

El cambio en mi adicción

Ramos Rivera, Claudia Isabel

2016

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1509>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



“EL CAMBIO EN MI ADICCIÓN”

DIRECTOR DEL TRABAJO
MTRA. MÓNICA LORENA PALAFOX GUARNERO

ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE CASO
que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

presenta
CLAUDIA ISABEL RAMOS RIVERA

Puebla, Pue.

2016

ÍNDICE

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Antecedentes.....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.4 Supuestos.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Adicción.....	6
2.2 Personalidad.....	7
2.3 Modelo transteórico del cambio.....	8
2.4 Taller “El cambio en mi adicción”	9
III. METODOLOGÍA.....	10
3.1 Metodología general.....	10
3.2 Sujetos.....	10
3.3 Instrumentos.....	10
IV. RESULTADOS.....	11
4.1 Aplicación del taller.....	11
4.1.2 Realización del taller.....	11
4.2 Actitud durante el taller.....	12
4.3 Resultados por paciente	
A) Sujeto 1.....	13
B) Sujeto 2.....	15
C) Sujeto 3.....	18
CONCLUSIONES.....	20
SUGERENCIAS.....	20
REFERENCIAS.....	21
ANEXOS.....	23

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La inquietud por realizar este trabajo, surge durante mi práctica profesional en el campo de la rehabilitación de pacientes con adicciones y conductas auto destructivas en la clínica especializada Nueva Alborada, en la ciudad de Puebla.

Esta clínica brinda servicios de tratamiento ambulatorio y residencial a pacientes que por su propia voluntad, buscan rehabilitarse de una adicción o conducta auto destructiva. Se ofrece tratamiento de desintoxicación donde los pacientes reciben atención médica para limpiar su cuerpo de la sustancia; el tratamiento residencial está basado en el modelo Minnesota combinado con De las flores, que se basa en 35 días de aislamiento del exterior, con el objetivo de promover la conciencia de la adicción como una enfermedad sin cura, con un cuidado continuo de recuperación, para reinsertar al adicto a sus actividades, fortaleciéndolo para prevenir las recaídas y buscar siempre una mejor calidad de vida.

El núcleo del tratamiento es el cambio del estilo de vida, que se facilita con ayudar al paciente a reconocer la enfermedad y sus consecuencias, así como admitir que está enfermo y a pesar de eso puede construir una vida constructiva sobre esta realidad.

Al ingreso del paciente se procede a la desintoxicación médica, posteriormente la evaluación psicométrica y el diagnóstico clínico, una vez establecido, el paciente se integra al grupo y comienza a participar de las terapias y dinámicas que se realizan durante todo el día. Su caso es asignado a un terapeuta que es el encargado de estar en contacto con su familia y hacer las intervenciones pertinentes con ellos y el paciente.

Desde hace varios años realizando este trabajo clínico, en constante contacto con la problemática y progreso de estos pacientes, ha llamado mi atención cómo en ocasiones, cuando existen semejanzas en los historiales de los pacientes y en sus rasgos de personalidad, también se asemejan en sus actitudes durante su tratamiento residencial. Aunque el ingreso a la clínica de rehabilitación es voluntario, algunos pacientes tienen mayor apertura al tratamiento y muestran más cambios que otros durante este proceso.

El modelo Minnesota que surgió entre 1948 y 1950 (García, B. 2011) se enfoca en crear la conciencia de la adicción como una enfermedad incurable con la que se tiene que aprender a sobre vivir, lo que coloca al paciente en un papel pasivo en su rehabilitación, presente únicamente como aprendiz de diferentes mensajes pre elaborados para sobre llevar su enfermedad, sin tomar en cuenta las diferencias de actitudes, introyectos y experiencias que cada paciente tiene.

Como se ha mostrado en algunas investigaciones los trastornos de personalidad configuran una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes entre las personas que solicitan tratamiento para superar la adicción a sustancias (Pedrero, 2007), es por eso que el

conocimiento de las características disfuncionales de personalidad permite diseñar modelos de tratamiento más convenientes para mejorar los resultados de la rehabilitación.

Indagar sobre la relación de la personalidad del paciente con la manera en que éste experimenta su cambio desde que inicia su internamiento hasta que lo termina, podría brindar un panorama de algunas áreas de oportunidad para el trabajo clínico que los terapeutas de esta clínica realizamos durante el tratamiento residencial.

Lo anterior me hace plantear los siguientes cuestionamientos:

Pregunta general:

- ¿Cómo se modifica el proceso de cambio del paciente adicto, que asiste al taller “Mi cambio en la adicción”, durante su internamiento residencial, en una clínica de rehabilitación de adicciones?
- ¿Qué relación hay entre la personalidad del adicto y la modificación de su proceso de cambio?

Preguntas particulares:

- ¿En qué etapa del proceso de cambio se encuentran los pacientes a su ingreso a la clínica de rehabilitación?
- ¿En qué etapa del proceso de cambio se encuentran los pacientes a su egreso de la clínica de rehabilitación?
- ¿Existe relación entre los rasgos de personalidad del paciente y su proceso de cambio?

1.2 Antecedentes

Una constante en la investigación sobre adicciones, ha sido encontrar una relación entre la personalidad y el consumo de los adictos, con el objetivo de predecir la aparición del abuso futuro (Pedrero, 2007).

Diversos estudios realizados con grupos de pacientes adictos en rehabilitación, se han enfocado en indagar el tipo de personalidad de los adictos según el tipo de droga que consumen, y se han encontrado que en la adicción a alucinógenos, los principales rasgos de personalidad son antisocial, paranoide y límite (Sánchez, E. 2006). Además en los consumidores de cocaína, se encontró la prevalencia del trastorno histriónico, narcisista y antisocial.

En un estudio correlacionando el género y la personalidad de adictos se encontró que los varones presentan personalidad agresivo-pasivo y las mujeres, dependiente (Martínez, 2009).

El manual de adicciones para psicólogos especialistas en adicciones, desarrollado por el ministerio de sanidad, política social e igualdad, del gobierno español (Becoña, 2010), en su apartado sobre la personalidad del adicto, hace hincapié en que los principales factores de la personalidad que intervienen para el desarrollo de la adicción, son la impulsividad, la búsqueda de

emociones nuevas, búsqueda de excitación, desinhibición, susceptibilidad al aburrimiento y la incapacidad de tolerar el aburrimiento.

Estos factores de personalidad, influyen directamente en tres aspectos importantes para la rehabilitación y cambio del adicto: la motivación al cambio, las expectativas de autoeficacia y la toma de decisiones. El modelo transteórico del cambio, creado por Prochaska y DiClemente (1994) toma en cuenta estos tres aspectos de la personalidad y establece que la rehabilitación del adicto no es un proceso lineal, entonces, se plantean cinco estadios del proceso de cambio, desde que el paciente plantea un posible cambio, hasta que deja definitivamente de consumir: pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Estudios sobre la eficacia de este modelo transteórico del cambio (Díaz, 2001) brindan la evidencia de que los pacientes que se encuentran en el estadio de precontemplación son más propensos a abandonar el tratamiento, mientras que los pacientes en el estadio de acción tienen mayor facilidad de realizar cambios conductuales en su rehabilitación.

La presente investigación pretende demostrar las modificaciones en el proceso del cambio del adicto, durante un tratamiento residencial en una clínica de rehabilitación y la relación que este cambio tiene con los rasgos de personalidad de cada paciente.

1.3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar el efecto del taller “Mi cambio en la adicción” en el proceso de cambio del adicto a sustancias, internado en una clínica de rehabilitación de adicciones.

Objetivos específicos:

-Encontrar la relación existente entre la personalidad de adictos a sustancias y la modificación que tienen en el proceso de cambio durante un tratamiento residencial de 35 días en una clínica de rehabilitación de adicciones.

-Determinar el estadio de cambio en el que ingresan y egresan los pacientes, después de un tratamiento residencial de 35 días.

-Sugerir en base a estos resultados, posibles mejoras al tratamiento, en función de las características de la personalidad de los adictos para promover el avance óptimo en los estadios del modelo transteórico del cambio.

1.4 Supuestos

General:

-Los efectos del taller “El cambio en mi adicción”, tienen una directa relación con el tipo de personalidad de los sujetos involucrados y esto influye en el estadio de cambio en que se encuentra cada uno de ellos.

Particulares:

-La personalidad de los adictos participantes del taller es variada.

-Los rasgos de personalidad del adicto determinan el estadio del cambio, en que ingresan y egresan al tratamiento residencial.

-Los rasgos de personalidad del adicto intervienen en factores como la motivación, autoeficacia y toma de decisiones, que obstaculizan o promueven su rehabilitación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Adicción

Según la Organización Mundial de la Salud, la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

La drogodependencia, es la dependencia fisiológica y psicológica a alguna sustancia psicoactiva, legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma (Becoña, 2010).

Para el Manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales, en su cuarta edición (APA, 2002), se establece el diagnóstico de Abuso o Dependencia a sustancias y el paciente debe cumplir tres o más de los siguientes criterios, en un periodo mínimo de 12 meses:

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia.
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia.
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

En la más reciente edición del mismo manual DSM 5 (APA, 2013), existen algunas modificaciones en la clasificación de los trastornos de adicción:

1. Se elimina el abuso y dependencia y solo queda como Trastorno relacionado con sustancias en una suma de los criterios del DSM IV.
2. Se incluye un nivel de severidad bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más).
3. Los Trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias, b) trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, otros).
4. Aparecen trastornos de adicción conductual.

Las características de la conducta adictiva son las siguientes:

- Tolerancia.- necesidad de aumentar la dosis de la sustancia, progresivamente, para conseguir el efecto deseado. Cada vez se necesita más cantidad.
- Abstinencia.- el síndrome de abstinencia es un cuadro de síntomas que se presentan como consecuencia de la suspensión del consumo, y se caracteriza por presentar el efecto contrario al de la sustancia, cuando el efecto de ésta en el organismo disminuye.
- Compulsión por consumir (craving).- se identifica como una pérdida de control para frenar el consumo y un deseo intempestivo por consumir.

El proceso para que se consolide la enfermedad de la adicción, inicia con un uso recreativo, que generalmente es para experimentar, que generalmente no causa consecuencias negativas al individuo, o este no las acepta. Posteriormente se da el abuso, cuando hay un uso continuado de la sustancia, a pesar de las consecuencias negativas. Finalmente, la dependencia surge con el abuso de la sustancia por un largo periodo de tiempo, con un aumento de las conductas adictivas y un mayor deterioro en todos los aspectos de la vida del consumidor.

La adicción no se explica solo por factores genéticos, existe una serie de múltiples factores de riesgo para que se produzca esta enfermedad, algunos biológicos, otros psicológicos y sociales, que condicionan la dependencia interaccionando con los factores genéticos.

Un factor importante son los rasgos de personalidad, lo cual ha sido una constante en la investigación en adicciones, como intento de predecir la aparición de la dependencia y mejorar el tratamiento y la prevención (Tavera, 2010). Una característica compartida en la personalidad de los adictos, es la impulsividad, relacionada con la dificultad para demorar la recompensa y la respuesta y acción temeraria, que los lleva a involucrarse en situaciones de riesgo (Pedrero, 2007). Otras características en la personalidad de adictos, son la búsqueda de sensaciones, relacionada con el buscar emociones intensas, excitación o estimulación de la mente, desinhibición y susceptibilidad hacia el aburrimiento, combinada con una incapacidad de tolerar la monotonía.

El tipo de sustancia que eligen, se ha relacionado también con la personalidad (Navarro, 2005), encontrando que las personalidades con alta búsqueda de sensaciones buscan el efecto estimulante de las sustancias, mientras que los que no tienen tan altas las características de búsqueda de sensaciones, consumen sustancias con efecto depresor.

2.2 Personalidad

La personalidad es un patrón de pensamientos y conductas característicos que distingue a las personas entre si y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Los individuos poseen una personalidad sana cuando son capaces de afrontar el ambiente de modo flexible y cuando sus percepciones y conductas típicas fomentan el aumento de la satisfacción personal. Por el contrario, cuando las personas responden a las responsabilidades diarias de forma inflexible o cuando sus percepciones y conductas dan como consecuencia un malestar personal o una reducción de las oportunidades para aprender y crecer, entonces podemos hablar de un patrón patológico o desadaptativo (Becoña, 2010).

El DSM-IV-TR (APA, 2002) considera que los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de percibir, relacionarse con y pensar sobre el entorno y uno mismo, que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales y que solo cuando dichos rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo pueden considerarse como trastorno de la personalidad.

La Asociación Americana de Psicología (APA) en la cuarta edición de su clasificación de los trastornos mentales, el DSM IV TR (2002), menciona 10 trastornos de personalidad, divididos en tres grupos según sus características principales.

- Grupo A

Trastorno paranoide de la personalidad.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

- Grupo B

Trastorno antisocial de la personalidad.

Trastorno límite de la personalidad.

Trastorno histriónico de la personalidad.

Trastorno narcisista de la personalidad.

- Grupo C

Trastorno de la personalidad por evitación.

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

2.3 Modelo transteórico del cambio

El modelo transteórico del cambio, es un planteamiento formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Díaz, 2001), que proporciona una visión global y diferenciada del cambio a partir de la integración de tres niveles: estadios, procesos y niveles del cambio.

Los estadios indican la predisposición al cambio que puede mostrar una persona para modificar su conducta adictiva. Los procesos permiten comprender cómo suceden esos cambios e incluyen un conjunto de actividades que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional. Por último, los niveles de cambio ponen de manifiesto hasta qué profundidad es necesario trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, es decir, identificar qué cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva.

Los estadios de cambio son cinco (Morales y cols. 2010), definidos por características específicas que se muestran en el siguiente cuadro:

Precontemplación	La idea de dejar la sustancia no pasa por la mente del sujeto.
Contemplación	La persona está pensando que quizá tiene un problema.
Preparación	El sujeto comienza a planear su abstinencia a corto plazo.
Acción	La persona comienza a cambiar eficazmente sus conductas.
Mantenimiento	La persona ha sido capaz de mantener sus nuevas conductas de abstinencia.

López-Torrecillas y Cols; en 2005, hicieron una investigación para encontrar las variables de la personalidad que motivan a la búsqueda de tratamiento, y concluyeron en cuatro: autoeficacia, estilo atribucional, autocontrol y ansiedad social.

El primer factor es la autoeficacia. Consiste en la convicción de la capacidad para ejecutar exitosamente la conducta requerida para tener los resultados deseados. Durante los primeros estadios del cambio, se observan niveles bajos de autoeficacia, mientras que en los estadios de acción y mantenimiento, los niveles de autoeficacia son altos.

El estilo atribucional, son las causas a las que la persona atribuye sus logros y fracasos. Dichas atribuciones pueden ser externas, disminuyendo la autoeficacia, o internas aumentando la percepción de autocontrol y la autoeficacia.

El autocontrol se refiere a la capacidad para regular la propia conducta, apareciendo o extinguiendo acciones a voluntad propia. Se relaciona también con la capacidad de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo y se asocia directamente con las etapas de preparación, acción y mantenimiento.

El último factor es la ansiedad social, que se refiere a la producida por la presión que el entorno social ejerce sobre el adicto para buscar ayuda de su problema.

En resumen, el modelo transteorico del cambio plantea a la autoeficacia, el estilo atribucional, el autocontrol y la ansiedad social, como factores de personalidad determinantes para el cambio del adicto; por lo anterior, es importante estudiar la evolución del proceso de cambio del adicto e indagar si existe una relación entre la dinámica de éste y sus rasgos predominantes de personalidad. Para esto, se estructuró un taller, que facilitó al adicto el trabajo de estos cuatro factores.

2.4 Taller “El cambio en mi adicción”

A continuación se presenta el plan del taller de 10 sesiones grupales, dos por semana, durante los meses de enero y febrero de 2015. Se menciona el tema que se abordó en cada sesión. La estructura completa del taller se presenta en los anexos de ésta investigación.

# sesión	Fecha	Tema
1	21-ene-15	Evaluación inicial.
2	27-ene-15	Profundización en la historia de vida.
3	28-ene-15	Psicoeducación de la adicción.
4	03-feb-15	Establecimiento de metas.
5	04-feb-15	Focos rojos.
6	10-feb-15	Solución de problemas.
7	11-feb-15	Identificación y manejo de craving.
8	17-feb-15	Habilidades sociales
9	18-feb-15	Plan de acción.
10	25-feb-15	Evaluación final.

III. METODOLOGÍA

3.1 Metodología general

Mixta, diseño cuasi experimental, pre prueba-post prueba; las variables son: estadio de cambio, personalidad y taller “El cambio en mi adicción”.

3.2 Sujetos

Participaron 3 pacientes:

Sujeto	Sexo	Edad	Cd. de origen	Droga de consumo	Ingreso voluntario
Sujeto 1	Hombre	35	Puebla	Alcohol	Si
Sujeto 2	Mujer	32	Chiapas	Marihuana	no
Sujeto 3	Hombre	37	Puebla	Alcohol	Si

Todos ellos internados en una clínica de rehabilitación de adicciones, para un tratamiento residencial de 35 días, durante los meses de enero y febrero de 2015. La evaluación pre, se realizó durante la primera semana de internamiento, y la evaluación post, se aplicó en la última semana de su tratamiento.

3.3 Instrumentos

Se realizó una aplicación pre-post tratamiento para identificar el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente y una evaluación para conocer su tipo de personalidad.

A) Para la evaluación de la personalidad se aplicó el Cuestionario de la Entrevista Clínica Semi estructurada para Trastornos de Personalidad (SCID II, Structures Clinical Interview for Personality Disordersfor DSM IV) incluida en los anexos del DSM IV TR, que consta de 120 reactivos, con opción de respuesta sí o no, que arroja resultados ubicando al paciente en 12 posibles tipos de personalidad:

- Trastorno por evitación
- Trastorno por dependencia
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno pasivo agresivo
- Estilo autodestructivo
- Trastorno paranoide
- Trastorno esquizotípico
- Trastorno esquizoide
- Trastorno histriónico
- Trastorno narcisista
- Trastorno limite
- Trastorno antisocial

B) Para conocer el estadio de cambio, se aplicó el Cuestionario de Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA, University of Rhode Island ChangeAssessment), formado por 32 reactivos, con opción de respuesta en escala likert del 1 al 5, que arroja resultados en cuatro posibles estadios del cambio:

- Precontemplación
- Contemplación
- Acción
- Mantenimiento

IV. RESULTADOS

4.1 Aplicación del taller

4.1.2 Realización del taller

#	Fecha	Tema	Objetivo	Resultado	Observaciones
1	21 enero	Evaluación	Ubicar el estadio del cambio en que se encuentra el paciente.	Paciente 1 se coloca en estado de acción, paciente 2 en estado de mantenimiento (reservas en honestidad), paciente 3 en contemplación.	Los pacientes 1 y 2 mostraron una Buena actitud al responder la prueba, el paciente 3 hizo muchas preguntas sobre la prueba.
2	27 enero	Profundización	Contextualizar la historia de vida del paciente.	El paciente 1 habla poco sobre su historial de consumo, hace énfasis en las relaciones de pareja que han sido difíciles para él ya que su actual esposa lo abandonó y se llevó a su hijo, dice que no es la primera vez pero que ella no quiere regresar, el aceptó el internamiento con la ilusión de que ella lo acepte de regreso y eso lo motiva. La paciente 2 habla mucho de su consume y las conductas delictivas en las que estuvo involucrada, ella está separada de su esposo y tiene tres hijas a quienes abandonó por irse con la banda que se junta, manifiesta tener aun ansiedad por consumir, aceptó el internamiento como condición de su madre y para no entrar a la cárcel. El paciente 3 se muestra resistente a hablar de su historial, cuenta que acepto el internamiento porque es condición de sus padres y su esposa, pero que le preocupa mucho su situación laboral y no quiere estar internado tanto tiempo, además de que no lo cree necesario.	En general los pacientes están interesados en la sesión y muestran apertura a las intervenciones terapéuticas.
3	28 enero	Psicoeducación de la adicción.	Informar al paciente sobre las características principales de la enfermedad.	Los pacientes conocen y toman nota de las principales características de la conducta adictiva, que no es necesario averiguar en qué momento surge la adicción, ya que	Los pacientes se muestran interesados, toman nota y hacen preguntas para aclarar los términos. Hablan desde su experiencia con estas características de la adicción.

				es multifactorial y por lo tanto se debe atender desde muchas perspectivas.	
4	3 febrero	Establecimiento de metas.	Diferenciar objetivos realistas y no realistas de la rehabilitación.	Se realiza una revisión de las metas a corto plazo de los pacientes, las cuales son muy idealizadas. Se revisa el término autoeficacia y se realiza un debate de las metas antes mencionadas. Se establecen nuevas metas más cercanas a las posibilidades de cada uno.	Existe ya una buena alianza terapéutica que facilita el debate de las metas.
5	4 febrero	Focos rojos.	Detección de focos rojos en la actividad de los pacientes.	Se explica en qué consisten los focos rojos y se procede a la identificación de ellos en cada paciente.	Esta sesión se prolonga 30 minutos ya que profundizamos en la situación de cada paciente. La paciente 2 tiene menor red de apoyo e identifica muchos focos rojos, lo cual la hace tener enojo sobre su situación de vida. Se realiza un ejercicio gestalt de sensibilización para que contacte con el enojo y pueda manifestarlo.
6	10 febrero	Solución de problemas.	Incrementar la habilidad para afrontar las experiencias estresantes y promover una adecuada capacidad de decisión.	Tras una breve explicación de la solución de problemas, los pacientes identifican los 5 principales estresores en su vida e este momento. Se hace una revisión grupal y los compañeros aportan ideas de afrontamiento y solución para cada uno. El paciente 1 identifica su necesidad emocional hacia la esposa y contacta con la tristeza.	El grupo parece tener una autoeficacia más adecuada.
7	11 febrero	Identificación y manejo de craving.	Dotar al paciente la información y técnicas necesarias para que identifique y aprenda a manejar su craving.	Los pacientes conocen el término craving y sus tipos, identifican cuál presentan con mayor frecuencia. Se ejemplifican las principales técnicas conductuales para el manejo de craving. Mediante un ejercicio de imaginación se contactan con la ansiedad y posteriormente se refuerzan las técnicas para el manejo de pensamiento y distracción del pensamiento.	Todos los pacientes participan activamente. Al paciente 3 se le dificulta el ejercicio de imaginación.
8	17 febrero	Habilidades sociales	Promover el uso de la asertividad.	Se da a conocer el término asertividad y se hacen ejercicios de rol playing para practicar la solución de situaciones estresantes de una manera asertiva.	Todos participan con buena disposición. Al paciente 3 se le dificulta utilizar el modelo en su rol playing. La terapeuta realiza modelado con él.
9	18 febrero	Plan de acción.	Realizar un plan con acciones específicas para la reinserción del paciente a sus actividades.	Los pacientes elaboran un horario de actividades anterior a su internamiento, de identifican las actividades a modificar y se suplén por alternativas, tomando en cuenta el estilo de vida de cada uno y sus necesidades.	La paciente 2 se da cuenta que tiene que modificar casi todo su ritmo de vida, lo cual la angustia.
10	25 febrero	Evaluación final	Evaluar en qué estadio del cambio egresa el paciente y las diferencias con sus resultados iniciales.	Todos los pacientes responden la prueba de salida. Paciente 1 se coloca en mantenimiento, paciente 2 en acción y paciente 3 en contemplación.	Todos los pacientes muestran buena actitud y disposición al responder la prueba.

4.2 Actitud durante el taller.

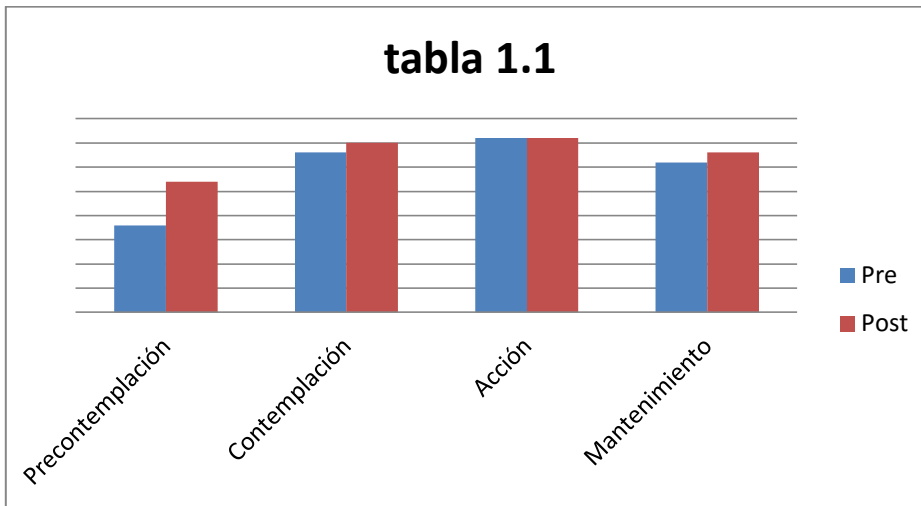
Durante el taller, todos los pacientes participaron activamente en las sesiones. El paciente 1 se mostraba resistente al hablar de su historial, la terapeuta tenía que ser directiva con las preguntas y ejercicios para que lograra expresarse mejor. Además que tenía dificultad para comprender algunos ejercicios.

La paciente 2 fue la más participativa en el taller, mostraba mucha apertura a hablar de su historial y contactaba adecuadamente con las emociones. En ocasiones se mostraba inquieta e hiperactiva pero lo controlaba durante la sesión.

El paciente 3 fue el más resistente, utilizaba muchos mecanismos de defensa. Aun así se logró una adecuada alianza terapéutica y manifestó con honestidad parte de su historial. Aunque al inicio se negó a responder la evaluación de personalidad, conforme avanzó el taller, tuvo mayor confianza con la terapeuta, accedió a responder el cuestionario.

4.3 Resultados por paciente

A) Análisis sujeto 1



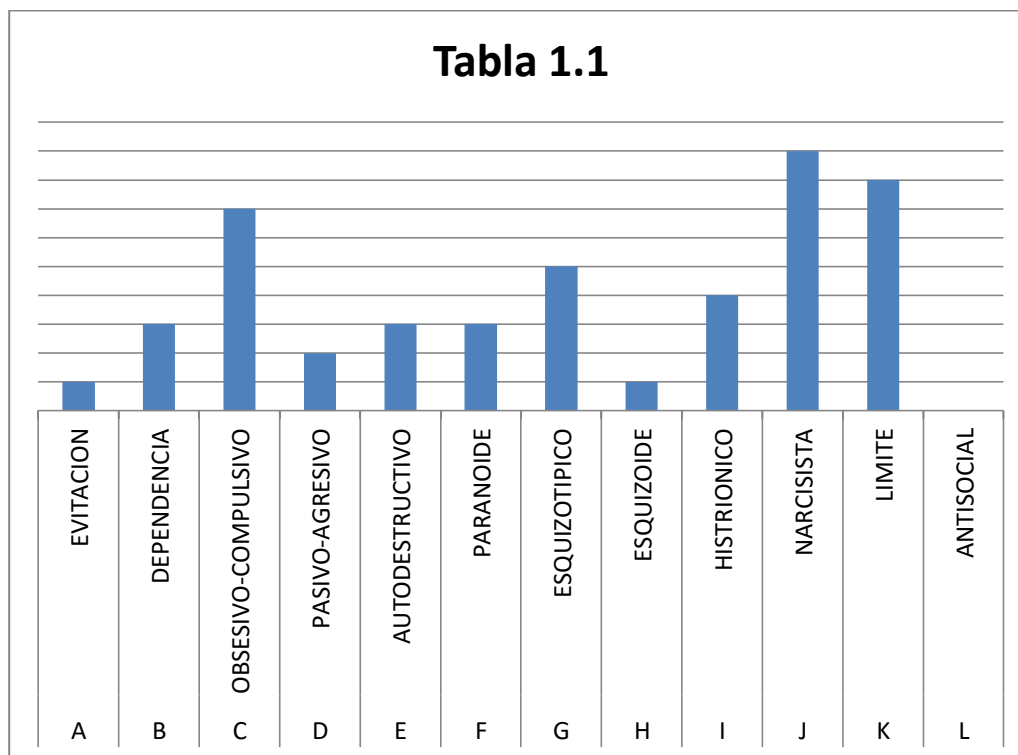
Fue evaluado en su primera semana de internamiento, se aplicó la escala URICA y los resultados arrojaron que el paciente 1 obtuvo 18 puntos en la etapa de Pre contemplación, 33 en Contemplación, 36 en Acción y 31 en Mantenimiento. Colocándolo entonces en la etapa de acción.

El paciente 1, fue evaluado en su última semana de internamiento, se aplicó la escala URICA y los resultados arrojaron que el paciente 1 obtuvo 27 puntos en la etapa de Pre contemplación, 35 en Contemplación, 36 en Acción y 33 en Mantenimiento. Colocándolo entonces Acción (tabla 1.1)

En la comparación de los resultados del sujeto 1, en la escala de cambio al inicio y a la salida se observa que hubo un aumento en la puntuación de todas las escalas. El cambio más significativo se encuentra en la escala de pre contemplación, donde aumentó 9 puntos. Durante esta etapa el paciente no se cuestiona su situación e incluso ni siquiera ve el problema (Becoña, 2010), lo cual se interpreta como un desenfoco de problema. Existe además el aumento de 5 puntos obtenido en la escala de mantenimiento, que es en la que el paciente finaliza el tratamiento. Esto refleja que el paciente se encuentra en la etapa de consolidación de los logros y prevención de recaídas, aunque presenta miedo por la recaída, la consecuencia de este miedo es la motivación a la máxima estructuración de su nuevo estilo de vida (Becoña, 2010). Puede que el paciente tenga la sensación de que se está convirtiendo en la persona que quiere ser.

El estadio de acción permaneció con la misma puntuación que al inicio, durante esta etapa el paciente cambia su conducta y se hace más consciente de su problema con el consumo de drogas. Es la etapa donde se consolida el compromiso por dejar de consumir. Durante el taller, el paciente 1 manifestó su deseo por recuperar la relación con su esposa y su hijo, por lo que esta motivación pudo haber influido en que su conciencia se consolidara y desde su ingreso, mantuviera la idea de dejar el consumo.

Como se muestra en la tabla 1.2, correspondiente a la evaluación de personalidad del paciente 1, los resultados personalidad arrojaron que el rasgo predominante es el de trastorno narcisista de personalidad. La prevalencia de este trastorno en los adictos es sólo del 27.6% en varones (Pedrero, 2003), por lo cual el caso el paciente 1 presenta rasgos de uno de los trastornos duales comunes en drogodependencias.



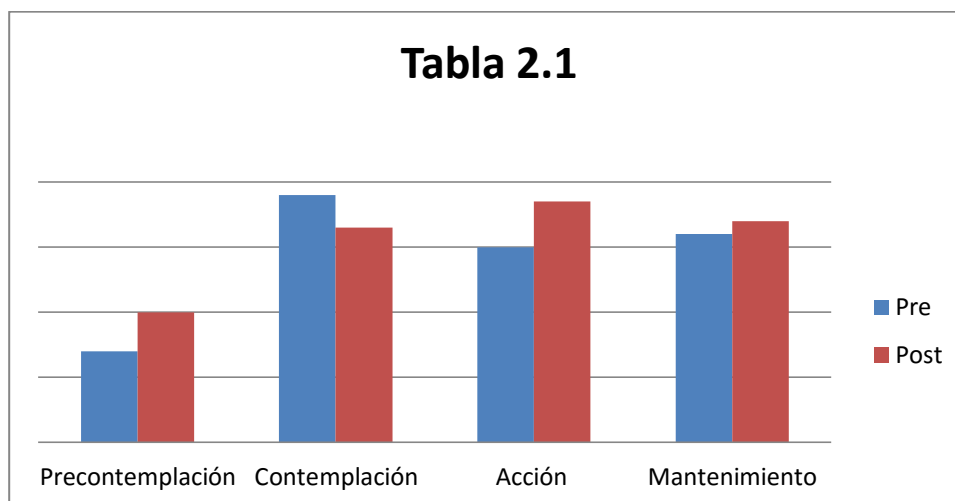
El trastorno narcisista de la personalidad, se caracteriza por una patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía que empiezan al principio de la edad adulta (APA, 2002). Durante el curso del taller, el paciente se mostró con una buena actitud y apertura al mismo, algunas veces tuvo dificultad para reconocer sus emociones y realizar algún ejercicio, pero estas actitudes no se atribuyen a un trastorno narcisista de personalidad.

El factor de riesgo según sus rasgos de personalidad narcisista, puede ser que tiende a ser muy pretencioso, con expectativas irrazonables de recibir un trato o favor especial, o que se cumplan automáticamente sus expectativas (APA, 2002). Esto puede influir en que, durante la etapa de mantenimiento, la autoeficacia es un factor determinante para que el paciente afronte de manera adecuada su rehabilitación. Los rasgos narcisistas pueden elevar de manera fantasiosa la autoeficacia y llevar al paciente a exponerse a situaciones de riesgo.

Los rasgos fantasiosos e imaginarios del narcisista, puede influir en el aumento de la escala de mantenimiento, de manera que el paciente 1 puede estar idealizando sus capacidades de afrontamiento y cambio.

Por lo anterior se concluye que el paciente 1 tuvo un avance en su proceso de cambio, manteniéndose en el estadio de acción e incrementando su puntuación en el de mantenimiento.

B) Análisis sujeto 2



Fue evaluada en su primera semana de internamiento, se aplicó la escala URICA y los resultados arrojaron que el paciente 2 obtuvo 14 puntos en la etapa de Pre contemplación, 38 en Contemplación, 30 en Acción y 32 en Mantenimiento. Colocándolo entonces en la etapa de Contemplación por ser la que puntuó más alta.

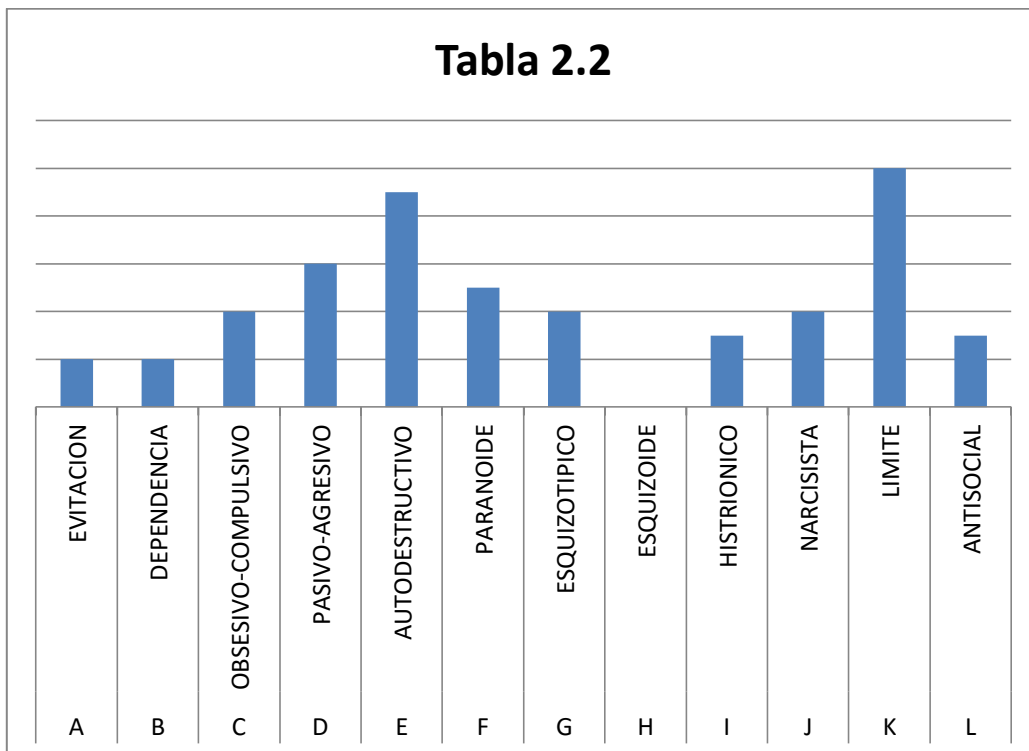
El paciente 2, fue evaluado en su última semana de internamiento, se aplicó la escala URICA y los resultados arrojaron que el paciente 2 obtuvo 20 puntos en la etapa de Pre contemplación, 33 en Contemplación, 37 en Acción y 34 en Mantenimiento. Colocándolo en la etapa con mayor puntuación que es Acción.

En la comparación de resultados de inicio y salida que se muestran en la tabla 2.1, de la paciente 2, se puede observar un aumento en la puntuación de las escalas de pre contemplación, y acción, mientras que la escala de mantenimiento y contemplación disminuyeron. La escala con un aumento mayor, de 7 puntos, fue la de acción, lo cual supone que la paciente se encuentra consolidando su compromiso por no consumir, lo cual requiere un gran esfuerzo y tiempo (Becoña, 2010).

El aumento de 6 puntos en la escala de pre contemplación, se puede interpretar como perder de vista su problemática con el consumo, lo cual empata con la disminución de 4 puntos en la escala de mantenimiento. Tomando en cuenta que la paciente, durante el taller expresó en repetidas ocasiones su angustia a tener que modificar gran parte de sus actividades diarias, es probable que, la ansiedad social genere que la paciente tenga aún resistencia al cambio.

La disminución del estadio más elevado y el aumento en el estadio inferior, sugiere que la paciente se cuestiona su problemática, al tiempo que trabaja en la modificación de sus conductas.

Los rasgos predominantes de la personalidad del paciente 2, se muestran en la tabla 2.2 y corresponden al trastorno límite de personalidad. El trastorno límite de personalidad se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la vida adulta. La prevalencia de este trastorno en la población de drogodependientes mujeres, es del 13.9% en mujeres (Pedrero, 2003).

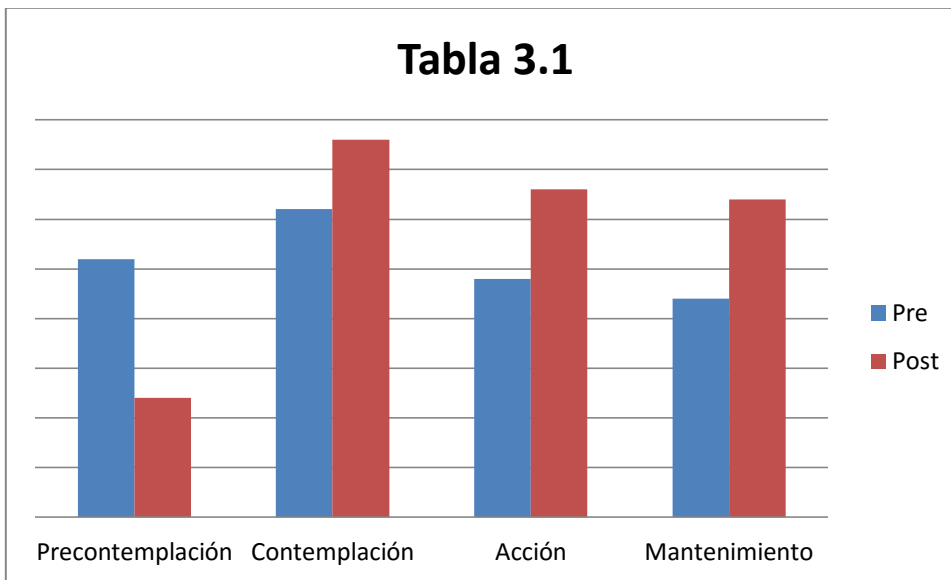


Durante su internamiento, la paciente presentó conductas de rebeldía a las reglas de convivencia y aseo, como el horario para ver tv o la limpieza de su cuarto. En su historial manifiesta haberse dedicado a conductas delictivas durante los 6 meses previos a su internamiento, además de involucrarse sexual y emocionalmente con varios miembros de la pandilla.

Lo anterior refleja que la paciente 2 cumple con varios criterios para establecer el diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad. Lo cual pudo haber influenciado de manera directa en su proceso de cambio.

Se concluye que la paciente 2 tuvo un avance en los estadios de su proceso de cambio con el taller “El cambio en mi adicción”.

C) Análisis sujeto 3



Fue evaluado en su primera semana de internamiento, se aplicó la escala URICA y los resultados arrojaron que el paciente 3 obtuvo 26 puntos en la etapa de Pre contemplación, 31 en Contemplación, 24 en Acción y 22 en Mantenimiento. Colocándolo entonces en la etapa de Contemplación, por ser la que puntuó más alta.

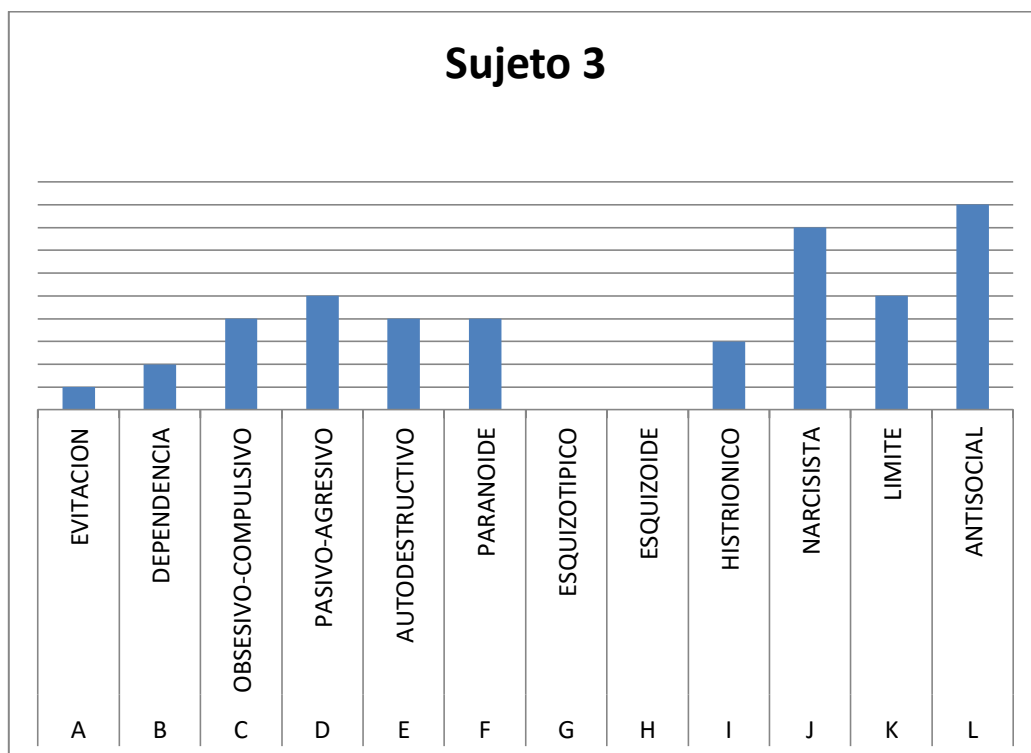
El paciente 3, fue evaluado en su última semana de internamiento, se aplicó la escala URICA y los resultados arrojaron que el paciente 3 obtuvo 12 puntos en la etapa de Pre contemplación, 38 en Contemplación, 33 en Acción y 32 en Mantenimiento. Colocándolo en la escala con mayor puntuación que es Contemplación.

El paciente 3, fue quien mostró mayores diferencias en los resultados (tabla 3.1) del proceso de cambio. En el nivel más bajo que es pre contemplación, el paciente disminuyó 14 puntos, lo cual sugiere que comenzó a ver su problema de adicción. En la escala de contemplación, aumentó 8 puntos y fue la escala con mayor puntuación al finalizar el taller, por lo que se concluye que el paciente está consciente de los problemas derivados de su conducta adictiva, lo que ayuda

a reevaluarse a nivel cognitivo y afectivo. Incluso puede valorar la posibilidad de dejar de consumir, aunque no se comprometa con el cambio (Becoña, 2010).

La escala de acción aumentó 9 puntos y la de mantenimiento también aumentó 11 puntos, lo cual refleja que el paciente aumentó su compromiso con dejar de consumir y mantenerse en auto observación para modificar las conductas necesarias para alejarse del estilo de vida que llevaba.

Aunque el paciente mostró una buena actitud y disposición durante las sesiones del taller, durante su internamiento ocurrieron varios incidentes de desobediencia al reglamento, como no asistir a otras sesiones o no realizar las labores de aseo que le correspondían.



En la tabla 3.2 se muestran los resultados de los rasgos predominantes de la personalidad del paciente 3. Se observa que el rasgo predominante es el antisocial, seguido del narcisista y el obsesivo compulsivo.

Entre los trastornos de personalidad más recurrentes en los pacientes adictos es el antisocial (López, A. y Becoña, E.). Este último, se relaciona en función de la desinhibición del comportamiento ilegal o que de alguna manera rompe con las normas sociales de comportamiento, principalmente la violación de los derechos de los demás.

Martínez y Trujillo en 2003, afirman que con la presencia del trastorno de personalidad antisocial, los pacientes presentan una baja adherencia al tratamiento y abandono del mismo, así como el deterioro de la relación paciente-terapeuta, lo cual se confirma en el paciente número

tres, ya que al principio del tratamiento se negó a responder las evaluaciones psicométricas y además mostró una actitud retadora y hostil hacia la terapeuta.

Sin embargo, el diagnóstico del trastorno como tal, se pone en duda, ya que el paciente desarrollo una adecuada alianza terapéutica con la facilitadora del taller.

Se concluye que el paciente 3, presenta un avance en el proceso de cambio después del taller “El cambio en mi adicción”.

CONCLUSIONES

En el sujeto 1, los resultados arrojados en el cuestionario de trastornos de personalidad SCID-II, no correspondieron al diagnóstico establecido por el equipo terapéutico, por lo que una sola prueba psicométrica no refleja la realidad de los rasgos del paciente. Caballo, en su libro Manual de trastornos de la personalidad (2004) dedica un apartado sobre la evaluación de trastornos de la personalidad, menciona que existen dos tipos de evaluación de la personalidad: en función de los rasgos y en función de los tipos. Para evaluar los rasgos sugiera utilizar evaluaciones cuantitativas a lo largo de las cuales se ubica el sujeto. La evaluación de los tipos, sigue un criterio categorial, de forma que asigna al sujeto a un tipo específico. Si bien la evaluación de personalidad realizada en el taller es cuantitativa, ubica al paciente en un tipo de personalidad que es difícil limitar las características del sujeto a un tipo de personalidad. Así mismo, aunque el paciente no completó el cuadro sintomático para establecer el diagnóstico de Trastorno narcisista de la personalidad, los rasgos de imaginación y fantasía narcisistas, pueden influir de manera directa en la elevación de la escala de mantenimiento y precontemplación, ya que el paciente puede percibir una autoeficacia elevada y desenfocar el problema.

En el sujeto 2, el resultado del cuestionario de personalidad SCID-II, corresponde con las actitudes observadas durante el taller, aproximándose al diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad. Aunque los criterios diagnósticos del DSM IV coinciden con las conductas manifiestas de la paciente en su historial, según Pedrero (2013) el consenso científico demostrado por el enfoque de evaluación categorial arroja resultados más confiables que los métodos psicométrico con enfoque dimensional, como el SCID-II que fue utilizado para la evaluación en éste trabajo. Por lo tanto, no puede confirmarse el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, ya que para esto, se requiere una evaluación más amplia sobre la personalidad. Así mismo, los rasgos de personalidad encontrados, influyen directamente el avance que presentó en

su proceso de cambio, ya que el paciente límite tiene como característica la inestabilidad emocional y el autosabotaje, lo cual influye en la disminución de la escala de mantenimiento, donde se requiere un alto grado de tolerancia y constancia.

El sujeto 3, mostró actitudes desafiantes al principio de su internamiento, pero conforme avanzó en las sesiones del taller, tuvo mayor apertura a contar su historial y participar activamente en las sesiones. A pesar de estas resistencias fue quien presentó mayor avance en su proceso de cambio. La entrevista motivacional a resultado eficaz en el manejo de pacientes relacionados con las adicciones a sustancias, es un factor contribuyente a mejorar el pronóstico para pacientes de difícil manejo (Torres, G., 2010). Durante el taller, la terapeuta utilizó ciertos principios de la entrevista motivacional, como expresar empatía, evidenciar los malestares manifiestos del paciente, avanzar con las resistencias y fomentar la autoeficacia. Ésta actitud centrada en el paciente pudo haber influenciado en la ruptura de la resistencia e incrementar la alianza terapéutica.

La prueba URICA arrojó resultados específicos de los estadios de cambio que facilitan el análisis y comprensión de conductas y cogniciones de los pacientes a través de su rehabilitación.

El taller “El cambio en mi adicción”, arrojó modificaciones significativas en el proceso de cambio de todos los participantes. Aunque sólo en el sujeto 3 se puede observar un avance significativo en el proceso, los sujetos 1 y 2, prevalecieron con un buen nivel en la escala de acción, lo cual indica que están motivados al cambio y con buena disposición y energía de continuar su proceso de rehabilitación.

Los rasgos de personalidad, al no establecer un cuadro de trastorno, son más fáciles de flexibilizar, como en el caso del sujeto 1 y 3.

El manejo del taller con el enfoque humanista, combinado con técnicas cognitivas conductuales, facilita la profundización del trabajo terapéutico con el rasgo de personalidad predominante.

SUGERENCIAS

Se deben tomar en cuenta factores como la historia de vida, los factores que intervienen en su ingreso a la clínica y la alianza terapéutica.

Una evaluación psicométrica completa es necesaria para determinar el diagnóstico de los pacientes internados.

Tomar en cuenta una implementación humanista dentro del programa de rehabilitación que maneja la clínica, sería altamente positivo para el proceso de cambio de los pacientes.

Este trabajo se puede retomar con otro grupo de pacientes, adictos a otras sustancias, con la implementación del mismo taller para indagar la influencia de otros rasgos de personalidad.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (APA) (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson.

American Psychiatric Association (APA) (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson.

Becoña, E. y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia, España: Martín impresores.

Díaz, J. (2001). *El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas*. *Escritos de psicología*, 5, 21-35.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. y Benjamin, L.S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

García, B., (2011) *El modelo Minnesota, un método de tratamiento para las adicciones*. Universidad de Deusto, Bilbao, España.

López, A. y Becoña, E. (2006) *Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento*. *Psicothema*, 18, 578-583.

Martínez, J. y Graña, J. (2009). *Influencia de los trastornos de personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo*. Adicciones, 21 (2), 105-112.

Martínez, J. y Trujillo H. (2003) *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Navarro, I., Sánchez, I. y Villaseñor, S. (2005). *Los trastornos de personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias*. Revista digital universitaria, UNAM, 6 (11), 3-10.

Pedrero, E.J. (2007) *Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados*. Adicciones, 20 (3), 251-262.

Pedrero, E.J. (2007) *El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastorno de personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II*. Trastornos adictivos, 9 (2), 116-125.

Pedrero, E.J. (2003) *Prevalencia e intensidad de los trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias*. Trastornos adictivos, 5 (3), 241-255.

Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1994) *Como cambia la gente. Aplicaciones en los comportamiento adictivos*. Revista de toxicomanías, 1, 3-14.

Rossi et al. (1992) *Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island URICA*.

Sánchez, E. (2006). *La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de utilidad clínica*. Adicciones, 18(3), 289-264.

Tavera, S. y Martínez, M. (2010). *Prevención de las adicciones y promoción de conductos saludables para una nueva vida*. México: Conadict.

Torres, G. (2010) *La entrevista motivacional en adicciones*. Revista Colombiana de psiquiatría, 39, 1.

Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, O. (2004). *Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): validez y confiabilidad en drogodependientes*. Revista de psicología, 1, 52-59.

ANEXO 1: Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Nombre.....

Fecha...../...../.....

Apellidos.....

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. Bastante en desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.

1 2 3 4 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

1 2 3 4 5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

1 2 3 4 5

4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo este aquí.

1 2 3 4 5

6. me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

1 2 3 4 5

7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.

1 2 3 4 5

9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

1 2 3 4 5

10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.

1 2 3 4 5

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.

1 2 3 4 5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

1 2 3 4 5

13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

1 2 3 4 5

14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

1 2 3 4 5

15. Tengo un problema y pienso realmente que debo arontarlo.

1 2 3 4 5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

1 2 3 4 5

17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando

1 2 3 4 5

18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.

1 2 3 4 5

19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

1 2 3 4 5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.

1 2 3 4 5

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.

1 2 3 4 5

22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

1 2 3 4 5

23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

1 2 3 4 5

24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.

1 2 3 4 5

25. Cualquiera persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

1 2 3 4 5

26. Toda esta charla psicológica es aburrida. . Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?.

1 2 3 4 5

27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.

1 2 3 4 5

28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.

1 2 3 4 5

29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿ Por qué perder el tiempo pensando en ellas?.

1 2 3 4 5

30. Estoy trabajando activamente en mi problema.

1 2 3 4 5

31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.

1 2 3 4 5

32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

1 2 3 4 5

Precontemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31.
Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24.
Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30.
Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32.

ANEXO 2: Cuestionario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad en Eje II del DSM-IV-TR.

SCID – II

Escala de Evaluación de Trastornos de Personalidad

El SCID-II está basado en el DSM-IV, en el apartado de Trastornos de la Personalidad.

Consta de 120 preguntas cerradas.

Para obtener la calificación, se contabilizan sólo las respuestas "SI". Revisar la tabla que se incluye a continuación:

Escala	PREGUNTAS	MÍNIMO	TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
A	1 – 7	4	Trastorno de la personalidad por evitación
B	8 – 15	5	Trastorno de la personalidad por dependencia
C	16 – 26	5	Trastorno obsesivo – compulsivo
D	27 – 35	5	Pasivo – agresivo
E	36 – 48	5	Autodestructivo
F	49 – 56	4	Trastorno paranoide de la personalidad
G	57 – 64	5	Trastorno esquizotípico de la personalidad
H	65 – 69	4	Trastorno esquizoide de la personalidad
I	70 – 79	4	Trastorno histriónico de la personalidad
J	80 – 90	6	Trastorno narcisista de la personalidad
K	91 – 108	5	Trastorno límite de la personalidad
L	109 - 120	3	Trastorno antisocial de la personalidad

SCID – II

NOMBRE: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de consulta: _____

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Estas preguntas se refieren al tipo de persona que generalmente es usted, es decir, a la forma en que usualmente se ha sentido o comportado en los últimos años. Indique "SI" ó "NO" en las casillas correspondientes, según sea su respuesta. Si no comprende alguna pregunta, déjela sin contestar para ser aclarada posteriormente.

		SI	NO
1	Si alguien critica o desaprueba algo que usted dice o hace, ¿se siente más herido que la mayoría de las personas?		
2	¿Siente que no hay nadie realmente cercano a usted, o que no hay personas en las que pueda confiar o hablar de sus problemas personales?		
3	¿Evita relacionarse con la gente a menos que esté seguro que usted realmente les agrada?		
4	¿Se mantiene alejado de situaciones que involucren mucho contacto con otras personas?		
5	Cuando asiste a reuniones o eventos sociales, ¿generalmente prefiere guardar silencio por temor a decir algo incorrecto o por no contestar alguna pregunta?		
6	¿Le preocupa la idea de que podría llegar a llorar, sonrojarse o verse nervioso frente a otras personas?		
7	¿Le parecen peligrosas muchas cosas que para la mayoría de las personas no lo son?		
8	¿Necesita usted mucho más consejo que la mayoría de las personas para tomar cualquier decisión?		
9	¿Ha permitido que otros tomen decisiones importantes por usted, como por ejemplo, dónde vivir o qué trabajo aceptar?		
10	¿Con frecuencia dice estar de acuerdo con otras personas aún cuando piensa que están equivocadas?		
11	¿Es difícil hacer cosas cuando tiene que hacerlas usted solo?		
12	¿A menudo se ofrece a hacer cosas, aunque no sean de su agrado, con tal de lograr que la gente lo aprecie?		
13	¿Le molesta o le incomoda estar a solas?		
14	¿Le afecta terminar una relación cercana (o amorosa) más de lo que parece afectarles a otras personas?		
15	¿Le preocupa mucho que lo abandonen o lo dejen solo sin		

	que nadie vea por usted?		
16	¿Trata de hacer cosas tan bien e invierte tanto tiempo en ello que se le complica terminar las tareas?		
17	¿Se involucra tanto con los detalles de alguna cosa que pierde de vista el objetivo?		
18	¿Insiste más que la mayoría de las personas en que los demás hagan las cosas exactamente como usted quiere que lo hagan?		
19	¿Prefiere hacer las cosas usted mismo porque piensa que nadie las hará exactamente como se debe?		
20	¿Se dedica tanto al trabajo que casi no le queda tiempo para los amigos o para divertirse?		
21	¿Se le dificulta terminar las cosas porque no puede decidir cómo empezar o qué debe hacer primero?		
22	¿Le preocupa mucho la idea de haber hecho algo moralmente indebido?		
23	¿Se enojaría con otras personas si hicieran algo moralmente indebido?		
24	¿Se le hace difícil demostrarle a las demás personas cuánto las aprecia?		
25	¿Es usted de las personas que rara vez dan regalo, muestras de cariño, o hacen favores a los demás?		
26	¿Se le hace difícil deshacerse de las cosas porque podría llegar a necesitarlas algún día?		
27	¿Acostumbra posponer las cosas hasta el último minuto y acaba por descubrir que no las termina a tiempo?		
28	¿Se irrita o se pone de mal humor cuando alguien le pide hacer algo que usted no quiere hacer?		
29	¿Trabaja lentamente en forma deliberada o hace mal las cosas cuando se le pide que haga algo que usted no quería hacer?		
30	¿Con frecuencia la gente le pide cosas irrazonables?		
31	¿Tiende a olvidar lo que se supone debe hacer si realmente no desea hacerlo?		
32	¿A menudo piensa que hace las cosas mejor de lo que los demás le reconocen?		
33	¿Le molesta que la gente le sugiera como podría hacer las cosas mejor?		
34	¿Se ha quejado la gente alguna vez de que usted los obstaculiza al no hacer la parte que le corresponde?		
35	¿A menudo termina trabajando bajo las órdenes de personas que no están haciendo las cosas tan bien como lo haría usted?		
36	¿Ha elegido relaciones amistosas o amorosas que le han dado mal trato o se han aprovechado de usted?		
37	¿Se mete con frecuencia en situaciones difíciles en el trabajo o en la escuela de las que sale desilusionado/lastimado?		
38	¿Rechaza en muchas ocasiones la ayuda de otras personas?		
39	¿Piensa que la ayuda que la gente le ofrece no es, por lo general, lo que usted necesita?		

40	¿Se incomoda cuando tiene éxito o siente que no merece triunfar, o bien, hace algo para estropear sus propios logros?		
41	¿Le sorprende la reacción de enojo de las personas por cosas que usted dice o hace?		
42	¿Con frecuencia se niega la oportunidad de hacer algo que realmente disfrutaría?		
43	Cuando hace algo que se supone es divertido, ¿en ocasiones no llega a divertirse?		
44	¿En muchas ocasiones no hace lo que necesita para conseguir lo que desea?		
45	¿Con frecuencia se siente desilusionado porque no hace lo que tiene que hacer?		
46	¿Ha encontrado aburrida a la gente que es amable con usted y más interesante a la que no lo es?		
47	¿Casi siempre hace lo que es bueno para otras personas en vez de lo que es bueno para usted?		
48	¿Se ha quejado la gente de que usted hace cosas por ellos aun cuando no desean que las haga?		
49	¿Se considera que con frecuencia tiene que mantenerse alerta para evitar que la gente se aproveche de usted?		
50	¿Se preocupa en ocasiones de que sus amigos o colaboradores no sean realmente leales o dignos de confianza?		
51	¿Con frecuencia interpreta lo que la gente dice o hace como una amenaza o un desprecio para usted?		
52	¿Le toma mucho tiempo perdonar a alguien si lo ha insultado o lastimado?		
53	¿Ha llegado a la conclusión de que es mejor no permitir que los demás sepan demasiado acerca de usted?		
54	¿Con frecuencia se enoja porque alguien lo ha despreciado o insultado de algún modo?		
55	¿Es usted muy celoso, incluso sin tener evidencias?		
56	¿Ha sospechado en alguna ocasión que su cónyuge o compañero le es infiel?		
57	¿Cuándo ve gente platicando, con frecuencia se pregunta si están hablando de usted?		
58	¿Ha observado en alguna ocasión objetos o sucesos comunes que le parecieran una señal especial para usted?		
59	¿Se siente nervioso cuando están en un grupo de gente desconocida?		
60	¿Ha tenido experiencias con lo sobrenatural?		
61	¿Ha tenido experiencias con percepción extra-sensorial, ovnis, ver el futuro, sexto sentido, etc.?		
62	¿Confunde con frecuencia objetos o sombras con personas, o ruidos con voces?		
63	¿Alguna vez ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza está a su alrededor, aún cuando no pueda ver a nadie?		
64	Cuando mira a una persona o se ve usted mismo en el espejo, ¿ha visto alguna vez que el rostro cambia?		
65	¿Podría ser feliz sin relaciones estrechas, como una familia o		

	amigos?		
66	¿Preferiría hacer cosas solo, en vez de con otras personas?		
67	¿Es usted de las personas que parecen no sentir nunca emociones fuertes, como un gran enojo o una gran felicidad?		
68	¿Se sentiría bien sin involucrarse sexualmente alguna vez con otra persona?		
69	A algunas personas no les importa si se les reconoce o no algo que han hecho bien, ¿es usted así?		
70	¿Con frecuencia acude a los demás en busca de apoyo, aprobación o reconocimiento?		
71	¿Acostumbra a coquetear?		
72	¿Le molesta más que a otras personas no verse atractivo(a)?		
73	¿En ocasiones expresa sus emociones de una manera exagerada, como abrazar efusivamente a gente que recién conoce?		
74	¿Le gusta ser el centro de atención?		
75	¿Se entusiasma con frecuencia por algo o por alguien y pierde pronto el interés?		
76	¿Explota fácilmente y se tranquiliza igual de rápido?		
77	¿Por lo general está más preocupado por sus propias necesidades que por las de los demás?		
78	¿Le han dicho alguna vez que solo se preocupa por usted mismo?		
79	¿Es usted de las personas que no pueden esperar algún tiempo para obtener lo que quiere finalmente?		
80	Cuando alguien lo critica, ¿a menudo se siente muy enojado, avergonzado o decaído, aun después de horas o días?		
81	¿En ocasiones ha tenido que usar a otras personas para obtener lo que usted necesitaba?		
82	¿Se ha visto en situaciones donde ha tenido que pisar a alguien para obtener lo que quiere?		
83	¿Siente usted que es una persona con talento o habilidades especiales que los demás no han reconocido?		
84	¿Le han dicho alguna vez que tiene una opinión de sí mismo exagerada (demasiado buena)?		
85	¿Diría usted que los problemas a que se enfrenta son tan especiales que pocas personas podrían entenderlos?		
86	¿Con frecuencia sueña despierto con grandes cosas como tener mucho éxito, ser brillante, atractivo o muy amado?		
87	¿A menudo piensa que las reglas no deberían aplicarse a usted?		
88	¿Es muy importante para usted que la gente le ponga atención o lo admire de algún modo?		
89	¿Le han dicho alguna vez que usted no es comprensivo con los problemas de los demás?		
90	¿Es usted envidioso en general?		

91	¿Considera que sus sentimientos hacia los demás en ocasiones cambian mucho (amar y luego odiar fuertemente a alguien)?		
92	¿Con frecuencia ha hecho cosas que podrían haberlo metido en problemas, como comprar cosas que no puede?		
93	¿Ha llegado a tener relaciones sexuales con alguien que apenas conocía?		
94	¿Ha llegado a beber mucho o a tomar drogas en exceso, sin control?		
95	¿Ha llegado a manejar de forma imprudente (exceso de velocidad, no respetando señales de tráfico)?		
96	¿Ha llegado a comer de forma compulsiva (como con desesperación, sin poder evitarlo)?		
97	¿Ha llegado a robar?		
98	¿Tiene cambios bruscos en su humor, altas y bajas, periodos de depresión, irritabilidad y ansiedad?		
99	¿Con frecuencia tiene estallidos temperamentales, o se enoja tanto que llega a perder el control?		
100	¿Ha golpeado a alguien estando enojado?		
101	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse, amenazando con hacerlo?		
102	¿Ha tratado en forma deliberada de lastimarse o herirse buscando o provocándose un accidente?		
103	¿Cambia tanto con diferentes personas o en diferentes situaciones que a veces no sabe realmente quien es usted?		
104	¿Se siente confundido acerca de sus planes y objetivos a largo plazo (vocación, profesión, etc.)?		
105	¿Se siente confundido acerca de la clase de amigos o parejas que usted prefiere?		
106	¿Se siente confundido acerca de cuales son sus valores, o de cómo están jerarquizados?		
107	¿Frecuentemente se siente aburrido o vacío por dentro?		
108	¿Si piensa que alguien importante para usted va a dejarle, se siente perdido o fuera de control?		
	<i>Las siguientes preguntas se refieren a su comportamiento antes de los 15 años de edad:</i>		
109	¿Llegó a faltar a la escuela con frecuencia?		
110	¿A escaparse de su casa y quedarse fuera durante la noche?		
111	¿A iniciar peleas a golpes?		
112	¿A utilizar algún arma en una pelea? (navaja, cuchillo, palo, arma de fuego, etc.)		
113	¿A forzar a alguien a tener relaciones sexuales con usted?		
114	¿A herir algún animal a propósito?		
115	¿A lastimar a alguien a propósito, sin llegar a los golpes?		

116	¿A dañar cosas que no eran tuyas de forma deliberada?		
117	¿A provocar incendios?		
118	¿A mentir mucho o engañar a la gente?		
119	¿A tomar cosas pequeñas en alguna ocasión, sin pedir las o pagarlas?		
120	¿A robar o asaltar a alguien?		

RESULTADOS:

A/ 4G/ 5B/ 5 H/ 4C/ 5I/ 4D/ 5 J/ 6E/ 5K/ 5F/ 4L/ 3
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

Taller “El cambio en mi adicción”

Objetivos

Evaluar el proceso de cambio en adictos a sustancias, durante su internamiento residencial y las diferencias que resultan antes y después de la implementación del taller. Además de la influencia que tiene su personalidad en este proceso.

Sujetos

Grupo de tres pacientes consumidores de alcohol y marihuana, que estuvieron en un programa de rehabilitación en internamiento, en una clínica especializada en la ciudad de Puebla, durante los meses de enero y febrero de 2015.

Tipo

Se llevó a cabo un taller de 10 sesiones grupales de trabajo terapéutico, donde se realizó la evaluación mediante el cuestionario URICA, para determinar el estadio del cambio en el que iniciaron y finalizaron su tratamiento residencial.

También, al inicio se evaluó su tipo de personalidad con el cuestionario SCID-II. Posteriormente se trabajó con un enfoque humanista y algunas técnicas cognitivas y conductuales, estableciendo una adecuada alianza terapéutica y promoviendo el avance en el proceso de cambio.

Responsable

De la estructuración, evaluación, intervención y seguimiento, estuvo encargada la Psicóloga Claudia Isabel Ramos, con la autorización y supervisión del médico, director general de la clínica.

Calendarización

#	Fecha	Tema	Objetivo	Actividades	Evaluación	Evidencias
1	21 enero	Evaluación inicial.	Ubicar el estadio del cambio en que se encuentra el paciente.	<ol style="list-style-type: none">1. Establecer rapport.2. Aplicar el Inventario de Cambio de la Universidad de Rhode Island.3. Realizar una breve entrevista para conocer al paciente.4. Ronda de cierre.	Formato de evaluación por sesión.	Cuestionarios aplicados.
2	27 enero	Profundización en la historia de vida.	Contextualizar la historia de vida del paciente.	<ol style="list-style-type: none">1. Ronda de inicio.2. Análisis de la historia de vida.3. Ronda de cierre.	Formato de evaluación por sesión.	Autobiografías.
3	28 enero	Psicoeducación de la adicción.	Informar al paciente sobre las características principales de la enfermedad.	<ol style="list-style-type: none">1. Ronda de inicio.2. Exposición sobre la generación y síntomas de la adicción.3. Explicar el modelo de cambio y las fases de la rehabilitación.	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión.

				4. Ronda de cierre.		
4	3 feb	Establecimiento de metas.	Diferenciar objetivos realistas y no realistas de la rehabilitación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Escuchar los objetivos de cada uno. 3. Psicoeducación sobre la autoeficacia. 4. Evaluar la autoeficacia. 5. Revisar metas a corto y largo plazo de los pacientes. 6. Modificar metas a la realidad. 7. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión. Puntuaciones de autoeficacia.
5	4 feb	Focos rojos.	Detección de focos rojos en la actividad de los pacientes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Escuchar e identificar situaciones de riesgo en la adicción activa. 3. Ubicar los focos rojos a los que se enfrenta el paciente. 4. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión. Listado de focos rojos.
6	10 feb	Solución de problemas.	Incrementar la habilidad para afrontar las experiencias estresantes y promover una adecuada capacidad de decisión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Psicoeducación sobre el afrontamiento. 3. Definición y formulación de problemas. 4. Alternativas de solución. 5. Toma de decisiones. 6. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión. Listado de problemas con alternativas de solución.
7	11 feb	Identificación y manejo de craving.	Dotar al paciente la información y técnicas necesarias para que identifique y aprenda a manejar su craving.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Psicoeducación sobre las emociones y el craving. 3. Identificación del craving con imaginación. 4. Exposición y modelado de las técnicas de manejo de craving. 5. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión. Tarjetas flash.
8	17 feb	Habilidades sociales	Promover el uso de la asertividad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Psicoeducación sobre la asertividad. 3. Escenificación de situaciones estresantes y uso de la asertividad. 4. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión.
9	18 feb	Plan de acción.	Realizar un plan con acciones específicas para la reinserción del paciente a sus actividades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Identificar actividades a corregir. 3. Modificar las actividades diarias. 4. Elaborar un listado de acciones específicas para el mantenimiento. 5. Hacer una lista de acciones alternativas para el manejo de contingencias y prevención de recaídas. 6. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Apuntes de la sesión. Lista de acciones. Lista de actividades diarias.
10	25 feb	Evaluación final	Evaluar en qué estadio del cambio egresa el paciente y las diferencias con sus resultados iniciales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ronda de inicio. 2. Aplicación del inventario de Cambio de la Universidad de Rhode Island. 3. Ronda de cierre. 	Formato de evaluación por sesión.	Cuestionarios aplicados.

