. V. (1998). *Guías Para la Intervención del MCMI*, Editorial PAIDOS, Barcelona, Buenos Aires, México, pp. 3-4

3.2.4. Subtipos

Existen algunos “subtipos del trastorno dependiente caracterizados por combinaciones junto a otras personalidades”.³²

3.2.4.1. El dependiente inquieto: es una combinación de los patrones dependiente y evitador, estos individuos suelen encontrarse en un entorno cerrado o institucional, donde se ponen en manifiesto características conductuales de aislamiento manteniéndose en un estado parasitario y dependiente para conseguir ganancias secundarias, son personas que evidencian una intensa aprensión que les provoca una falta de iniciativa importante y una evitación ansiosa de la autonomía, vulnerables al abandono.

3.2.4.2. El dependiente inmaduro: es una variante del patrón puro o el trastorno dependiente sin combinación con otros trastornos de personalidad, caracterizado por ser nada sofisticado, a mitad de crecimiento, no instruido, infantil, sin experiencia, crédulo y no formado, incapaz de asumir responsabilidades propias del adulto. Estas personas pueden resultar bastante problemáticas para los demás cuando estos les exigen más de lo que se permiten dar.

3.2.4.3. El dependiente torpe: presentan una combinación del patrón dependiente y esquizoide, caracterizados por presentar falta de vitalidad,

³² Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, p. 227

fatigabilidad, y debilidad general en la expresión y en la espontaneidad, son individuos improductivos, infructuosos, incompetentes e inútiles, busca una vida sin problemas, son personas que no se ven afectadas por las deficiencias ya que manifiestan anhedonia que no les permite experimentar emociones intensas desconectándose de las relaciones interpersonales, aunque dependiendo de lo que les ocasiona estabilidad.

3.2.4.4. El dependiente acomodaticio: manifiestan una combinación dependiente e histriónica, son personas caracterizadas por ser amables, ansiosas, benevolentes, complacientes, serviciales, adaptables, niegan sentimientos perturbadores; adoptan bien un rol sumiso e inferior. Son acomodaticios por una razón la afabilidad, pretenden hacer que los demás tomen el control, de modo que así compensan su incompetencia, no pueden adquirir la responsabilidad de un adulto, actuando como niños sumisos.

3.2.4.5. El dependiente sin identidad: presentan una combinación de características dependiente y masoquistas, se fusionan y se sumen en otros, son personas absorbidas, envueltas e incorporadas, desean perder su propia identidad, se convierten en ese alguien o en un extensión del otro. Son personas conformistas y se encuentran satisfechos con su estilo de vida dedicado al auto sacrificio.

3.3. Técnicas para el Manejo del Craving

En primera instancia se debe describir o detectar el craving. Para esto puede ser útil el empleo de autoregistros, así como preguntar ¿Cómo es su craving?, ¿Qué tanto le afecta?, ¿Cuánto tiempo dura? ¿Qué es lo que hace o trata de hacer para manejar el craving?, etc. Ya identificado el craving y las emociones y pensamientos asociados, se procede, según la elección del terapeuta y la naturaleza del craving, a la aplicación de una o varias estrategias que se describen a continuación:

3.3.1. Escala de LIKERT

Desarrollada por Rensis Likert, consiste en puntuar en una escala que oscila de 1 a 10 el nivel de craving en distintas horas del día para identificar las situaciones de alto riesgo, donde 1 significa craving leve y 10 craving grave.

HORA	ESCALA									
MAÑANA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TARDE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NOCHE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.3.2. Técnica de las tres columnas

Propuesta por Aaron Beck, se utiliza para cambiar pensamientos irracionales a racionales. Consiste en detectar las distorsiones cognitivas, identificar si son racionales o irracionales para posteriormente modificarlos por pensamientos más adaptativos.

PENSAMIENTO IRRACIONAL	PENSAMIENTO RACIONAL	REINTERPRETACIÓN
Deseo con todas mis fuerzas volver a consumir	Me voy a casa para evitar consumir.	No tiene sentido volver a consumir, este es un deseo irracional que yo lo puedo controlar.
Quiero irme de la casa	Visito el grupo de AA	Puedo encontrar apoyo en mi familia y en el grupo.

3.3.3. Técnica de las cuatro columnas

Propuesta por Aaron Beck, consiste en llevar un registro diario en base a vivencias diarias en 4 columnas según como se muestra en la tabla, para registrar las vivencias diarias, los pensamientos negativos asociados a éstos y la conducta que se tuvo ante esta para darle una alternativa de solución adaptativa.

SITUACIÓN OBJETIVA	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	CONDUCTA QUE SE TUVO ANTE LA SITUACIÓN	SOLUCIÓN
Reunión con grupo de amigos.	Necesito del alcohol para pasar bien	Ansiedad Desesperación	Regresa a casa y reflexiona acerca de lo ocurrido.
Ruptura de relación sentimental	Necesito del alcohol para superar mi tristeza.	Llanto Desesperanza Frustración	Acudo al terapeuta.

3.3.4. Auto registro diario de craving

En la tabla expuesta a continuación, el residente debe registrar diariamente la intensidad de craving, sentimientos, pensamientos y emociones que presenta durante el día frente a determinadas situaciones; y junto con el terapeuta en un inicio buscar alternativas de solución racionales, para que posteriormente las afronte solo, sin ayuda del terapeuta.

FECHA	SITUACIÓN ADVERSA	PENSAMIENTOS / SENTIMIENTOS	NIVEL DE CRAVING (0-10)	RESPUESTAS RACIONALES Y/O AFRONTAMIENTO
10 - 10 – 2013	Hoy tengo que encontrarme con mi esposa	Necesito un trago para poder hacerlo Me sentí humillado y avergonzado	8	No necesito una bebida, puedo hacerlo sin ella, no es un trabajo humillante.
13 – 10 – 2013	Se me perdieron las llaves del carro y llegue tarde al trabajo	Me sentí frustrado, con iras, tenía ganas de golpear a quienes estaban a mi alrededor. Solo el alcohol me podía ayudar	9	Busque a alguien que me ayude, explique el problema a mi jefe, respire y me tranquilice.

3.3.5. Detención del pensamiento, bloqueo o parada del pensamiento

Esta técnica consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al craving. Es decir, se entrena al residente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable improductivo; tal y como se explica a continuación:

1. Se procede a discutir con el residente los pensamientos relacionados con el craving que son necesarios eliminar.
2. El terapeuta le pide al residente que cierre los ojos e inicie verbalizando con una secuencia de pensamientos negativos asociados al craving como por ejemplo: "Me siento horrible, voy a morir si no uso droga, etc."
3. Mientras el residente procede, el terapeuta interrumpe diciendo "¡Alto!"
4. Después de esto el terapeuta "hace ver al residente cómo se detuvieron aquellos pensamientos" pidiéndole que repita el ejercicio varias veces.
5. Estos ejercicios se repiten con el propósito de que el residente aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando "¡Alto!" por sí mismo cuando estos se presenten.
6. Puede ser que el residente exprese que es difícil gritar "¡Alto!" si los pensamientos se presentan en un lugar público como un restaurante, para esto, se puede indicar al residente que en los lugares que considere pertinentes no realice la verbalización "¡Alto!", pero que puede pensarlo de manera firme y decidida, de modo que esté consciente de la manera en la que detuvo el pensamiento.
7. Al terminar la detención del pensamiento, existe la adición de sustitución posterior del pensamiento negativo por uno incompatible o distractorio.

3.3.6. Control y programación de actividades

Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del residente en función de sus actividades, que por lo general giran en torno al uso de sustancias psicoactivas. Así mismo, cuando los residentes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos. Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de las sustancias psicoactivas" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el residente.

Se la realiza de la siguiente manera:

1. Se procede inicialmente elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con el consumo del residente.
2. Se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el residente de modo que pueda programar sus actividades el mismo, lo cual establecerá "fuentes de refuerzo no relacionadas con las sustancias psicoactivas"

ACTIVIDAD RELACIONADA AL CONSUMO	ACTIVIDAD PLACENTERA POSITIVA
Ir a un bar	Cenar con la familia
Jugar volley con los amigos	Ir a un día de campo con los hijos
Ir a una fiesta	Acudir a la biblioteca
Salir con amigos de consumo	Acudir a la comunidad

3.3.7. Técnicas de distracción

Como su nombre indica, son técnicas sencillas que tienen como objetivo “distracer” 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 indica, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado para el residente, lo siguiente:

1. Centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible	2. Realizar actividades domésticas, ejercicio (por ejemplo, salir a correr, realizar determinado número de sentadillas, etc.)	3. Hablar sobre algún tema iniciando una conversación con amigo o familiar,
4. Recitar un poema o cantar una canción favorita.	5. Puede ir a visitar un amigo, a dar un paseo, etc.)	6. Jugar un, juego de mesa, videojuego o rompecabezas.

3.3.8. Entrenamiento en respiración

La respiración es importante porque ayuda a disminuir los niveles de ansiedad asociados al craving. Hay diversos tipos que se pueden utilizar de acuerdo a las necesidades del reincidente.

1. Respiración lenta y profunda. En la que el residente inhala por la nariz y exhala por la boca de forma lenta, profunda y silenciosa.
2. Respiración triangular. Consiste en inhalar por la nariz en 5 tiempos, retener el aire en 5 tiempos y exhalar en 5 tiempos.
3. Respiración cruzada. Con este tipo de respiración se oxigenan los hemisferios cerebrales y favorece al equilibrio. Se lo realiza inhalando por una fosa nasal, cubriendo la otra y exhalandolo por la boca. Se hacen repeticiones intercalando las dos fosas nasales.
4. Respiración rápida. Se inhala por la nariz y exhala por la boca de forma agitada, varias veces. Muy utilizada para situaciones estresantes ya que potencia la tranquilidad.

3.3.9. Entrenamiento en relajación

Son procedimientos que están enfocados a hacer incompatibles, emociones que pueden propiciar el craving, por medio del entrenamiento del paciente de modo que el mismo propicie un estado de relajación al enfrentar situaciones de ansiedad o ira para él. El método de relajación que se emplea de manera rutinaria es esencialmente el de Jacobson:

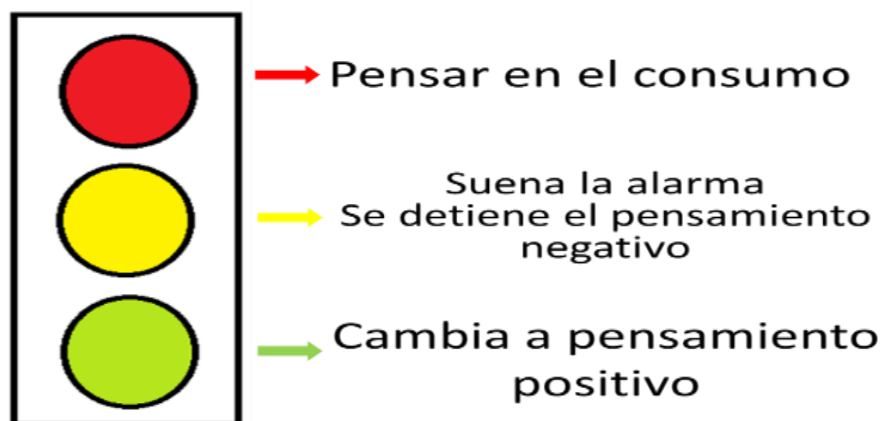
Se le debe explicar al residente, que es una habilidad que se le va a enseñar y que requiere práctica, así como enfatizar el deseo del terapeuta de que el residente lo practique en casa por lo menos de 10 a 15 minutos. Posterior a esto, se realizan varios ejercicios de tensión y distensión de los músculos. Se puede iniciar relajando la cabeza, ya que por lo general, los efectos más marcados de inhibición de la ansiedad se obtienen relajando esa parte del cuerpo. Se prosigue con los músculos del cuello, de los hombros, de la espalda, del abdomen, del tórax, y de las extremidades superiores e inferiores. Es importante evaluar la reducción de los niveles de ansiedad así como del craving por medio de instrumentos de medición pertinentes para determinar en qué medida los ejercicios de relajación están ayudando al paciente.

FECHA	NIVEL DE ANSIEDAD									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.3.10. Técnicas de imaginación

Son técnicas en las cuales el residente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Es útil como método para cambiar las creencias relacionadas con las sustancias y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndolos del craving, destacan cinco técnicas utilizadas: reenfoque con imaginación, sustitución por imagen negativa, sustitución por imagen positiva, repaso mediante imagen, y adquirir dominio mediante imaginación.

Esta técnica de Aaron Beck, fue adaptada por sus colaboradores y sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando el residente 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.



3.3.11. Sustitución por imagen negativa

Esta técnica cognitivo – conductual, se refiere a la imaginación de una fotografía acerca de las consecuencias negativas de consumir sustancias cuando aparecen los pensamientos que conllevan al craving. De tal forma que las imágenes “positivas” acerca de la droga (por ejemplo, recordar la última vez que consumió) sea sustituida por una imagen de las consecuencias negativas que tiene el último (p.e., el recuerdo de una hospitalización debida al consumo o los dolores físicos de la abstinencia) para evitar la conducta de uso.

Cambiar la imagen positiva de consumo (diversión, algarabía, placer) por la imagen negativa de consumo (enfermedad, muerte, accidentes, prisión).



3.3.12. Reemplazo por imágenes positivas

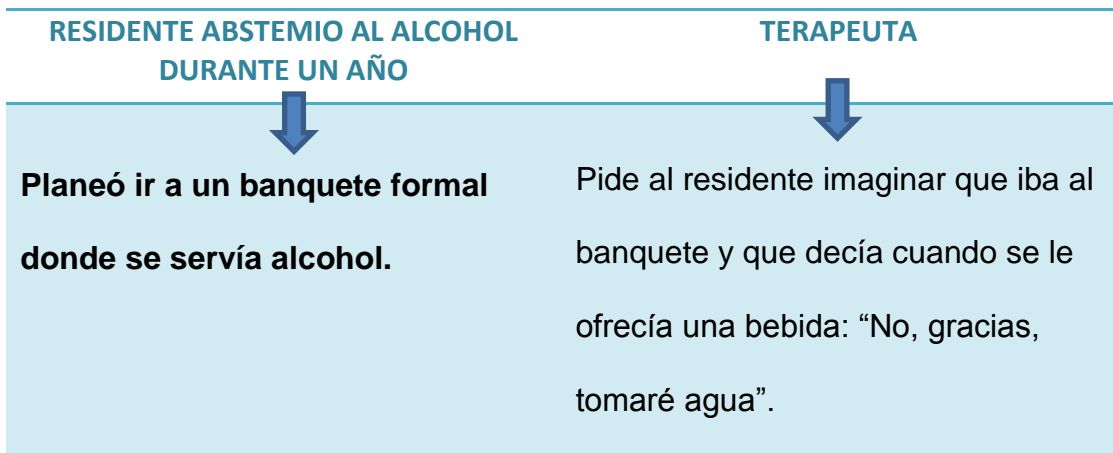
Se refiere a la sustitución de imágenes negativas referentes al consumo de drogas relacionadas con las creencias irracionales como las predicciones negativas (por ejemplo, creer que el uso de drogas ha arruinado su vida para siempre y terminará viviendo en la calle), y que se puede sustituir por una “tarjeta flash”, que describa una situación positiva. Todo esto con el objetivo de disminuir las emociones negativas y consecuentemente, el *craving*.

Cambiar la imagen negativa de consumo (indigencia, maltrato, discriminación, enfermedades) por imágenes positivas de no consumir (compartir con familiares, amigos, paseos, deportes)



3.3.13. Retroalimentación con imagen positiva

Las imágenes se utilizan como medio de práctica o repaso de ciertas habilidades adquiridas (por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas) o de la desensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores de craving (por ejemplo, una fiesta en donde le ofrezcan una bebida).



3.3.14. Dominio mediante la imaginación

Esto implica la repetición y la gestación de una autoimagen poderosa y fuerte, para poder superar el craving en su imaginación y para poder proyectarla hacia la realidad posteriormente. Puede utilizarse la metáfora para obtener poder ante el craving (por ejemplo, el residente puede imaginar que él es un beisbolista y que el craving es la pelota que él batea y se va lejos).



3.3.15. Auto instrucciones y autoafirmaciones

Se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al residente qué es lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto. "El entrenamiento en auto instrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más. "Me siento bien, el craving va a pasar", "No necesito drogas para ser feliz", "¡Vas Bien!", "Recuerda que con lo que te ahorras en droga, ahora puedes comprarte la ropa que te gusta". En este sentido, también se pueden utilizar las tarjetas flash, las cuales son frases de afrontamiento al craving escritas en tarjetas de cartulina de un tamaño tal que el individuo pueda cargar con ellas a donde vaya. Por ejemplo:

ME SIENTO MÁS SANO
CUANDO NO TOMO
DROGAS NI ALCOHOL

LAS COSAS ME VAN MUY
BIEN CON MI MUJER;
¡SEGUIRÉ ASÍ!

TENGO BUEN ASPECTO
FÍSICO; ¡SEGUIRE ASÍ!;

¡VETE DE AQUÍ
INMEDIATAMENTE
ALCOHOL Y DROGA!

3.3.16. Discusión de ideas irracionales

Técnica basada en la terapia racional emotiva de Albert Ellis en donde se “tratan de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los residentes a perturbarse a sí mismos por su adicción”.

Es una estrategia cognitiva que debate las distorsiones cognitivas del residente estas son:

1. Extrapolar (por ejemplo: “o todo o nada”, “no debo sentir nada de craving porque si no significa que soy un perdedor, “adivinar” el pensamiento de otros por ejemplo: “como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto”, “ese señor que está ahí me está viendo por qué sabe que yo usaba drogas”).
2. Predicciones negativas por ejemplo: “nunca voy a cambiar”, “siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso la droga”, “me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan droga y voy a recaer”.
3. Exacerbar lo negativo por ejemplo: “todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida”, “¡me siento horrible, si no uso la droga, me voy a morir!”.

4. Negligencia y descalificación ante lo positivo por ejemplo: “si me felicitó, fue por puro compromiso, él ha de pensar que voy a volver a usar droga”, minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo por ejemplo: “que haya dejado la droga es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable”, sentimiento de estafa y perfeccionismo por ejemplo: “debí haber controlado mi último craving, y como no lo hice, he decepcionado a todos, soy un fraude”.

Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas, por ejemplo: “menciona que se siente horrible y que va a morir. Sin duda es molesto e indeseable el sentir el craving pero, ¿en realidad se va usted a morir por no tomarte un trago en esa fiesta, sufre usted de alguna enfermedad extraña en la cual al no ingerir alcohol usted de repente cae súbitamente al suelo y deja de vivir? – el residente ríe y responde, no, tal vez estoy exagerando.”

De esta manera el residente comprende la irracionalidad de sus creencias y cómo ha aprendido a percibir las cosas de una manera inapropiada lo cual le ha generado emociones que no puede controlar. Por lo tanto, es necesario que adopte una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional.

3.3.17. Programación de actividades

Se utiliza para que el residente ejecute un conjunto de actividades alternativas en el tiempo en el que se presenta el craving.

Dia/hora	Situación en la que se presenta el craving	Actividad a realizarse
12-12-14/16h00	Vi consumir a mis amigos	Ir al gimnasio

3.3.18. Caja de herramientas

Esta técnica propuesta en el programa de manejo de adicciones AA, consiste en elaborar una serie de fichas en las que haga constar nombres, números de teléfono, direcciones y/o actividades a las que pueda acudir cuando se encuentre en peligro de recaída.

TERAPEUTA VIVENCIAL Nombre: Raúl Patiño Teléfono: 0987654321 Dirección: Zamora Huayco	PSICOLOGA CLÍNICA Nombre: Rosa Camacho Teléfono: 0987654321 Dirección: El Valle
COMUNIDAD TERAPEUTICA Teléfono: 0987654321 Dirección: La Banda	GRUPO AA/NA Teléfono: 0987654321 Dirección: El Recreo

3.3.19. Plan de vida

Esta técnica propuesta en el programa de manejo de adicciones AA, consiste en registrar las actividades que el residente tiene planificado realizar a corto, mediano y largo plazo. Se la utiliza para evitar desviaciones del propósito inicial del residente mientras esta en abstinencia para evitar posibles recaídas.

PLAN DE VIDA

NOMBRE:

FECHA:

1. ÁMBITO FAMILIAR	
2. AMBITO LABORAL	
3. AMBITO SOCIAL	
4. AMBITO EDUCATIVO	
5. AMBITO MÉDICO	
6. AMBITO RECREACIONAL	

3.3.20. FODA: FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS

A través de esta técnica racional emotiva, propuesta en el programa de manejo de adicciones AA, se trabaja con el paciente en 4 columnas que le permiten identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y aspiraciones que presenta para su recuperación. Con la finalidad de que fortalezca lo positivo y transforme debilidades en oportunidades.

F Fortalezas	O Oportunidades	D Debilidades	A Amenazas
Fe Responsabilidad Compañerismo Respeto Confianza	Cambio Estabilidad Sinceridad	Irresponsabilidad Violencia Falta de iniciativa Resistencia al cambio Frustración	Ser feliz Formar una familia Tener un empleo Estudiar

3.4. Técnicas para el Manejo del Trastorno Dependiente de Personalidad

3.4.1. Técnica cognitivo conductual de las cuatro columnas

Técnica propuesta por Aaron Beck que consiste en llevar un registro diario en base a vivencias en cuatro columnas según como se muestra en la tabla, con la finalidad de modificar pensamientos y conductas irracionales hacia otras más adaptativas.

SITUACIÓN OBJETIVA	PENSAMIENTOS NEGATIVOS	CONDUCTA QUE SE TUVO ANTE LA SITUACIÓN	SOLUCIÓN
Reunión en casa de la pareja sentimental	Necesito de mi novia para no sentirme desprotegido	Retraimiento Sumisión Ansiedad	Regresa a casa y reflexiona acerca de lo ocurrido. Evitar depender de la pareja

3.4.2. Técnica el árbol de los logros

Técnica humanística que permitirá reflexionar sobre los logros y cualidades positivas, analizar la imagen que se tiene sobre uno mismo y centrarse en las partes positivas.

Con esta técnica se podrá evaluar en un momento el nivel de autoestima ya que ilustra el estado de ánimo. Lo único que se necesita es un bolígrafo y unas hojas.

El ejercicio consiste en una reflexión sobre las capacidades, cualidades positivas y logros que se han desarrollado desde la infancia a lo largo de toda la vida.

Lo primero que debes hacer es elaborar una lista de todos los valores positivos, ya sean cualidades personales, sociales, intelectuales, o físicos. Se incentiva hacer una lista lo más larga posible tomándose todo el tiempo que se necesite.

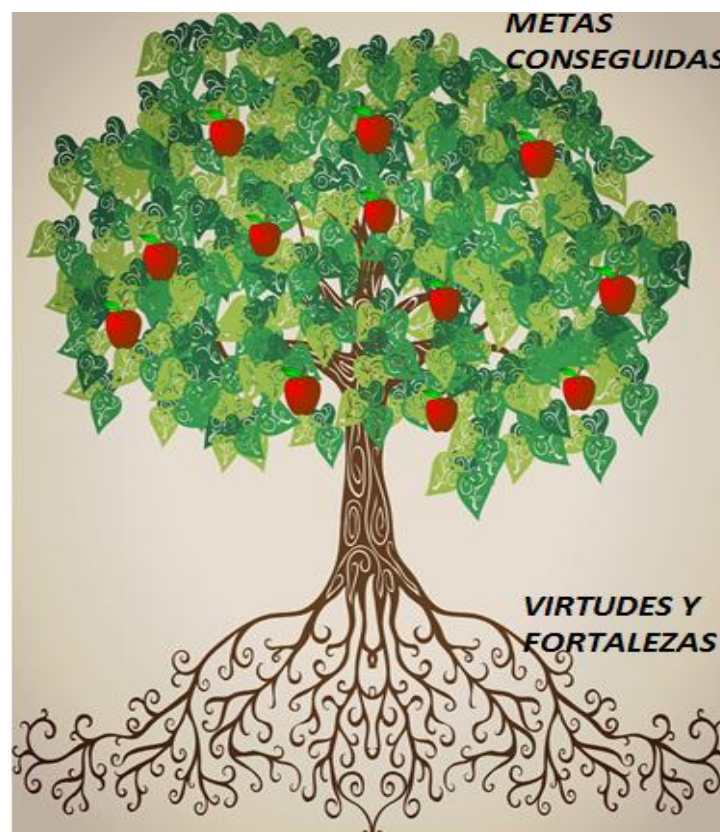
Una vez acabada la primera lista, se elabora otra con todos los logros que se hayan conseguido en la vida. Da igual si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es el residente se sienta orgulloso de haberlos conseguido. Al igual que antes, se reflexiona y apunta todos lo necesario.

Cuando ya se tenga las dos listas, se procede a dibujar el “árbol de los logros”. De tal manera que ocupe toda la hoja, se dibuja las raíces, las ramas y los frutos. Se deben realizar raíces y frutos de diferentes tamaños.

En cada una de las raíces debes ir colocando cada uno de los valores positivos (los que apuntaste en la primera lista). Si se considera que ese valor es muy importante y ha servido para lograr grandes metas, se lo coloca en una raíz gruesa. Si por el contrario no se ha tenido mucha influencia, se lo coloca en una de las pequeñas.

En los frutos se irán colocando de la misma manera los logros (los apuntados en la segunda lista). Se colocaran los logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños.

Una vez que se los tenga acabados, se lo contempla y reflexiona sobre él.



3.4.3. Entrenamiento en asertividad

Técnica cognitivo- conductual de Aron Beck que se la utiliza para que el residente aprenda modos alternativos de resolución de conflictos interpersonales de modo que exprese sus deseos, derechos, opiniones, sentimientos, respetándose a sí mismo, no dependiendo de los demás y respetando la privacidad y autonomía de los demás personas que se encuentran a su alrededor.

3.4.4. Modelamiento conductual

Técnica cognitivo- conductual de Aron Beck, la misma que consiste en presentar un personaje modelo que sirva para ejemplo de superación asertiva, la misma que ayudara a darle iniciativa, autonomía y fuerza en su recuperación, dándosele la premisa de que otras personas con sus mismos problemas han salido adelante, él también lo lograra, para lo cual le proyectaran una serie de imágenes de personajes modelos.



3.4.5. Técnica conductual rol playing

Técnica propuesta por Aron Beck, la misma que consiste en que el residente y el terapeuta recreen escenas que el residente ha vivido recientemente con dificultades; adoptando papeles e introduciendo modificaciones en ella hasta llegar a unas conductas más adecuadas.



3.4.6. Psicodramatización

Técnica propuesta por Aaron Beck, en la que el residente y el terapeuta pueden representar escenas pasadas donde se han generado sus significados personales disfuncionales, de modo que se activen su secuencia interpersonal – cognitiva – emocional, y se generen alternativas también representadas.



10. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. Allport G. (1986). *La Personalidad, su Configuración y Desarrollo*, Octava Edición, Editorial Herder, Barcelona
2. Balarezo Ch. L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito - Ecuador
3. Beck A. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, Editorial Paidós Ibérica S.A, Barcelona
4. Caballo V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, editorial España editores S.A., Madrid – España.
5. Caballero M. F. (2004). *Las Drogas Educación y Prevención*, Editorial Cultural SA, Madrid – España
6. Casas M.(2002), *Adicción a Psicofármacos*, Editorial, MASSON S.A, Barcelona
7. Castillo J. y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental
8. Centeno S. C. (2012). *Psicología clínica aplicada*, editorial FORMACIÓN ALCALÁ, Medellín – Colombia.
9. Cervera G. (1999). *Trastornos de la Personalidad y Drogodependencias. Trastornos Adictivos*, Editorial TEA. S.A
10. Dalence M.T. (2012). *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria informe Ecuador*, PRADICAN,

Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, Editorial Ohquis Design E.I.R.I, Primera Edición, Ecuador

11. Dankhe H. (1986). *Metodología de la Investigación, Definición del Tipo de Investigación* Editorial Pradican
12. González G.L. (2012). *Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica).
13. Hales R. (1996). *Tratado de Psiquiatría*, Editorial ANCORA S.A, Segunda Edición, Barcelona España
14. Hourmilougue M. C. (2007). *Clasificación de las Sustancias por sus Efectos y Posibles Consecuencias*, Editorial Andina S.A.
15. James E. V. (1998). *Guías para la Intervención del MCMI*, Editorial PAIDOS, Barcelona.
16. Leza L, Lizasoain L. (1998). *Drogodependencias*, Editorial Médica Panamericana S.A, Madrid España
17. López D. A. y Becoña I. E. (2006). *El Craving en Personas Dependientes de Sustancias*, Editorial ISSN, Murcia España
18. López I. A. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial Masson S.A, Barcelona España
19. Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España

20. Pedrero P., Puerta G. (2003). *Prevalencia e Intensidad de Trastornos de Personalidad en Adictos a Sustancias en Tratamiento*, Editorial TEA. S.A, Madrid España
21. Pérez de los Cabos J. (2000). *Psicopatología y Alcoholismo, Neurociencias*, Editorial Masson S.A, Barcelona

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

1. Brito G. (2012). *Comunidad Terapéutica "Posada Solidaria"*. Recuperado en Loja el 16 de mayo de 2013 a las 17H30 de <http://www.loja.gob.ec/contenido/centro-de-apoyo-social-municipal-casmul>
2. Castillo V. (2003) *Evaluación de la personalidad: Orígenes aplicaciones y problemas*, recuperado den Loja el 02 de julio de 2013 a las 20H30 de <http://www.cop.es/colegiadospersonalidad/MU00024/tper.htm//>
3. CONSEP. (2007). *Sustancias psicotrópicas en las universidades del país*. Recuperado en Loja el 25 de junio de 2013 de <http://www.consep.gob.ec//>
4. More G. (2003). *Método científico*. Recuperado en loja el 30 de junio de 2013 a las 16H00 de http://es.wikipedia.org/wiki/Método_científico.
5. Osorio D. E. (2005) *Definición de Personalidad*. Recuperado en Loja el 24 de Junio de 2013, de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad>.
6. Universidad Nacional de Loja. (2012) *Carrera de Psicología Clínica*, recuperado en Loja, Biblioteca ASH el 10de julio de 2013 a las 18H00, de <http://www.unl.edu.ec/salud/carreras-pregrado/psicología-clinica>.

MANUALES

1. Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España
2. Organización mundial de la salud. (1998). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10*, Madrid –España, Editorial Medica Panamericana S.A.

11. INDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TABLA DE CONTENIDOS.....	vi
TÍTULO.....	9
RESÚMEN	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
REVISIÓN DE LITERATURA.....	15
PERSONALIDAD.....	15
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	15
TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD.....	20
CRAVING.....	22
CLASIFICACIÓN.....	22
TRATAMIENTO.....	24
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	27
CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	29
MATERIALES Y MÉTODOS.....	33
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES.....	46
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA	47
TEMA	48
OBJETIVOS.....	49
PRESENTACIÓN.....	50
DESARROLLO DE ACTIVIDADES.....	51

TERAPIA GRUPAL	51
TERAPIA INDIVIDUAL	56
TERAPIA INDIVIDUAL PARA CRAVING	56
TERAPIA INDIVIDUAL PARA TRASTORNO DEPENDIENTE	67
MANUAL DE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL CRAVING Y DEL TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD	71
INTRODUCCIÓN	72
CONCEPTOS BÁSICOS	74
TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL CRAVING.....	79
TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPENDIENTE ...	98
BIBLIOGRAFÍA.....	103
INDICE.....	107
ANEXOS.....	109
ANEXO 1	110
ANEXO 2	113
ANEXO 3	124
ANEXO 4	137
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	138

ANEXOS

ANEXO 1.

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES:	INSTRUCCIÓN:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	OCUPACIÓN:
EDAD:	RELIGIÓN:
SEXO:	LUGAR DE PROCEDENCIA:
RAZA:	LUGAR DE RESIDENCIA:
ESTADO CIVIL:	DIRECCIÓN DOMICILIARIA:
NÚMERO DE HIJOS:	FECHA DE INGRESO:

1. MOTIVO DE CONSULTA:

2. HISTORIA DE ENFERMEDAD

3. ENFERMEDAD ACTUAL

4. PSICOANAMNESIS PERSONAL

PRENATAL

NATAL

INFANCIA

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

ADULTEZ Y VEJEZ

5. HISTORIA FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

6. HISTORIA LABORAL

7. HISTORIA SOCIAL

8. HISTORIA PSICOSEXUAL

9. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

10. PSICOANAMNESIS ESPECIAL

11. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

12. RESULTADO DE TESTS

13. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

14. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

15. PRONÓSTICO:

16. FUENTE:

17. RECOMENDACIONES:

EVALUADOR: _____

ANEXO 2.

MCMII- III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON – III

El MCMII – III es una herramienta de evaluación en constante desarrollo que puede perfeccionarse según las necesidades del usuario, su autor es Theodore Millon con la colaboración de R Davis y C. Millon. Es de aplicación individual y colectiva, para adultos. La aplicación varía entre veinte y treinta minutos.

Es utilizado para la evaluación de la personalidad, patologías y síndromes clínicos. Se usa en adicciones, porque aporta un contexto de personalidad en el que el profesional puede entender mejor la dependencia al alcohol y sustancias psicoactivas.

Su finalidad es la evaluación de cuatro escalas de control, once escalas básicas, tres rasgos patológicos, siete síndromes de gravedad moderada y tres síndromes de gravedad severa:

- Esquizoide
- Evitativo
- Depresivo
- Dependiente
- Histriónico
- Narcisista
- Antisocial
- Agresivo (sádico)
- Compulsivo
- Negativista
- Autodestructivo
- Esquizotípico
- Limite
- Paranoide

MCFI – III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAJIAL DE MILLON – III

CUADERNILLO

INSTRUCCIONES:

- Anote todas sus contestaciones en la hoja de respuestas que se le ha facilitado. NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO.
- Para contestar en la hoja de respuestas utilice un lápiz blando que escriba en color negro y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.
- Las paginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a si mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.
- No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.
- 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 piensa que describe su forma de ser, MARQUE CON UNA X EL ESPACIO correspondiente a la letra V (Verdadero). Si por el contrario la frase NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser, MARQUE CON UNA X EL ESPACIO de la letra F (falso). Así:

	V	F
1. Soy un ser humano	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como esta afirmación es verdadera para usted, se ha tachado el espacio de la letra V (Verdadero)		
2. Mido más de 3 metros.	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta afirmación es falsa para usted, por lo que se ha tachado el espacio de la letra F (Falso)		

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

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

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 cual 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 duraran 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 a 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 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 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 destruir 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 pasado algo bueno.
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 extravertida.
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 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 rechazarme o criticarme.
70. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me pasan.
71. Cuando estoy solo, a menudo siento cerca de mí la fuerte presencia de alguien que no puede ser visto.
72. Me siento desorientado, sin objetivos, y no se hacia dónde voy en la vida.
73. A menudo dejo que los demás tomen por mi decisiones importantes.
74. No puedo dormirme, 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 este 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 permite.
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 aílo 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 idealizado.
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 problema 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 mí pasado sigue apareciendo en mis pensamientos.
110. El año pasado aparecí en la portada de muchas 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 la 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 quiera.
121. Sigo dándome atracones de comida un par de veces por semana.
122. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi 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 de prisa para ellos.

126. Hoy, la mayoría de la gente de éxito ha sido afortunada o deshonesto.
127. No me involucro con otras personas a no ser de que este seguro que les voy a gustar.
128. Me siento profundamente deprimido sin ninguna razón que se me ocurra.
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 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 y 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 dolorosos 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 delgada de lo que estoy.

156. No entiendo porque algunas personas me sonrían.
157. No he visto un carro en los últimos 10 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 demasiado 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 actúo rápidamente, no pienso las cosas tanto como debiera.
167. Tengo mucho cuidado de 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 aterrorizo cuando pienso en una experiencia traumática que tuve hace años.
174. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de la que tengo.
175. A algunas personas que se supone que son mis amigos, les gustaría hacerme daño.

MCMII – III
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON – III
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Nombre y apellido: _____

No. Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F () M ()

Profesión actual: _____

1.1. ESTADO CIVIL

No ha estado casado	()	Divorciado	()
Separado	()	Casado (2 nupcia o más)	()
Viudo	()	Vive en pareja	()
Casado en 1 matrimonio	()	Otros (especificar) _____	

1.2. NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (Marque con una x el nivel más alto que haya cursado)

Primaria	()	Universidad incompleta	()
8 de EGB o Graduado escolar	()	Universidad completa	()
Bachillerato	()	Otros: _____	

1.3. ENTORNO EN EL QUE CONTESTA A LA PRUEBA (Marque con una x el que corresponda)

Escuela, universidad, etc.	()	Centro de salud (consultas)	()
Hospital o clínica	()	Orientación profesional	()
Centro de detención	()	Otras: _____	

1.4. LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

Origen: _____ Residencia: _____

1.5. INDIQUE CON LOS NÚMEROS 1 Y 2 SUS DOS PRINCIPALES PROBLEMAS.

Matrimonial o familiar	()	Problemas mentales	()
Cansancio o enfermedad	()	Trabajo, estudios o empleo	()
Drogas	()	Alcohol	()
Confianza en sí mismo	()	Conducta antisocial	()
Soledad	()		

A CUMPLIMIENTO POR EL EXAMINADOR:

Paciente internado SI () NO ()

Trastorno eje I presentado:

Hace menos de 1 semana ()

Entre 1 y 4 semanas ()

Hace más de 4 semanas ()

HOJA DE RESPUESTAS

Marque con una "X" la respuesta (V = verdadero; F = falso) que mejor le 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										
6B	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 3

CUESTIONARIOS PARA EL CRAVING (CCQ, MCQ, ACQ)

DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE CRAVING DE COCAÍNA, MARIHUANA Y ALCOHOL

AUTORES: S. T. Tiffany, E. Singleton, C. A. Haertzen, I. E. Henningfield.

DESCRIPCIÓN:

El CCQ, MCQ y el ACQ son unos instrumentos diseñados para evaluar la intensidad del craving de cocaína, marihuana y alcohol

Se trata de un autoinforme que consta de cuarentaicinco ítems, que permite la evaluación desde un punto de vista multimodal (deseo de consumir cocaína, marihuana y alcohol intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora en la abstinencia o disforia y pérdida de control sobre el consumo) y temporal (momento presente y/o últimos siete días).

Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de siete puntos, en función del grado de acuerdo o desacuerdo con las frases presentadas. Existen veinticinco ítems directos y veinte ítems inversos. Es un instrumento auto aplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

1. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los cuarentaicinco ítems.
2. En todos los ítems las puntuaciones oscilan entre uno y siete puntos:
directos (1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 16, 17, 21, 22, 24-26, 29, 31-34, 37, 39, 40, 42): uno ,muy en desacuerdo; siete ,muy de acuerdo.
Ítems inversos (2, 5, 8, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 27, 28, 30, 35, 36, 38, 41, 43-45): uno ,muy de acuerdo; siete ,muy en desacuerdo.

Se presentan tres niveles de craving: craving leve de 0 – 104, craving moderado de 105- 209 y craving grave de 210- 315

CUESTIONARIO DE CRAVING DE COCAINA

(COCAINE CRAVING QUESTIONNAIRE)

CCQ- GENERAL

NOMBRE: ----- **FECHA** -----

Instrucciones. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases poniendo una simple marca (como ésta: X) a lo largo de cada una de las líneas entre «Muy en desacuerdo» y «Muy de acuerdo».

Cuanto más cerca ponga la marca de uno de los dos lados, más indicará el grado en el que usted está en desacuerdo o de acuerdo.

Conteste a cada una de las frases. Estamos interesados en saber cómo ha estado usted pensando o sintiendo en general, sobre la cocaína durante la semana pasada.

En general durante la semana pasada

1. Mi pensamiento hubiese sido más claro, si hubiese estado tomando cocaína.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

2. No tuve intención alguna de tomar cocaína.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

3. Mi deseo de consumir cocaína me pareció irresistible.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

4. Estuve pensando en la manera de conseguir cocaína.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

5. No quise tomar cocaína.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

6. Si alguien me hubiese ofrecido cocaína, la habría consumido inmediatamente.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

7. Tomar cocaína me habría hecho sentir menos deprimido.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

8. Si hubiese consumido cocaína, podría haber controlado fácilmente la dosis.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
9. Tuve grandes deseos de tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
10. Tomar cocaína habría hecho que me sintiese con mucho poder.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
11. Si hubiese tenido cocaína delante de mí, me habría sido muy difícil no tomarla.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
12. Tomar cocaína no habría servido para calmarme.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
13. Si hubiese tomado cocaína me habría sentido muy despierto.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
14. Si hubiese tenido la oportunidad de tomar cocaína, no creo que la hubiera consumido.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
15. No habría disfrutado tomando cocaína.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
16. Por tomar cocaína habría hecho cualquier cosa.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
17. Si hubiese tomado cocaína, habría controlado mejor la situación.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
18. Aunque hubiese sido posible, probablemente no habría tomado cocaína.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
19. No habría sentido placer por tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
20. Creo que podría haberme aguantado sin tomar cocaína.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
21. Sentí el impulso de tomar cocaína	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo

22. Si hubiese tenido cocaína, no habría sido capaz de controlar la dosis.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
23. En general, habría podido estar sin consumir cocaína durante mucho tiempo.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
24. Si hubiese podido tomar cocaína, me habría sentido menos irritable.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
25. Si hubiese tomado cocaína, me habría sentido con mucha energía.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
26. Lo único que deseé consumir fue cocaína.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
27. Consumir cocaína no habría aumentado mi concentración.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
28. No necesité tomar cocaína.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
29. Me habría sido difícil parar el consumo de cocaína.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
30. Si hubiese consumido cocaína, no habría disminuido mi inquietud.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
31. Habría tomado cocaína tan pronto como hubiese tenido ocasión.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
32. Tomar cocaína habría hecho que todo pareciese perfecto.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
33. Deseé tanto consumir cocaína que casi pude sentir su sabor.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
34. Nada habría sido mejor que tomar cocaína.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	

35. Mi rabia no habría disminuido, si hubiese consumido cocaína. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
36. Me habría sido fácil dejar pasar la oportunidad de tomar cocaína. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
37. Habría tomado cocaína lo antes posible. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
38. No tuve ningún deseo de tomar cocaína. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
39. Si hubiese tenido cocaína, no habría podido resistirme. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
40. Tomar cocaína me habría hecho sentir menos cansado. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
41. Consumir cocaína no habría sido muy agradable. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
42. Si hubiese tomado un poco de cocaína, no habría sido capaz de parar. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
43. Si hubiese tomado cocaína, no habría disminuido mi ansiedad. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
44. No he echado de menos la cocaína. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
45. Si hubiese tenido algo de cocaína, probablemente no la habría tomado. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo

CUESTIONARIO DE CRAVING DE MARIHUANA

(MARIHUANA CRAVING QUESTIONNAIRE)

MCQ- GENERAL

NOMBRE: ----- FECHA -----

Instrucciones. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases poniendo una simple marca (como ésta: X) a lo largo de cada una de las líneas entre «Muy en desacuerdo» y «Muy de acuerdo».

Cuanto más cerca ponga la marca de uno de los dos lados, más indicará el grado en el que usted está en desacuerdo o de acuerdo.

Conteste a cada una de las frases. Estamos interesados en saber cómo ha estado usted pensando o sintiendo en general, sobre la Marihuana durante la semana pasada.

En general durante la semana pasada

1. Mi pensamiento hubiese sido más claro, si hubiese estado fumando marihuana.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

2. No tuve intención alguna Fumar Marihuana

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

3. Mi deseo de consumir marihuana me pareció irresistible.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

4. Estuve pensando en la manera de conseguir marihuana.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

5. No quise fumar marihuana

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

6. Si alguien me hubiese ofrecido marihuana, la habría consumido inmediatamente.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

7. Fumar marihuana me habría hecho sentir menos deprimido.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

8. Si hubiese consumido marihuana, podría haber controlado fácilmente la dosis.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
9. Tuve grandes deseos de fumar marihuana.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
10. Fumar marihuana habría hecho que me sintiese con mucho poder.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
11. Si hubiese tenido marihuana delante de mí, me habría sido muy difícil no tomarla.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
12. Fumar marihuana no habría servido para calmarme.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
13. Si hubiese fumado marihuana me habría sentido muy despierto.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
14. Si hubiese tenido la oportunidad de fumar marihuana no creo que la hubiera consumido.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
15. No habría disfrutado fumando marihuana.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
16. Por fumar marihuana habría hecho cualquier cosa.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
17. Si hubiese fumado marihuana, habría controlado mejor la situación.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
18. Aunque hubiese sido posible, probablemente no habría fumado marihuana.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
19. No habría sentido placer por fumar marihuana.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
20. Creo que podría haberme aguantado sin fumar marihuana	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
21. Sentí el impulso de fumar marihuana	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo

22. Si hubiese tenido marihuana, no habría sido capaz de controlar la dosis.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
23. En general, habría podido estar sin consumir marihuana durante mucho tiempo.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
24. Si hubiese podido fumar marihuana, me habría sentido menos irritable.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
25. Si hubiese fumado marihuana, me habría sentido con mucha energía.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
26. Lo único que deseé consumir fue marihuana.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
27. Consumir marihuana no habría aumentado mi concentración.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
28. No necesité fumar marihuana.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
29. Me habría sido difícil parar el consumo de marihuana.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
30. Si hubiese consumido marihuana, no habría disminuido mi inquietud.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
31. Habría fumado marihuana tan pronto como hubiese tenido ocasión.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
32. Fumar marihuana habría hecho que todo pareciera perfecto.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
33. Deseé tanto consumir marihuana que casi pude sentir su sabor.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
34. Nada habría sido mejor que fumar marihuana.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	

35. Mi rabia no habría disminuido, si hubiese consumido marihuana. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
36. Me habría sido fácil dejar pasar la oportunidad de fumar marihuana. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
37. Habría fumado marihuana lo antes posible. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
38. No tuve ningún deseo de fumar marihuana. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
39. Si hubiese tenido marihuana, no habría podido resistirme. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
40. Fumar marihuana me habría hecho sentir menos cansado. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
41. Consumir marihuana no habría sido muy agradable. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
42. Si hubiese fumado un poco de marihuana, no habría sido capaz de parar. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
43. Si hubiese fumado marihuana, no habría disminuido mi ansiedad. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
44. No he echado de menos la marihuana. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
45. Si hubiese tenido algo de marihuana, probablemente no la habría tomado. Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo

CUESTIONARIO DE CRAVING PARA EL ALCOHOL

(ALCOHOL CRAVING QUESTIONNAIRE)

ACQ- GENERAL

NOMBRE: ----- **FECHA** -----

Instrucciones. Indique el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases poniendo una simple marca (como ésta: X) a lo largo de cada una de las líneas entre «Muy en desacuerdo» y «Muy de acuerdo».

Cuanto más cerca ponga la marca de uno de los dos lados, más indicará el grado en el que usted está en desacuerdo o de acuerdo.

Conteste a cada una de las frases. Estamos interesados en saber cómo ha estado usted pensando o sintiendo en general, sobre el alcohol durante la semana pasada.

En general durante la semana pasada

1. Mi pensamiento hubiese sido más claro, si hubiese estado tomando alcohol.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

2. No tuve intención alguna de tomar alcohol.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

3. Mi deseo de consumir alcohol me pareció irresistible.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

4. Estuve pensando en la manera de conseguir alcohol.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

5. No quise tomar alcohol

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

6. Si alguien me hubiese ofrecido alcohol, la habría consumido inmediatamente.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

7. Tomar alcohol me habría hecho sentir menos deprimido.

Muy en desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Muy de acuerdo

8. Si hubiese consumido alcohol, podría haber controlado fácilmente la dosis.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
9. Tuve grandes deseos de tomar alcohol.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
10. Tomar alcohol habría hecho que me sintiese con mucho poder.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
11. Si hubiese tenido alcohol delante de mí, me habría sido muy difícil no tomarla.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
12. Tomar alcohol no habría servido para calmarme.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
13. Si hubiese tomado alcohol me habría sentido muy despierto.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
14. Si hubiese tenido la oportunidad de tomar alcohol, no creo que la hubiera consumido.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
15. No habría disfrutado tomando alcohol.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
16. Por tomar alcohol habría hecho cualquier cosa.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
17. Si hubiese tomado alcohol, habría controlado mejor la situación.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
18. Aunque hubiese sido posible, probablemente no habría tomado alcohol.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
19. No habría sentido placer por tomar alcohol.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
20. Creo que podría haberme aguantado sin tomar alcohol.	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
21. Sentí el impulso de tomar alcohol	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo

22. Si hubiese tenido alcohol, no habría sido capaz de controlar la dosis.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
23. En general, habría podido estar sin consumir alcohol durante mucho tiempo.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
24. Si hubiese podido tomar alcohol, me habría sentido menos irritable.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
25. Si hubiese tomado alcohol, me habría sentido con mucha energía.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
26. Lo único que deseé consumir fue alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
27. Consumir alcohol no habría aumentado mi concentración.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
28. No necesité tomar alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
29. Me habría sido difícil parar el consumo de alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
30. Si hubiese consumido, no habría disminuido mi inquietud.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
31. Habría tomado alcohol tan pronto como hubiese tenido ocasión.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
32. Tomar alcohol habría hecho que todo pareciese perfecto.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
33. Deseé tanto consumir alcohol que casi pude sentir su sabor.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
34. Nada habría sido mejor que tomar alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	

35. Mi rabia no habría disminuido, si hubiese consumido alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
36. Me habría sido fácil dejar pasar la oportunidad de tomar alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
37. Habría tomado alcohol lo antes posible.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
38. No tuve ningún deseo de tomar alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
39. Si hubiese tenido alcohol, no habría podido resistirme.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
40. Tomar alcohol me habría hecho sentir menos cansado.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
41. Consumir alcohol no habría sido muy agradable.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
42. Si hubiese tomado un poco de alcohol, no habría sido capaz de parar.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
43. Si hubiese tomado alcohol, no habría disminuido mi ansiedad.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
44. No he echado de menos al alcohol.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	
45. Si hubiese tenido algo de alcohol, probablemente no la habría tomado.									
Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo	

ANEXO 4.

FICHA DE OBSERVACIÓN

La presente ficha de observación fue tomada de la guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico del Dr. Lucio Balarezo Chiriboga, con la finalidad de realizar una observación de los rasgos más característicos del trastorno dependiente de personalidad, y el craving psicológico de los reincidentes en periodos cortos de tiempo.

GUÍA DE OBSERVACIÓN TIME SAMPLING (TIEMPO DE MUESTREO)

ESTABLECIMIENTO: _____

FECHA: _____

MOTIVO: _____

PARTICIPANTES Y CONTEXTO: _____

INTERVALOS	CICLOS DE OBSERVACIÓN
DURACIÓN:	
FASE	
CICLO	
PERIODO	
ESPACIAMIENTO:	

ANEXO 5. PROYECTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**EL TRASTORNO DEPENDIENTE DE
PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL
CRAVING PSICOLÓGICO, DE LOS
REINCIDENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA
SOLIDARIA”, PERIODO 2013 – 2014.
LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.**

*Proyecto de Tesis previa a la obtención
del título de Psicóloga Clínica*

1859

AUTORA:

María José Ortega Ruiz

**LOJA - ECUADOR
2013**

1. TEMA

EL TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL CRAVING PSICOLÓGICO, DE LOS REINCIDENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA”, PERIODO 2013 – 2014. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS.

2. PROBLEMATIZACIÓN

Uno de los problemas más alarmantes en América Latina, lo constituye el consumo de drogas, en donde se estima que “la dependencia a la marihuana es del 55.1%, de cocaína el 2,5%, pasta base de 2,4% y de alcohol 7,7%”.³³

Actualmente en nuestro país y según estudios realizados por el CONSEP determinan que las sustancias psicoactivas de mayor consumo son alcohol, marihuana, cocaína y heroína. El consumo de alcohol sigue siendo el más difundido en la población, “la prevalencia anual se calcula en 54.4%, seguido de marihuana con 4.3% y cocaína con 1.3%”.³⁴

Otro factor alarmante relacionado con el consumo incontrolable de sustancias psicoactivas en nuestro país, es el llamado craving psicológico o deseo compulsivo por conseguir y volver a consumir la sustancia, caracterizado principalmente por una experiencia subjetiva que es señalada por ellos como un deseo obsesivo, como la “búsqueda de alivio” ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un “incentivo motivacional” para la autoadministración de las sustancias³⁵.

La personalidad juega un papel fundamental en el consumo de sustancias, así como en el desarrollo de craving psicológico; la mayoría de consumidores de sustancias psicoactivas, presentan un trastorno de personalidad concomitante, se estima que “los más frecuentes son los trastornos de personalidad pasivo- agresivo con 31.4%, el antisocial con

³³Dalence M T. (2012). *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria informe Ecuador*, PRADICAN, Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, Editorial Ohquis Design E.I.R.L, Primera Edición, Ecuador, p. 15

³⁴CONSEP. (2007). *Sustancias psicotrópicas en las universidades del país*. Recuperado en Loja el 25 de junio de 2013 de <http://www.consep.gob.ec/>

³⁵López D. A. y Becoña I. E. (2006). *El Craving en Personas Dependientes de Sustancias*, Editorial ISSN, Murcia España, pp. 205-206

29.0% y en mayor prevalencia el dependiente con 34.3%”.³⁶ El mismo que es conceptualizado por Theodore Millon en 1996; como una sensación básica de indefensión e inseguridad, las personas que lo padecen tratan de compensar a través de la búsqueda de afecto, seguridad y consejo en sus relaciones.

En estos casos, “el consumo de sustancias psicoactivas podría provocar un impacto diferencial, al mejorar de manera determinante, aunque transitoria, la sensación básica de competencia vital, vinculándose estrechamente con el craving”³⁷ según Steve Newlin en 2002.

En nuestra sociedad, esta realidad está latente, ya que el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado drásticamente, Loja ocupa el tercer lugar en el país, con este problema, es por ello que desde el Centro de Apoyo Social Municipal de Loja, cuyo objetivo es la prestación de servicios de asistencia médica y social de los grupos de atención prioritaria del cantón se crea en el año 2005 la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, con la misión de “brindar un programa de recuperación integral a personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas y a sus familias con la finalidad de reinsertarlos a la comunidad como entes protagónicos”³⁸.

De lo indagado al personal que labora en este centro, se puede determinar que la demanda por sus servicios es amplia, fundamentalmente por consumo de alcohol, marihuana, cocaína y pasta base, que son las sustancias que generan mayores alteraciones de personalidad, dependencia y craving, de igual manera se cuenta con un grupo de reincidentes que han recaído en el consumo de sustancias psicoactivas, con los mismo que se llevara a cabo el estudio investigativo.

³⁶ Pedrero P, Puerta G. (2003). *Prevalencia e Intensidad de Trastornos de Personalidad en Adictos a Sustancias en Tratamiento*, Editorial TEA. S.A, Madrid España, pp. 247-248.

³⁷ Cervera G. (1999). *Trastornos de la Personalidad y Drogodependencias*. Trastornos Adictivos, Editorial TEA. S.A, pág. 9-15.

³⁸ Brito G. (2012). *Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”*. Recuperado en Loja el 16 de mayo de 2013 a las 17H30 de <http://www.loja.gob.ec/contenido/centro-de-apoyo-social-municipal-casmul>

Tomando en cuenta todas estas consideraciones y el escaso número de estudios realizados, nace mi interrogante: ***¿PRESENTARÁ EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE ALGUNA INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL CRAVING PSICOLÓGICO EN LOS REINCIDENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA “POSADA SOLIDARIA”?***

3. JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja tiene como misión formar profesionales de calidad, promoviendo la investigación científica como pilar fundamental de su formación. Es así que en el Área de la Salud Humana, sus estudiantes participan activamente desarrollando proyectos innovadores que les permitan integrar la participación activa, tanto de sus futuros profesionales como los de la comunidad. En este ámbito la carrera de Psicología Clínica promueve “la formación de profesionales con un perfil altamente humanístico, capaces de indagar la problemática bio-psico-social que presenta la comunidad y a la par plantear alternativas de solución en la perspectiva de mejorar la calidad de vida”³⁹; es por ello que previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, he creído conveniente realizar el presente estudio investigativo, que aborda un problema alarmante para la sociedad lojana.

Esta realidad está latente, ya que el consumo de sustancias psicoactivas ha aumentado drásticamente, Loja ocupa el tercer lugar en el país, con este problema, es por ello que desde el Centro de Apoyo Social Municipal de Loja, cuyo objetivo es la prestación de servicios de asistencia médica y social de los grupos de atención prioritaria del cantón se crea en el año 2005 la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”, teniendo como misión “brindar un programa de recuperación integral a sus residentes y familias, con la finalidad de reinsertarlos a la sociedad como entes protagónicos”⁴⁰.

El trastorno de personalidad dependiente asociado al craving psicológico constituye una de las principales causas de retroceso en la recuperación de

³⁹ Universidad Nacional de Loja. (2012) *Carrera de Psicología Clínica*, recuperado en Loja, Biblioteca ASH el 10 de julio de 2013 a las 18H00, de <http://www.unl.edu.ec/salud/carreras-pregrado/psicología-clinica>.

⁴⁰ Brito G. (2012). *Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”*. Recuperado en Loja el 16 de mayo de 2013 a las 17H30 de <http://www.loja.gob.ec/contenido/centro-de-apoyo-social-municipal-casmul>

los consumidores de sustancias psicoactivas, de allí que a través de este trabajo se pretende establecer un plan de intervención psicoterapéutica para el manejo del craving y el trastorno dependiente de personalidad, encaminado a mejorar la calidad de vida de los reincidentes de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL:

Determinar la influencia del trastorno de personalidad dependiente en el desarrollo del craving psicológico, de los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

4.2. ESPECÍFICOS:

4.2.1. Identificar mediante el MCMI-III, el trastorno de personalidad dependiente de los reincidentes consumidores de sustancia psicoactivas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

4.2.2. Precisar mediante el cuestionario CCQ, MCQ y ACQ, los tipos de craving en los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas de la Comunidad Terapéutica “Posada Solidaria”.

4.2.3. Elaborar un plan de intervención psicoterapéutica para el manejo del craving en personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. PERSONALIDAD

5.1.1. ANTECEDENTES

Sigmund Freud fue uno de los primeros autores que abordó la personalidad, como una guerra de desgaste entre tres generales como brazo ejecutivo de la personalidad, mencionando que el “yo” debe equilibrar al “ello” presionando desde lo más profundo y ansiando gratificación y finalmente el “súper yo” evita que los deseos sean satisfechos directamente. Desde la perspectiva psicoanalítica se le atribuye un tono pesimista; los seres humanos viven en un estado de perpetuo conflicto entre las necesidades y limitaciones de las distintas partes de la personalidad.

Carl Jung, afirmaba que "existían otros aspectos a parte del sexo; "hace referencia a la extroversión e introversión caracterizando a la primera como individuos que fijan su atención con firmeza en el mundo externo, relacionándose con la sociedad y las relaciones interpersonales mutuas, explicando los acontecimientos desde el punto de vista del entorno y por el contrario los introvertidos son básicamente subjetivos y extraen del entorno lo que satisface a sus necesidades internas, relacionándose con la introspección y el alejamiento del mundo interpersonal."⁴¹

Estos estudios sirvieron de antecedentes para la posterior inclusión de trastornos de personalidad descritos por primera vez por Theodore Millon, hasta su posterior inclusión en 1998 en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR.

⁴¹ Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, pp. 24-25

5.1.2. DEFINICIONES

Según Gordon Allport, la personalidad es “la organización dinámica en el interior del individuo, de los sistemas psicológicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos”.⁴²

Según referencia de Lucio Balarezo, la personalidad es “la estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos, socioculturales que establecen un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al ser humano”⁴³

Otra definición utilizada en la actualidad de personalidad es: “el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto”.⁴⁴

5.1.3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

5.1.3.1. DEFINICIONES

Según la Organización Mundial de la Salud trastornos de personalidad son aquellas “desviaciones extremas o significativas de la forma mediante la cual el individuo percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás. Estas pautas de conducta tienden a ser estables y a abarcar múltiples dominios de conducta y funcionamiento psicológico”.⁴⁵

El DSM-IV-TR permite determinar algunos criterios diagnósticos generales para los trastornos de personalidad, mencionando lo siguiente:

⁴² Allport G. (1986). *La Personalidad, su Configuración y Desarrollo*, Octava Edición, Editorial Herder, Barcelona, pág. 254-256.

⁴³ Balarezo Ch. L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito - Ecuador, pp. 3-4.

⁴⁴ Osorio D. E. (2005) Definición de Personalidad. Recuperado en Loja el 24 de Junio de 2013, de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad>.

⁴⁵ Organización mundial de la salud (1998). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10, Madrid –España, Editorial Medica Panamericana S.A. p. 13

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 siguientes:

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.

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

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

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

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

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica”⁴⁶.

En el texto revisado del DSM-IV, se mencionan diez trastornos de personalidad, los cuales se agrupan de la siguiente manera:

⁴⁶Asociación Panamericana de Psiquiatría. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, Editorial MASSON S.A, Barcelona España, p 807

Grupo A trastornos raros o excéntricos: son enfermedades mentales caracterizadas por comportamiento insólito o inusual de un individuo, así como un patrón penetrante de cognición y sospecha; manifestando un lenguaje y expresión extraña con relaciones anormales y aislamiento.

Trastorno paranoide de la personalidad: caracterizados por mostrar desconfianza, interpretando las intenciones de los demás como maliciosas, manifiestan sensibilidad al rechazo y suelen ser rencorosos.

Trastorno esquizoide de la personalidad: caracterizados por manifestar frialdad emocional, así como ausencia en el disfrute de las relaciones interpersonales, prefiriendo la propia compañía.

Trastorno esquizotípico de la personalidad: caracterizado por exteriorizar un comportamiento excéntrico con creencias raras, falta de afectividad o reacciones emocionales inadecuadas.

Grupo B trastornos dramáticos, emocionales o erráticos: son enfermedades mentales caracterizadas por un comportamiento extraño, anormal, sorprendente, así como un patrón penetrante de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Con frecuencia exteriorizan sus rasgos, llevándolos a experimentar rabietas, comportamientos autoabusivo y arranques de ira.

Trastorno antisocial de la personalidad: se caracterizan por no presentar preocupación por los sentimientos de los demás, manifiestan tendencias a ser agresivos e impulsivos, con frecuencia realizan actividades criminales; a menudo experimentan baja tolerancia a la frustración y dificultad para establecer relaciones íntimas.

Trastorno límite de la personalidad: se caracteriza por manifestar un comportamiento impulsivo con dificultad para controlar las emociones, suelen mostrar automutilaciones e intentos suicidas recurrentes, lo que les ocasiona sentimientos de vacío, paranoia o depresión, relacionándose inestablemente en sus relaciones sentimentales.

Trastorno histriónico de la personalidad: se caracteriza por querer ser el centro de atención, son individuos teatrales, sugestionables y seductores, demuestran sus emociones de forma intensa pero a menudo cambiante, buscar constantemente nuevas emociones.

Trastorno narcisista de la personalidad: se caracterizan por manifestar un sentido de autoimportancia excesivo con fantasías de éxito ilimitado, poder y brillantez intelectual, exigen atención de los demás pero demuestran pocos sentimientos hacia ellos.

Grupo C trastornos ansiosos o temerosos: son enfermedades mentales que se caracterizan por manifestar temores anormales ante ciertos estímulos o situaciones particulares como relaciones sociales absorbentes separación y necesidad de control, presentando un estado de ánimo inquieto y afligido.

Trastorno de la personalidad por evitación: se caracterizan por presentar comportamientos muy ansiosos y tensos; son personas inseguras e inferiores, necesitan ser aceptados y son susceptibles a la crítica.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: se caracterizan por ser personas perfeccionistas, se preocupan y dudan en exceso, “son rígidos en su comportamiento, por lo que manifiestan temor a equivocarse así como dificultad a adaptarse a situaciones nuevas, a menudo tienen elevados

principios morales, son críticos y susceptibles a la crítica de los demás, pueden tener pensamientos o imágenes obsesivas”.⁴⁷

5.1.4. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE

Se ha podido determinar que este trastorno presenta un vínculo desencadenante en el consumo de sustancias y el craving. Se estudiara a profundidad el presente trastorno para con ello conocer desde la perspectiva histórica y mediante análisis realizados por estudiosos expertos en el tema.

5.1.4.1. ANTECEDENTES

Otto Fenichel que en 1945; abordo desde el psicoanálisis el carácter oral de un personaje bíblico “Abraham”, para entender la importancia de los antecedentes clínicos del trastorno dependiente, como resultado de una fijación en el primer estadio del desarrollo psicosexual, o etapa oral. Karen Horney y Theodore Millon en 1981 hacen referencia a que ciertas personas actúan como madres nodrizas en todas sus relaciones objétales, presentando similitudes con el tipo sumiso de personalidad.

El DSM-I lo consideró como un subtipo del trastorno pasivo- agresivo de la personalidad, siendo un trastorno independiente hasta el DSM-III. Es así que en “la aparición del DSM-IV, en las características centrales del trastorno se ha puesto gran énfasis, ya que se procura disminuir la superposición con otros trastornos de la personalidad”.⁴⁸

5.1.4.2. DEFINICIONES

Según Theodore Millon en 1995, definen a los individuos con trastorno dependiente de personalidad como “personas con necesidades constantes

⁴⁷ Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, p. 765

⁴⁸ Hales R. (1996). *Tratado de Psiquiatría*, Editorial ANCORA S.A, Segunda Edición, Barcelona España, pp. 143-144

de aprobación, de afecto y de apoyo por parte de los que los rodean, presentando tendencias a evitar situaciones de tensión y de conflicto interpersonal”.⁴⁹

De acuerdo al DSM-IV-TR se mencionan los siguientes criterios acerca del trastorno dependiente de la personalidad:

“Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, que se los abordará en los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesita que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y apoyo que necesita.

⁴⁹ James E. V. (1998). *Guías Para la Intervención del MCMI*, Editorial PAIDOS, Barcelona, Buenos Aires, México, pp. 3-4

8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo”.⁵⁰

5.1.5. Etiología y causas del trastorno dependiente de personalidad

Entre las principales causas del desarrollo de trastorno dependiente y desde la perspectiva interpersonal Harry Stack en 1947 lo describió como “una indefensión que aprendieron las personas a partir del ejemplo parental requiriendo a una persona fuerte para que tome las decisiones por ellas”.

Los padres desempeñan un papel primordial en la aparición del trastorno dependiente de personalidad, “no permiten que sus hijos se desarrollen con independencia, en lugar de permitir que la curiosidad surja de manera natural, complacen los hábitos y necesidades de sus hijos, anulando cualquier necesidad de explorar el mundo que tenga el niño, limitando su desarrollo y madurez psicológica”.⁵¹

Otro factor que puede predisponer la aparición de este trastorno es que el individuo haya presentado una enfermedad médica crónica o un trastorno de ansiedad por separación en la infancia o la adolescencia.

Este trastorno “suele ser más frecuente en mujeres, pero en la actualidad se ha observado un incremento paulatino en varones”.⁵²

“Las alteraciones neurológicas como los estados postencefalíticos y la epilepsia temporal constituyen un factor primordial para la aparición de este trastorno, así como un marcado componente hereditario.”⁵³

⁵⁰ Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, p 811

⁵¹ Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, pp. 233-234

⁵² Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, pp. 809-810

⁵³ Osorio D. E. (2005) *Definición de Personalidad*. Recuperado en Loja el 24 de Junio de 2013, de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad>.

5.1.6. Subtipos

Existen algunos “subtipos del trastorno dependiente caracterizados por combinaciones junto a otras personalidades”.⁵⁴

1. **El dependiente inquieto:** es una combinación de los patrones dependiente y evitador, estos individuos suelen encontrarse en un entorno cerrado o institucional, donde se ponen en manifiesto características conductuales de aislamiento manteniéndose en un estado parasitario y dependiente para conseguir ganancias secundarias, son personas que evidencian una intensa aprensión que les provoca una falta de iniciativa importante y una evitación ansiosa de la autonomía, vulnerables al abandono, solitarios a menos que existan figuras de apoyo cercanas.
2. **El dependiente inmaduro:** es una variante del patrón puro o el trastorno dependiente sin combinación con otros trastornos de personalidad, caracterizado por ser nada sofisticado, a mitad de crecimiento, no instruido, infantil, sin experiencia, crédulo y no formado, incapaz de asumir responsabilidades propias del adulto. Estas personas pueden resultar bastante problemáticas para los demás cuando estos les exigen más de lo que se permiten dar.
3. **El dependiente torpe:** presentan una combinación del patrón dependiente y esquizoide, caracterizados por presentar falta de vitalidad, fatigabilidad, y debilidad general en la expresión y en la espontaneidad, son individuos improductivos, infructuosos, incompetentes e inútiles, busca una vida sin problemas, son personas que no se ven afectadas por las deficiencias ya que manifiestan anhedonia que no les permite experimentar emociones intensas desconectándose de las relaciones interpersonales, aunque dependiendo de lo que les ocasiona estabilidad.

⁵⁴ Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España, p. 227

4. **El dependiente acomodaticio:** manifiestan una combinación dependiente e histriónica, son personas caracterizadas por ser amables, ansiosas, benevolentes, complacientes, serviciales, adaptables, niegan sentimientos perturbadores; adoptan bien un rol sumiso e inferior. Son acomodaticios por una razón la afabilidad, pretenden hacer que los demás tomen el control, de modo que así compensan su incompetencia, no pueden adquirir la responsabilidad de un adulto, actuando como niños sumisos.
5. **El dependiente sin identidad:** presentan una combinación de características dependiente y masoquistas, se fusionan y se sumen en otros, son personas absorbidas, envueltas e incorporadas, desean perder su propia identidad, se convierten en ese alguien o en un extensión del otro. Son personas conformistas y se encuentran satisfechos con su estilo de vida dedicado al auto sacrificio.

5.2. CRAVING

5.2.1. Definiciones

Edward Titchener y Otto Gross en 1976, definen al craving “como un deseo irracional o conciencia subjetiva de compulsión, entendida como necesidad imperiosa, significando un conflicto entre el querer consumir y la abstinencia”. Stacy Markou en 1993 define al craving como “la motivación de auto administrarse una sustancia psicoactiva que previamente ha sido consumida, dicho concepto se define en función de tres características, las cuales constituyen un proceso: subjetivo, motivacional y prospectivo”.

5.2.2. Clasificación del craving

Jellinek Isbell en 1955 clasifico al craving en los siguientes tipos:

Físico o no simbólico: aparece en personas que habían consumido sustancias psicoactivas en grandes cantidades durante largos periodos de tiempo, manifestándose por síntomas de abstinencia y alteraciones fisiológicas.

Psicológico: se presenta posterior al síndrome de abstinencia, o durante un tiempo después de que los síntomas abstinenciales desaparecieran.

De acuerdo al enfoque conductista, el craving podría dividirse en:

“Craving como respuesta a los síntomas de abstinencia: los individuos con un consumo importante, suelen experimentar reducciones del grado de satisfacción que encuentran en el uso continuado de sustancias, pero con un aumento del malestar cuando dejan de consumirla. Así, el craving adquiere la forma de “necesidad de sentirse bien de nuevo”. Representaría una forma de refuerzo negativo, como alivio de los síntomas de abstinencia. Suele darse principalmente en consumidores de alcohol.

Craving como respuesta a la falta de placer: comprende los intentos del paciente para mejorar el estado de ánimo de la manera más rápida e intensa. Sería una forma de “automedicación”, actuando como refuerzo positivo para el consumo futuro. Experimentado por consumidores de marihuana.

Craving como respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia: asociación a estímulos neutros con la intensa recompensa del consumo, provocaría que finalmente estos estímulos indujesen al craving de una forma automática, siendo el caso de los consumidores de cocaína.

Craving como respuesta a deseos hedónicos: así se experimenta el inicio del craving cuando se desea aumentar una experiencia positiva, que

previamente se había asociado al consumo, por ejemplo la asociación de una droga determinada con el sexo, precipitándose el craving como respuesta a ese condicionamiento. Experimentado este tipo de craving, por consumidores de múltiples sustancias”⁵⁵

5.2.3. Craving y sus manifestaciones generales en las sustancias psicoactivas

El craving es un síndrome que no se presenta en todas las sustancias psicoactivas debido a que es un síntoma específico de la dependencia física y psíquica, manifestándose únicamente en las sustancias con potencial altamente adictivo como son: alcohol, marihuana, cocaína, base de cocaína y heroína, o cuando el individuo está intentando mantenerse en abstinencia.

5.2.4. Factores del craving

1. “El deseo de consumir, manifestado por la falta de control o el impulso incontrolable de querer consumir la sustancia a la cual es adicto.
2. La intención y planificación del consumo: el adicto planifica la forma, lugar y otras circunstancias para volver a consumir. Esto determina la intencionalidad para que se efectúe una posterior recaída.
3. La anticipación de efectos tanto físicos como emocionales positivos de consumo: el paciente anticipa los efectos de placer, los siente como vividos, los experimenta como reales, anticipa sus efectos de bienestar, de grandiosidad, de poder y de euforia, por lo que en ocasiones le resulta difícil no recaer.
4. La anticipación de una disminución del malestar físico y afectivo como consecuencia del consumo: disminuyen los síntomas de abstinencia con la idea irracional de volver a consumir, por lo que algunos al anticipar esta vivencia.

⁵⁵ Castillo I. y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental, pp. 9-10

5. La anticipación de la dificultad de evitar consumir si hay droga disponible o, la pérdida de control por el consumo; evidenciada por una marcada desesperación por volver a consumir la sustancia, no pudiendo desistir al consumo”⁵⁶.

5.2.5. TRATAMIENTO DEL CRAVING

5.2.5.1. Introducción

El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia.

Es importante señalar que el manejo multidisciplinario profesional es vital para la efectividad del tratamiento.

Las técnicas cognitivo conductuales son las de elección, dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos.

La literatura existente confirma la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductual en el tratamiento del consumo de sustancias en general, combinados con el tratamiento médico.

El terapeuta debe reconocer y comprender los tipos de craving, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo. De igual

⁵⁶ Idem

manera, debe describir o detectar el *craving*. Para esto puede ser útil el empleo de autorregistros, así como preguntar ¿Cómo es su craving?, ¿Qué tanto le afecta?, ¿Cuánto tiempo dura? ¿Qué es lo que hace o trata de hacer para manejar el craving?, etc.

5.2.5.2. Técnicas terapéuticas para el manejo del craving

- 1. Detención de Pensamiento:** Joseph Wolpe en 1993 considero a la detección del pensamiento como una de las principales técnicas de abordaje del craving, la misma que consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al mismo. Es decir, se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo, esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto las emociones negativas quedan reprimidas antes de que puedan surgir.
- 2. Técnicas de Distracción:** se las utilizo para el control y manejo del craving, refiriéndose a ellas como técnicas sencillas 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.
- 3. Control y Programación de Actividades:** Aron Beck en 1999, sugieren la técnica de control y programación de actividades, teniendo como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus acciones, que por lo general giran en torno al consumo de sustancias psicoactivas, cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre. Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia, sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

4. **Entrenamiento en Relajación:** son procedimientos que están enfocados a disminuir la ansiedad o la ira propiciadas por el craving, emociones que pueden, por medio del entrenamiento del paciente, propiciar un estado de relajación al enfrentar situaciones adversas para él.
5. **Técnicas de imaginación:** el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otros métodos como la visualización, sugestión y relajación; para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento.
6. **Desensibilización sistemática:** Es una técnica que emplea la exposición gradual, real o imaginaria a los estímulos que producen el *craving*, por medio de acercamientos sistemáticos a estos, los cuales son reforzados puntualmente; de modo que la respuesta de ansiedad pierda poder ante dicha situación.
7. **Autoinstrucciones y autoafirmaciones:** Se refiere a la verbalización de palabras o frases que sugieren al paciente lo que debe hacer o sentir, realizadas por el mismo sujeto⁵⁷.
8. **“Discusión de ideas irracionales:** Albert Ellis 2002, sugieren la técnica de discusión de ideas irracionales, la misma que trata de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los consumidores a perturbarse a sí mismos por su adicción”⁵⁸

El manejo del craving es determinante para el tratamiento psicológico de las adicciones y para la adherencia al tratamiento en general. El manejo de este dependerá de la elección del terapeuta entre la amplia gama de estrategias a utilizar y de su habilidad para manejarlas. Es esencial que previo al manejo

⁵⁷ Beck A.. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, Editorial Paidós Ibérica S.A, Barcelona, pp. 71-72.

⁵⁸ Idem

de estas estrategias, se determine la naturaleza y tipo de craving que el paciente presenta para hacer la elección adecuada en función de las necesidades del paciente y de sus características y recursos personales.

Las diferentes técnicas han demostrado ser ampliamente efectivas en el tratamiento de otras patologías específicas relacionadas con la ansiedad. Por tanto, dada la naturaleza del craving, es ampliamente factible la efectividad de estas estrategias en el manejo del mismo. Se observa también, que en muchos de los casos, dichas estrategias no están aisladas, sino que “en ocasiones se complementan para ser más eficaces, por lo cual se sugiere adoptar una visión más amplia, en vez de pretender hacer uso de una sola”.

5.3. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

5.3.1. Introducción

La historia del consumo de sustancias va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando.

Michael Gossop en 1989 definió como “elementos característicos de una adicción: a). un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular; b). la capacidad deteriorada para controlar la conducta; c). malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y d). persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.”⁵⁹

⁵⁹ Lorenzo, Lizasoain. (1998). Drogodependencias, Editorial Medica Panamericana S.A, Madrid España, p. 3

5.3.2. Definiciones

La Organización Mundial de la Salud las define como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alguna alteración, del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Según Matus Casas en 1996, define a las sustancias psicoactivas como “aquellas que farmacológicamente activan el sistema nervioso central, que, introducidas en el organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones de las funciones psíquicas básicas y del comportamiento, sedación”⁶⁰.

La drogodependencia o toxicomanía es definida en el año 1964 por la Organización Mundial de la Salud como "el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una sustancia, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos”⁶¹.

Es importante aclarar que hay varios términos relacionados al consumo de sustancias, que pueden llevar al profesional a establecer el diagnóstico del síndrome de dependencia, entre ellos se mencionan:

Uso.- Es el consumo de una sustancia psicoactiva que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia, siendo más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica.

Habito.- Es la costumbre y adaptación del consumo de sustancias, hay por tanto un deseo del consumo, pero nunca se desea de manera imperiosa. No

⁶⁰ Beck A. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, Editorial Paidós Ibérica S.A, Barcelona, p.71

⁶¹ Idem p. 73

existe una tendencia a aumentar la dosis, ni se padecen trastornos físicos o psíquicos importantes cuando no se posee la sustancia.

Abuso.- es definido por el Real Colegio de Psiquiatría Británica como “cualquier consumo de droga que daña o amenaza dañar la salud física, mental, o el bienestar social de uno o varios individuos. Se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo”.⁶²

El DSM-IV-TR permite determinar algunos criterios diagnósticos para el abuso de sustancias psicoactivas, mencionándose los siguientes:

A. “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más, de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso;
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”⁶³.

⁶² Idem p. 88

⁶³ Asociación panamericana de psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, p 226

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

Intoxicación: Conjunto de síntomas que se presentan cuando hay una ingestión reciente de dosis elevadas de determinada sustancia.

DSM-IV-TR describe algunos criterios diagnósticos para la intoxicación de sustancias mencionándose los siguientes:

- A. “Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión o a su exposición reciente.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central como: irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social, que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental”⁶⁴.

Dependencia: La Organización Mundial de la Salud, define dependencia como un “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

La dependencia da lugar a una pérdida de libertad, pues la persona se encuentra suspendida, controlada, esclavizada por la sustancia; la misma que se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto.

⁶⁴ Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, p. 228

Se distinguen los siguientes tipos de dependencia:

Dependencia física o fisiológica: Es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una sustancia en el organismo. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. No se conoce el mecanismo íntimo de la dependencia física, no obstante las teorías suponen una alteración al nivel neurobiológico.

Dependencia psíquica o psicológica: Es un deseo irresistible o estado de anhelo “craving” de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables y placenteros sedación, euforia, alucinaciones agradables al consumidor, y; evitar el malestar psíquico que se siente con su ausencia.

Dependencia social: “Viene determinada por la necesidad de consumir la sustancia como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad”⁶⁵

El DSM-IV-TR, describe algunos criterios diagnósticos de dependencia mencionando lo siguiente:

5.2. Un 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 período continuado de 12 meses:

5.2.1. 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

⁶⁵ Pérez de los Cabos. (2000). Psicopatología y Alcoholismo, Neurociencias, Editorial Masson S.A, Barcelona, pág. 202-204.

b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

5.2.2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

5.3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

5.4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5.5. 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.

5.6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

5.7. 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 sustancia.

Tolerancia: es la disminución gradual del efecto de una sustancia psicoactiva, tras su administración repetida, lo que obliga a incrementar la dosis para tener el efecto inicial. La tolerancia puede dividirse en dos tipos:

Tolerancia innata: se produce cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración.

Puede ser un factor de riesgo para desarrollar una dependencia temprana.

Tolerancia adquirida: Se clasifica en tres tipos: tolerancia farmacocinética, se produce por cambios en la distribución o metabolismo de la sustancia después de la administración repetida; tolerancia farmacodinámica, tiene lugar por cambios adaptativos que ocurren en los sistemas biológicos afectados por la sustancia, de tal manera que la respuesta fisiológica es menor; y, tolerancia aprendida, se refiere a la “reducción de los efectos de una sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones semejantes. Se suele presentar entre drogas del mismo grupo farmacológico o que actúan por un mecanismo idéntico”.⁶⁶

Abstinencia: Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

DSM-IV-TR, describe algunos criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias mencionando lo siguiente:

- D. “Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- E. 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 de la actividad del individuo.
- F. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental”⁶⁷.

⁶⁶ Casas. M.(2002), *Adicción a Psicofármacos*, Editorial, MASSON S.A, Barcelona, pp 89-90

⁶⁷ Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, pág. 229

5.3.3. Clasificación de las sustancias psicoactivas

3.3.3.1 Introducción

El consumo de diversos tipos de sustancias se ha observado desde la antigüedad en numerosos pueblos y culturas. De manera que en los últimos dos siglos el hombre ha pasado de recolectar las plantas silvestres, cuyo consumo tenía consecuencias psicótropas a obtener y estudiar sus principios activos, purificarlos y modificar sus estructuras químicas para aumentar sus efectos.

En la mayoría de los países conviven sustancias psicoactivas aceptadas a nivel social, ilegalmente permitida su producción, venta y consumo, junto a otras que están sancionadas.

Los intentos de clasificación de las sustancias objeto de abuso y dependencia han sido múltiples y nunca del todo satisfactorios, desde que “Lexin en 1924, dio a conocer una de las primeras clasificaciones – euphorica, phantastica, inebrantia, hypnotica y exitantia, intentando agrupar las distintas sustancias en función de los defectos psicopatológicos que generaban”.⁶⁸

NIDA o el Instituto Nacional de Drogas de Abuso, da una clasificación de utilidad práctica, categorizándolos por sus efectos ya sean estimulantes o depresores.

Depresores: son sustancias que introducida en el organismo se encarga de reprimir todas las estructuras presinápticas neuronales, generando un sinnúmero de posibles daños al Sistema Nervioso; se observan algunos síntomas como: síndrome de desmotivación, disminución de la capacidad

⁶⁸ Casas, M.(2002), *Adicción a Psicofármacos*, Editorial, MASSON S.A, Barcelona, p. 70

creativa e intelectual, esterilidad en el hombre, trastornos en el ritmo ovulatorio en la mujer, factor de riesgo para cáncer ocho veces superior al del tabaco, detención y deterioro del crecimiento físico, mental y emocional, desinhibición de impulsos agresivos y sexuales, alto riesgo de accidentes al conducir, aislamiento social, etc.

Entre las sustancias depresoras más conocidas se encuentra el alcohol, sedantes, narcóticos y ansiolíticos, cannabis, así como disolventes volátiles.

Narcóticos: estas sustancias producen alto nivel adictivo, suprimen el hambre, provocando estados de desnutrición, apatía ante la vida, deterioro de la capacidad de pensamiento, agresión, irritabilidad y problemas escolares, laborales y sociales, exposición a contagio de enfermedades infecciosas como hepatitis y SIDA.

Entre los narcóticos más conocidos se incluyen al opio, morfina, heroína, meperidina, codeína, y la metadona,

Estimulantes: son sustancias que ejercen un bloqueo sobre la inhibición, o una excitación de las neuronas en forma directa. Sus mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por afectación fisiológica; por ejemplo, fantasías paranoides, deterioro en el proceso del pensamiento, impotencia sexuales, se presenta inseguridad, deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje, alteraciones cardiovasculares, alteraciones en la actividad cerebral, alto riesgo de rompimientos psicóticos, exposición a accidentes, deterioro en la capacidad de pensamiento, apatía hacia las actividades, se presenta inseguridad, aislamiento, explosiones de agresión, cambios desfavorables en actitudes escolares, familiares y sociales, así como vacío existencial.

Entre los estimulantes más conocidos tenemos: “cocaína, anfetaminas y metanfetaminas, alucinógenos, y estimulantes menores donde se clasifica a las xantinas”⁶⁹.

Con el fin de facilitar el principal objetivo de toda categorización, el DSM- IV-TR, da la siguiente clasificación: “1.Alcohol, 2.Alucinógenos, 3.Anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, 4.Cafeína, 5.Cannabis, 6. Cocaína, 7.Fenciclidina, 8.Inhalantes, 9.Nicotina, 10. Opiáceos, 11.Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos”⁷⁰.

Alcohol: Es una sustancia depresora, lo que significa que disminuye las funciones vitales, provocando inestabilidad del movimiento, percepciones alteradas e incapacidad para reaccionar con rapidez, reduciendo la capacidad de la persona para pensar de forma racional y distorsiona su capacidad de juicio.

Aunque se clasifica como depresivo, la cantidad de alcohol que se consume determina el tipo de efecto que tiene. Mucha gente bebe por el efecto estimulante, como en el caso de una cerveza o un vaso de vino que se toman “para animarse”. Pero si una persona consume más de lo que el cuerpo puede tolerar, entonces experimentará el efecto depresivo del alcohol, empezará a perder la coordinación y el control.

Efectos físicos

1. El abuso de alcohol hace que aumente el riesgo de hemorragias e infartos.
2. En cuanto al cerebro, se modifica la fluidez de las membranas neuronales, el funcionamiento del sistema nervioso queda deteriorado.

⁶⁹ Hourmilougue M.C. (2007). *Clasificación de las Sustancias por sus Efectos y Posibles Consecuencias*, Editorial Andina S.A., pp. 76-80

⁷⁰ Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España, pág. 216-217

3. Se presentan trastornos en el funcionamiento del hígado con graves consecuencias como la cirrosis hepática.
4. En cuanto a la sexualidad, aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona. A los hombres alcohólicos le produce impotencia y a las mujeres se les inhibe el deseo.
5. El sistema inmunológico se debilita y deteriora, favoreciendo el desarrollo de enfermedades e infecciones.
6. Se producen graves trastornos en la piel, músculos y huesos.

Efectos psíquicos: “Se presentan alteraciones en las áreas sociales, laborales, familiares y económicos, así como comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y violencia”.⁷¹

Cannabis – marihuana: El Cannabis sativa o marihuana es una planta que contiene una gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos depresores del sistema nervioso central, consumida generalmente inhalada en forma de cigarrillo, o en forma vaporizada, en infusiones, por vía sublingual y por vía trasdérmica.

Efectos físicos

1. Provoca aumento de la frecuencia cardíaca, así como ojos rojos, boca seca, problemas de coordinación y tiempo de reacción más lento. Puede causar palpitaciones y arritmias cardíacas, tos crónica con flema y una mayor frecuencia de enfermedades respiratorias e infecciones pulmonares.
2. Reducción en el impulso sexual y daño en las funciones reproductoras.
3. Psicosis tóxicas y deterioro neurológico.

⁷¹ Caballero M. F.(2004). *Las Drogas Educación y Prevención*, Editorial Cultural SA, Madrid – España, pp. 96 -97.

Efectos psíquicos:

1. Son personas que presentan alteraciones del estado de ánimo, evasión de la realidad y de los problemas, pérdida de la productividad en el trabajo, abstinencia laboral, problemas en sus relaciones, disminución del funcionamiento intelectual y disminución de la capacidad para conducir.
2. Adicción a otras drogas. Los consumidores de marihuana suelen usarla junto con otras drogas como alcohol o cocaína.
3. Reacción psicótica: Cuando se consume en dosis altas puede producir alucinaciones, paranoia y pánico o ansiedad.

Efectos a largo plazo: “Se ha descrito un síndrome de apatía y falta de motivación, aunque otras investigaciones han refutado estos efectos. Y lo mismo puede decirse respecto a su asociación con la esquizofrenia”.⁷²

Cocaína: Es una de las sustancias estimulantes más utilizadas y peligrosas, y está altamente relacionada a redes de narcotráfico y a la promoción de las adicciones en los jóvenes, ocasionando graves daños a quienes la consumen, a sus familias y a la sociedad, consumida generalmente por inhalación. Su fácil absorción hace que llegue rápidamente al cerebro, provocando unos efectos que se manifiestan a los pocos minutos del consumo.

Efectos a corto plazo

1. Presentan disminución del cansancio, sueño y hambre.
2. Percepción de energía, seguridad y confianza en sí mismo.
3. Sensación de euforia y bienestar
4. Aceleración del ritmo cardíaco y de la presión arterial.
5. Aumento de la temperatura corporal.
6. Efecto anestésico local.
7. Sinusitis y rinitis.

⁷² Idem p. 33

8. Puede aumentar el deseo sexual y retardar la eyaculación, aunque es posible que dificulte la erección.
9. Hiperactividad, irritabilidad y déficit de atención.
10. Ansiedad intensa, agresividad y crisis de angustia.
11. Alucinaciones perceptivas.
12. Temblores y movimientos convulsivos.

Efectos a largo plazo

1. Presentan dificultad de aprendizaje y toma de decisiones.
2. Depresión, dificultad para dormir y cansancio intenso.
3. Disminución de la memoria y de la capacidad de concentración.
4. Alteraciones neurológicas como dolores de cabeza intensos y ataques epilépticos.
5. Ataques de pánico, alucinaciones y brotes psicóticos con paranoias y delirios.
6. Ideas e intentos de suicidio.
7. Aumento del riesgo de infarto de miocardio y de hemorragia cerebral.
8. Apatía sexual e impotencia.
9. Trastornos nutricionales.
10. “Graves consecuencias sobre el feto durante el embarazo con secuelas en el recién nacido.
11. Desarrollo de dependencia”.⁷³

⁷³ Caballero M.F. (2004). *Las Drogas Educación y Prevención*, Editorial Cultural SA, Madrid – España, p. 101.

6. METODOLOGÍA

El presente estudio investigativo será de tipo descriptivo – analítico con enfoque cuanti - cualitativo ya que se pretende especificar las propiedades importantes del fenómeno a estudiar, así como medir cada una de las variables, describiéndolas exhaustivamente con el fin de obtener resultados que permitirán sustentar el problema de investigación.

De igual manera presentara características demostrativas puesto que se busca poner en evidencia los factores que inciden en el trastorno de personalidad dependiente de los consumidores de sustancias psicoactivas que presentan craving y de tipo correlacional porque tendrá como propósito medir el grado de relación que existe entre las tres variables a estudiar, el mismo que será de gran ayuda para sacar a relucir las conclusiones y recomendaciones en el estudio investigativo a realizarse.

La población de estudio, está conformada por cuarenta residentes de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, de los que se tomara como muestra los reincidentes con varios internamientos, comprendidos en rangos de edad que van desde los 18 hasta los 75 años, se ha establecido un total aproximado de veinte reincidentes con varios internamientos.

La investigación se llevara a cabo mediante procedimientos y métodos éticos y constitucionales, por lo que se solicitará al director de la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, el permiso pertinente para evaluar a los reincidentes sujetos de estudio. Así como se solicitara información pertinente al resto del personal que labora en la institución para que facilite el trabajo con los mismos, estableciendo diálogos previos de rapport y empatía para obtener un estudio confiable.

Los métodos que se utilizarán serán adecuados al estudio, como el método inductivo que se caracteriza por “crear leyes a partir de la observación de los hechos, mediante la generalización del comportamiento observado, nos conducirá a una conclusión”⁷⁴; y el método deductivo que aspirará a demostrar en forma interpretativa, particular, mediante la lógica pura, la conclusión en su totalidad a partir de unas premisas, de manera que se garantizaran la veracidad de las conclusiones. Procedimientos que nos servirán para identificar la problemática existente en la comunidad terapéutica “Posada Solidaria”, para con ello establecer un correcto planteamiento del problema, en donde se analizará el consumo de sustancias psicoactivas, el craving y el trastorno de personalidad dependiente, partiendo de datos generales a particulares, logrando establecer una solución acorde a los factores determinantes, precipitantes y desencadenantes; también se utilizara el método científico, “caracterizado por procedimientos que consisten en la observación sistemática, medición, formulación y análisis.”⁷⁵ El mismo que se orientará a contextos empíricos fiables y probables que darán consistencia y validez al trabajo investigativo; así mismo se utilizará la técnica de la observación que consistirá en considerar con atención algo que necesitamos analizar; teniendo como finalidad “describir y registrar sistemáticamente las manifestaciones de la conducta del educando, como resultado de una constante observación del mismo”.⁷⁶

Los instrumentos que se utilizarán son: historia clínica breve para recolectar información relevante del paciente, que nos pueda orientar a un diagnóstico preciso, (Anexo 1); se utilizara el cuestionario MCMI- III para con ello detectar a los reincidentes que presenten trastorno dependiente de personalidad (Anexo 2); se utilizara los cuestionarios de craving (CCQ),

⁷⁴ Dankhe H.(1986). *Metodología de la Investigación*, Definición del Tipo de Investigación Editorial Pradican, p 413.

⁷⁵ More G. (2003). *Método científico*. Recuperado en la fecha el 30 de junio de 2013 a las 16H00 de http://es.wikipedia.org/wiki/Método_científico.

⁷⁶ Idem

(MCQ) y (ACQ), para con ello detectar el nivel y tipo de craving que presentan los reincidentes consumidores de sustancias psicoactivas, (Anexo 3), y finalmente se utilizara una ficha de observación que nos ayudara a registrar la evolución del paciente, los estadios del craving y su posible remisión, (Anexo 4).

El procesamiento de datos se realizara una vez recolectada la información, siguiendo el orden de los instrumentos aplicados. El plan de análisis de datos, se presentara en forma de porcentajes, utilizando los programas de Word y Excel para la elaboración de gráficos, tablas y tabulación de datos.

Población y muestra

Población a investigar	F	%
UNIVERSO	45	100%
MUESTRA aproximada de Reincidentes con varios internamientos	20	45%

7. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Mayo			Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre			
Observación y diagnóstico situacional	X	X	X																						
Compilación bibliográfica del marco teórico				X	X																				
Elaboración del proyecto de investigación; presentación y revisión					X	X	X	X	X																
Aplicación de instrumentos, tabulación, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones y discusión de resultados										X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Elaboración, presentación y aprobación de tesis																			X	X	X	X	X	X	
Disertación privada																						X	X		
Disertación pública																								X	X

8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS:

Institucionales:

1. Universidad Nacional de Loja, biblioteca del área educativa.
2. Área de la Salud Humana, biblioteca.
3. Comunidad terapéutica “Posada Solidaria”.
4. Bibliotecas particulares.

Humanos:

1. Investigador.
2. Investigados.
3. Asesores.
4. Terapistas

PRESUPUESTO:

SUCESOS	PRESUPUESTO
Transporte	\$ 100
Libros	\$ 200
Instrumentos de medición (reactivos)	\$ 400
Copias	\$ 100
Impresiones	\$ 200
Anillados y empastado	\$ 100
Materiales de escritorio (lápices, esferos, reglas, borrador, perforadora, etc.)	\$ 100
Gestiones presupuestarias en trámites y permisos correspondientes	\$ 200
Gastos adicionales	\$ 100
TOTAL	\$ 1.500

9. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

1. Allport G. (1986). *La Personalidad, su Configuración y Desarrollo*, Octava Edición, Editorial Herder, Barcelona
2. Balarezo Ch. L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Primera Edición, Editorial Unigraf, Quito - Ecuador
3. Beck A. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, Editorial Paidós Ibérica S.A, Barcelona
4. Caballo V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, editorial España editores S.A., Madrid – España.
5. Caballero M. F. (2004). *Las Drogas Educación y Prevención*, Editorial Cultural SA, Madrid – España
6. Casas M.(2002), *Adicción a Psicofármacos*, Editorial, MASSON S.A, Barcelona
7. Castillo J. y Corcuera N. (2008). *Craving: Concepto, Medición y Terapéutica*, Editorial Norte de Salud Mental
8. Centeno S. C. (2012). *Psicología clínica aplicada*, editorial FORMACIÓN ALCALÁ, Medellín – Colombia.
9. Cervera G. (1999). *Trastornos de la Personalidad y Drogodependencias. Trastornos Adictivos*, Editorial TEA. S.A
10. Dalence M.T. (2012). *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria informe Ecuador*, PRADICAN, Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, Editorial Ohquis Design E.I.R.I, Primera Edición, Ecuador
11. Dankhe H. (1986). *Metodología de la Investigación, Definición del Tipo de Investigación* Editorial Pradican
12. González G.L. (2012). *Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Tesis de la Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología,

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica).

13. Hales R. (1996). *Tratado de Psiquiatría*, Editorial ANCORA S.A, Segunda Edición, Barcelona España
14. Hourmilougue M. C. (2007). *Clasificación de las Sustancias por sus Efectos y Posibles Consecuencias*, Editorial Andina S.A.
15. James E. V. (1998). *Guías para la Intervención del MCMI*, Editorial PAIDOS, Barcelona.
16. Leza L, Lizasoain L. (1998). *Drogodependencias*, Editorial Médica Panamericana S.A, Madrid España
17. López D. A. y Becoña I. E. (2006). *El Craving en Personas Dependientes de Sustancias*, Editorial ISSN, Murcia España
18. López I. A. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial Masson S.A, Barcelona España
19. Millon T. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*, Editorial Masson S.A, Barcelona, España
20. Pedrero P., Puerta G. (2003). *Prevalencia e Intensidad de Trastornos de Personalidad en Adictos a Sustancias en Tratamiento*, Editorial TEA. S.A, Madrid España
21. Pérez de los Cabos J. (2000). *Psicopatología y Alcoholismo, Neurociencias*, Editorial Masson S.A, Barcelona

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

1. Brito G. (2012). *Comunidad Terapéutica "Posada Solidaria"*. Recuperado en Loja el 16 de mayo de 2013 a las 17H30 de <http://www.loja.gob.ec/contenido/centro-de-apoyo-social-municipal-casmul>
2. Castillo V. (2003) *Evaluación de la personalidad: Orígenes aplicaciones y problemas*, recuperado den Loja el 02 de julio de 2013 a las 20H30 de <http://www.cop.es/colegiadospersonalidad/MU00024/tper.htm//>
3. CONSEP. (2007). *Sustancias psicotrópicas en las universidades del país*. Recuperado en Loja el 25 de junio de 2013 de <http://www.consep.gob.ec//>

4. More G. (2003). *Método científico*. Recuperado en Loja el 30 de junio de 2013 a las 16H00 de http://es.wikipedia.org/wiki/Método_científico.
5. Osorio D. E. (2005) *Definición de Personalidad*. Recuperado en Loja el 24 de Junio de 2013, de <http://www.definicionabc.com/social/personalidad>.
6. Universidad Nacional de Loja. (2012) *Carrera de Psicología Clínica*, recuperado en Loja, Biblioteca ASH el 10 de julio de 2013 a las 18H00, de <http://www.unl.edu.ec/salud/carreras-pregrado/psicología-clinica>.

MANUALES

1. Asociación Panamericana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, editorial MASSON S.A, Barcelona España
2. Organización mundial de la salud. (1998). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10*, Madrid –España, Editorial Medica Panamericana S.A.