



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Diseño y Aplicación de un Programa de Tratamiento Psicoterapéutico desde el Modelo Focalizado en la Personalidad para usuarios con Dependencia Alcohólica de la Comunidad Terapéutica «Hacia una nueva vida » de la ciudad de Cuenca.

Trabajo de Tesis previo a la obtención del título de:
Magister en Psicoterapia Integrativa

Directora:

Magister. Alexandra Córdova Vega.

Autor:

Sebastián Herrera Puente.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero brindar mi más profundo y sincero agradecimiento a la Magister Alexandra Córdova Vega, por su paciencia y tiempo dedicado a la supervisión de este trabajo, pero sobre todo por haberme enseñado, que los conocimientos no son lo que distingue a un buen terapeuta, sino la humildad con que se los brinda.

En segundo lugar quiero agradecer, la apertura brindada por la administración de la Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida”, para la aplicación de este trabajo.

Por último, pero no menos importante mi agradecimiento profundo a mi hermana Vero y a Dalila colega de profesión, quiénes dedicaron su tiempo y esfuerzo en la elaboración de los anexos.

DEDICATORIA

A mi esposa Patricia y a mi hija Emilia Luciana, con quienes aprendo que la felicidad no es un punto de llegada, sino el camino que escogí para transitar en la vida.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo, diseñar y aplicar un programa de Tratamiento Psicoterapéutico desde el Modelo Focalizado en la Personalidad para pacientes con diagnóstico de Dependencia Alcohólica de la Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida”. La modalidad fue de estudio de caso, con una aplicación que duró cuatro meses, en una muestra de 10 pacientes. Los resultados se midieron con el EMCA y el OQ-45 los cuales reflejaron una disminución importante de la sintomatología clínica, mejoramiento en las relaciones interpersonales y el rol social. Los pacientes con características impulsivas mostraron peores resultados frente a los de estilo evitativo, dependiente y anancástico.

ABSTRACT

The goal of the present investigation was to design and apply a Psychotherapeutic Treatment based on the Integrative Model Focalized on Personality to patients diagnosed with Alcohol Dependency in "*Hacia una Vida Nueva*" Therapeutic Community. We carried out a case study and the application, which lasted four months, with a group of ten patients. The results were measured with the EMCA and the QQ-45. These tests reflected an important reduction of the clinical symptoms, improvement in the interpersonal relationships and in the social role. The patients with impulsive characteristics presented worse results in relation to the avoiding, dependent, and the obsessive types.




Translated by,
Diana Lee Rodas

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

DEPENDENCIA AL ALCOHOL

1. Definición	14
1.2. Criterios Diagnósticos	15
1.2.1. Criterios diagnósticos de la CIE-10	15
1.2.2. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR	16
1.3. Manifestaciones Clínicas de la Dependencia	17
1.3.1. Síndrome de Abstinencia	18
1.3.2. Tolerancia	18
1.3.3. Craving	20
1.4. Desarrollo y curso evolutivo de la Dependencia Alcohólica	21

CAPITULO 2

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, PERSONALIDAD Y MOTIVACIÓN

2.1. Primeras tipologías del alcoholismo	24
2.2. Relación de la personalidad y el consumo de alcohol en diferentes etapas del desarrollo de la conducta de consumo	27
2.2.1. Estudios Transversales	27
2.2.1.1. Población Adolescente	27
2.2.1.2. Población Adulta	29
2.2.1.3. Población Clínica	30
2.2.2. Estudios Longitudinales Prospectivos	31
2.2.3. Estudios de Genética Cuantitativa	34
2.3. Motivos y consumo de alcohol	36
2.3.1. Personalidad y motivos de consumo	40

CAPITULO 3

PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON ADICCIÓN AL ALCOHOL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

3.1. Perspectiva y características del trastorno	45
3.2. Trastorno de la persona en su totalidad	46
3.2.1. Características cognitivas y conductuales	46
3.2.2. Características Perceptuales	47
3.2.2.1. Baja Autoestima	48
3.2.2.2. Identidad Negativa	48
3.2.3. Características emocionales	48
3.2.3.1. Intolerancia a la incomodidad	49
3.2.3.2. Presencia de sentimientos de culpa	49
3.2.3.3. Ira y hostilidad	51
3.2.3.4. Disforia y pérdida de sentimientos	51
3.2.3.5. Manejo emocional	52
3.2.3.6. Abstinencia y emociones	52
3.2.4. Características sociales	52
3.2.4.1. Privilegio	53
3.2.4.2. Confianza	53
3.2.5. Estrategias de lucha desviadas	54
3.2.5.1. Mentiras y manipulaciones	54
3.2.5.2. Defensas	55
3.2.5.3. Una personalidad adictiva	56

CAPITULO 4

MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

4. La personalidad como eje fundamental	57
4.1. Tipología de la personalidad	57

4.1.1. Grupos con características de dominio	58
4.1.1.1. Personalidades de Estilo Afectivo	58
4.1.1.1.1. Personalidad Histriónica	58
4.1.1.1.1.1. Entrevista con el paciente de Estilo Histriónico	59
4.1.1.1.2. Personalidad Ciclotímica	60
4.1.1.1.2.1. Temperamento, Personalidad y Carácter	60
4.1.1.1.2.2. Entrevista con el paciente de Estilo Ciclotímico	62
4.1.1.2. Personalidades de Estilo Cognitivo	63
4.1.1.2.1. Personalidad Anancástica	63
4.1.1.2.1.1. Entrevista con el paciente de Estilo Anancástico	64
4.1.1.2.2. Personalidad Paranoide	64
4.1.1.2.2.1. Entrevista con el paciente de Estilo Paranoide	65
4.1.1.3. Personalidades de Estilo Comportamental	66
4.1.1.3.1. Personalidad Impulsiva	66
4.1.1.3.1.1. Entrevista con el paciente de estilo impulsivo	67
4.1.1.3.2. Trastorno de Personalidad Disocial	68
4.1.1.3.2.1. Entrevista con el Paciente con Trastorno Disocial de la Personalidad	69
4.1.1.4. Personalidades con estilo de déficit relacional	70
4.1.1.4.1. Personalidad esquizoide	71
4.1.1.4.1.1. Entrevista con el paciente de estilo esquizoide	72
4.1.1.4.2. Personalidad Dependiente	73
4.1.1.4.2.1. Entrevista con el paciente de estilo dependiente	74
4.1.1.4.3. Personalidad evitativa	74
4.1.1.4.3.1. Entrevista con el paciente de estilo evitativo	76
4.1.1.4.4. Trastorno de Personalidad Esquizotípico	76
4.1.1.4.4.1. La entrevista con el Paciente con Trastorno de Personalidad Esquizotípico	77
4.2. Fundamentos Psicológicos para el Tratamiento de la Dependencia Alcohólica	78
4.2.1. La centralidad del tratamiento psicológico	79

4.2.2. Variabilidad psicológica y tratamiento de la dependencia alcohólica	80
4.3. Entrevista de inicio de Proceso Terapéutico de acuerdo al Modelo Focalizado en la Personalidad	81
4.3.1. Primera Etapa	81
4.3.1.1. La Demanda	81
4.3.1.1.1. Tipos de Demanda	81
4.3.2. Segunda Etapa	82
4.3.2.1. La Alianza terapéutica	82
4.3.2.2. Análisis del trastorno y la personalidad	84
4.3.2.2.1. Análisis del Trastorno	84
4.3.2.2.1. Inventarios para el diagnóstico y el tratamiento	86
4.3.2.2.2. Análisis de la Personalidad	88
4.3.2.2.2.1. Configuración de la Personalidad	88
4.3.2.2.2.2. Relaciones Familiares	89
4.3.3. Tercera Etapa	90
4.3.3.1. Planificación del proceso	90
4.3.3.2. Señalamiento de objetivos	90
4.3.3.3. Señalamiento de Técnicas	92
<u>4.3.3.3.1. Intervenciones de asesoramiento</u>	92
4.3.3.3.1.1. Proporcionar psicoeducación	92
4.3.3.3.1.2. El entrenamiento en asertividad	94
4.3.3.3.1.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales	95
4.3.3.3.2. <u>Intervenciones sintomáticas</u>	96
4.3.3.3.2.1. Estrategias motivacionales apropiadas para cada etapa de cambio	96
4.3.3.3.2.1.1. <i>Pre-contemplación</i>	96
4.3.3.3.2.1.2. <i>Contemplación</i>	96
4.3.3.3.2.1.3. <i>Preparación</i>	97
4.3.3.3.2.1.4. <i>Acción</i>	97
4.3.3.3.2.1.5. <i>Mantenimiento</i>	97

4.3.3.3.2.1.6. <i>Retorno</i>	98
4.3.3.3.2.2. <i>Técnicas Cognitivo Conductuales</i>	98
4.3.3.3.2.2.1. Línea de Vida de Consumo	98
4.3.3.3.2.2.2. La elaboración de Flujo-gramas	98
4.3.3.3.2.2.3. Análisis del Principio de Atribución	99
4.3.3.3.2.2.4. El Método Socrático	100
4.3.3.3.2.2.5. Asignación de Actividades entre Sesiones	101
4.3.3.3.2.2.6. Análisis de Ventajas y Desventajas	101
4.3.3.3.2.2.7. Las Flechas Descendentes	101
4.3.3.3.2.2.8. Reatribución de la Responsabilidad	101
4.3.3.3.2.2.9. Registro Diario de Pensamientos (RDP)	102
4.3.3.3.2.2.10. Programación y Control de Actividades	102
4.3.3.3.2.2.11. Experimentos Conductuales	103
4.3.3.3.2.2.12. Repaso Conductual (Role-playing)	103
4.3.3.3.2.2.13. Entrenamiento en Relajación	103
4.3.3.3.2.2.14. Resolución de Problemas	104
4.3.3.3.2.2.15. Control de Estímulos	104
4.3.3.3.2.3. Técnicas para el Manejo del Craving	104
4.3.3.3.2.3.1. Distracción	104
4.3.3.3.2.3.2. Tarjetas Flash	105
4.3.3.3.2.3.3. Imaginación	105
4.3.3.3.2.4. Estrategias de prevención de recaídas	105
4.3.3.3.3. <u>Intervenciones orientadas a la personalidad</u>	106
4.3.3.3.3.1. <i>La autobiografía</i>	107
4.3.3.3.3.2. <i>Esquemas tempranos desadaptativos</i>	108
4.3.3.3.3.2.1. Cambio de esquemas	108
4.3.3.3.3.2.1.1. Cuestionamiento de la validez del esquema	109
4.3.3.3.3.2.1.2. Reformulación de las pruebas que sustentan el esquema	109
4.3.3.3.3.2.1.3. Evaluación de las ventajas e inconvenientes de los estilos de afrontamiento	109

4.3.3.3.2.1.4. Diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema	110
4.3.3.3.2.1.5. Imaginación de escenas y diálogos	110
4.3.3.3.2.1.6. Recuerdos traumáticos	111
4.3.3.3.2.1.7. Ruptura de patrones conductuales en la imaginación	111
4.3.3.3.2.1.8. Ensayos en la imaginación y representación de papeles	111
4.3.3.3.3. <i>Estabilización emocional</i>	111
4.3.3.3.3.1. Modelo explicativo de la conducta inestable o inadaptada	111
4.3.3.3.3.2. Modelo terapéutico y fundamentación teórica	115

CAPITULO 5

APLICACIÓN DEL PROGRAMA

5.1. INTRODUCCIÓN	119
5.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	119
5.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	119
5.3.1. Objetivo General	119
5.3.2. Objetivos Específicos	119
5.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	120
5.4.1 Criterios de inclusión y exclusión.	120
5.4.1.1. Criterios de inclusión	120
5.4.1.2. Criterios de exclusión	120
5.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	120
5.6. LUGAR DE APLICACIÓN	121
5.6.1. Modalidad de acción grupo etéreo y género	122
5.6.2. Fines y Objetivos	122
5.6.3. Visión y Misión	123
5.6.3.1. Misión	123
5.6.3.2. Visión	123

5.6.4. Modelo Terapéutico	123
5.6.4 .1. Función y Finalidad del programa de Comunidad Terapéutica	123
5.6.4.2. Bases del Programa	123
5.6.4.3. Características	123
5.6.4.4. Reglas cardinales	124
5.6.4.5. Fases de Tratamiento	124
5.6.4.6. Estadios de cambio en la Comunidad Terapéutica	125
5.7. INTERVENCIÓN DE ACUERDO AL MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD	126
5.7.1. Dispositivo terapéutico	126
5.7.1.1. Evaluación y Diagnóstico	127
5.7.1.1.1. Otros cuestionarios de ayuda	135
5.7.2. Aplicación Técnica	136
5.7.2.1. Técnicas de Asesoramiento	137
5.7.2.2. Técnicas sintomáticas	138
5.7.2.2.1. Prevención de recaídas y evaluación	139
5.7.2.2.1.1. En el caso de un paciente en fase de retorno	139
5.7.2.3. Técnicas Orientadas a la Personalidad	140
5.7.3. Evaluación	142
5.8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO.	144

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXOS

BILIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN.

En los campos donde la mayor parte de los tratamientos psicológicos resultan ser eficaces, pero en muchas ocasiones aplicados sin operatividad y ordenamiento, y en otras ocasiones sin conocimiento que dirija el accionar terapéutico, supone una gran ayuda un Programa Terapéutico con un nivel de estructura que guíe al profesional y que además muestre gran flexibilidad a la hora de decidir las herramientas a aplicar, sobre la base del Enfoque Integrativo Focalizado en la Personalidad.

Se presenta entonces una forma de intervención ordenada tomando como elemento principal la personalidad desde la clasificación del profesor Lucio Balarezo, considerando las diferentes orientaciones psicoterapéuticas cuyas técnicas dirigidas a promover el cambio, a facilitar habilidades de afrontamiento, conseguir cambios cognitivos y comportamentales, y en lo posible la flexibilización en la estructura de la personalidad han probado su efectividad, persiguiendo como objetivo final un cambio sostenido que es lo que la mayoría de pacientes Dependientes de Alcohol necesitan.

El presente Programa Psicoterapéutico para el Tratamiento de la Dependencia Alcohólica fue aplicado a pacientes de la Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida” de la ciudad de Cuenca.

El primer capítulo proporciona una breve definición de la Dependencia Alcohólica, muestra los criterios diagnósticos para delimitar este cuadro, además, se analizan las manifestaciones clínicas del mismo, para terminar con una descripción evolutiva de la enfermedad.

El segundo capítulo muestra la relación que existe entre el consumo de alcohol y los factores de personalidad y motivacionales. Al inicio de este capítulo se expone sucintamente las primeras tipologías del alcoholismo, para llegar a las más recientes, luego se pasa al análisis de diferentes estudios entre la personalidad y el consumo de alcohol en diferentes etapas del desarrollo, al finalizar se indica la relación entre motivos, personalidad y consumo de alcohol, elementos a tener en cuenta tanto para el pronóstico como para el tratamiento.

El tercer capítulo presenta el Perfil Psicológico de una persona con Adicción al Alcohol desde la óptica de la Comunidad Terapéutica, presentando dinámicamente las distintas características de estos pacientes en sus diferentes dimensiones de funcionamiento.

El cuarto capítulo presenta el Modelo Focalizado en la Personalidad Aplicado a la Dependencia Alcohólica, presentando diversos estilos de personalidad que nos permiten un acercamiento terapéutico más efectivo, un modelo de intervención que comprende diversas etapas de acción y una flexibilidad técnica a tres niveles que abarcan todo el espectro de la personalidad.

El quinto y último capítulo presenta la metodología de la investigación, los objetivos de este trabajo y los criterios de selección de los usuarios. Además describe las características del Tratamiento de la Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida” y la descripción didáctica de la Intervención Psicoterapéutica para Dependencia Alcohólica desde el Modelo Focalizado en la Personalidad, presentando algunos casos que nos servirán de ejemplo, para terminar con el análisis de la información y los resultados del programa.

CAPÍTULO 1

DEPENDENCIA AL ALCOHOL

1. Definición:

En cuanto al concepto de dependencia, en ocasiones existe cierta confusión terminológica entre la dependencia en sentido amplio en la que, como se observa en los criterios diagnósticos de los manuales DSM-IV y CIE-10, se incluyen fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, y el concepto más restringido de dependencia física. En esta última acepción, desde el punto de vista farmacológico, la dependencia se define exclusivamente como la aparición de un síndrome de abstinencia al suspender la ingesta de la sustancia psicoactiva (Miller y Gold, 1993).

Debido en parte a esta confusión, en ocasiones se plantea la dicotomía dependencia física versus dependencia psicológica. Sin embargo, esta distinción resulta artificial puesto que cuando hablamos de la dependencia nos referimos a un trastorno psicoconductual, pero sin olvidar el sustrato neurobiológico que subyace a cualquier conducta. Es decir, cualquier trastorno conductual se acompaña de unos cambios biológicos aunque éstos no tienen por qué implicar una neuroadaptación que conlleve tolerancia y síndrome de abstinencia.

Como constructo psicoconductual, la dependencia se caracteriza por un impulso irresistible hacia un determinado estado vivencial (Edwards, 1986b; Edwards, Arif y Hodgson, 1981). La dependencia alcohólica se interpreta así como un síndrome multivariado de acuerdo con un modelo biopsicosocial de enfermedad, tanto en lo que se refiere a su génesis como a su expresividad (Peele St. Alexander, 1987).

Por otra parte, los dos sistemas de clasificación citados parten del síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross en 1976. Estos autores consideran la dependencia como un constructo compuesto por las siguientes características (Edwards et al., 1981):

- Estrechamiento del repertorio de conducta
- Importancia desmesurada (prioridad) otorgada al alcohol
- Aumento de la tolerancia
- Síntomas de privación reiterados
- Ingesta de alcohol para evitar los síntomas carenciales
- Deseo subjetivo irresistible de beber
- Rapidez de la reinstauración del síndrome tras la abstinencia

Estos autores distinguían claramente entre el síndrome de dependencia y los eventuales trastornos o disfunciones (físicos, psíquicos o sociales) derivados del consumo excesivo. Por otra parte, la presencia de tolerancia o de síndrome de abstinencia, si bien fuertemente indicativa, no sería imprescindible para diagnosticar la dependencia.

1.2. Criterios Diagnósticos

1.2.1. Criterios diagnósticos de la CIE-10

La OMS describe el síndrome de Dependencia como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron un valor más alto. Establece además las siguientes pautas para llevar a cabo el diagnóstico:

Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces simultáneamente en un período de 12 meses:

- Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.

- Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia como se prueba por el Síndrome de Abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
- Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, ingerir o para recuperarse de los efectos de la sustancia.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de evidentes consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

1.2.2. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

Se exponen a continuación los criterios para el diagnóstico de la Dependencia de Sustancias propuestos por la APA:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.

- b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 - (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 - (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 - (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 - (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Se puede observar que estos criterios son similares, pero no idénticos, a los establecidos en la clasificación de la OMS. La principal diferencia está en que los criterios del DSM-IV-TR no hacen referencia al deseo intenso de la sustancia, que aparece como el primer ítem en la CIE-10. Asimismo, el DSM-IV-TR especifica el grado de alteración señalando que debe existir, un patrón maladaptativo del consumo de la sustancia que provoque un malestar clínico significativo o deterioro de la actividad del individuo. En cambio, la CIE-10 fija criterios temporales, ya que requiere una duración mínima de los síntomas de 1 mes o una repetición de los episodios durante un período de 12 meses.

1.3. Manifestaciones Clínicas de la Dependencia

1.3.1. Síndrome de Abstinencia

El Síndrome de Abstinencia ocurre ante la carencia de la sustancia adictiva tras un período de adaptación durante el cual se ha desarrollado tolerancia. Consiste en un estado de hiperexcitabilidad del sistema nervioso central en respuesta a la acción depresora del alcohol. Se caracteriza por un conjunto de síntomas propios de la ansiedad como temblor, palpitaciones, sudoración, irritabilidad e hipertensión. En su variante más grave se pueden presentar convulsiones, ideas delirantes, alucinaciones, *delirium tremens* y la muerte.

El *delirium tremens* supone una complicación muy grave del Síndrome de Abstinencia, ya que, si no se trata adecuadamente, puede desencadenar el fallecimiento en el 50% de los casos. Consiste en un estado confusional, con desorientación espacio-temporal, hipervigilancia y agitación, temblores marcados en todo el cuerpo, elevación de la tensión sanguínea, alucinaciones visuales que son generalmente de pequeños animales (zoopsias), alucinaciones auditivas, ideas delirantes, deshidratación grave y postración (Miller y Gold, 1993).

En cuanto a la base cerebral de este fenómeno hay que señalar que el aumento de la actividad somática que se observa en el Síndrome de Abstinencia está en gran parte mediado por la hiperactividad del locus coeruleus, hiperactividad debida a la pérdida de auto-inhibición noradrenérgica causada por la hipofunción de los receptores presinápticos α_2 –adrenérgicos (Ayesta, 1991).

1.3.2. Tolerancia

La administración repetida de etanol produce una disminución de la intensidad de sus efectos, conocida con el nombre de tolerancia (Ayesta, 2002). De este modo, este fenómeno implica la necesidad de incrementar la dosis de etanol para conseguir el mismo efecto. Bajo este proceso subyace una adaptación del organismo frente a la presencia continuada de una sustancia extraña.

Se pueden distinguir dos formas de Tolerancia al alcohol: la tolerancia Farmacocinética, producida por cambios adaptativos de tipo metabólico, y la Tolerancia Farmacodinámica, que implica cambios neuronales.

En cuanto a la **Tolerancia Farmacocinética** se debe considerar que a nivel metabólico el etanol a dosis altas da lugar a la inducción enzimática del Sistema Oxidativo Microsomal encargado de la metabolización del etanol. Esto ocasiona que a igualdad de ingesta las alcoholemias sean menores.

Por su parte, la **Tolerancia Farmacodinámica** hace referencia a un proceso de adaptación celular. El alcohol altera las membranas celulares, modificando el orden de los ácidos grasos y dando lugar a una estructura más fluida. A la vez, la célula en

un intento de mantener su equilibrio interno, se vuelve más rígida para resistir mejor el efecto del alcohol. Éste y otros mecanismos similares se conocen como Tolerancia Farmacodinámica y se manifiestan como un menor efecto en igualdad de niveles plasmáticos de etanol.

Algunos autores distinguen varios subtipos de **Tolerancia Farmacodinámica** (Ayesta, 2002):

- **Tolerancia Aguda:** a igualdad de alcoholemia se produce más efecto cuando los niveles plasmáticos están subiendo que cuando están bajando.
- **Tolerancia Conductual:** las personas que ingieren habitualmente alcohol mientras realizan una tarea, presentan tolerancia al alcohol para esa tarea, es decir, son capaces de realizarla correctamente aún con dosis de alcohol que impedirían la ejecución en otros individuos.
- **Tolerancia Celular:** adaptaciones celulares a la exposición crónica de etanol que se traducen en una menor respuesta a sus efectos. Los mecanismos por los que esta adaptación se produce pueden ser varios: cambios en el número de receptores, en los segundos mensajeros, en el número o sensibilidad de canales, etc.

Se conoce también que existe una **Tolerancia Cruzada** para el alcohol y otras sustancias adictivas. Este fenómeno implica que una persona que ha desarrollado tolerancia al alcohol experimentará también tolerancia a determinadas sustancias que comparten su patrón de acción, como las benzodiacepinas y los barbitúricos. Por este proceso, un sujeto adicto al alcohol necesitará mayor cantidad de benzodiacepinas que un sujeto no alcohólico para lograr el mismo efecto (Miller y Gold, 1993).

Otra forma de manifestación es la **Tolerancia Invertida**. En algunos alcohólicos, ya en fases avanzadas de la enfermedad, una pequeña consumición de alcohol es suficiente para producirles una embriaguez. Este hecho es ya un reflejo de la incapacidad del hígado para metabolizar el alcohol correctamente.

1.3.3. Craving

Se emplea habitualmente este término anglosajón para hacer referencia al ansia o avidez por consumir una determinada sustancia, por el deseo subjetivo de experimentar sus efectos (Marlatt, 1982).

El *Craving* presupone una reacción aprendida, primero, a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad de evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo). Por tanto, incluye tanto la anticipación de la recompensa de la sustancia como prever el alivio de la ansiedad y disforia que se supone conllevará la toma de la misma.

En ambos casos, existe un sustrato de componentes psicológicos y fisiológicos indisolublemente ligados. Se distinguen dos tipos de *Craving* en función de los componentes implicados (Wetterling, Veltrup y Junghanns, 1996):

- ***Craving Primario o Simbólico:*** necesidad manifiesta de ingerir alcohol tras un período de abstinencia mantenida sin que se dé una situación de privación de alcohol. El estímulo desencadenante puede ser externo e interno, puede ser el propio alcohol o una circunstancia repetidamente asociada a su ingesta y a sus efectos (estímulo condicionado). Parece que en este fenómeno de *Craving* Condicionado participan los neurotransmisores implicados en el sistema cerebral de recompensa (Childress, Hole, Ehrman, Robbins, McLellan y O'Brien, 1993; Littleton, al Qatari y Little, 1996).
- ***Craving Secundario:*** demanda de alcohol provocada por la privación parcial o total del mismo, esta sensación desagradable conlleva la búsqueda del alcohol como paliativo. El sustrato bioquímico parece ser el desbordamiento de la adaptación neuroquímica (hiperactividad glutamérgica) propia del Síndrome de Abstinencia.

En definitiva, el *Craving* tiene un papel clave en la dependencia, se mantiene activo mientras dura el consumo y queda latente en los períodos de abstinencia, pero puede reactivarse en cualquier momento a partir de estímulos condicionados.

1.4. Desarrollo y curso evolutivo de la Dependencia Alcohólica

Tradicionalmente, el alcoholismo ha sido considerado como un trastorno progresivo, con aparición sucesiva de distintos síntomas, manifestaciones y complicaciones a medida que la ingesta excesiva de alcohol aumenta.

El curso evolutivo del alcoholismo refleja, de hecho, un deterioro en aspectos psicológicos, sociales y fisiológicos. Diversos autores han tratado de organizar en fases este proceso, atendiendo al orden de aparición de algunos fenómenos y conductas, que se suponen significativas en la historia de un alcohólico. Destaca entre ellos Jellinek (1952), que dividió el curso del alcoholismo en cuatro fases cada una de ellas caracterizada por la presencia de un marcador que indicaría su comienzo de la fase. Desde entonces, otros intentos se han efectuado (Pokorny, Kansas y Overall, 1981), cuyo objetivo era describir la historia natural del trastorno como se suele hacer con otras enfermedades en el entorno clínico. Sin embargo, diferencias entre hombres y mujeres, culturales e individuales, hacen que la descripción progresiva de este trastorno esté llena de excepciones. Con una finalidad didáctica se describirá brevemente, en este apartado las fases propuestas por Jellinek.

El consumo de bebidas alcohólicas se inicia en la adolescencia y progresa lentamente hasta constituir un serio problema hacia la mitad o al final de los veinte años. Aunque hay excepciones, y en algunos adolescentes el proceso del alcoholismo se produce más rápidamente. Es frecuente encontrar largos períodos de latencia desde la primera vez que el sujeto ingiere alcohol hasta que su consumo se convierte en un verdadero problema. En general, el beber precoz de un incipiente consumidor puede no ser muy diferente al de sus compañeros.

Al principio, en lo que se ha denominado *Fase Pre-Alcohólica*, la ingesta de alcohol va progresando de una actividad social y agradable a una panacea para aplacar las tensiones de cada día. La tolerancia al alcohol aparece relativamente pronto. El sujeto muestra una avidez creciente por el alcohol. Nunca olvida llevar bebidas a las fiestas y es el último en abandonar el local. Empieza a beber alcohol antes y después de ingerirlo socialmente. Necesita beber cada vez mayor cantidad y con más frecuencia para obtener los efectos psicotrópicos deseados, tanto para

“ponerse más alegre” como para, en algunos casos, sentir alivio ante tensiones o frente a estados depresivos.

En una segunda fase, o de Alcoholismo *Temprano*, suelen comenzar a presentarse episodios cortos de amnesia (*blackouts*). Se trata de fallos de memoria durante o tras el consumo excesivo de alcohol. No obstante, hay que señalar que muchos alcohólicos progresan a estados más avanzados de dependencia del alcohol sin experimentar este tipo de amnesias. Los síntomas de abstinencia empiezan a aparecer y el sujeto inicia cada vez más tempranamente la ingesta de alcohol, no siendo infrecuente que inicie la jornada tomando los primeros tragos del día. Algunos sujetos empiezan a padecer de trastornos del sueño, despertándose durante la noche. La tolerancia y los síntomas de abstinencia indican que ha ocurrido una neuroadaptación como respuesta a la ingesta repetida de alcohol (Madden, 1986).

En este contexto el alcohol pasa a ser fuente de creciente preocupación para el sujeto. El alcohol interfiere cada vez más en su vida cotidiana, y el sujeto percibe que su conducta le roba tiempo y dinero. Pronto se acompañan sentimientos de culpa que llevan a que la bebida se efectúe de una forma más escondida. La conducta típica de mantener botellas escondidas en lugares cotidianos tales como la casa, el coche o la oficina se manifiesta durante esta fase. El bebedor, en este período, se muestra extremadamente defensivo y hace todo lo posible por negar, a sí mismo y a los demás, sus problemas con el alcohol.

Una tercera fase, denominada *Crucial*, empieza cuando en el sujeto aparece el fenómeno de la pérdida de control. El sujeto que llega a esta fase se ha convertido en un adicto al alcohol. No obstante, el bebedor generalmente no está completamente fuera de control y la ingesta de alcohol no siempre, invariablemente, progresa hacia la embriaguez. Durante este tiempo puede relucir el fenómeno de la Tolerancia Reducida, por lo que el sujeto puede alcanzar la intoxicación con cantidades menores de alcohol que anteriormente no le producían tal efecto. El sujeto lucha por mantener el control y establece un régimen, por ejemplo no beber solo en casa, beber solamente cuando se está de buen humor, etc.

Desde el aspecto social, es en este período cuando la vida del alcohólico comienza a desintegrarse, siendo frecuentes los conflictos, tanto en la esfera familiar como laboral, que pueden abocar en divorcios y pérdidas de empleo. Son frecuentes los

cambios del estado de ánimo, desde la irritabilidad y eventuales explosiones de ira hasta sospechas paranoides y celotipias que en la vida familiar se traducen en frecuentes discusiones y agresiones, abocan al aislamiento del entorno, con la pérdida de amistades. Con frecuencia, el deseo de dejar de beber motiva al sujeto, pero le resulta ya imposible dejarlo. Si éste interrumpe una fase de abstinencia y vuelve a beber, casi siempre se reinstalará el Síndrome de Dependencia. Los síntomas de abstinencia se incrementan, pudiendo acontecer episodios de *Delirium Tremens*. En este contexto las depresiones son frecuentes y puede haber intentos de suicidio.

Finalmente, la última fase o Fase *Crónica* supone la derrota total ante el alcohol, y se caracteriza porque el sujeto puede permanecer ebrio durante una semana y más. Ya ha abandonado cualquier esfuerzo por mantener una fachada de respetabilidad, mostrándose incapaz de realizar esfuerzo alguno por restituir su vida familiar o laboral. En esta situación, beberá cualquier cosa que contenga alcohol. Lesiones físicas del hígado y cerebro, se presentan en este período, que junto a la desnutrición y déficits vitamínicos (particularmente vitamina B₂) derivados del desinterés por el cuidado personal, pueden finalmente abocar al coma etílico y a la muerte del sujeto. Existen varios elementos que pueden contribuir a la desnutrición. El dinero destinado a los alimentos se gasta generalmente en bebidas alcohólicas. La gastritis que provoca el alcohol inhibe el apetito y trastorna la absorción en el intestino delgado. No obstante, el alcohol y otros carbohidratos que se encuentran en las bebidas alcohólicas proveen de calorías y energía metabólica.

Todo el proceso de la dependencia al alcohol no se produce necesariamente de la forma que se ha descrito. No todo alcohólico sigue un proceso progresivo coincidente con las mencionadas cuatro fases, habiendo múltiples y diferentes formas de desarrollar la dependencia alcohólica. Tampoco todo alcohólico invariablemente culmina el proceso hasta el completo deterioro; algunos consiguen moderar su consumo de forma que no desestructuran su sistema familiar y social. Particularmente en las fases tempranas, la dependencia al alcohol a veces es reversible, bien logrando ajustarse a un consumo equivalente al socialmente aceptable, bien mediante una franca disminución del número y la frecuencia de los excesos (Rosenberg, 1993).

CAPITULO 2

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, PERSONALIDAD Y MOTIVACIÓN

2.1. Primeras tipologías del alcoholismo

La tipología de alcoholismo más exhaustiva hasta la fecha fue desarrollada por Bowan y Jellinek en 1941. Tras la revisión de las diferentes tipologías planteadas previamente, formularon cuatro subtipos de alcohólicos en función de la etiología de la enfermedad. Los *alcohólicos primarios* se caracterizaban por experimentar los efectos del alcohol de forma inmediata, una necesidad incontrolable del alcohol o incapacidad para abstenerse; los *bebedores sintomáticos endógenos estables* presentarían un alcoholismo secundario a otros trastornos psiquiátricos y consumos continuados; los *bebedores endógenos intermitentes* también desarrollarían un alcoholismo secundario a otros trastornos psiquiátricos, pero en este caso el consumo de alcohol sería periódico; finalmente, los *bebedores regulares*, tendrían una personalidad extrovertida que promovería el abuso de alcohol en contextos sociales, como cafés, bares, restaurantes. Sin embargo, la repercusión de esta tipología fue modesta, siendo la clasificación posterior de Jellinek (Jellinek., 1969) de cinco subtipos, alpha, beta, épsilon, delta y gamma, mucho más influyente. Los bebedores *alpha* utilizarían el alcohol para neutralizar el dolor corporal o emocional, los bebedores *beta* serían aquellos bebedores excesivos regulares que presentarían complicaciones somáticas (gastritis, hepatopatía...) y los bebedores *épsilon* serían bebedores episódicos. Los tres caracterizarían a abusadores de alcohol pero no a dependientes. Por el contrario, tanto los bebedores *delta* como los *gamma* se caracterizarían por patrones de dependencia del alcohol, por lo que, para Jellinek, únicamente estos dos tipos de alcoholismo representarían verdaderas enfermedades mentales. Los alcohólicos de tipo *delta* beberían de forma excesiva y regular debido a influencias sociales y económicas, mostrarían una gran dificultad para abstenerse, y una lenta progresión del trastorno, los alcohólicos de tipo *gamma*, por su parte, beberían como respuesta a problemas psicológicos subyacentes, mostrarían una elevada pérdida del control, y su progresión hacia el alcoholismo sería rápida (Babor, 1996).

Una de las tipologías del alcoholismo más importante de las últimas décadas es la propuesta por Cloninger (Cloninger, 1987; Sigvardsson y Bohman, 1988, 1996). Basándose en estudios genéticos, longitudinales y psicopatológicos, este autor propuso dos tipos de alcoholismo, el tipo I y el tipo II. El alcoholismo tipo I se desarrollaría como consecuencia de años de consumo de alcohol excesivos, y podría tomar una forma leve o grave. Afectaría tanto a hombres como a mujeres, y mostraría tanto influencia biológica como ambiental. Este tipo de alcoholismo se caracterizaría por una motivación para beber relacionada con la reducción de la tensión, y por rasgos de personalidad de evitación del daño y ansiedad. El alcoholismo tipo II se iniciaría durante la adolescencia y el inicio de la edad adulta, y estaría asociado con el comportamiento antisocial. Afectaría en mayor medida a hijos de varones alcohólicos, y mostraría una fuerte influencia genética. Los rasgos de personalidad característicos serían la búsqueda de novedad y la impulsividad, y la motivación para beber se relacionaría con las propiedades reforzantes del alcohol.

Babor et al. (1992) también propusieron dos tipologías que se asemejarían, en cierto grado, a las propuestas por Cloninger. Así, diferenciaron entre alcoholismo tipo A y tipo B. Los alcohólicos tipo A se caracterizarían por un inicio tardío del alcoholismo, un menor riesgo de problemas en la infancia (p.ej., trastornos de conducta y trastornos por déficit de atención), una dependencia de alcohol menos severa, menores problemas relacionados con el alcohol (p.ej., arrestos o pérdidas de trabajo) y menos psicopatología. Los tipo B se caracterizarían por presentar factores de riesgo que ocasionarían problemas de la infancia, una historia familiar de alcoholismo, un inicio temprano de problemas relacionados con el alcohol, mayor severidad de la dependencia, uso de múltiples drogas, una historia de tratamiento más crónica a pesar de su joven edad, mayor psicopatología y mayores cantidades de estresores.

Por otra parte, Zucker (Zucker, 1987; Zucker, Ellis, Bingham y Fitzgerald, 1996) han propuesto cuatro tipos de alcoholismo. El *alcoholismo antisocial* se caracterizaría por un inicio temprano de los problemas relacionados con el alcohol y la conducta antisocial. Este subtipo tendría bases genéticas y un pronóstico pobre. El *alcoholismo de desarrollo acumulativo*, hace referencia a sujetos que beberían inicialmente de forma limitada o inducidos por influencias culturales. Sin embargo, a lo largo del curso de la vida, el consumo de alcohol acumulado sería

suficiente para producir dependencia del alcohol. El *alcoholismo de afecto negativo*, el cual se considera que afectaría fundamentalmente a mujeres, se caracterizaría por utilizar el alcohol para regular la emotividad negativa. Finalmente, el *alcoholismo de desarrollo limitado* se caracterizaría por un consumo abusivo frecuente en la adolescencia tardía que tendría a remitir a consumos sociales después de asumir las responsabilidades adultas, como la carrera profesional o la familia.

Otras tipologías más recientes que también han recibido cierta atención investigadora son, entre otras, la propuesta de cuatro tipos de Lesch (Lesch et al., 1990; Pombo y Lesch, 2009), o la tipología del “Núcleo de Estudios e Tratamiento do Estilo-Risco” (NETER) de cinco subtipos (Cardoso, Barbosa, Ismail y Pombo, 2006). Estas propuestas recogen múltiples factores de vulnerabilidad y severidad, entre ellos aspectos relacionados con la personalidad y la motivación de consumo. Así los tipos II y III de Lesch se asociarían con la ansiedad y los motivos de afrontamiento, y con conductas agresivas e impulsivas, respectivamente. En relación con la tipología NETER, los subtipos Anxiopático y Timopático se relacionarían con características de personalidad de afectos negativos, y la motivación de consumo sería la regulación del afecto negativo, mientras que el tipo Sociopático se caracterizaría por rasgos impulsivos y agresivos.

Diversos investigadores han utilizado distintos análisis estadísticos (p.ej. análisis de clases latentes, análisis de conglomerados) con el fin de confirmar la validez e interrelación de estos subtipos, encontrando un alto grado de convergencia entre ellos (Hesselbrock y Hesselbrock, 2006; Pombo y Lesch, 2009). Un estudio reciente ha descrito en esta línea, tres tipos de alcoholismo que integrarían en gran medida a los subtipos anteriormente propuestos. El primer tipo incluiría a pacientes con bajo neuroticismo, baja búsqueda de novedad, y una menor probabilidad de presentar psicopatología comórbida. Un segundo tipo comprendería a pacientes con elevado neuroticismo, una elevada probabilidad de presentar depresión, y menor probabilidad de presentar otros trastornos comórbidos. El tercer tipo mostraría mayores índices de heredabilidad, incluiría a pacientes con un inicio de consumo temprano de alcohol, elevada búsqueda de novedad, mayores niveles de conducta antisocial, así como mayores niveles de comorbilidad con otras psicopatologías externalizantes (Sintov, Kendler, Young-Wolff, Walsh, Petterson y Prescott, 2010). Mientras que

el primer subtipo se asemejaría al alcoholismo de desarrollo acumulativo de Zucker y el tipo A de Babor, el segundo subtipo se asociaría con el uso de alcohol para aliviar el estado afectivo negativo, de forma similar al alcoholismo tipo I de Cloninger, el alcoholismo de afecto negativo de Zucker, el tipo II de Lesch, o el tipo Anxiopático. Por su parte, el tercer subtipo de asemejaría al alcoholismo tipo II de Cloninger, al tipo B de Babor, al alcoholismo antisocial y de desarrollo limitado de Zucker, al tipo III de Lesch, o al Sociopático, y se asociaría con un curso más severo y mayor historial familiar del alcoholismo. En la actualidad la literatura científica no apoyaría la existencia de una “personalidad alcohólica” específica, una variedad de rasgos de personalidad se han asociado tanto al desarrollo como con la manifestación de los trastornos por el uso de alcohol (Ball 2005; Cloninger, 1987; Cox, Yeates, Gilligan y Hosier, 2001; Eysenck, 1997).

2.2. Relación de la personalidad y el consumo de alcohol en diferentes etapas del desarrollo de la conducta de consumo.

2.2.1. Estudios Transversales

Los estudios transversales resultan de importancia a la hora de determinar la interrelación entre los rasgos de personalidad y los diferentes patrones de consumo de alcohol, los estudios con muestras de adolescentes y adultos no clínicos son de especial utilidad para explorar la relación entre personalidad y el comienzo y desarrollo de uso de alcohol no patológico moderado, mientras que la asociación entre la personalidad y patrones de consumo de alcohol más patológicos se exploraría en muestras con pacientes con abuso y dependencia de alcohol y en hijos alcohólicos.

2.2.1.1. Población Adolescente

Los estudios con adolescentes son especialmente importantes porque el consumo de alcohol se inicia en estas etapas (CONSEP, 2009). Además, se ha encontrado que el inicio temprano de consumo de alcohol se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar dependencia en la edad adulta (Grant Dawson, 1997; Henry, McDonal, Oelting, Silk-Walker y Beauvais en prensa), así como un mayor consumo de otro tipo de sustancia (Wagner, Velasco-Mondragón, Herrera-Vásquez, Borges y Lazcano-Ponce 2005). Por tanto, esclarecer el papel que desempeñan las variables de personalidad en los primeros

contactos y en el desarrollo temprano de patrones estables de uso y abuso de alcohol puede contribuir al desarrollo de programas de prevención e intervención más eficaces (p.ej., Conrod, Stewart, Pihl, Conte, Fontaine y Dongier, 2000).

Los estudios en muestra de jóvenes han descrito el clúster de desinhibición (p.ej., impulsividad, búsqueda de sensaciones, pobre autocontrol, baja responsabilidad etc.) como el más relevante en el desarrollo del uso de alcohol y problemas derivados (p.ej., Janes y Heaven, 1998; King y Chassin, 2004; Wills, Windle y Cleary, 1998). De acuerdo con lo anterior, el rasgo de desinhibición está presente en una variedad de trastornos externalizantes como son los trastornos de la conducta y el trastorno oposicionista desafiante, trastornos específicos de la infancia y adolescencia, los cuales presentan una elevada comorbilidad con el consumo de alcohol (Anderson, Tapert, Moadab, Crowley, y Brown, 2007; Clark, Pollock, Buckstein, Mezzich, Brombeger y Donovan, 1997; Gabel, Stallings, Schmitz, Young y Fulker, 1999; Zernicke, Contrell, Finn y Lucas, 2010). Estos rasgos de desinhibición se asociarían con el desarrollo del consumo de alcohol a través de influir en las expectativas, actitudes y motivos de consumo (Anderson, Schweinburg, Paulus, Brown y Tapert, 2005; Urbán, Kökönyel y Demetrovics, 2008), o bien a través de facilitar la afiliación con amigos que consumen o que muestran otras conductas antinormativas o antisociales (Bekman, Cummins y Brown 2010; Glaser, Shelton y van der Bree, 2010).

La emotividad positiva, por su parte, jugaría cierto papel en estas etapas iniciales del consumo, y se ha relacionado fundamentalmente con índices de consumo moderados, más que con problemas derivados del consumo (Cooper, Agocha y Sheldon, 2000; Kuo, Yang, Soong y Chen, 2002; Wills et al., 2002). Estos rasgos actuarían a través de determinados motivos de consumo o a través de facilitar la exposición a ambientes donde el consumo de alcohol es habitual (Cooper et al., 2000).

El papel de la emotividad negativa en relación con el consumo de alcohol en la adolescencia esta menos claro, ya que existen estudios que encuentran que la emotividad negativa se relaciona con el consumo de alcohol y problemas derivados (Colder y Chassin, 1993, 1997; Merenäkk, et al., 2004); mientras que otros encuentran que no existe relación entre ambas variables (Brook, Whiteman, Gordon y Cohen, 1986; White, Johnson y Horwitz, 1986), o incluso que existen relaciones inversas (Kuntsche, van Fischer y Gmel, 2004).

2.2.1.2. Población Adulta

Al igual que en la adolescencia, estudios con adultos jóvenes indican que el clúster de desinhibición sería el más relevante a la hora de predecir tanto el consumo de alcohol como los problemas derivados (Donovan, 2008). Mayores niveles de desinhibición y búsqueda de sensaciones se han relacionado con mayor frecuencia de consumo, mayores cantidades de alcohol ingerido tanto entre semana como fin de semana, y mayores niveles de problemas derivados del consumo, así como con un inicio más temprano, mientras que la baja búsqueda de sensaciones se ha asociado con el consumo no problemático o abstinencia (Baer, 2002; García- Montes, Zaldívar-Basurto, López-Ríos y Molina-Moreno 2009, Ibañez et al., 2010; Ham y Hope 2003; la Grange, Jones, Erb y Reyes, 1995; Magid, MacLean y Colder, 2007; Yanovitzky, 2006; Zernicke et al., 2010).

En cuanto a la emotividad negativa existen estudios que han encontrado tanto relación positiva (Cooper et al., 2000) como negativa (Kuntche, Von Fischer y Gmel, 2008), así como ausencia de relación (pej., Donovan, 2008) con la conducta de consumo. No obstante, la relación parece más fuerte en el caso de los problemas relacionados con el consumo (Ham y Hope, 2003; Littlefield, Sher y Wood 2010; Mezquita, Stewart y Ruipérez, 2010; Ruiz, Pincus y Dickinson, 2003; Van Schoor, Bot y Engels, 2008).

El papel de la emotividad positiva parece ser más importante en los adultos jóvenes, que en adultos de mediana edad, y se ha relacionado con el consumo diario y moderado (Hong y Paunonen, 2009; Peterson, Morey, Higgins, 2005; Van Schoor, et al., 2008) y con episodios de consumo por atracón (Herman, 2008, Raynor y Levine, 2009), pero no con los problemas derivados (Baer, 2002; Van Schoor et al., 2010). Sin embargo en un estudio metaanalítico sobre la relación de la personalidad evaluada mediante el modelo de los cinco factores y el consumo de alcohol, concluyeron que las dimensiones de desinhibición (baja amabilidad y baja emotividad y baja responsabilidad) y neuroticismo son las que se relacionan con principalmente con el consumo de alcohol, mientras que no encontraron relación con la extraversión (Malouff, Thorsteinsson, Rooke y Schutte, 2007). No obstante, cabe destacar que aunque en este estudio la mayoría de la muestra era de adultos jóvenes, también se incluían muestras de niños y población general de mediana edad.

2.2.1.3. Población Clínica.

En el estudio de metaanálisis en el que se analizó la relación entre la personalidad y los trastornos de ansiedad, depresión y consumo de sustancias se concluyó que el elevado neuroticismo y baja responsabilidad eran característicos de los tres grupos de trastornos; no obstante, los trastornos por uso de sustancias se relacionaban menos con el neuroticismo y más con la desinhibición y baja amabilidad (Kotov et al., 2010). Dichos resultados son similares a los encontrados en estudios de metaanálisis y revisión previos, en los que el abuso y dependencia de alcohol se relacionan con mayores puntuaciones en neuroticismo, evitación del daño, búsqueda de sensaciones, impulsividad, baja amabilidad y baja responsabilidad (Ball, 2005; Coëffec, en prensa; Mulder, 2002; Ruiz et al., 2008; Sher y Trull, 1994). Además, mientras que la relación entre la emotividad negativa y la desinhibición con el abuso y dependencia de alcohol está bien establecida, el papel de la emotividad positiva esta menos claro, ya que aunque existen estudios que encuentran menores puntuaciones de emotividad positiva en pacientes clínicos en comparación con los controles (McGue, 1991, 1997; Rankin, Stockwell y Hodgson, 1982), también existen estudios que encuentran mayores puntuaciones en pacientes diagnosticados por dependencia del alcohol o ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos (Mulder, 2002).

Una segunda línea de evidencia proviene de los estudios con hijos de alcohólicos (COAs) los cuales resultan de interés por su elevado riesgo de desarrollar alcoholismo. Por ello, la identificación de rasgos de personalidad diferentes entre COAs y los no COAs pueden ayudar a descubrir los factores de personalidad involucrados en la etiología del alcoholismo. Así, diversas revisiones al respecto indican que los COAs muestran consistentemente características relacionadas con la impulsividad/desinhibición (Sher, 1997), como los problemas de conducta, características antisociales y déficit de atención e hiperactividad (Sher, 1991, 1997; Sher, Bartholow y Vieth, 1999). Aunque la impulsividad es el rasgo que más estrechamente se ha asociado con los COAs, también existen estudios que encuentran mayores índices de emotividad negativa en hijos de dependientes de alcohol. No obstante, algunos estudios señalan que los síntomas internalizantes de los hijos alcohólicos estarían más estrechamente influenciados por la historia familiar de los trastornos de ansiedad y depresión, que por la propia

vulnerabilidad familiar a los trastornos de uso de alcohol (Preuss, Schuckit, Smith, Barnow, y Danko, 2002; Sher, 1997).

En definitiva, los estudios transversales han mostrado un papel moderado pero consistente de la personalidad en el uso y abuso de alcohol. Sin embargo, tienen algunas limitaciones a la hora de determinar la causalidad de la personalidad en el alcoholismo. Por ejemplo, se puede interpretar que los rasgos impulsividad/inhibición llevan al uso y abuso de alcohol, o alternatively, que el estilo de vida antisocial o de abuso de sustancias lleve a ser más impulsivo. Además los rasgos de ansiedad y depresión podrían estar relacionados con el alcoholismo porque las propiedades ansiolíticas del etanol puede hacer que los individuos con rasgos de elevada emotividad negativa sean más vulnerables; o porque los problemas sociales y personales producidos por el abuso y dependencia del alcohol aumentan los niveles de emotividad negativa. Determinar cuál de estas hipótesis resulta más plausible requiere de estudios longitudinales y estudios genéticos (Ibáñez et al., 2008).

2.2.2. Estudios Longitudinales Prospectivos.

Los estudios prospectivos son de especial interés porque analizan los precursores del uso y abuso de alcohol y clarifican el rol causal de la personalidad en el consumo de alcohol. Estudios realizados en diferentes ciudades y en diferentes culturas sugieren que el temperamento y la personalidad son predictores de un incremento en el riesgo de alcoholismo en la edad adulta e incluso en la adolescencia (Ibáñez et al. 2008; Rose, 1998; Véase tabla 1).

Así diversos estudios realizados con adolescentes y adultos jóvenes, encuentran que la desinhibición y emotividad positiva a edades tempranas predicen el consumo de alcohol (Crawford, Pentz, Chou, Li y Dwyer 2003; Cyders, Flory, Rainer y Smith, 2009; George, Connor, Gullo y Young 2010; Hampson, Goldber, Vogt y Dubanoski 2006; Kubička, Matejcek, Dytrych y Roth 2001; McPherson, Magidson, Reynolds, Kahler y Lejuez, 2010; Masse y Tremblay, 1997; Merenäkk, Harro, Laidra, Allik, y Harro 2004; Ramer y Hennessy, 2007), mientras que la desinhibición, además, se relaciona con el consumo abusivo y los problemas relacionados con en el consumo de alcohol (Caspi, Moffitt, Newman y Silva, 1996; Chassin, Flora y King, 2004; Cloninger, Sigvardsson y Bohman, 1988; George et al., 2010; Kubička et al., 2001; Schuckit y Smiths, 2006). Por otra parte en los estudios en los que se evalúa la

personalidad y el posterior desarrollo del cuadro clínico, se encuentra que tanto la desinhibición, como en menor medida la emotividad negativa predicen el abuso y dependencia de alcohol (Caspi et al., 1997; Chasin et al., 2004; Elkins, King, McGue y Iacono, 2006; Grekin, Sher y Wood, 2006; Jackson y Sher, 2003; Krueger, Caspi y Moffitt, 2000; Sher, Bartholow y Wood 2000; Sher y Trull, 1994; Slutske, Heath, Madden, Bucholz, Statham Martin, 2002; Soldz y Vaillant, 1999). Además estudios prospectivos con hijos de padres alcohólicos encuentran mayores puntuaciones en desinhibición y emotividad negativa, en comparación con los hijos de padres no alcohólicos, apuntando una posible influencia genética de estos factores de riesgo para el posterior desarrollo por uso de alcohol (Larkins y Sher, 2006; LoCastro, Spiro, Monnelly y Ciraulo, 2000).

Tabla 2.1. Relación de estudios prospectivos de la personalidad y el consumo de alcohol.

Estudio	N	Edad (años)	Marco Temporal	Resultados
Hill, Shen, Lowers y Loke (2000)	125	7-13	2 años	Extraversión → inicio más temprano del consumo de alcohol.
Hampson et al. (2006)	963	5-10	40 años	Mujeres: extraversión y baja responsabilidad → uso de alcohol. Varones: baja estabilidad emocional → uso de alcohol.
Jackson y Sher (2003)	378	18	11 años	Emotividad negativa → trastornos por abuso y dependencia de alcohol.
Krueger et al. (2000)	1037	18	3 años	Baja responsabilidad, emotividad negativa → abuso de alcohol.
Kubička et al. (2001)	440	9	24 años	Baja responsabilidad → cantidad de alcohol, episodios de consumo abusivo. Extraversión → consumo diario de alcohol.
Littlefiel et al (2010)	467	21	14 años	Incremento en responsabilidad y decremento de Neuroticismo → decremento en el consumo de alcohol.
MacPherson et al (2010)	257	9-12	3 años	Desinhibición (búsqueda de sensaciones, propensión a tomar riesgos) → incrementos en el uso de alcohol.
Masse y Tremblay (1997)	784	6	9 años	Elevada búsqueda de novedad y baja evitación del daño → inicio del consumo (en chicos)
Merenäkk	386	15	3 años	Extraversión, baja responsabilidad → consumo de alcohol.
Romer y Hennsy (2007)	900	14	6 años	Búsqueda de sensaciones → consumo de alcohol.
Schuckit y Smith (2006)	430	20	15 años	Bajo control conductual → problemas derivados del consumo de alcohol (varones).
Sher et al. (2000)	457	18	6 años	Rasgo de impulsividad/búsqueda de sensaciones → abuso y dependencia de alcohol.
Slutske et al. (2002)	6327	36	4 años	Desinhibición (y en menor medida, emotividad negativa y baja emotividad positiva) →

				trastorno por dependencia de alcohol.
Soldz y Vaillant (1999)	163	15	32 años	Neuroticismo y baja responsabilidad en varones → abuso de alcohol.
Wennberg y Bohman (2002)	122	4	32 años	Rasgos agresivos (4 años) → frecuencia de las intoxicación (25 años). Rasgos de extraversión (4 años) → problemas derivados del alcohol.

En definitiva, los estudios longitudinal-prospectivos parecen confirmar la idea de que los rasgos relacionados con la impulsividad y, en menor medida, la extraversión o emotividad positiva, estarían implicados de forma causal en el inicio del consumo de alcohol, mientras que la impulsividad, y en menor medida la emotividad negativa, jugarían un papel moderado, aunque relevante, en el desarrollo de dependencia de alcohol y problemas asociados a su consumo.

2.2.3. Estudios de Genética Cuantitativa

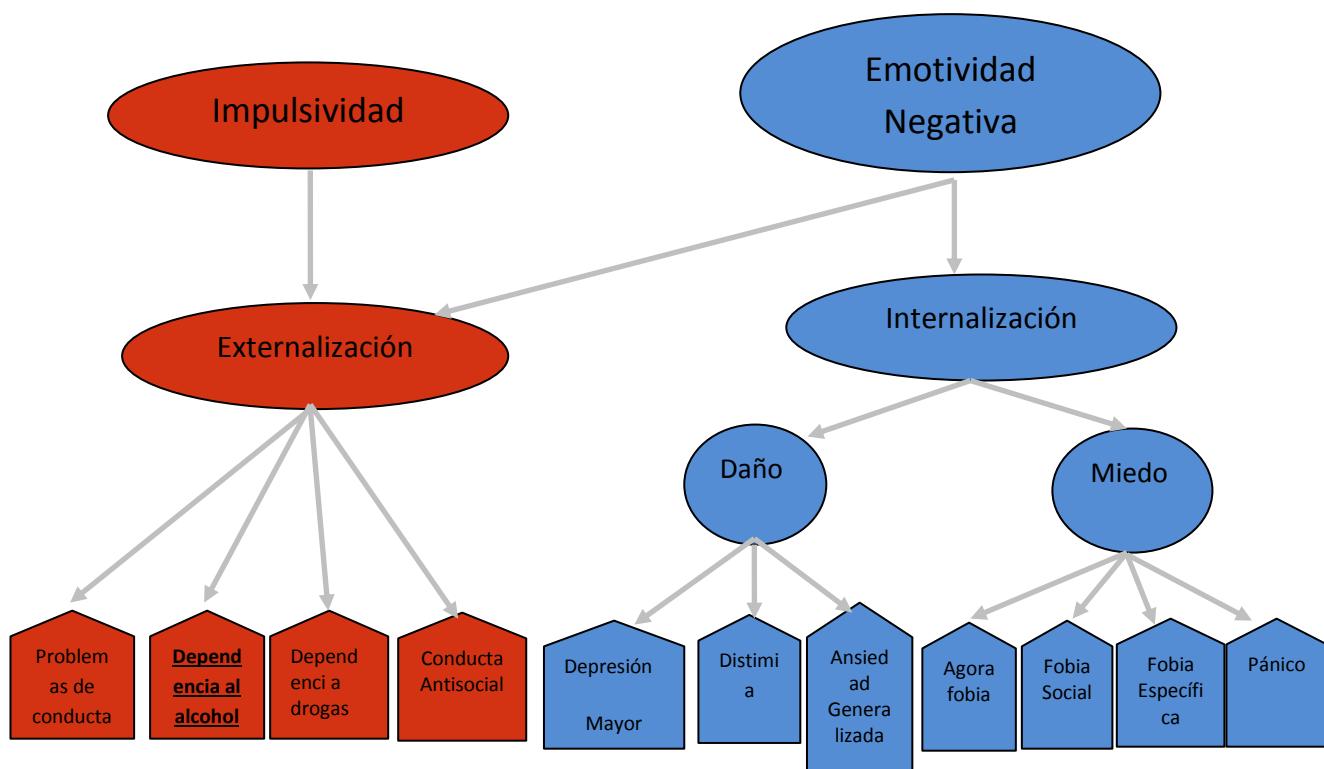
Una de las líneas de investigación que más puede aportar sobre las posibles razones que explicarían la relación encontrada entre la personalidad y el consumo de alcohol son los estudios de genética cuantitativa. Este tipo de estudios, especialmente aquellos realizados con gemelos univitelinos, o monocigóticos vs. gemelos bivitelinos, o dicigóticos, permiten descomponer la covarianza entre dos fenotipos y ayudar a conocer si la covarianza fenotípica es atribuible a factores genéticos o a factores ambientales comunes (Carey y DiLalla, 1994).

Estudios realizados con muestras de adolescentes han hallado que parte de la relación encontrada entre los rasgos de impulsividad/desinhibición y el uso y abuso de alcohol es atribuible a factores genéticos (Krueger, Hicks, Patrick, Carlson, Iacono, 2001; McGue, 2002; Mustanski, Viken, Kapiro y Rose, 2003; Young, Stallings, Corley, Krauter y Hewitt, 2002). En estudios realizados en muestras de gemelos adultos, variaciones en rasgos de impulsividad/desinhibición llegan a explicar sobre el 40% de la diátesis genética común para la dependencia del alcohol y sobre el 90% de la diátesis genética común para la dependencia del alcohol y trastornos de conducta. Además, rasgos de emotividad positiva no se relacionan genéticamente con la

dependencia del alcohol, mientras que la emotividad negativa presenta relación genética aunque menor, con la dependencia de alcohol (Slutske et al., 1998; 2002).

Estos y otros estudios indican que la personalidad impulsiva no sólo muestra una relación en parte genética con el uso y el abuso de alcohol, sino con otros comportamientos, como el uso y el abuso de sustancias, problemas de conducta y la hiperactividad (Agrawal, Jacobson, Prescott, y Kendler, 2004; Krueger, McGue y Lacano, 2001; Krueger et al., 2002; Mustanski et al., 2003; Young et al., 2000). De hecho diversos estudios apuntan a la existencia de dos grandes factores genéticos que estarían en la base de los trastornos del espectro internalizante (p.ej. trastornos del estado del ánimo) y trastornos del espectro externalizante (p.ej. trastornos por el uso de alcohol, trastornos de la conducta o trastorno antisocial de la personalidad) (Hettema, Prescott, Myers, Neale y Kendler, 2005; Kendler, Prescott, Myers, y Neale, 2003; Krueger et al., 2007). En consecuencia, es plausible hipotetizar que, en parte, los efectos genéticos de riesgo pueden mediar en el desarrollo de los trastornos a través de la personalidad (Kendler et al., 2003) (Figura 1.1.).

Figura 2.1. Modelo Jerárquico Genético de la Psicopatología, y la relación con la Personalidad.



Basado en los trabajos de de Kendler et al., 2003; Krueger y Markon, 2006; Ruiz, Pincus y Schinka, 2008.
Tomado de Mezquita L. (2009)

En resumen, características principalmente de desinhibición, aunque también en menor grado de emotividad negativa, caracterizarían a los trastornos del espectro externalizante, entre los que se encontraría el consumo de alcohol, mientras que características de emotividad negativa en mayor grado caracterizarían a los trastornos del espectro internalizante (Kotov et al., 2010). En relación con el consumo de alcohol, características de impulsividad/desinhibición serían los que mayor influencia tendrían en el consumo de alcohol a lo largo de las diferentes etapas del consumo (inicio, hábito regular y trastorno por uso de alcohol), mientras que la emotividad positiva tendría un papel más relevante durante el inicio del consumo e inicio de la edad adulta, y sobre todo en el consumo moderado de alcohol, más que con los problemas derivados o trastornos por uso de sustancias. La emotividad negativa se relacionaría mayoritariamente con los problemas derivados del consumo de alcohol y con los trastornos de abuso y dependencia del alcohol.

2.3. Motivos y consumo de alcohol

Dentro del estudio sobre el consumo de alcohol, es necesario conocer los motivos de consumo. Basándose en el Modelo Motivacional de Cox y Klinglr (1998, 1990), Cooper (1994) postuló un modelo teórico sobre las motivaciones para consumir alcohol en función de dos dimensiones: la valencia del refuerzo (positivo vs. negativo) y la fuente del refuerzo (interna vs. externa). Del cruce de estas dos dimensiones surgen cuatro motivos de consumo: *motivos sociales* (refuerzo positivo externo), *de animación* (refuerzo positivo interno), *de conformidad* (refuerzo negativo externo) y *de afrontamiento* (refuerzo negativo externo) (tabla 2). Los motivos sociales serían informados por personas que consumen alcohol para mejorar los encuentros sociales o para la diversión en una fiesta. Aquellas personas que dicen consumir alcohol porque les gusta la sensación o porque es divertido beberían por motivos de animación. Los motivos de conformidad harían en que a medida que las personas consumen alcohol eviten la exclusión del grupo de amigos. Finalmente, los motivos de afrontamiento, se refieren a consumir alcohol para hacer frente a estados emocionales negativos.

Así, mientras los motivos de afrontamiento y animación se relacionan más estrechamente con los sistemas biológicos que influyen a la hora de consumir alcohol, los motivos de conformidad y sociales están más influenciados por variables ambientales.

Tabla 2.2. Motivos de consumo de alcohol en función de la valencia y la fuente del refuerzo (Cooper 1994).

FUENTE DE REFUERZO			
EXTERNA	INTERNA		
MOTIVOS SOCIALES	MOTIVOS DE ANIMACION	POSITIVA	VALENCIA DEL REFUERZO
MOTIVOS DE CONFORMIDAD	MOTIVOS DE AFRONTAMIENTO	NEGATIVA	

Algunas teorías de la personalidad también apoyan de forma indirecta esta hipótesis (Cloninger, 1987; Depue y Collings, 1999; Eysenck, 1997; Gray 1991). Así el Sistema de Inhibición Conductual (SIC) regula la motivación aversiva y controla las experiencias emocionales negativas, mientras que el Sistema de Activación Conductual (SAC) controla las experiencias emocionales positivas, así como la actividad dirigida a metas apetitivas (aproximación conductual). De este modo, la gente con elevada actividad del SIC respondería más al castigo, mientras que los sujetos con elevada actividad del SAC responderían más a la recompensa (Cover, White, 1994). Por tanto, las personas con elevada sensibilidad al castigo consumirían alcohol para controlar las experiencias negativas (motivos de afrontamiento), mientras que las personas con elevada sensibilidad a la recompensa es probable que consuman alcohol con el objeto de experimentar emociones positivas (motivos de animación).

Por otra parte, el consumo de alcohol tiene un rol social y cultural. El consumo es una conducta social que se aprende y practica con otros miembros de la misma cultura desde la adolescencia (Crosnoe, Muller y Frank, 2004; Ong, 1999; Swadi, 1999), de ahí la importancia de considerar los motivos sociales y de conformidad.

Los motivos de consumo más informados por la población normal son los motivos sociales, seguidos por los motivos de animación, afrontamiento y conformidad (Cooper et al., 1992; Cooper 1994; Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2010).

Los motivos sociales se han asociado por lo general con mayores cantidades de consumo de alcohol en adolescentes (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2006; Viñas, 2009), en adultos jóvenes (Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell y Conrod, 2007) y en adultos de mediana edad (Cooper et al., 1992). No obstante, también existen estudios en los cuales se han encontrado relación entre los motivos sociales y la cantidad y frecuencia del consumo de consumo (Kuntsche et al., 2008). Además, en los casos en los que se ha encontrado relación, los resultados indican que los motivos sociales se asociarían con consumos moderados y una menor probabilidad de experimentar problemas derivados del alcohol y otras drogas (Grant et al., 2007; Kuntsche et al., 2005). Dichas asociaciones se pueden deber a que el consumo de alcohol está socialmente aceptado y permite intensificar amistades y facilitar la adquisición de nuevas relaciones sociales (Engels y ter Bogt, 2001). Estudios sobre el contexto en el que se produce el consumo apoyarían dicha hipótesis, ya que los bebedores sociales informan consumir con amigos y en fiestas (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994).

Los motivos de animación se han asociado de forma consciente con el consumo de alcohol y el consumo por atracón (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992, 2000; Cronin, 1997; Kuntsche et al 2006, 2008; Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2007; Labouvie y Bates, 2002). Además, resultados en los que se ha diferenciado el consumo entre semana, del consumo en fin de semana, indicarían que los motivos de consumo por animación, predecirían principalmente, el consumo en fin de semana (Kuntsche y Cooper, 2010). Esto, junto con los estudios que indican que los consumidores por animación consumen en bares con amigos (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992), salen más por las noches, tienen relaciones sociales más satisfactorias y un mayor número de amigos consumidores (Kuntsche et al., 2010), enfatizaría la importancia de diferenciar tanto el contexto en el que se produce el consumo, como los patrones de consumo.

Por otra parte, a diferencia de los motivos sociales, los motivos de animación se han relacionado de forma consistente con los problemas derivados del consumo de alcohol en adolescentes y adultos (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992, 2000; Cronin, 1997; Kuntsche et al., 2006, 2008; Labouvie y Bates 2002). No obstante, cuando se controla el consumo de alcohol, la relación desaparece, sugiriendo que el consumo de alcohol mediría la relación entre los motivos de animación y los problemas asociados con el alcohol (Carrigan, Samoluk y Stewart, 1998; Cooper, 1994; Cooper et al., 1992; Grant et al., 2007; Stewart y Chambers, 2000).

Los motivos de conformidad hipotéticamente se tendrían que asociar de forma positiva con el consumo de alcohol (Cooper, 1994), no obstante, la mayoría de los estudios muestran que la asociación entre ambas variables es negativa (Cooper, 1994; Grant et al., 1997; Kuntsche et al., 2007, 2008). El que los motivos de conformidad sean los menos informados, junto con la elevada correlación que existe entre los distintos motivos, parecen indicar que esta asociación negativa se debería a un artefacto estadístico (Grant et al., 2007), y que el papel de los motivos de consumo por conformidad sería poco relevante a la hora de predecir el consumo.

Por el contrario, los motivos de conformidad se han asociado de forma consistente con los problemas derivados del consumo (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2008) e, incluso con la participación en peleas y bullying en chicos (Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2007). En esta línea, estudios realizados con dependientes del alcohol apuntan a que los participantes con trastornos por uso de alcohol presentan mayores motivos de conformidad que los bebedores moderados y de riesgo. De hecho, existe evidencia de que la presión social es responsable en muchos casos de las recaídas en pacientes alcohólicos abstinentes (Marlat y Gordon, 1980; Zywiak et al., 2006) y que el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo ayuda a prevenir las recaídas en pacientes alcohólicos (Brow y Ostrow, 1980; Epstein y McCrady, 2009). Así, tanto los estudios realizados con jóvenes como con pacientes dependientes, apuntarían a que los motivos de conformidad serían motivos de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol.

Los motivos de afrontamiento, por su parte, se han relacionado con el consumo de alcohol y, principalmente con los problemas derivados del consumo tanto en adolescentes como en adultos (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992; Kuntsche et al., 2006, 2007, 2008; Stewart et al., 1996), así como consumir solo, en casa, o con la pareja (Cooper 1994; Cooper et al., 1992; Kuntsche, 2010).

Grant et al. (2007), teniendo en cuenta que la ansiedad y la depresión se asocian con diferentes patrones de consumo de alcohol, hipotetizaron que, en cierta medida, los mecanismos subyacentes al consumo relacionados con la depresión podrían ser diferentes a los asociados con la ansiedad.

No obstante, aunque la diferenciación entre motivos de afrontamiento de la ansiedad y la depresión tiene cierto apoyo psicométrico y experimental, los

resultados con relación a diferentes patrones de uso y abuso de alcohol son menos claros. Mientras que en un estudio con adultos jóvenes canadienses encontró, que los motivos de afrontamiento de la depresión predijeron de forma leve, aunque significativa la cantidad de alcohol consumido en una de las dos muestras estudiadas (Grant et al., 2007), en un estudio realizado con población general española se encontró que serían los motivos por afrontamiento de la ansiedad los que se relacionarían tanto con el consumo entre semana como en fin de semana (Mezquita et al., 2010).

Por otra parte, también existen discrepancias en cuanto a la relación de los diferentes motivos de afrontamiento y los problemas derivados. Grant et al., (2007) encontraron que los motivos de afrontamiento de la depresión predijeron los problemas derivados del consumo de alcohol tres meses más tarde. No obstante, cuando se controló la cantidad de alcohol consumida, tan solo los motivos de afrontamiento de la ansiedad predijeron los problemas derivados del consumo, sugiriendo que los motivos de afrontamiento de la ansiedad serían más problemáticos que los motivos de afrontamiento de la depresión. En cambio en un estudio realizado con adultos jóvenes españoles se encontró que tanto los motivos de afrontamiento de la ansiedad como de la depresión se asociarían con los problemas derivados del consumo de forma transversal (Mezquita et al., 2010).

En resumen, los motivos sociales predicen levemente el incremento del consumo de alcohol y no se relacionan con los problemas derivados del consumo, mientras que los motivos de animación predicen el consumo de alcohol, principalmente el consumo de fin de semana y atracón, así como los problemas derivados de la ingesta a través de su relación con el consumo incrementado de alcohol. Los motivos de conformidad se asociarían principalmente con los problemas derivados del consumo, mientras que los motivos de afrontamiento (de la ansiedad y depresión) no estarían bien establecidos.

2.3.1. Personalidad y motivos de consumo.

El consumo de alcohol es una conducta compleja que, como hemos visto, está influenciada por múltiples factores que se interrelacionan. Además, existirían diferentes caminos, no necesariamente excluyentes entre sí, que podrían llevar al uso y abuso de alcohol. Basándose en gran medida en las propuestas de Sher et

al., (2005), Ibañez et al., (2008) proponen cuatro vías para explicar la etiología de los trastornos relacionados con el alcohol:

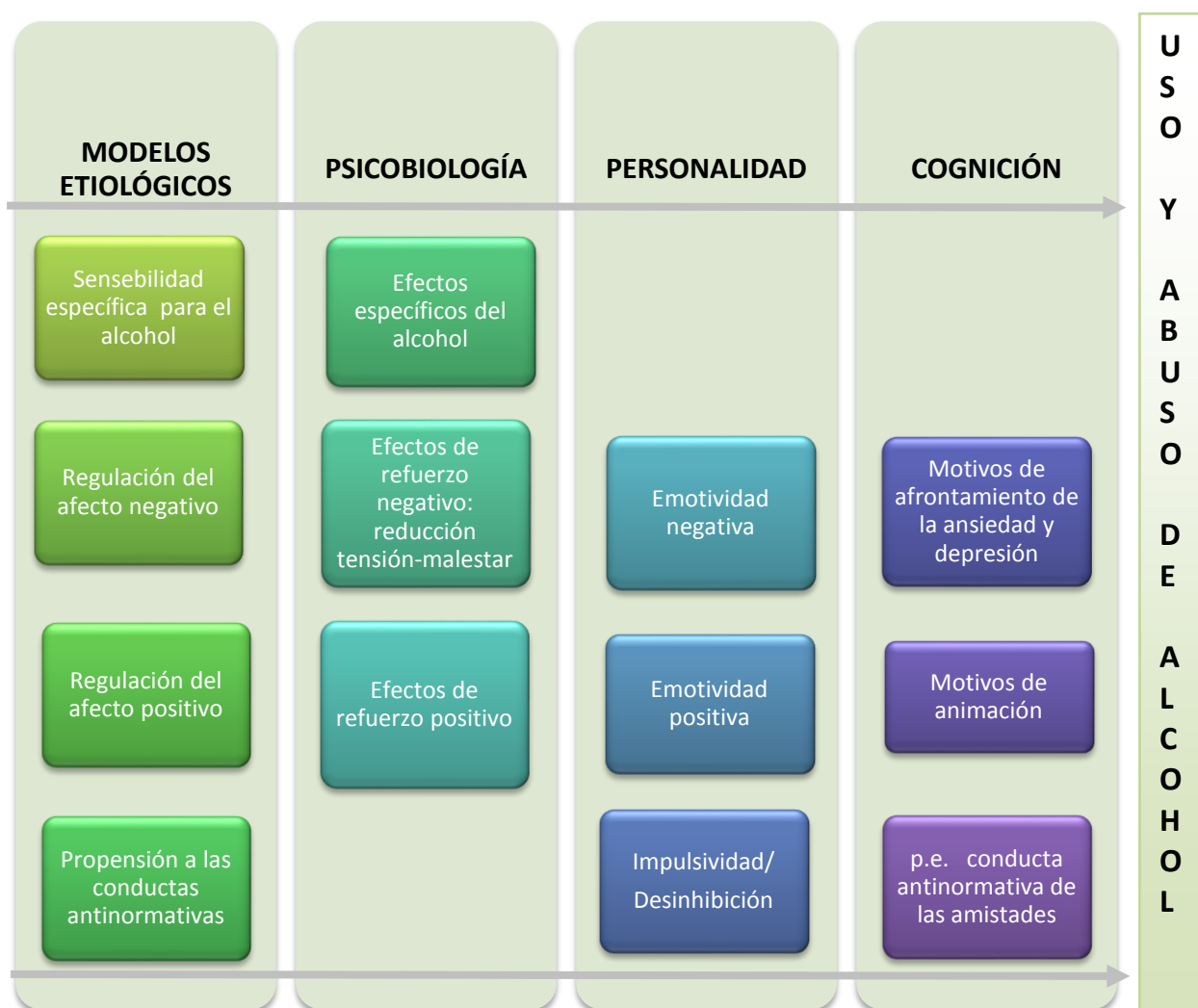
- a) Sensibilidad específica al alcohol.
- b) Regulación del afecto positivo.
- c) Regulación del afecto negativo.
- d) Propensión a las conductas antinormativas.

Los Modelos sobre la Sensibilidad Específica del Alcohol se basan en la hipótesis de que las personas experimentan efectos particulares del alcohol cuando consumen, y que éstos son específicos de esta sustancia. Estudios genéticos apoyan la existencia de esta vía (Tsuang et al., 1996; Young, Rhee, Stallings, Corley, y Hewitt, 2006). Por ejemplo, variantes de los genes ALDH 2 y ADH 1B pueden reducir el riesgo de desarrollar alcoholismo, probablemente por la implicación en los efectos aversivos del alcohol causados por la acumulación de acetaldehído en la sangre (Goldman et al., 2005; Luczak, Glatt y Wall, 2006). La segunda vía hace referencia a que muchas personas consumen porque esperan experimentar los efectos de refuerzo positivo del alcohol. Así, estas motivaciones podrían atribuirse a los efectos psicológicos del alcohol en las áreas cerebrales relacionadas con las motivaciones apetitivas (Everitt y Robins, 2005; Kaliva y Volkow, 2005; Ikemoto y Panksepp, 1999). La vía de regulación del afecto negativo estaría relacionada con la reducción de la tensión (Sayelte, 1999). Partiendo de la base de que el alcohol reduce los estados afectivos negativos, las personas podrían estar específicamente motivadas para reducir la ansiedad y el malestar. Finalmente, el Modelo de Propensión a las Conductas Antinormativas defendería que el consumo de alcohol se produce no por regular estados afectivos o por una vulnerabilidad particular al alcohol, sino porque el uso de alcohol es parte de un patrón más general de conductas desviadas atribuible a déficits en el proceso de socialización. Estos estudios apuntan a que los trastornos por el uso de alcohol se relacionarían con conductas antisociales, problemas de rendimiento y sociales durante la infancia, entre otros.

La personalidad tendría un papel relevante en los tres últimos modelos etiológicos (Ibañez et al., 2008), mientras que los motivos de consumo de refuerzo interno serían especialmente relevantes en la regulación del afecto positivo y negativo. Además, diversos estudios indican que la relación de la personalidad y el consumo de

alcohol estaría moderada o mediada en gran medida por su interacción con los motivos de consumo por refuerzo interno (animación y afrontamiento) (figura 2.)

Figura 2.2. Vías Etiológicas del Uso y Abuso de Alcohol (Ibañez et al., 2008).



Así, los motivos de consumo por animación se han asociado con la sensibilidad a la recompensa (O'Connor y Colder, 2005), el bajo control inhibitorio (Colder y O'Connor 2002), búsqueda de intensidad (Comeau, Stewart y Loba, 2001), búsqueda de excitación (Stewart y Devine, 2000), impulsividad (Cooper et al., 2000), menor supresión de la agresión (Winberg y Bartholomew, 1996), baja responsabilidad (Kuntsche et al., 2008; Loukas et al., 2000; Mezquita et al., 2010; Stewart y Devine, 2000; Stewart, Loughlin y Rhyno, 2001; Theakston, Stewart, Dawson, Knowlton-Loewen y Lehman, 2004), búsqueda de sensaciones (Cooper, Frone, Russell y Mudar, 1995; Magid et al., 2007; Woicik, Stewart, Pihl y Conrod, 2009) y baja amabilidad (Theakston,

et al., 2004), es decir facetas y dimensiones de desinhibición, principalmente de desinhibición irresponsable. En esta línea, aunque existen pocos estudios al respecto, los motivos de animación se han relacionado con la personalidad patológica, fundamentalmente con los trastornos de personalidad de clúster B (Traggeser, Sher, Trull y Park 2007; Traggeser, Trull, Sher, y Park 2008), trastornos caracterizados por desinhibición (Widigery Lowe, 2008). Finalmente, los motivos de animación también se han asociado con características de la emotividad positiva como la **extraversión** (Cooper et al., 2000; Hussong, 2003; Kunsche et al., 2008; Mezquita et al., 2010; Stewart y Devine, 2000; Theakston et al., 2004).

Los motivos de consumo por afrontamiento se han asociado con el afecto negativo (Cooper et al., 1995; Goldstein y Felt, 2009), **baja tolerancia al estrés** (Howell, Leyro, Hogan, Bucker y Zvolensky, 2010), **menores niveles de afecto positivo** (Goldstein y Flett, 2009), **irritabilidad emocional** (Theakston et al., 2004), **neuroticismo** (Cooper et al., 2000; Goldstein y Flett 2009; Hussan, 2003; Kuntsche et al., 2008; Loukas, Krull, Chassin y Carle, 2000; Mezquita et al., 2010; Stewart y Devine, 2000; Stewart et al., 2001), **el rasgo de ansiedad** (Comeau et al., 2001; Stewart y Zeitlin, 1995) y **la sensibilidad a la ansiedad** (Goldstein y Flett, 2009; Stewart y Zeitlin, 1995; Stewart, Zvolensky y Elfert, 2002), todos ellos rasgos y dimensiones de emotividad negativa.

No obstante, los motivos de afrontamiento también se han relacionado con características de desinhibición como la impulsividad (Cooper et al., 2000; Magid et al., 2007; Rutledge y Sher, 2001; Woicik et al., 2009) y la baja responsabilidad (Kuntsche et al., 2008; Loukas et al., 2000). Las características de emotividad negativa y desinhibición se han relacionado con los motivos de afrontamiento no sólo en estudios transversales, sino también en estudios longitudinales. Littlefield, Sher y Wood (2010) encontraron que los motivos de afrontamiento mediaban los cambios en la relación entre el neuroticismo y la impulsividad, y los problemas derivados del consumo, en las diversas evaluaciones que se realizaron a lo largo de dieciséis años. Además en relación con la desinhibición irresponsable, existen algunos trabajos que han encontrado relación entre los motivos de afrontamiento y la desinhibición antagonista (Loukas et al., 2000; Stewart y Devine, 2000). Una posible explicación para estos resultados es que las personas con baja amabilidad tienen más probabilidad de involucrarse en conflictos interpersonales y actos violentos, y de ahí que consuman alcohol para afrontar el estrés social derivado de dichas

situaciones (Kuntsche, Knibbe, Gmel y Engels, 2006). Otro estudio parece apoyar esta hipótesis. Mihic, Wells, Graham, Tremblay y Demers (2009) encontraron en una muestra de 6282 estudiantes universitarios que consumir por motivos de afrontamiento en una determinada situación predecía la probabilidad de verse implicados en actos violentos o peleas.

Por tanto, los motivos de afrontamiento, cuyo contenido principal es el afrontamiento de la ansiedad, se han relacionado principalmente con la emotividad negativa, pero también con aspectos de desinhibición. Cuando se diferencia entre afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión, parece que las características de emotividad negativa de desesperanza (Mac Lean, 2003; Stewart, Shery, Comeau, Mushquash, Collins y Van Wilgerburg, 2011; Woicik et al., 2009) y neuroticismo (Mezquita et al., 2010) se relacionarían con ambos motivos de afrontamiento; mientras que la desinhibición se relacionaría principalmente con la ansiedad (Mezquita et al., 2010). El papel de la sensibilidad a la ansiedad está menos claro, ya que un estudio encontró relación de la sensibilidad a la ansiedad con ambos motivos de afrontamiento (Stewart, Karp, Pihl y Peterson, 1997), mientras que en otra investigación sólo se relacionó con la escala genérica de motivos de afrontamiento y no de los dos ítems que se incluyeron para evaluar afrontamiento de la depresión (Woicik et al., 2009).

Como se ha comentado, los motivos cuya fuente de refuerzo es interna estarían más estrechamente relacionados con los mecanismos neurobiológicos de regulación afectiva y, por tanto, con la personalidad. Por el contrario, los motivos cuya fuente de refuerzo es externa estarían más relacionados con variables de tipo social y, en consecuencia, menos relacionados con la personalidad (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2006; 2008; Stewart y Devine, 2000; Stewart et al., 2001). Por esta razón, la mayor parte de trabajos que examinan la relación entre personalidad y motivos no suelen incluir escalas con ítems sociales o de conformidad. Cuando los motivos sociales son evaluados, se encuentra un papel significativo, aunque pequeño, de algunas características de personalidad como la extraversión (Hussong, 2003), la búsqueda de sensaciones y la impulsividad (Magid et al., 2007), o la amabilidad y la baja apertura (Theakston et al., 2004).

CAPITULO 3

PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON ADICCIÓN AL ALCOHOL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

3.1. Perspectiva y características del trastorno.

Según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la dependencia alcohólica representa un sinnúmero de disfunciones y deterioros que presentan los individuos ingresados en tratamiento, convirtiéndose este cuadro en un trastorno que afecta a la persona en su totalidad (De Leon J., 2000).

Aquellos que solicitan su admisión en Comunidades Terapéuticas residenciales presentan un cuadro del trastorno que se extiende más allá del propio consumo inadecuado de sustancias. A pesar de la diversidad en cuanto al contexto social, demográfico, el perfil clínico típico de este trastorno se puede describir de la siguiente forma:

Una vida en crisis:

- Los individuos muestran una falta total de control en lo que respecta a su consumo.
- Conductas de alto riesgo (relaciones sexuales sin protección, conducir en estado de embriaguez, agresiones físicas).
- Un alto grado de ansiedad.
- Un historial de pérdidas personales significativas (financieras, personales, laborales).

Incapacidad para mantener la abstinencia:

- Incapacidad para mantener cualquier período significativo de abstinencia o sobriedad por sí mismos.
- Algunas experiencias previas de tratamiento, tentativas de abstinencia iniciadas por sí mismo, o ciclos de desintoxicación médica a corto plazo.

Disfunción social e interpersonal:

- Capacidades mermadas para actuar de manera responsable en cualquier circunstancia social o interpersonal.
- Implicación en el estilo de vida asociado al consumo (amigos, lugares frecuentados, actividades), resultados académicos pobres o incapacidad para mantener un puesto de trabajo, y relaciones sociales mínimas y disfuncionales (con padres, pareja o amigos fuera del círculo de consumo).

Conducta Disocial.

- Explotación, manipulación, violencia, daño a la propiedad ajena, hurtos y robos, actitudes de desafiliación de la sociedad en general, y de rechazo o ausencia de valores prosociales.
-

3.2. Trastorno de la persona en su totalidad.

Desde el punto de vista de la Comunidad Terapéutica, la dependencia alcohólica es un trastorno que engloba a la persona, por lo que suelen observarse problemas cognitivos y conductuales, así como las perturbaciones del estado de ánimo. El pensamiento suele ser poco realista y desorganizado, los valores están confundidos o son inexistentes. Frecuentemente se encuentran déficits en las habilidades verbales, de lectura, escritura y mercantiles. La “bancarrota” moral y espiritual es evidente, descrita tanto en sentido psicológico como existencial.

Por tanto el núcleo del trastorno es “la persona como ser social y psicológico” (el modo en que los individuos se comportan, piensan, manejan sus emociones, interactúan y se comunican con los demás, y su forma de percibir y experimentar consigo mismos y con el mundo en general) (De Leon J., 2000).

3.2.1. Características cognitivas y conductuales.

Los pacientes con abuso de sustancias muestran una variedad de características cognitivas y problemas asociados a su estilo de vida, como por ejemplo, una pobre autoestima, dificultades en la toma de decisiones, pobre capacidad de juicio y falta de habilidad en la resolución de problemas. Es frecuente encontrar entre ellos déficits en habilidades educativas, vocacionales, sociales e interpersonales (De Leon J., 2000).

Características cognitivas típicas de individuos consumidores de sustancias.

Falta de conciencia.

Los pacientes no son conscientes, no reconocen o son incapaces de considerar el modo en que sus acciones afectan a los demás y cómo las conductas de otros les afectan a ellos mismos. Muestran, además, una falta de habilidad para pensar en las consecuencias de sus actos o deciden no realizarlos, a menudo ignorando estas consideraciones mediante el bloqueo, la distracción y la conducta impulsiva.

Falta de juicio.

Los pacientes ejercen de manera equivocada sus facultades de juicio, especialmente en relación con la resolución de problemas, la toma de decisiones y la evaluación de las consecuencias. Estas dificultades parecen estar relacionadas con un pobre control de los impulsos y una incapacidad para retrasar la gratificación, impidiendo todo esto el desarrollo de las habilidades de juicio y su ejercicio.

Falta de introspección.

Los pacientes no aprecian ni entienden las conexiones entre lo que ellos experimentan (sentimientos, autopercepciones y acciones) y las razones, influencias o determinaciones de su experiencia. Una dificultad de introspección específica es su falta de autoestima acerca de la relación entre sus pensamientos y acciones relacionadas con el consumo y las emociones y circunstancias varias, que sirven como detonantes para estos pensamientos o acciones.

Pobre evaluación de la realidad:

Los pacientes no se ven a sí mismos, ni ven a los demás o a las circunstancias que les rodean como realmente son. No están dispuestos a afrontar problemas de la vida diaria y tienden a evitarlos o escapar de ellos mediante su pensamiento o conducta.

Presentan dificultades a la hora de realizar distinciones entre sus sentimientos y los hechos verdaderos, y entre sus deseos y necesidades. Esta falta de evaluación realista es especialmente notable al hablar de su auto-evaluación, pues presentan normalmente grandes dificultades para distinguir entre el verdadero nivel de sus recursos personales y el nivel que aspiran alcanzar.

Habilitación.

En ocasiones los pacientes no poseen habilidades cognitivas, educativas o laborales para obtener beneficios económicos o negociar de forma efectiva en el sistema social. Además, carecen de hábitos conductuales básicos y las actitudes asociadas a su instrucción en el mercado laboral real.

Se destacan dos cuestiones en relación con los rasgos cognitivos:

1. Las características cognitivas están interrelacionadas.
2. Un gran número de pacientes muestran habilidades cognitivas y conductuales efectivas, pero lo hacen principalmente para cumplir los propósitos de su estilo de vida (Casey y Prebk, 1969; Johnson et al., 1985).

3.2.2. Características Perceptuales.

De manera casi universal, los pacientes dependientes de sustancias tienen percepciones negativas de sí mismos (Platt, 1985), problemas acerca de la percepción de sus méritos personales y como miembros de la sociedad (p.ej. Biase y Sullivan, 1984; Carroll y McGinley, 1998;).

3.2.2.1. Baja Autoestima.

Los pacientes con dependencia alcohólica suelen mostrar un bajo respeto por sí mismos y, de un modo característico, una pobre auto-percepción en lo que respecta a su conducta moral y ética y a las relaciones con su familia. Su pobre autoestima se asocia con conductas disociales, la moralidad, su consumo y una incapacidad crónica para desarrollar un estilo de vida productivo o tomar medidas contra la erosión grave provocada por dicho estilo de vida. Estas personas encuentran dificultades para valorarse a sí mismos debido a lo que ellos han hecho o representado para otros y esa baja capacidad de auto-control de la que son conscientes. Para muchos de estos individuos, es la baja autoestima la que precedió a su grave implicación con el consumo de sustancias, derivada de experiencias en la niñez y adolescencia, como abusos físicos, sexuales y emocionales, negligencia; problemas escolares, ansiedades sociales y complejo de culpa acerca de sus errores y fallos a la hora de alcanzar las expectativas anheladas por sí mismos y los demás (Chi'en, Gerarad, Lee y Rosenfeld, 1964; Glider, 1994).

3.2.2.2. Identidad Negativa

La mayoría de estas personas muestran identidades sociales negativas e identidades personales no formadas (Biernacki, 1986; Casriel, 1981; De Leon, 1974, 1980, 1984 Jainchill, Battacharya y Yagelka, 1995; Kaplan, 1980; Zackon y McAuliffe 1985). El modo en el que el paciente se acepta, define y percibe a sí mismo desde su propia historia como consumidor de sustancias y a menudo con una infancia problemática. Su identidad social puede interiorizar esa imagen pública negativa que otros individuos tienen de él. Comúnmente, ésta es la imagen del *marginado social* (el tipo duro, el alcohólico) y de la *víctima de la vida*, que ha sido herida personalmente (p.ej. niño problemático o enfermo debido a una catástrofe, a las circunstancias, o a abusos), o socialmente a través de la falta de oportunidades sociales. Su identidad personal, o el concepto de sí mismo como persona auténtica es inestable o presenta una considerable falta de información. Muchos no saben quiénes son, al hablar de sus sentimientos reales, pensamientos honestos, metas y valores.

3.2.3. Características emocionales.

Estas personas comúnmente presentan dificultades a la hora de experimentar, comunicar y sobrellevar sus sentimientos. Estas dificultades parecen comunes

entre los consumidores de sustancias graves, que reflejan un problema general de madurez (p.ej., Washburne, 1977) o, de un modo más específico de auto-regulación (p.ej., Brehm y Khantzian 1992; Khantzian y Krystal 1988; Wurmser, 1974). A menudo muestran una baja motivación emocional, un limitado repertorio de comunicación emocional y escasas vinculaciones conductuales en sus reacciones emocionales. Su falta de auto-control emocional está asociado a muchas de sus conductas sociales auto-destructivas.

3.2.3.1. Intolerancia a la incomodidad.

Una de las características de las personas con dependencia a sustancias es su pobre tolerancia a la incomodidad, la tolerancia entendida en la capacidad de autocontrol conductual durante períodos de incomodidad, por ejemplo: los pacientes con dependencia a sustancias presentan una dificultad típica para contener ciertas formas de conducta negativa cuando se sienten rechazados, impacientes y emocionalmente increpados o provocados debido a que son incapaces de tolerar bien estos sentimientos.

Éstas dificultades con la tolerancia están asociadas a la abstinencia física presentada por la falta de ciertos fármacos, enfermedades comunes, perturbaciones del estado de ánimo, frustración circunstancial, ansiedad y un estado de baja estimulación o aburrimiento (Zuckerman, 1986). Por tanto se contempla la incapacidad de tolerar la frustración y la incomodidad, como el problema subyacente en el manejo de las emociones. Transmitir tolerancia es fundamental para el aprendizaje de la gratificación, el control de los impulsos y el manejo emocional efectivo.

3.2.3.2. Presencia de sentimientos de culpa.

A diferencia de la visión común de que los adictos a sustancias son aquellos que carecen de sentimientos de culpa, la mayoría de pacientes se sienten invadidos por diferentes sentimientos de culpa y pena (p.ej., Lecker, 1974). De hecho, de todas sus emociones, la culpa es potencialmente la más destructiva para los dependientes a sustancias.

Las conductas y pensamientos negativos inician los sentimientos de culpa que conducen a adoptar conductas negativas más elaboradas para escapar de estos

sentimientos. Éstas últimas provocan un mayor sentimiento de culpa que posteriormente sólo puede ser aliviado mediante un consumo compulsivo de sustancias.

No se trata de un problema de capacidad para experimentar el sentimiento de culpa, sino de un problema para superar esta experiencia. La baja tolerancia ante cualquier incomodidad emocional y el pobre entrenamiento en auto-disciplina de los dependientes a sustancias, constituyen parte de los cimientos inadecuados para manejar el duro y particular sufrimiento que causan los sentimientos de culpa. Su <<modus operandi>> habitual es el de (colectivamente) bloquear los pensamientos de culpabilidad o (conductualmente) caer en un uso excesivo de la racionalización o conseguir alcohol o drogas, con el propósito de aliviar la incomodidad del sentimiento de culpa (De Leon J., 2000).

Formas de sentimientos de culpa:

- Sentimiento de culpa orientado hacia el propio individuo:

Generado por los prejuicios contra uno mismo. Los pacientes experimentan un dolor especial por haber violado sus estándares personales de conductas tanto morales como sociales, y por no haber alcanzado sus propias aspiraciones o metas. Frases como: “cómo he desperdiciado mi vida” expresa este sentimiento. El sentimiento de culpa relacionado con estas circunstancias tiene que ver con sus continuas decepciones, mentiras y manipulaciones a profesores, jefes y sistema en general (De Leon J., 2000).

- Sentimiento de culpa hacia los allegados:

Se origina a partir de prejuicios causados a personas conocidas por el paciente. Los familiares se han visto perjudicados a menudo por los robos, abusos sexuales, verbales o físicos que ha hecho el paciente, o por haber sido inducidos al consumo por él; se han visto afectados indirectamente mediante los problemas legales y de salud del mismo. Estas personas han sido traicionadas sentimentalmente, los cónyuges o parejas han sido utilizados, los padres han sido decepcionados. Muchas veces sus hijos cuentan historias de problemas de paternidad, como negligencia física y psicológica, abusos físicos, verbales y sexuales; o la pérdida de la custodia de sus hijos (De Leon J., 2000).

- Sentimiento de culpa orientado a la sociedad:

Se origina a partir del prejuicio sufrido por personas anónimas. Muchas veces los pacientes confiesan secretos personales en relación a acciones pasadas que han afectado a personas desconocidas. En ocasiones se tratan de conductas disociales y en casos extremos delitos graves (De Leon J., 2000).

3.2.3.3. Ira y hostilidad.

La ira y hostilidad son características comunes de los individuos que abusan y dependen de sustancias en general (Biase, 1971; Biase y De Leon, 1974; Skodoly Rosenthal, 1973; Hollan, 1986; Nurco, et al., 1997). La ira y la hostilidad están relacionadas con estados afectivos positivos y negativos. A pesar de presentarse de manera conjunta, la ira refleja una experiencia emocional más específica e intensa que la hostilidad, que se expresa en actitudes y gestos negativos y amenazantes hacia los demás.

Para muchos pacientes, la ira y la hostilidad han sido las emociones expresadas de manera predominante hacia sus familiares y entornos sociales, así como en marcos institucionales. De hecho, para ellos la hostilidad y la ira han sido la única forma de expresión afectiva. El individuo las utiliza para protegerse de sí mismo y evitar afrontar o experimentar otras emociones que podrían ser más decepcionantes o incómodas, como el temor, el dolor, la tristeza y el amor (De Leon J., 2000).

3.2.3.4. Disforia y pérdida de sentimientos.

La disforia y la pérdida de sentimientos son estados afectivos generalmente comunes entre los individuos con consumo grave de sustancias (Carroll y McGinley, 1998; De Leon, 1989; Jainchill, 1994; Powell, Penick, Othmer, Bingham y Rice 1982; Weissmany Kleber, 1980). En los casos de disforia (sentimientos de desasosiego), los pacientes carecen de un bienestar físico o emocional. Expresándose de un modo crítico mediante lamentaciones somáticas y un estado leve, aunque persistente de melancolía o depresión a bajos niveles, también se encuentra presente déficit en la capacidad de sentir placer (anhedonia), llegando a afirmar que ya no esperan disfrutar de momentos placenteros; que carecen de satisfacción en sus actividades sexuales o sociales, disfrutar de la comida o incluso consumir, a pesar de continuar dependientes a estas actividades. Algunos pacientes sostienen que no tienen sentimientos en absoluto (des-interés), la literatura relata el hecho de que podrían mostrar una actitud defensiva o de lucha (Khantzian, Halliday y McAuliffe, 1990). Otros sujetos que muestran problemas afectivos podrían expresar melancólicamente declaraciones como “no tener derecho a existir en absoluto” (Kooyman, 1993). Ésta visión negativa se relaciona a una pobre autoestima y puede variar cuando el paciente recupera su repertorio completo de sentimientos.

3.2.3.5. Manejo emocional.

Los pacientes adictos a sustancias presentan habitualmente dificultades en el manejo de sus estados emocionales independientemente de las condiciones que producen éstos. Entre estas dificultades se encuentran expresiones negativas de otras personas (p.ej. críticas, rechazos) o positivas (p.ej. afecto). A menudo, “los buenos sentimientos” conducirán a reacciones de celebración auto-destructivas como el consumo de alcohol. Ciertas condiciones relativamente neutrales como el aburrimiento, las bajas condiciones de estimulación, el arousal general o la frustración pueden despertar reacciones problemáticas del mismo modo en que lo harán algunas condiciones desagradables, como la incertidumbre, la decepción o la tristeza. A menudo, las personas con dependencia a sustancias en general y de alcohol en particular, no poseen las habilidades para sobrellevar sus emociones de un modo apropiado en ninguna de estas condiciones (De Leon J., 2000).

3.2.3.6. Abstinencia y emociones.

Desde el punto de vista de las Comunidades Terapéuticas, la recuperación no será estable hasta que el individuo comprenda los sentimientos relacionados con la conducta de consumo de sustancias y otros problemas, y aprenda a expresar estos sentimientos de un modo constructivo, el primer requerimiento para este nuevo aprendizaje emocional es que el individuo experimente de un modo real todos los sentimientos mientras permanezca sobrio, sin la alteración que supone el consumo de sustancias. Un efecto común en la permanencia en un estado de abstinencia es que el individuo podría experimentar emociones, sensaciones, e incluso dolores somáticos, de un modo nuevo (De Leon J., 2000).

3.2.4. Características sociales.

Los pacientes muestran conductas y actitudes problemáticas que afectan a sus relaciones sociales con los demás y con el mundo en general. Algunas características son el privilegio, la irresponsabilidad y la falta de confianza (De Leon J., 2000).

3.2.4.1. Privilegio.

La actitud persistente o sentido del privilegio del paciente se refiere a la posesión de expectativas inverosímiles acerca de sus deseos y necesidades. Comúnmente, estas personas se comportan con indignación o rechazo ante las injusticias percibidas acerca de las necesidades que no llegan a ser alcanzadas.

El sentido del privilegio refleja las dificultades características que los dependientes a sustancias tienen para distinguir entre sus necesidades genuinas en contraposición con sus deseos inmediatos, al manejar su impaciencia y frustración mientras esperan conseguir satisfacciones, y su aversión al trabajo o a ganarse sus propias recompensas. Así, el privilegio es disfuncional, pues desfavorece la autoconfianza y limita la habilidad de uno mismo para sobrellevar las demandas de rendimiento, sentido del deber, coherencia y responsabilidad.

De un modo general los pacientes consideran la triada, sentido del deber, coherencia y responsabilidad como una de las características más problemáticas de su trastorno.

Tener sentido del deber significa ser debidamente sensible a las obligaciones para con uno mismo y los demás. Ser coherente significa ser serio y digno de confianza acerca del cumplimiento de estas obligaciones. Ser responsable significa causar en uno mismo y en los demás la impresión de eficacia y honestidad, acerca de las actividades relacionadas con el cumplimiento de obligaciones y expectativas. Al igual que ocurre con otras características de los pacientes dependientes a sustancias, los problemas con el sentido del deber, la coherencia y la responsabilidad, son tanto causas como efectos del consumo (De Leon J., 2000).

3.2.4.2. Confianza.

La carencia, pérdida o violación de la confianza es un marcador característico de la personalidad y estilo de vida de estos pacientes, (p.ej., Bassin 1975; Bratter y Radda, 1986; Chi'en et al., 1964; Kooyman, 1993; Salasneck, 1971). Para algunos pacientes, los problemas de confianza pueden ser diferenciados al repasar su historial infantil de mal comportamiento, patrones de mentira, invención de excusas o falsificación. Para la mayoría la falsedad, la manipulación y la mentira ligadas a su patrón de consumo menoscaba el desarrollo de cualquier forma de confianza.

A pesar de ser muy variadas, las fuentes de los problemas de confianza en pacientes con dependencia a sustancias, éstos reflejan ciertas influencias psicológicas y sociales de un modo típico. Incluyen desde historias de familias inseguras, pobres modelos de confianza paternos hasta una socialización negativa con los demás. Esto se expresa en la desconfianza de las autoridades y los sistemas, mientras la confianza en ellos por parte de sus familias, hijos y amigos se va perdiendo si llegó a existir algún día (De Leon J., 2000).

El problema, sin embargo, no sólo se trata de la confianza en los demás o en la gente en general, sino de la confianza en sí mismo, de poder dejarse guiar con seguridad y confianza por los sentimientos, pensamientos, decisiones y conductas de sí. Para los individuos que abusan y dependen de sustancias, existen poderosas influencias intrínsecas que contribuyen a la pérdida o erosión de la autoconfianza. Derivan de la constante lucha del individuo con su propia regulación y su propia eficacia. Estas personas no pueden “confiar” en sus sentimientos, pensamientos o conductas, puesto que sus impulsos y su pobre capacidad de juicio han tenido siempre consecuencias negativas. Además, sus sentimientos, pensamientos y conductas son poco o nada fiables, al haber estado alterados constantemente por el consumo (De Leon J., 2000).

3.2.5. Estrategias de lucha desviadas

Los pacientes con consumo de sustancias muestran modos característicos de desafiar o afrontar sus conductas o actitudes. A menudo, cuando algún familiar, amigo o autoridad legal cuestiona o trata de averiguar lo que están haciendo, terminan por decepcionar consciente o inconscientemente a los demás o a ellos mismos. Son expertos en la manipulación de personas, procedimientos y sistemas al servicio de sus más inmediatos (De Leon J., 2000).

3.2.5.1. Mentiras y manipulaciones.

La importancia de las mentiras, manipulaciones y decepciones podrían reflejar rasgos asentados de un trastorno del carácter o de la conducta que el consumo de sustancias ha acentuado de forma significativa. Errónea o correctamente, muchos pacientes tienen una visión negativa de sus familias, creyendo que no pueden confiar en sus miembros o que son unos manipuladores. A menudo los profesores, policías, médicos, trabajadores sociales, profesionales de la salud mental, y

burócratas de los servicios sociales les parecen hipócritas, corruptos o ingenuos. De un modo característico, estas personas han aprendido a salirse con la suya, a explotar esos sistemas, a faltar al respeto o manipular. Constantemente defienden sus mentiras con argumentos acerca de victimismos, privilegios, necesidad de supervivencia, la necesidad de consumo y otras racionalizaciones, proyecciones y excusas (De Leon J., 2000).

3.2.5.2. Defensas.

Los pacientes dependientes a sustancias también muestran diferentes formas características conductuales, gestuales y cognitivas de enmascarar la verdad acerca de ellos mismos, ante ellos mismos o los demás. Se trata de mecanismos de defensa descritos por la psicología. Los más usados por los pacientes con dependencia a sustancias son la negación y sus variantes comunes, como la racionalización, la exteriorización, la proyección y la somatización.

La negación es la defensa infranqueable o estrategia de lucha de las personas que abusan y dependen de sustancias, al menos durante las etapas tempranas del trastorno. Consiste en las múltiples maneras en la que los individuos rechazan o reducen el ámbito de la gravedad de su consumo, las conductas y actitudes relacionadas a éste (De Leon J., 2000).

Tabla 3.1. Defensas psicológicas comunes en pacientes con consumo de sustancias.	
Racionalización.	Los pacientes refieren una gran variedad de razones, excusas y deducciones lógicas para explicar, exonerar o, al menos, minimizar su propia contribución a sus problemas. Las excusas e historias identificarán circunstancias estresantes, su condición física, personalidades difíciles y la falta de recursos (dinero o asistencia) como las razones para su consumo y los diferentes problemas asociados.
Exteriorización.	Los pacientes culpan de sus problemas a fuerzas externas más que a motivos ocultos en su interior. Por ejemplo, las desventajas sociales, los barrios infestados de sustancias legales e ilegales, las familias abusivas, las malas compañías, las dificultades psicológicas, las conductas paternas inexpertas, los traumas sufridos en la vida, son algunos de los impedimentos insuperables que muchos pacientes describen como causas de su incapacidad para iniciar o mantener un estilo de vida positivo. Podría ser válido asumir que estas fuerzas contribuyen a sus problemas. Sin embargo, el elemento defensivo básico en estas exteriorizaciones es el desprendimiento de cualquier responsabilidad personal hacia su conducta o sentimientos. Estos individuos, puede que no nieguen su consumo y los problemas que éste conlleva, pero están abdicando de su papel en la modificación de estas conductas.
Proyección.	Los residentes atribuyen sus propios sentimientos, pensamientos y percepciones a otras personas. Por ejemplo, los pacientes pueden percibir que la hostilidad, las mentiras, el sentimiento de culpa o la seducción emanan de otras personas, cuando éstas son, de hecho, experiencias y emociones propias que ellos mismos no pueden tolerar.

Somatización.	Los pacientes emplean lamentaciones acerca de su estado físico para evitar las demandas de una vida diaria ordenada y del tratamiento en particular. Dolores de cabeza, resfriados, indisposición gastrointestinal, fiebres, debilidad, fatiga son algunos de los síntomas físicos de los que los pacientes suelen quejarse. Es preciso, obviamente una valoración médica especializada, de todas formas, a menudo se trata de manipulaciones conscientes o inconscientes para evadir responsabilidades sociales o experiencias emocionales dolorosas.

3.2.5.3. Una personalidad adictiva.

Aunque se ha descrito un perfil típico de una persona dependiente a sustancias, este perfil no necesariamente representa una personalidad adictiva. Sin embargo, basándonos en consideraciones clínicas y la experiencia, este concepto no es del todo descartable. Por ejemplo, la predisposición física y psicológica para consumir sustancias sugiere un conjunto de factores fundamentales definitorios para aquellas personas expuestas al riesgo de abuso de sustancias. De hecho los pacientes se recuerdan unos a otros continuamente su predisposición al consumo de sustancias y quizá el peligro de caer en otras conductas compulsivas (p.ej., juego, sexualidad). Además la investigación sugiere que muchos adolescentes muestran rasgos de trastorno de la conducta que posteriormente evolucionarán hacia trastornos del carácter en la edad adulta (Jainchill, De Leon y Yegelka, 1997).

CAPITULO 4

MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

4. La personalidad como eje fundamental.

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar y de interrelacionarse con los demás.

Nuestro modelo considera al constructo Personalidad de la siguiente forma:

“La personalidad es un estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” (Balarezo, 2008)

Por tanto, el abordaje de la personalidad como eje de acción terapéutica permite una adecuada delimitación del trastorno, facilitando el equilibrio entre la relación terapéutica y el accionar técnico.

La propuesta del modelo focalizado en la personalidad integra dos polos relativamente opuestos en cuanto al estudio de la personalidad el nomotético y el ideográfico, siendo ambas propuestas “las dos caras de la misma moneda”, por tanto el estudio de la personalidad persigue un conocimiento exhaustivo de cada variable individual además del universo de mecanismos transaccionales a través de los cuales las personalidades individuales se transforman en referentes grupales durante su desarrollo (Balarezo, 2010) .

En nuestro modelo, la investigación de la personalidad requiere criterios comparativos y las técnicas se emplean de acuerdo a la idiosincrasia del individuo, intentando consecuentemente establecer criterios generales que sean relevantes desde el punto de vista individual.

4.1. Tipología de la personalidad

Existen construcciones que son similares en los individuos, hecho que se vincula con la experiencia social y familiar permitiendo tomar referentes de agrupación que resultan válidos en el ejercicio de ayuda. Por lo que tomamos como ejes

básicos del comportamiento humano: la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Estos ejes se encuentran presentes en todas las personalidades, en consecuencia el predominio de una condición, no excluye los otros componentes. Sin embargo, al optar por una visión biopsicosocial al analizar el origen de estos procesos, señala a su vez, requisitos de primacía, en cada sujeto ya sea por predominio o déficit, permitiendo establecer grupos generales en su expresión (Balarezo, 2010).

El modelo focalizado realiza una clasificación que facilita el análisis biográfico y la acción terapéutica de cada cliente:

4.1.1. Grupos con características de dominio:

4.1.1.1. Personalidades de Estilo Afectivo:

Las personalidades afectivas tienen como características fundamentales, expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, cogniciones y conductas invalidadas por el afecto, extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa, desinhibición y rápida movilización de sus sentimientos y comportamientos. Mientras las histriónicas esperan mayormente la aprobación social, las ciclotímicas mantienen una tendencia más interna (Balarezo, 2010). El consumo de alcohol en las personalidades de estilo afectivo esta dado sobre todo para aliviar la afectividad negativa y promover la afectividad positiva. Factores de personalidad como extraversión y el neuroticismo estarían implicados en el consumo, así mismo, los motivos sociales y de animación influirían en los patrones de consumo de alcohol.

4.1.1.1.1. Personalidad Histriónica:

Las personalidades con un estilo histriónico se caracterizan por ser extremadamente emotivas. Su sentido de la belleza, su sensualidad y sentido del humor se encargan de levantar el ánimo a quienes les rodean, por lo que es improbable que se aburran (Caballo V., 2004).

Oldham y Morris (1995) proponen una serie de características típicas del estilo histriónico de personalidad:

-
- Se guían por sensaciones, pudiendo cambiar de un estado de ánimo a otro al vivir cada situación de forma excesivamente emotiva.

- Efusivos y con gran imaginación, son propensos al romance y al melodrama.
- Necesitan los elogios y los cumplidos como algo básico de su vida
- Activos y espontáneos, se dejan llevar por la situación de manera impulsiva.
- Preocupados por la apariencia, siguen la tendencia de la moda.
- Se gratifican con su sexualidad, son seductores y encantadores.
- Les gusta ser el centro de la atención y cuando lo consiguen aprovechan la situación.
- Valoran a las personas en función de las emociones que les provocan.
- Su vida llena de colores, donde ocurren muchas cosas, parece más interesante que la de los demás, siendo capaces de transformar un hecho corriente en un episodio teatral.
- Demuestran abiertamente sus sentimientos, dejando sus emociones a la vista de todo el mundo.
- Reaccionan frente a cualquier situación emocionándose y cambiando la valencia de sus emociones con facilidad.
- Son muy efusivos y pasionales, llegando a enfadarse de manera explosiva con alguien, pero sin llegar a ser rencorosos.
- Hábiles para interpretar las señales no verbales de los demás

Tabla 4.1. Características de la personalidad de estilo histriónico

Aspectos conductuales: ➤ Comportamiento teatral, donde la expresión de sus sentimientos parece más superficial que profunda o real. ➤ Se activan y reaccionan con facilidad. ➤ Exhibicionismo. ➤ Comportamientos en función de las expectativas de los demás. ➤ Búsqueda activa de atención.	Aspectos cognitivos: ➤ Habilidad para interpretar las emociones de los demás. ➤ Pensamiento impulsivo, vago, poco analítico. ➤ Olvidos frecuentes, atención dispersa por los detalles. ➤ Fácilmente influenciables, especialmente por figuras con autoridad. ➤ Incapacidad para concentrarse e involucrarse en tareas cognitivas complejas.
Aspectos emocionales: ➤ Baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento. ➤ Inestabilidad emocional. ➤ Alta dependencia emocional de los demás. ➤ Respuesta emocional exagerada, cambiante y superficial.	Estrategias interpersonales: ➤ Alta dependencia emocional de los demás. ➤ Respuesta emocional exagerada, cambiante y superficial.

4.1.1.1.1. Entrevista con el paciente de Estilo Histriónico.

Este tipo de individuos manifiestan desde el principio una gran necesidad de aceptación y una emocionalidad exageradas, que pueden llegar a dar la impresión de falta de sinceridad. Con frecuencia puede darse momentos de rivalidad cuando

el género del paciente y terapeuta son coincidentes, una especie de lucha de poder se puede dar durante la entrevista, sin embargo, cuando el género de ambos es distinto, los intentos de seducción y coqueteo pueden ser frecuentes. Por tanto, es necesario cierto grado de direccionalidad durante la entrevista, además de cierta estructuración en las preguntas realizadas, para reducir el espacio al excesivo detallismo y fantaseo en temas superfluos que no son importantes para los objetivos de la entrevista, cuidando desde luego la calidad de la alianza terapéutica muy importante para el manejo de la dependencia alcohólica. Además resulta útil mostrar empatía ante contradicciones que pueden surgir en el discurso de sujetos con este estilo de personalidad, este tipo de pacientes necesitan sentirse comprendidos (Belloch A., Fernández H., 2008). Con respecto al consumo de alcohol estos pacientes tienden a ser el centro de atención en fiestas y reuniones sociales, invirtiendo gran cantidad de dinero, tendiendo a minimizar las consecuencias de su ingesta alcohólica, llegando a describir los problemas derivados del consumo, como historias fenomenales dignas de ser contadas y escuchadas.

4.1.1.1.2. Personalidad Ciclotímica.

Para referirnos a este estilo de personalidad debemos puntualizar algunos aspectos pertinentes que justifiquen su incorporación a nuestro modelo. Dado que, el término “ciclotímica” podría relacionarse a una de las nomenclaturas del espectro afectivo (APA, 1994), es importante aclarar algunos temas (Barrantes N., Colom F., Claridge G., 2001).

4.1.1.1.2.1. Temperamento, Personalidad y Carácter.

Tanto el temperamento como la personalidad, tienen un fundamento biológico que refleja el tipo de sistema nervioso que posee cada individuo. Sin embargo, a través de la historia, el primer término ha llegado a adoptar un significado que permite captar mejor la naturaleza fisiológica inherente de determinadas características básicas que parece diferenciar una persona de otras (Claridge, 1995). Por tanto, el temperamento suele considerarse básicamente constitucional, determinado genéticamente y con un marcado sustrato biológico (aunque existen algunos autores que no están de acuerdo con esta visión unidireccional en la que el temperamento tiene un fundamento biológico puro) (Barrantes N., Colom F., Claridge G., 2001).

Por otra parte, la personalidad y el carácter comprenden un conjunto más amplio de elementos, como el aprendizaje y el modelo social temprano. Aunque no pretenden ser definiciones cerradas, el temperamento podría ser descrito como la disposición que tiene el individuo a determinados patrones de reactividad emocional, oscilaciones afectivas y niveles de sensibilidad ante los estímulos (Merikangas y cols., 1998). Allport (1961), realizó una excelente definición de la diferencia que hay entre el temperamento y la personalidad. La personalidad escribió, sería “aquello que el sujeto es en realidad”, y el temperamento sería un elemento constitucional y genético, una clase de “material no elaborado” a partir del cual se forma la personalidad, el “clima interno” en el que se ésta se desarrolla.

En cuanto al carácter, este término se utilizó poco en la literatura hasta que Cloninger y sus colaboradores volvieron a introducirlo, con un significado que para algunos autores sería intercambiable por el de personalidad. Por tanto este autor utiliza el término carácter para referirse a “las diferencias individuales en las relaciones no lineales entre el temperamento, el ambiente familiar y las experiencias vitales del individuo” (Cloninger y cols., 1998).

Hay que recalcar que esta disección que algunos autores proponen puede convertirse más bien en un ejercicio teórico que un planteamiento realista. Por lo que incluso a nivel intuitivo, está claro que algunas variables están más próximas a las propiedades básicas y hereditarias del sistema nervioso central que otras (Claridge, 1995).

Uno de los autores mas prolíficos en el área del temperamento y los trastornos afectivos el Profesor Akiskal (1995), hace una descripción del temperamento ciclotímico, que trasladado a nuestro modelo lo adoptaríamos como un estilo de personalidad de estructura afectiva con una gran influencia de componentes biológicos.

Temperamento ciclotímico Modificado de Akiskal y cols., 1979. (Citado en Vieta, 2001)

-
1. Aumento de la cantidad de sueño alternando con reducción de la cantidad de dormir.
 2. Repliegue introvertido alternando con una búsqueda social desinhibida.
 3. Tendencia al llanto inexplicable alternando con bromas excesivas.
 4. Confusión mental alternando con un pensamiento agudo y creativo.

5. Autoestima incierta, oscilante entre una escasa confianza en sí mismo y una confianza excesiva.
 6. Cavilaciones pesimistas alternando con actitudes optimistas y preocupadas.
-

Como se puede observar, la descripción del temperamento ciclotímico, no solo abarca la expresión biológica de la personalidad sino, que, desde nuestro punto de vista éste temperamento se matiza con factores socio-ambientales propios de una estructura estable de personalidad. Hay que tener en cuenta que esta descripción junto con otras formas temperamentales, se consideran variables que precipitarían trastornos afectivos (Barrantes, Colom y Claridge., 2001).

Tabla 4.2. Características de la personalidad de estilo ciclotímico	
Aspectos conductuales: ➤ Períodos de gran actividad versus períodos de marcada pasividad conductual.	Aspectos cognitivos: ➤ Períodos de aceleración contrastados con períodos de enlentecimiento cognitivo. ➤ Ciclos de pensamiento optimista y creativo versus ciclos de pensamiento pesimista.
Aspectos emocionales: ➤ Tono afectivo-emocional oscilante. ➤ Reactividad emocional. ➤ Bajo nivel de tolerancia a la frustración.	Estrategias interpersonales: ➤ Generosidad espontánea. ➤ Colaboración solícita y preocupación por los demás. ➤ Facilidad de contacto social versus períodos de retraimiento.

4.1.1.1.2.2. Entrevista con el paciente de Estilo Ciclotímico.

No cabe duda que para los clínicos los individuos con rasgos ciclotímicos son un gran reto al momento de la evaluación, debido a su gran reactividad y oscilación emocional, por lo tanto, el profesional deberá sintonizar de forma hábil sus respuestas emocionales con las de estos sujetos, para luego ir creando cierta distancia emocional (Balarezo L., 2010), de tal forma que, no exista en el psicólogo un reforzador de dichas oscilaciones afectivas. El terapeuta deberá estar atento para identificar en que polo se encuentra su cliente y así poder orientar la entrevista con cierto grado de direccionalidad y estructuración de las preguntas para reducir o exceder en los detalles o respuestas vagas y superfluas. Con respecto al consumo de alcohol en este estilo de personalidad se puede observar, que una

forma de afrontar las oscilaciones afectivas es mediante la ingesta alcohólica, aunque en algunos casos también se buscará promover un estado emocional específico. La descripción de su patrón de consumo estará llena de matices emocionales en donde el paciente con estos rasgos dejará ver que el alcohol se convierte en una especie de regulador emocional.

4.1.1.2. Personalidades de Estilo Cognitivo:

En las personalidades de estilo cognitivo prevalecen los juicios, razonamiento y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva. Igualmente los contactos sociales se enmarcan en estas características. Son adherentes en sus cogniciones, afectos y comportamientos, denotando propensión a mantenerse en ellos. La actitud de control suele ser más externa en los paranoides, contrariamente a las personalidades anancásticas que ejercen un autocontrol interno (Balarezo, 2010). Con respecto al consumo de alcohol, los pacientes en este espectro son vulnerables al estrés por lo que la ingesta se convierte en una forma de afrontamiento (motivos de afrontamiento) del mismo, así también, son estilos propensos a la ansiedad por lo que el alcohol es usado también como medio de regulación de emotividad negativa.

4.1.1.2.1. Personalidad Anancástica:

Este estilo de personalidad se caracteriza por el perfeccionismo por lo que es incluso valorado por las sociedades occidentales, donde se concede prioridad a valores como la individualidad, la competencia y la promoción laboral (Caballo V., 2004).

Entre las características más llamativas de este tipo de personalidad encontramos las siguientes (Millon y Davies, 2000; Oldham y Morris, 1995):

-
- Son comedidos y cautos en todos los aspectos de su vida, evitando los excesos y las imprudencias.
 - Gran parte de su tiempo lo dedican a actividades laborales, cuidando cada detalle de sus tareas y evitando concienzudamente la comisión de errores, con el objetivo de hacer una tarea perfecta.
 - Están dedicados a la productividad que raramente encuentran tiempo para sí mismos o para sus familias.
 - Esperan de los demás, especialmente de sus subordinados, lo mismo que esperan de sí.
 - Suelen ser respetuosos con las figuras de autoridad.
 - Tienen preferencia por la limpieza, el orden y la rutina así como cualidades para la organización (elaboración de listas, planificación de actividades, etc.).

- Suelen almacenar objetos que hayan tenido, tengan o puedan tener uso en el futuro.

Tabla 4.3. Características de la personalidad de estilo Anancástica	
Aspectos conductuales: ➤ Comportamientos estructurados y estrictamente organizados. ➤ Meticulosidad y perfeccionismo extremos que interfieren en la realización de tareas y toma de decisiones. ➤ Comportamiento educado, formal, correcto y distante.	Aspectos cognitivos: ➤ Rigidez y terquedad. ➤ Pensamiento dogmático. ➤ Sensibilidad a la crítica. ➤ Dificultad frente a la toma de decisiones. ➤ Poca creatividad e imaginación. ➤ Falta de empatía. ➤ Miedo al fracaso y a cometer errores.
Aspectos emocionales: ➤ Ansiedad ante la novedad. ➤ Excesivo control emocional y propensión al estrés. ➤ Dificultades para expresar afecto, cariño y ternura. ➤ Emociones de más fácil expresión: ira o indignación.	Estrategias interpersonales: ➤ Competencia. ➤ Aplicación de las reglas. ➤ Evaluación constante del entorno, para establecer control constante.

4.1.1.2.1.1. Entrevista con el paciente de Estilo Anancástico:

Al principio es algo complejo crear una atmósfera adecuada de cooperación y empatía, por ejemplo suelen molestarse ante expresiones de comprensión por su sufrimiento porque para individuos de este estilo lo importante son los problemas y no las emociones ni sentimientos, por lo que resulta importante sintonizar de forma adecuada el enfado que puede mostrar durante la entrevista, además las preguntas demasiado abiertas lo pueden confundir por lo que es necesario cierta dosis de estructuración en las preguntas (Belloch A., Fernández H., 2008). En lo que respecta al consumo de alcohol los pacientes con este estilo muestran grados elevados de ansiedad (emotividad negativa), la descripción de su consumo se encuentra impregnada de una gran culpabilidad por las consecuencias derivadas de su ingesta además, son propensos a las minimizaciones y racionalizaciones en la descripción de su problema.

4.1.1.2.2. Personalidad Paranoide:

Según Odlham y Morris (1995), las personas con un estilo paranoide de la personalidad poseen una sensibilidad excepcional para captar todos los detalles

del ambiente en el que se desenvuelven. Tienen un sexto sentido para advertir mensajes ocultos e intenciones confusas de los demás que no serían apreciadas por cualquier otro observador.

Odham y Morris (1995), describen los rasgos que en general caracterizan al estilo paranoide son los siguientes:

-
- Evalúan a las personas antes de entablar relación con ellas.
 - No necesitan la aprobación ni el consejo de los demás para tomar sus decisiones.
 - Son buenos receptores para captar sutilezas y múltiples niveles de comunicación.
 - No tienen problemas para defenderse cuando se les ataca.
 - No se intimidan por las críticas, las cuales toman en serio.
 - Conceden un gran valor a la fidelidad y a la lealtad.
 - Se preocupan por mantener su independencia en todos los aspectos de su vida.
 - Son reservados y cautelosos en su relación con los demás sin llegar a ser antipáticos ni a evitar esas situaciones.
 - No se entregan del todo en sus relaciones más íntimas.
 - Son muy habilidosos a la hora de analizar a los demás.
-

Tabla 4.4. Características de la personalidad de Estilo Paranoide	
Aspectos conductuales: ➤ Conductas hipervigilantes. ➤ Rapidez en su movimiento ante cualquier señal de inseguridad de su entorno. ➤ Comportamientos provocadores y corrosivos con los demás. ➤ Reacciones de enfado.	Aspectos cognitivos: ➤ Ideas persistentes de autorreferencia. ➤ Ideas de ser perseguidos. ➤ Escepticismo, suspicacia y desconfianza con su entorno. ➤ Percepción del mundo como hostil y amenazante. ➤ Incapacidad para aceptar errores y debilidades. ➤ Facilidad para sentirse ofendidos y humillados. ➤ Preocupación constante por el poder y el liderazgo.
Aspectos emocionales: ➤ Gran ansiedad si sienten que han perdido el control. ➤ Tensión continua. ➤ Disminución de la emotividad y poca sensibilidad al sufrimiento ajeno. ➤ Facilidad para expresar ira y celos. ➤ Sensibilidad emocional excesiva. ➤ Fácilmente irritables y con poco sentido del humor.	Estrategias interpersonales: ➤ Provocación. ➤ Precaución ➤ Dispuesto al ataque y a la venganza.

4.1.1.2.2.1. Entrevista con el paciente de Estilo Paranoide.

Estas personas durante la entrevista suelen mostrarse fríos y reservados, por lo que resulta una tarea ardua establecer un contacto adecuado. Puede mostrarse un

tanto receloso, escudriñando el significado de las preguntas que se le hacen, tratando de inferir objetivos ocultos. Pueden ser buenos llenando cuestionarios, pero es posible que realice varias preguntas sobre la finalidad de los cuestionarios. Es importante tener en cuenta que estos individuos pueden oscilar entre la ansiedad extrema a la hostilidad manifiesta por lo que se requiere una actitud tranquilizadora, nunca a la defensiva y lo más honesta posible. Durante la entrevista, es útil transacciones sobre temas y no simplemente realizar una pregunta tras otra (Belloch A., Fernández H., 2008). Estos pacientes usan como arma la negación de su problema y ven enemigos dentro de su familia y en los profesionales que tratan de brindarle ayuda. La descripción de su consumo es superficial, sin embargo, es posible que describa episodios de hostilidad y franca agresividad producto de un cuadro de intoxicación alcohólica.

4.1.1.3. Personalidades de Estilo Comportamental:

Este tipo de personalidades se caracterizan por la activación conductual inmediata sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos. La acción enérgica y primaria es una característica, la misma que aprehende, las relaciones interpersonales, los afectos y las cogniciones. En los impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que los disociales carecen de ley y autocontrol (Balarezo, 2010). Con respecto al consumo de alcohol en pacientes de este espectro de personalidad se puede observar como la desinhibición conductual, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, sensibilidad a la recompensa, un marcado neuroticismo, y el descontrol conductual marcan la ingesta alcohólica. Los pacientes de esta dimensión son propensos a cuadros de atracones de alcohol, siendo una de las dimensiones más complejas de tratar debido a que suelen actuar y luego, si es que lo hacen, reflexionar sobre las consecuencias de la ingesta.

4.1.1.3.1. Personalidad Impulsiva:

La personalidad impulsiva se puede considerar como una supernova de emociones extremas. Todas las acciones que llevan a cabo las hacen con una intensidad ferviente. Su incesante búsqueda de nuevas experiencias convierte a estas

personas en cazadores de emociones límite, con la finalidad de llenar el vacío existencial que les ahoga (Caballo V., 2004).

Algunas características de este tipo de personalidad son (Oldham y Morris, 1995):

-
- Necesitan estar vinculados sentimentalmente a alguien de forma intensa.
 - Sus relaciones se rigen por la pasión; para estas personas nada es superfluo, y siguen la ley del “todo o nada”.
 - En el terreno emocional lo entregan todo de forma activa y esperan ser correspondidos del mismo modo.
 - Son personas espontáneas a las que no les amedrenta nada; buscadores de riesgo y poseedores de un significado diferente de la diversión, concebida como sin límites.
 - Una de sus principales características es su tremenda actividad y creatividad, así como su capacidad de inducción sobre los demás debido a su gran iniciativa.
 - Su gran curiosidad les hace poseedores de una inquietud por lo desconocido que les lleva a embarcarse en el conocimiento de nuevas culturas y filosofías de vida.
-

Tabla 4.5. Características de la Personalidad de Estilo Impulsiva	
Aspectos conductuales: ➤ Conducta impredecible. ➤ Niveles de energía inusuales provocados por explosiones inesperadas de impulsividad. ➤ Comportamiento que se dirige a evitar la separación.	Aspectos cognitivos: ➤ Pensamiento fluctuante generalmente dicotómico y actitud ambivalente hacia los demás e incluso hacia sí mismo. ➤ Incapacidad para mantener estable su proceso de pensamiento. ➤ Dificultad para aprender de experiencias pasadas. ➤ Poca tolerancia al desprecio. ➤ Locus de control externo.
Aspectos emocionales: ➤ Activación emocional elevada con alta sensibilidad a los estímulos emocionales negativos. ➤ Inestabilidad del afecto debido a su notable reactividad. ➤ Emociones contradictorias. ➤ Explosiones de ira intensa en especial frente a la frustración o a la decepción. ➤ Sentimientos de vacío y aburrimiento. ➤ Inhibición de respuestas emocionales negativas, especialmente asociados con dolor y pérdidas, incluyendo tristeza, culpabilidad, vergüenza, ansiedad o pánico.	Estrategias interpersonales: ➤ Discusión. ➤ Manipulación. ➤ Impulsividad.

4.1.1.3.1.1. Entrevista con el paciente de estilo impulsivo.

Las personas de estilo impulsivo representan otro reto para el clínico debido a su inestabilidad afectiva y emocional que puede estar presente a largo de toda la entrevista. Su actitud puede pendular entre la confianza y el deseo de comunicarse

y la desconfianza y suspicacia hacia al clínico. Es difícil conseguir que se mantenga concentrado en el análisis de un tema o problema, además, puede mostrarse contradictorio en sus análisis y respuestas ante el mismo. En este caso hay que hacer evidente las contradicciones, pero a la vez manifestarle que comprendemos la naturaleza de sus sentimientos ambivalentes. Del mismo modo, hay que dirigir y apoyar sus contribuciones significativas a la entrevista. En términos generales, es más conveniente formular preguntas abiertas en lugar de excesivamente precisas y cerradas, pero a la vez ayudarle a orientar sus respuestas (Belloch A., Fernández H., 2008). En cuanto al consumo es común que su patrón de ingesta sea de grandes cantidades de sustancia, llegando rápidamente a la embriaguez, con consecuencias graves debido a que su impulsividad no sólo se limita al consumo, sino a la toma de decisiones en general. Es muy común una narrativa llena de contradicciones, minimizaciones y proyecciones, con respecto a las consecuencias de su adicción al alcohol. Los pacientes de este estilo suelen describir relaciones interpersonales caóticas, siendo su consumo el factor principal de su bajo autocontrol conductual, no es de admirarse que estas personas hayan intentado autolesionarse bajo efectos del alcohol puesto que suelen presentar dificultades complejas a nivel afectivo.

4.1.1.3.2. Trastorno de Personalidad Disocial:

A las personas con éste trastorno no les amedrenta las situaciones que asustarían a la mayoría de la gente. Viven al límite y su reto es llegar a donde nadie se ha atrevido ir nunca. Son extravertidos y están continuamente ansiosos por experimentar emociones y desafíos extremos en cualquier ámbito de sus vidas en el riesgo mismo encuentran la recompensa y se niegan a hacer nada por nadie a menos que entrañe alguna dificultad. No son sujetos que se preocupan demasiado por las consecuencias de sus actos y no necesitan la aprobación de los demás, ya que tienen una gran fe en sí mismos.

Las características típicas de este Trastorno de Personalidad, según Oldham y Morris (1995) son las siguientes:

-
- No se deja influir por los demás, ni por la sociedad, teniendo un código propio de valores.
 - Se arriesgan continuamente en diferentes ámbitos de su vida.
 - Son independientes y esperan que los demás lo sean también.
 - Tienen mucho poder para influir y persuadir a los demás.

- Apasionados por los viajes, intentan estar siempre en movimiento por distintos sitios.
- Prefieren ganarse la vida por su cuenta.
- Son generosos con el dinero.
- Durante la infancia y la adolescencia suelen hacer travesuras y cometer excesos.
- Tienen coraje para defenderse de aquellos que pretendan aprovecharse de ellos.
- Viven el aquí y el ahora y no tienen remordimientos por el pasado ni hacen planes para el futuro.

Tabla 4.6. Características del Trastorno de Personalidad Disocial	
Aspectos conductuales: ➤ Conducta, opositora (en especial ante las figuras de autoridad), agresiva, temeraria, precipitada y espontánea. ➤ Mantienen conductas impulsivas dirigidas hacia un objetivo. ➤ Comportamiento provocador. ➤ Conducta fraudulenta e ilegal. ➤ Poca inhibición frente al peligro. ➤ Conducta dirigida a obtener nuevas sensaciones.	Aspectos cognitivos: ➤ Patrones cognitivos rígidos, inflexibles y poca capacidad de introspección. ➤ Incapacidad para planificar el futuro. ➤ No suelen temer al castigo y se muestran incapaces de aprender de las consecuencias negativas de sus acciones. ➤ Exceso de confianza en sí mismos y desconfianza en los demás, a los que suelen considerar como equivocados. ➤ Baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento. ➤ Poca capacidad para demorar el refuerzo.
Aspectos emocionales: ➤ Impulsividad, intranquilidad, irritabilidad, ira, hostilidad. ➤ Ausencia de sentimientos de cordialidad e intimidad. ➤ Emocionalmente vacíos, fríos. ➤ Humor irascible. ➤ Hostilidad y agresividad fácilmente activadas.	Estrategias interpersonales: ➤ Intimidación, manipulación. ➤ Seducción, exigencia.

4.1.1.3.2.1. Entrevista con el Paciente con Trastorno Disocial de la Personalidad.

Estas personas suelen esconderse tras una máscara de apariencia cálida y amigable, por lo que resulta complicado establecer una comunicación fluida y sincera porque transmite la sensación (que se puede corroborar en varios momentos de la entrevista) de falsedad. En otras ocasiones suelen mostrarse provocadores y suelen tratar de impresionar al clínico, su estado de ánimo puede fluctuar desde la placidez hasta la hostilidad e irritación manifiestas. Sus respuestas son, inicialmente, poco claras, poco informativas y pueden llegar a mentir deliberadamente, aún a sabiendas que el entrevistador conoce la verdad. Su tendencia a culpar a los demás de sus dificultades es una constante a lo largo de la

entrevista, así como también, su falta de control emocional. De todas formas, la conversación puede ser fluida y no problemática, en especial si el clínico evita cualquier comentario crítico. Sin embargo, ante la menor crítica puede manifestar enfado, rechazo e incluso hostilidad abierta. En este último caso, la respuesta inicial del terapeuta debe ser la indiferencia, pero si la actitud hostil persiste o se incrementa, es conveniente proceder a la finalización de la entrevista, explicándole las razones de ello. En cualquier caso es conveniente durante las entrevistas (sean de diagnóstico o terapéuticas), evitar transmitir la sensación de que se le está juzgando o castigando, y esforzarse por mostrar empatía por las consecuencias, a menudo negativas para el propio paciente, de su comportamiento y sus fracasos (Belloch A., Fernández H., 2008). Con respecto a la descripción de su consumo suele estar marcado por dos polos, uno de negación extrema y el otro polo de una aceptación orgullosa sin tintes de remordimiento, incluso en la descripción de las consecuencias derivadas de la ingesta. La baja responsabilidad y la búsqueda de sensaciones, caracteriza a los pacientes de este estilo por lo que es común la descripción del uso esporádico de otras sustancias, además, suelen describir conductas disociales producto de la ingesta o para obtener la sustancia. Estos pacientes son los que más problemas legales suelen presentar (p.ej. escándalos, peleas, hurtos etc.).

4.1.1.4. Personalidades con Estilo de Déficit Relacional:

En este grupo se observa una tendencia a la intimidad personal y al retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo. Los esquizoides denotan desinterés en el contacto, los dependientes requieren del otro, los evitativos no logran sentirse cómodos en su participación social y los esquizotípicos se apartan de los demás mediante sus extravagancias (Balarezo, 2010).

Dividiremos esta dimensión en dos grupos:

Los pacientes de estilo dependiente y evitativo muestran niveles moderados de neuroticismo, emotividad negativa, sensibilidad al castigo, además de la presencia de motivos de afrontamiento en su patrón de consumo.

Los pacientes esquizoides y con trastorno esquizotípico, se caracterizan por una marcada introversión, con estrategias hacia el aislamiento por lo que su consumo suele presentarse en soledad, no es raro que muestren tendencia a la emotividad negativa aunque no la expresen de manera franca.

4.1.1.4.1. Personalidad esquizoide

Los individuos con este estilo de personalidad son fundamentalmente sujetos asociales que no necesitan a nadie más que así mismos. Son independientes de los demás, a los que considera como “reemplazables”. Su soledad no es una forma de evitar ciertas situaciones o personas porque les causen ansiedad, sino que es producto de su propia elección, ya que donde encuentran el verdadero placer es en su interior. Lo que pierden estos sujetos en sentimientos e intimidad lo ganan en lucidez, en claridad para observar lo que ocurre en su alrededor. Son indiferentes a los vínculos emocionales que por lo general unen a las personas, por lo que es poco probable que formen una pareja o una relación estrecha de amistad. Su escaso interés por las personas hace que no experimenten la necesidad de atraerlas hacia una relación íntima (Caballo V., 2004).

Oldham y Morris (1995) describen una serie de características típicas de este tipo de sujetos:

- Se encuentran más cómodos estando en soledad.
 - No requieren de la compañía de los demás para disfrutar de experiencias ni para desenvolverse en las diferentes áreas de su vida.
 - Tienen un temperamento desapasionado y poco sentimental.
 - Son capaces de prescindir de una relación sexual continua.
 - No se dejan llevar ni por alabanzas ni por críticas.
 - No sienten hostilidad hacia los demás.
 - Les cuesta interpretar y comprender las señales emocionales y los sentimientos de los otros.
-

Tabla 4.7. Características de la personalidad de estilo esquizoide	
Aspectos conductuales: ➤ Movimientos corporales inquietos presentado torpeza y rigidez gestual. ➤ Ausencia de expresión facial. ➤ Escaso contacto ocular. ➤ Parecen hipoactivos y llama la atención su falta de vitalidad y energía. ➤ Poca iniciativa.	Aspectos cognitivos: ➤ Creencia de que los demás no se ocupan de ellos. ➤ No sobreestiman el potencial real de sus capacidades, tampoco presentan ni alucinaciones ni ideas delirantes. ➤ Presentan falta de atención e incapacidad para captar las necesidades de los demás. ➤ Tienen una aparente deficiencia cognitiva. ➤ Indiferencia al alago y la crítica. ➤ Carentes de ambición. ➤ Escaso interés en las experiencias sexuales y sensoriales.
Aspectos emocionales: ➤ Baja activación emocional. ➤ Incapacidad para expresar tristeza, culpa alegría, ira o enfado. ➤ Respuestas emocionales inapropiadas, reprimidas, embotadas. ➤ Deseo sexual hipoactivo.	Estrategias interpersonales: ➤ Crea distancia emocional. ➤ Preferencia de actividades solitarias.

4.1.1.4.1.1. Entrevista con el paciente de estilo esquizoide.

En este tipo de personas se denota claramente déficits en la respuesta emocional y afectiva, por lo que el terapeuta se encontrará con un paciente que no quiere hablar abiertamente de sus problemas, o que tiene dificultades para realizar una valoración adecuada de la importancia de los mismos, se muestra un tanto indiferente, con escasa expresión facial y gestual, y responde con cierto laconismo a las preguntas que se le formulan. Se deberá cuidar que la entrevista termine siendo un proceso frío y marcado por la distancia interpersonal. Es importante que el clínico no se deje atrapar por la frialdad y el distanciamiento y mantener una actitud receptiva e interesada, especialmente ante cualquier expresión de emocionalidad, por escasa que parezca y al mismo tiempo se debe evitar juzgar al paciente por la forma en que sintoniza el contacto terapéutico (Belloch A., Fernández H., 2008). Estos pacientes suelen mostrar patrones de consumo que en ocasiones son imperceptibles por los demás, ya que suelen consumir solos y las consecuencias

no se observan sino hasta una etapa avanzada del trastorno. Es probable que se den episodios de irritabilidad en estados de intoxicación alcohólica.

4.1.1.4.2. Personalidad Dependiente:

Las personas que presentan un estilo de personalidad de tipo dependiente son las que viven literalmente para hacer felices a quienes consideran importantes en su vida, especialmente a su pareja. Atentos a los sentimientos o necesidades del otro, anteponen la felicidad de los demás a la suya propia y se sienten satisfechos si aquellos a los que cuidan están bien. Suelen adoptar un papel pasivo en las relaciones acatando las decisiones que toman sus parejas (Caballo V., 2004).

Oldham y Morris (1995) proponen las siguientes características que definen al tipo dependiente:

-
- Persona muy comprometida en sus relaciones.
 - Prefieren la compañía de otras personas a estar solos.
 - Prefieren obedecer a dirigir y son muy respetuosos con las autoridades.
 - Ante la toma de decisiones piden consejo a los demás gustosamente, ya que no cuentan con demasiada iniciativa para enfrentarse a la vida.
 - Amables. Diplomáticos, fomentan en sus relaciones los buenos sentimientos.
 - Son emocionalmente constantes.
 - Capaces de sufrir molestias por complacer a los demás y si se enfadan con alguien prefieren no expresarlo abiertamente por no molestar al otro.
 - Cuando se los critica lo aceptan y tratan de corregir su conducta.
 - Idealizan a sus parejas y no se cansan de ellas, al igual que ocurre con cualquier persona importante en sus vidas.
 - En una expresión extrema de este tipo de personalidad, pueden llegar a sentirse inferiores a las personas que tienen idealizadas.
-

Tabla 4.8. Características de la personalidad de estilo dependiente

Aspectos conductuales:	Aspectos cognitivos:
➤ Postura voz, gestos que denotan sumisión. ➤ Comportamiento de apego, apoyo y autosacrificio. ➤ Buscan activamente ayuda y consejo de los demás. ➤ Realzan actos no deseables con tal de conservar el apoyo de otras personas. ➤ Faltos de habilidades para actuar por sí mismos. ➤ Pasivos, sumisos, no asertivos.	➤ Aprensión a estar solos. ➤ Necesidad constante de consejo y reafirmación. ➤ Empatía con los demás. ➤ Minimización de las dificultades. ➤ Pensamiento poco crítico. ➤ Ingenuos, con tendencia a ser persuadidos fácilmente. ➤ Fuerte necesidad de ser cuidados. ➤ Funden su identidad con la de otros. ➤ Falta de confianza en sí mismos, en sus capacidades. ➤ Les es difícil iniciar nuevas actividades.

Aspectos emocionales: ➤ Experimentan miedo y ansiedad cuando han de funcionar de forma independiente. ➤ Temor a que los abandonen. ➤ Inseguros y ansiosos. ➤ Sentimiento de desamparo si se encuentran solos. ➤ Se sienten dominados, utilizados, anulados y desesperados cuando una relación se acaba.	Estrategias interpersonales: ➤ Cultiva relaciones de dependencia. ➤ Preocupación exagerada por los demás, atentos a sus necesidades y deseos.
--	---

4.1.1.4.2.1. Entrevista con el paciente de Estilo Dependiente.

Las personas de estilo dependiente son cooperadores, con lo que resulta relativamente fácil establecer una comunicación fluida, tolerantes a los cambios de tema y que permiten que nos adentremos en la valoración de sus sentimientos y problemas sin demasiada dificultad. La especial proclividad de estas personas a “dejarse llevar” por otros hace que sea importante marcar desde el principio los límites de la relación con el clínico, por lo tanto el estilo de la entrevista debe ser un tanto directiva y lo más profesional posible (Belloch A., Fernández H., 2008). Es común que estos pacientes inicien su consumo producto de la influencia social, además son proclives a subordinar sus decisiones a la decisión de otros producto de su falta de asertividad, su esfera afectiva suele servir de plataforma para iniciar su ingesta alcohólica y las consecuencias derivadas de su adicción son vividas con gran culpabilidad.

4.1.1.4.3. Personalidad Evitativa:

En el ámbito familiar es donde las personas de estilo evitador se sienten más cómodas e inspiradas. A pesar de que huyen de la celebridad pueden tener gran reconocimiento por su creatividad, ya que son personas que, en ambientes íntimos y tranquilos, desarrollan una gran imaginación, de la que obtienen, además, junto con sus propios sentimientos y fantasías, la libertad (Caballo V., 2004).

Oldham y Morris (1995) proponen una serie de características típicas de este estilo de personalidad:

- Prefieren lo conocido, habitual y rutinario a lo desconocido y son reticentes a establecer nuevos vínculos.

- Cuando no conocen a una persona se esconden bajo una máscara de amabilidad, cortesía y distancia emocional.
- Tienen pocos amigos y se sienten muy unidos a la familia con la que establecen vínculos profundos y duraderos. La confianza en sí mismos aumenta en relaciones sólidas, duraderas y familiares.
- Manifiestan una preocupación excesiva por lo que piensen los demás sobre ellos. Necesitan la aprobación de los otros para sentirse bien consigo mismos.
- Comportamiento social educado y comedido.
- Comportamiento discreto, no emiten juicios infundados sobre los demás.
- Presentan grandes ansias por el saber.
- Invierten grandes energías en explorar el terreno de la fantasía, la imaginación y la creación.
- Algunos sujetos pueden desarrollar estrategias de afrontamiento contrafóbicas, llevando a cabo comportamientos que son los que precisamente temen.

Tabla 4.9. Características de la personalidad de Estilo Evitativo	
Aspectos conductuales: ➤ Aislamiento social activo. ➤ Comportamiento frío, distante y tenso con aquellos que no conoce. ➤ Bastante callados, de discurso lento y parsimonioso. ➤ Conductas habitualmente controladas e hipoactivas, pero con algunos movimientos rápidos y bruscos en situaciones estresantes que no controlan. ➤ Búsqueda activa de privacidad. ➤ Hábitos fijos.	Aspectos cognitivos: ➤ Se desbordan con detalles ambientales irrelevantes. ➤ Interferencia cognitiva por pensamientos perturbadores, confusos y distractores. ➤ Hipervigilancia ante los sentimientos e intenciones de los demás, especialmente los indicios de rechazo o desaprobación. ➤ Preocupación por la crítica y miedo al rechazo social. ➤ Búsqueda de aprobación por parte de los demás. ➤ Baja autoestima al devaluar sus logros y enfatizar sus fracasos. ➤ Muy conscientes de sí mismos. ➤ Preocupados por parecer sumisos, torpes e incompetentes a nivel social. ➤ Gran imaginación y capacidad para la fantasía. ➤ Exageración de riesgos asociados a nuevas actividades. ➤ Temor a hacer el ridículo, a ser humillados y a situaciones embarazosas.
Aspectos emocionales: ➤ Baja tolerancia al dolor físico y psicológico. ➤ Temerosos y ansiosos ante situaciones y personas desconocidas. ➤ Altibajos emocionales. ➤ Sentimientos de vacío, despersonalización, soledad y tristeza. ➤ Hipersensibilidad al rechazo.	Estrategias interpersonales: ➤ Evita las situaciones de evaluación, se distancia socialmente, se encierra en sí mismo. ➤ Evita los sentimientos o pensamientos desagradables. ➤ Vigila y está alerta ante las amenazas potenciales (rechazo, desaprobación).

4.1.1.4.3.1. Entrevista con el paciente de Estilo Evitativo.

Estos pacientes suelen mostrarse un tanto ansiosos y recelosos aunque el clínico puede superar estos obstáculos, evitando la confrontación directa y mostrarle claramente que nos interesa su problema, que comprendemos su sufrimiento y que estamos dispuestos a prestarle toda nuestra atención. Conseguir un buen clima desde la primera entrevista, facilitara la exploración psicológica (Belloch A., Fernández H., 2008). Con respecto al consumo de alcohol, la desinhibición producida al inicio de la ingesta permite a los pacientes de este estilo a reducir su ansiedad, que decanta en un mayor, aunque no mejor, acercamiento y desenvolvimiento social, sobre todo con el sexo opuesto.

4.1.1.4.4. Trastorno de Personalidad Esquizotípico.

Las personas con Trastorno Esquizotípico de la Personalidad se sienten atraídos por lo extrasensorial, lo místico, lo oculto. Son dados a nuevas experiencias y a darle interpretaciones distintas a sucesos convencionales. No necesitan tener relaciones íntimas porque éstas no constituyen la base de su autoestima. No necesitan lo objetivo ni lo científico; son distintos, originales, sobresaliendo de los demás bien por sus excentricidades, bien por sus genialidades (Caballo V., 2004).

Oldham y Morris (1995) proponen una serie de rasgos que caracterizan a los individuos con este trastorno de personalidad:

-
- Se basan en sus propios sentimientos y creencias independientemente de lo que los demás comprendan su forma de ver el mundo.
 - Son muy independientes y no precisan de interacciones sociales.
 - Consiguen una vida original e interesante al margen de los convencionalismos.
 - Muestran un gran interés por lo sobrenatural y la metafísica.
 - Son muy sensibles a la forma en que los demás reaccionan frente a ellos.
 - De cara a los demás frecuentemente parecen estar “locos”.
 - Son curiosos, creativos y presentan una mente e imaginación amplias.
 - Son muy inconformistas con lo convencional.
 - Buscan compañía de individuos similares a ellos, aunque prefieren no tener muchas relaciones y basarse en sus principios originales.
 - Llevan una vida exageradamente insólita para los demás y no tratan de amoldarse a lo establecido.
 - No suelen ser competitivos ni ambiciosos.
 - Tienen gran capacidad para concentrarse y para desconcentrarse.
-

Tabla 4.10. Características del Trastorno Esquizotípico	
Aspectos conductuales: ➤ Comportamiento excéntrico. ➤ Sentido del humor absurdo. ➤ Conductas sociales ineptas, se encuentran aislados de los demás. ➤ Extraños patrones de lenguaje. ➤ Vestimenta peculiar o desaliñada. ➤ Apariencia de fría y reservada a agitada y excitable.	Aspectos cognitivos: ➤ Creen que los demás no se ocupan de ellos. ➤ No sobreestiman el potencial real de sus capacidades. ➤ No presentan alucinaciones ni ideas delirantes. ➤ No creen que su falta de interés sugiera patología. ➤ Presentan falta de atención e incapacidad para captar las necesidades de los demás. ➤ Carencia de vida interior. ➤ Pueden desarrollar interés en movimientos intelectuales o modas, pero sin implicarse socialmente. ➤ Aparente deficiencia cognitiva. ➤ Sus fantasías y actividad imaginativa no parecen ir mucho más de su vida real. ➤ Indiferencia activa. ➤ Carencia de ambición.
Aspectos emocionales: ➤ Ansiedad ante el mínimo desafío social ➤ Afectividad restringida o inapropiada. ➤ Anhedonia. ➤ Con frecuencia expresión emocional sin relación con el contexto. ➤ Sensibles a la ira. ➤ Frecuentes ataque de depresión y ansiedad.	Estrategias interpersonales: ➤ Sospechan, se aíslan, a veces son hostiles. ➤ Siguen pautas diferentes a los demás.

4.1.1.4.4.1. La entrevista con el Paciente con Trastorno de Personalidad Esquizotípico.

En estos usuarios el modo de expresarse y el estilo de razonamiento pueden resultar peculiares, pero en líneas generales son personas que colaboran durante la entrevista, en especial si se consigue transmitirle que no se le considera raro ni extraño, que se le acepta tal cual, evitando cualquier juicio de valor sobre su apariencia o modo de expresarse. Es importante considerar que estas personas pueden parecer bastante extrañas, algo difíciles de comprender en parte porque pueden presentar ideación mágica e incluso ciertos componentes paranoides, incluyendo autoreferencia y suspicacia excesiva. También su estado y expresiones afectivas y emocionales pueden resultar un tanto inapropiadas o extravagantes. El estilo de preguntas en estos casos deben ser lo mas concretas posibles, evitando

circunloquios y abordar temas complejos de una sola vez. Pedirle que nos ayude con ejemplos concretos y reales puede ser un buen recurso para que se centre en los temas y se pueda avanzar en el análisis de los temas (Belloch A., Fernández H., 2008). Al igual que los esquizoides el consumo de alcohol suele presentarse en soledad, siendo más proclives a la expresión de su conducta extravagante en estados de intoxicación alcohólica.

4.2. Fundamentos Psicológicos para el Tratamiento de la Dependencia Alcohólica.

En 1999, el *Nacional Institute on Drug Abuse* (NIDA) publicó un total de trece principios, derivados de la investigación empírica realizada en los treinta años anteriores, considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias (National Institute on Drug Abuse, 1999)

Vistos desde la perspectiva actual, estos principios continúan plenamente vigentes, no siendo cuestionados por la investigación (Becoña E., Cortés M., 2008).

Principios para el tratamiento efectivo del NIDA:

1. No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
 2. El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
 3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.
 4. Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
 5. Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
 6. El *counseling* (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
 7. La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el *counseling* y otras terapias conductuales.
 8. Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
 9. La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
 10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
 11. El posible uso de drogas o alcohol durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
 12. Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como *counseling* que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.
 13. La recuperación de la drogadicción y alcoholismo puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.
-

4.2.1. La Centralidad del Tratamiento Psicológico.

Cuando se hace mención al modelo que subyace a los tratamientos psicológicos, no se está afirmando que exista una única forma de entender los procesos y determinantes de la conducta adictiva desde la Psicología. Lo que se quiere decir es que los tratamientos psicológicos se apoyan en un modelo psicológico, cuya naturaleza esencial consiste en comprender la conducta por su relación con el contexto, sea éste de carácter biográfico o social (Becoña E., Cortés M., 2008).

La propia descripción de los trastornos por abuso de sustancias de los sistemas de clasificación diagnóstica (en particular, el DSM –Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-), ya asume la Centralidad del Modelo Psicológico, si tenemos en cuenta que de los siete criterios para el Diagnóstico de la Dependencia, solo los dos primeros tienen que ver con aspectos fisiológicos (tolerancia y abstinencia). Los criterios 3, 4 y 5 se refieren al patrón conductual compulsivo inherente a la adicción a las drogas, caracterizado por dos fenómenos, el *craving* o experiencia subjetiva de desear o necesitar consumir drogas o alcohol y la falta de control (la incapacidad para resistir el *craving*), es decir, la tendencia a elegir una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud, pero más demorada. Finalmente, los criterios 6 y 7 se centran en los efectos adversos (la pérdida de reforzadores) provocados por el consumo de drogas o alcohol. La concepción psicológica de los trastornos de abuso de drogas es también la que subyace en el modelo bio-psico-social o bio-conductual de Pomerleau y Pomerleau (1987) que hoy constituye el marco predominante para el análisis y tratamiento de la conducta adictiva, basado en la evidencia. De acuerdo con este modelo, los componentes esenciales para explicar la iniciación, mantenimiento o abandono de la conducta adictiva son la vulnerabilidad individual, el contexto y las consecuencias (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007). Tales componentes representan a variables mayoritariamente psicológicas o psicosociales, con la única excepción de la parte biológica de la vulnerabilidad o los efectos fisiológicos del propio consumo, estos también muy sujetos a la interpretación psicológica. El contexto y las consecuencias, además de moldear la vulnerabilidad psicológica, se relacionan con la conducta del individuo a través de diversos mecanismos psicológicos, entre los que se encuentran los vinculados al

aprendizaje (tales como los procesos de condicionamiento vicario, operante o clásico), o los patrones de comunicación e interacción (tal y como se entienden, por ejemplo, desde un modelo sistémico).

Los principios para el tratamiento efectivo de las drogodependencias y alcoholismo se sitúan, sin lugar a dudas, dentro de unas coordenadas que reclaman una concepción psicológica del fenómeno adictivo y de su tratamiento. El análisis de estos principios no deja lugar a dudas sobre el carácter central (crítico) del enfoque y el abordaje psicológico dirigido a modificar el comportamiento adictivo o de riesgo, a los que subordinan las estrategias de intervención biológica, que sólo adquieren sentido en un marco en el que el eje sea el tratamiento psicológico. Esta centralidad de los tratamientos psicológicos dentro de las intervenciones terapéuticas en las conductas adictivas no implica menoscabar la importancia de los abordajes sociales o biológicos. La conducta es el producto de múltiples factores, entre los que se encuentran los biológicos y sociales. Sin embargo, el estudio individual de la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los distintos factores y la conducta, con lo que la visión psicológica se convierte inevitablemente en la perspectiva dominante en el campo del tratamiento.

4.2.2. Variabilidad Psicológica y Tratamiento de la Dependencia Alcohólica.

El tratamiento efectivo de las drogodependencias está íntimamente ligado a la evaluación y posible intervención sobre las características psicológicas individuales que pueden condicionar el resultado terapéutico. Dos de los principios para el tratamiento efectivo del NIDA hacen mención indirecta o directa a la necesidad de atender a la variabilidad psicológica. El primer principio indica que “No hay un tratamiento único que sea eficaz para todos los individuos” y el octavo advierte que “Los individuos adictos o que abusan de drogas y alcohol que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada”. Las variables críticas que afectan a la ecuación que liga al tratamiento con el sujeto no parecen fáciles de detectar. Por el lado del tratamiento se encuentran el *setting*, la naturaleza del tratamiento, las cualidades del terapeuta, etc. De parte del individuo están las características del patrón comportamental a modificar (historia, factores intervinientes actuales,

expectativas futuras), trastornos psicopatológicos asociados, motivación, apoyo social, creencias y actitudes frente al tratamiento, problemas médicos, psicológicos, legales y sociales, etc. El ajuste del tratamiento a las características individuales puede deberse en ocasiones a las condiciones legales, médicas o sociales del paciente, con el fin de atender a factores periféricos y no solamente centrales a la modificación del trastorno adictivo.

4.3. Entrevista de inicio de Proceso Terapéutico de acuerdo al Modelo Focalizado en la Personalidad.

4.3.1. Primera Etapa.

En esta etapa, nos centraremos principalmente en el análisis de la demanda, puesto que generalmente en el caso del consumo de sustancias, ésta suele provenir de presiones familiares, laborales o legales. Es decir, el inicio del proceso terapéutico suele estar motivado por complacer a familiares, allegados o evitar sanciones laborales y legales.

4.3.1.1. La Demanda.

Es oportuno establecer la procedencia de la demanda con el objeto de relacionarla con la motivación. Ocurre con frecuencia y sobre todo en el caso de las adicciones, que las demandas son diversas cuando los familiares son quienes conducen al paciente a tratamiento. El terapeuta requiere tomar decisiones técnicas y éticas para cumplir en forma apropiada su función, sobre todo en casos en los que se observa diversidad de criterio y valores inter-generacionales (Balarezo L., 2010). En el caso de pacientes con dependencia alcohólica un gran porcentaje de la petición de tratamiento vendrá solicitada por sus familiares por lo que el profesional deberá ser consciente de los alcances de su accionar clínico y del manejo de las expectativas familiares.

4.3.1.1.1. Tipos de Demanda.

Nuestro modelo hace referencia a dos tipos de demanda (Balarezo L., 2010):

- Explícita
- Implícita

La demanda explícita es lo que generalmente llamamos motivo de consulta en el ámbito clínico, que se relaciona generalmente con una dolencia psíquica o problemas de ajuste. No obstante, luego de las primeras narraciones, se puede observar que aquella demanda oculta motivos más profundos que explican no solo la consulta. En el caso de las adicciones generalmente la demanda implícita a más de ser la complacencia a familiares, a la pareja, no enfrentar dificultades legales etc., es común encontrar dificultades en las primeras vinculaciones con figuras significativas, abuso físico, psicológico, sexual, “este tipo de demanda no necesariamente se hará visible en la primera entrevista” (Balarezo L., 2010).

4.3.2. Segunda Etapa

En esta etapa nos centraremos en el establecimiento de una sólida alianza terapéutica, la investigación del trastorno y de la personalidad.

4.3.2.1. La Alianza terapéutica

La alianza terapéutica o alianza de trabajo es el vínculo de confianza y ayuda que se va creando entre un profesional y su paciente a lo largo de un proceso terapéutico. La estabilidad y el encuadre apropiado, permiten al paciente tener una actitud esencialmente positiva respecto al proceso terapéutico, identificándose con los objetivos del mismo (Pascual F., Velasco A., 2008).

La alianza está compuesta por todos aquellos factores que contribuyen a que el paciente permanezca en el tratamiento, e incluye la capacidad de soportar el esfuerzo y el pesar que provoca el enfrentamiento con sus conflictos internos (Pascual F., Velasco A., 2008).

La relación terapéutica se convierte en la piedra angular del tratamiento en el caso del consumo de sustancias en general y en forma particular para la dependencia alcohólica, sin embargo, no es poco común que en esta patología paciente y terapeuta se conviertan en adversarios; algunos factores que contribuyen a la merma de la calidad de la esta relación son:

1. Los pacientes con dependencia alcohólica frecuentemente no acceden a un tratamiento voluntariamente.
2. Los pacientes suelen mantener presuposiciones muy desadaptativas acerca de la terapia.
3. Los pacientes no suelen ser muy abiertos o sinceros, al menos al principio de la terapia.
4. Los pacientes pueden presentar dilemas de confidencialidad.
5. Los pacientes no se sienten identificados con el terapeuta.

6. Los terapeutas pueden generar presuposiciones negativas acerca de los pacientes con dependencia alcohólica.

Es así que en la mayoría de los casos, estas personas acuden a tratamiento presionados por personas significativas, jefes o por el sistema judicial (Frances y Miller 1991). Otra limitante se presenta debido a que estas personas tienden a ocultar información y muestran poca sinceridad en sus respuestas. Es preciso que los terapeutas informen a sus pacientes de los límites de la confidencialidad desde el principio de la terapia, y por tanto, ellos sabrán que información no pueden recelar, para su seguridad personal.

Otro factor general que se añade a la dificultad de formar una sólida alianza terapéutica con el paciente con dependencia alcohólica, es la visión que aquel tiene del terapeuta, que es visto como una especie de agente de policía o una continuación de los tribunales “del sistema” o de las clases socioeconómicas más privilegiadas. A dichos pacientes les cuesta creer que sus terapeutas tratarán de ayudarlos con sus problemas de forma sincera, o que los tratarán con honradez, respeto y de forma positiva. Como resultado evitará las sesiones terapéuticas. De hecho escogerá las afirmaciones del terapeuta que contrastan con la visión del usuario como una confirmación de que el profesional está en su contra, y por otro lado, las afirmaciones positivas del terapeuta serán vistas como ingenuas, manipulativas, poco sinceras o paternalistas (Beck A.T., y cols., 1999).

Es necesario reconocer que trabajar con este tipo de pacientes puede llegar a ser muy estresante, por tanto, es preciso implicarse en supervisiones regulares con colegas, de tal forma que exista un equipo de apoyo que generen sugerencias objetivas. Estas consultas evitarán que el clínico resulte “quemado”. Por tanto, tratar con pacientes con dependencia al alcohol puede verse como un gran reto y un crecimiento personal para el terapeuta (Beck A.T., y cols., 1999).

Es casi seguro que habrán momentos a lo largo de todo el proceso en que el terapeuta y el paciente se encuentren “raros” y, en los que los sentimientos negativos serán bastante intensos para alguna de las dos partes. Esto no necesariamente tiene por qué romper la alianza terapéutica (Beck A.T., y cols., 1999).

Algunos movimientos para hacerle frente a estas situaciones:

- No luchar fuego con fuego.

- Mantener la sinceridad.
- Permanecer centrado en las metas del tratamiento.
- Permanecer centrado en las habilidades favorables.
- Desamar al paciente con auténtica humildad y empatía.
- Confrontar con diplomacia.

4.3.2.2. Análisis del trastorno y la personalidad.

El estudio transversal y longitudinal del individuo, mediante la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos orienta hacia el diagnóstico del trastorno y las características de personalidad (Balarezo, 2010).

4.3.2.2.1. Análisis del Trastorno.

El abuso y la dependencia del alcohol se manifiestan de diferentes maneras en cada persona, aunque hay algunos síntomas comunes que nos permiten realizar un diagnóstico (Pascual F., Velasco A., 2008). Es preciso un análisis tanto transversal, como longitudinal en cada uno de los puntos descritos a continuación:

-Desde el punto de vista biológico: El consumo continuado de alcohol en cantidades elevadas, incide en la posibilidad de sufrir enfermedades del aparato digestivo, cardio-circulatorio, neurológico, cáncer del aparato digestivo y de mama, entre otras, es preciso realizar preguntas para explorar daños físicos que el paciente ya puede tener.

- Desde el punto de vista fisiológico: presencia de los fenómenos de tolerancia y abstinencia.

- Desde el punto de vista psicológico: Síntomas como ansiedad, angustia, depresión, cuadros fóbicos, suelen acompañar al consumo compulsivo de alcohol. La dificultad para controlar el consumo de alcohol está directamente relacionada con una falta de control de los impulsos, y llevará a un deterioro progresivo del razonamiento y la toma de decisiones. Se harán más evidentes los rasgos compulsivos y la baja tolerancia a la frustración (Pascual F., Velasco A., 2008). Puede aparecer el fenómeno de *craving*: experiencia subjetiva de desear o necesitar el consumo, e incapacidad de resistirlo. El alcohol altera la conducta de las personas, provoca desinhibición y comportamientos anómalos que van desde la despreocupación hasta la agresividad (Pascual F., Velasco A., 2008).

- *Desde el punto de vista de las relaciones interpersonales:* consecuencias adversas en el plano laboral (pérdida de horas de trabajo y de productividad), familiar (discusiones con el cónyuge y otros familiares, violencia doméstica) o social (problemas y discusiones con amigos), problemas judiciales, accidentes de tráfico, etc.

- *Desde el punto de vista psiquiátrico:* El consumo excesivo de alcohol aumenta la probabilidad de sufrir trastornos psiquiátricos agudos, como intoxicación etílica y delirium por abstinencia alcohólica, trastornos prolongados, como Síndrome de Wernicke-Korsakoff y demencia alcohólica, psicosis alcohólicas (alucinosis y/o celotipia); y por último, la frecuencia del suicidio en estos pacientes es mucho más alta que en el resto de la población.

El diagnóstico, deberá ser realizada por el profesional encargado de valorar y evaluar cada caso en la asociación: psicólogo, psiquiatra o médico, especialistas en adicciones (Pascual F., Velasco A., 2008).

A continuación sintetizamos algunos principios que guiarán nuestra entrevista:

- Emplear la escucha reflexiva: que la persona se sienta escuchada, hacerle saber que intentamos entender lo que quiere decirnos.
- Utilizar preguntas abiertas: para que el entrevistado pueda extenderse, no forzar respuestas de sí o no, ya que perderemos información y la confianza del paciente.
- No empezar la entrevista confrontando: que el paciente no se vea obligado a ponerse a la defensiva, ni perciba esta situación como si se tratará de una lucha contra él (Pascual F., Velasco A., 2008).

Debemos transmitir que lo que pretendemos es acompañar al paciente en su proceso de cambio. Que es él quien asumirá el protagonismo en este proceso, pero nosotros estaremos a su lado para ayudarlo.

El entrevistado siempre debe ser el protagonista, nunca nosotros o su familia. Debemos hacerle notar que lo que nos importa es lo que él tiene que decirnos, sus preocupaciones y angustias. Él debe guiarnos en este momento y decidir los temas a tratar y hasta dónde profundizar en ellos, nosotros lo acompañamos con una escucha atenta y empática.

Aunque nos parezca que plantea temas menores, debemos dar lugar a que los despliegue sin prejuzgar, ya que a veces en una aparente anécdota sin importancia podemos encontrar la clave que nos permite entender parte de su problemática.

Por eso, es fundamental que en la primera entrevista no acosemos al paciente con cuestionarios o preguntas cerradas, sino que lo dejemos expresarse y hasta irse un poco por las ramas, volviendo a situar el tema cuando sea necesario (Pascual F., Velasco A., 2008).

4.3.2.2.1. Inventarios para el diagnóstico y el tratamiento.

A continuación se presenta algunos instrumentos que permitirán un mejor accionar psicoterapéutico, la elección del instrumento será flexible según el objetivo diagnóstico o terapéutico.

Tabla 4.11. Instrumentos Psicométricos usados en la Evaluación y Tratamiento de la Dependencia Alcohólica.

Medición	Escala	Descripción
Escalas Monosintomáticas	- Escala de la Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA) (Anexo 1).	Evalúa síntomas físicos de la abstinencia, síntomas psicológicos de la abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de la abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingesta de alcohol, y reinstauración de la sintomatología tras la recaída. (Bobes, Bascarán, Carballo, Mesa, Flórez, García-Portilla, Sáiz; 2007).
	- Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia al Alcohol (SADQ) (Anexo 2)	Evalúa síntomas físicos y psicológicos relacionados con la abstinencia, conductas para aliviar el síndrome de abstinencia, datos sobre consumo y rapidez en la reinstauración de los síntomas tras la recaída (Rubio et al., 1996).
Escala Multisintomática	- Inventario de síntomas SCL-90-R. (Anexo 3)	Evalúa patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico (Casullo M., Pérez M., 2008). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico.
Escalas orientadas a disfunciones de la personalidad.	- Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad Autoaplicado-Screening Módulo DSM-IV. (Anexo 4)	Es un breve cuestionario de screening que, proporciona al entrevistador información rápida sobre que trastornos de personalidad probablemente están presentes y, por tanto, el entrevistador tiene que explorar a profundidad el posible trastorno. Por medio de este cuestionario autoaplicado, se obtiene un perfil de probables trastornos de la personalidad. (Nareciso, Carreño, Pérez, Álvarez, González, Bobes; 1998).
	-Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad. (Anexo 5)	Es una herramienta de despistaje de 11 trastornos de la personalidad (según nomenclatura DSM-IVTR: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente; según nomenclatura CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, anancástico y ansioso). (Bobes y cols; 2005).
Escalas Orientadas a	Cuestionario de Estilos de Personalidad (CEPER) (Anexo 6)	Mide 14 estilos de personalidad: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, antisocial, límite, por evitación, por dependencia, compulsivo, pasivo-agresivo, sádico, autodestructivo y depresivo, y cuatro ítems que evalúan sinceridad. Estos estilos siguen los criterios del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-III-R (APA, 1987) (autodestructivo y sádico) para los trastornos de personalidad, pero tratan de evaluar estilos, no trastornos

Estilos de la Personalidad		(Caballo V., Guillén J., Salazar I., 2009).
	- Cuestionario Seapsi de estilos de personalidad. (Anexo 7)	La finalidad, es identificar rasgos predominantes de personalidad, los mismos que pueden agruparse en cuatro tipos. ▪ Personalidades Afectivas: Histriónica (h) Ciclotímica (c) ▪ Personalidades Cognitivas: Anancástica (a) Paranoide (p) ▪ Personalidades Comportamentales: Inestable (i) Disocial (d) ▪ Personalidades con déficit en la relación: Evitativa (ev) Dependiente (d) Esquizoide (e) Esquizotípica (ez) (Balarezo-Velástegui 2010).
Escalas orientadas a dimensiones (biológicas) de la personalidad	- Cuestionario de Personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire EPQ) (Anexo 8)	Mide básicamente tres dimensiones biológicas (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad) de la personalidad y además posee una escala de sinceridad (Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L, Blum, G.D., y Pedrón, V; 2010).
	- Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (SCSR) (Anexo 9)	Sensibilidad al Castigo (SC) evalúa la inhibición del comportamiento ante la posibilidad de consecuencias aversivas.. La segunda subescala, Sensibilidad a la Recompensa (SR), evalúa la posibilidad de aparición de estímulos apetitivos, siendo una medida de impulsividad (Ávila C., 2003).
Escalas orientadas al tratamiento.	- Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo-Compulsivos de la (CCOCB) (Anexo 10)	El cuestionario está dividido en dos subescalas, relacionadas con el componente obsesivo y con el componente compulsivo (Rubio y López; 1999).
	- Cuestionario sobre el Deseo de Beber, CDB (Anexo 11)	Evalúa: a. Tipos de deseo: <i>Craving</i> (incapacidad para la abstinencia) y <i>Priming</i> (incapacidad para parar de beber). b. Intensidad del deseo. c. Refuerzo: Positivo (lo que le supone de atractivo la bebida al sujeto), Negativo (alivio de los síntomas de abstinencia) y Social. d. Grado de control sobre el deseo: autoeficacia, autocontrol. e. Grado de discapacidad e interferencia que genera el deseo (tiempo que se pierde pensando en la bebida, disminución de las salidas o de la relación con los amigos, interferencia en el trabajo o con la familia, etc.). (Rubio y cols., 2006)
	- Drinking Motives Questionnaire-Revised M-DMQ-R. (Anexo 12)	El cuestionario M-DMQ-R evalúa los motivos de consumo en cinco dimensiones (Mezquita; 2010): • Motivos de consumos sociales. • Motivos de afrontamiento de la ansiedad. • Motivos de afrontamiento de la depresión. • Motivos de animación. • Motivos de conformidad.
	- Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (Anexo 13)	Esta prueba evalúa el modelo propuesto por Prochaska (1983), (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y 8 ítems en cada una. (Rojas M., 2006).

	- Cuestionario de Procesos de Cambio (Anexo 14)	Los procesos de cambio consisten en actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo (J. Trujols, A. Tejero y E. Bañuls, 2003). 1. Aumento de la concienciación. 2. Auto reevaluación. 3. Reevaluación ambiental. 4. Relieve dramático. 5. Autoliberación. 6. Liberación social. 7. Manejo de contingencias. 8. Relaciones de ayuda. 9. Contracondicionamiento. 10. Control de estímulos.
	- Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2). (Anexo 15)	Long Form-Second Edition (YSQ-L2), mide los siguientes factores (Castrillón, Cahves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Schnifer; 2005): Abandono. • Insuficiente autocontrol/autodisciplina. • Desconfianza/abuso. • Privación emocional. • Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. • Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad. • Autosacrificio. • Estándares inflexibles. • Inhibición emocional. • Derecho. • Entrampamiento
	- Parental Bonding Instrument (P.B.I.) (Anexo 16)	Es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker, Tupling y Brown, (1979) en la Universidad de New South Wales, Australia. Basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby, el P.B.I. mide la percepción de la conducta y la actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia. (Sanchis-Cordellat F., 2008).
	- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). (Anexo 17)	Es un cuestionario que consta de 20 ítems que evalúan la presencia de alexitimia (Páez D., Martínez-Sánchez, F., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A., 1999).
Escalas orientadas a la evaluación del proceso.	-Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA) (Anexo 18)	Ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para su evaluación (Guardia, Luquero, Siñol, Burguete y Cardús; 2006). Elaborado con la finalidad de que pueda utilizarse tanto en estudios clínicos para la evaluación del tratamiento del alcoholismo como en la práctica clínica habitual (Guardia, Segura, Begoña, Trujols, Tejero, Suárez, y Martí; 2004).
	- Cuestionario de Resultados (OQ45) (Anexo 19)	Es un instrumento de auto-informe breve de resultados (Lambert M. y Burlingame G., 1996). Mide el funcionamiento del usuario en las principales áreas que son origen de síntomas psiquiátricos, funcionamiento del rol social y las relaciones interpersonales (Sammons M., Schmidt N., 2001).

4.3.2.2.2. Análisis de la Personalidad.

4.3.2.2.2.1. Configuración de la Personalidad.

De la infancia nos interesará: la relación con las figuras de apego, la confianza básica, la adquisición de la autonomía en las diferentes etapas, la aceptación de los límites y las reacciones a la frustración, la función del juego para simbolizar y elaborar fantasías, la triangulación (o modo de situarse frente a lo masculino y lo femenino), las identificaciones, el ajuste escolar y familiar (Pascual F., Velasco A., 2008).

En cuanto a la adolescencia (segunda oportunidad para elaborar conflictos primarios) anotaremos: la influencia de nuevos modelos no familiares, las relaciones con iguales, la sexualidad (evolución del autoerotismo a la sexualidad adulta), la agresividad y sus formas de expresión, proyectos, valores, actings (actuaciones), cómo han sido vividos los cambios fisiológicos, cómo se han elaborado los duelos (por el cuerpo infantil, por la identidad y roles infantiles, por los padres infantiles).

Debemos observar si aparece el consumo en cualquiera de sus formas, en relación con la sexualidad, la separación de los padres, la frustración, etc.

En toda su historia nos detendremos en las formas de satisfacción y de respuesta a la frustración, e intentaremos buscar claves para entender qué lugar ocupa el consumo en esta constelación, qué función puede estar cumpliendo, qué vacíos rellena, qué figuras acerca, etc.

El material histórico es importante, pero no ha de obtenerse mediante un trabajo de tipo detectivesco, que aliente al paciente a desarrollar la idea de que una vez que “suelte” *todo* y el terapeuta sepa *todo* sobre él, *todo* estará solucionado.

El profesional intentará conocer el significado especial que el paciente da a su vida, invitándolo a un esfuerzo de autoexploración para conocer la relación del presente con el pasado, de la imagen actual con las influencias de otras etapas, transmitiéndole -sobre la base de un profundo respeto- que valora su vida y sus experiencias.

También indagará cómo han vivido los padres el crecimiento del hijo y si éstos han sido capaces de ilusionar y decepcionar al niño en una medida ajustada (Pascual F., Velasco A., 2008).

4.3.2.2.2. Relaciones Familiares

Conocer las relaciones existentes entre todos los miembros, facilita la identificación de sucesos familiares críticos (acontecimientos estresantes ocurridos) y valorar su repercusión. Explorar el momento actual en el que se encuentra la familia, ver la cronología de los hechos y la información acerca de las pautas familiares (Pascual F., Velasco A., 2008).

Indagar sobre las relaciones familiares de forma longitudinal y transversal, facilita, además, la detección de problemas emocionales ocultos y secretos familiares y ayuda, tanto al paciente como a su familia, a verse como parte de un

todo y a observar el tipo de relación que existe entre todos los miembros (Pascual F., Velasco A., 2008).

4.3.3. Tercera Etapa.

4.3.3.1. Planificación del proceso.

Los objetivos y técnicas se discutirán con el demandante para acercarse lo mejor posible a sus motivaciones y expectativas. Requiere del terapeuta un trabajo analítico-sintético profundo a fin de ajustar el proceso a las necesidades del paciente (Balarezo, 2010).

4.3.3.2. Señalamiento de objetivos.

La planeación del tratamiento individualizado es un rasgo esencial de un acercamiento integral; los planes de tratamiento con un modelo integrado están desarrollados en grupo para sí poder encontrar a los pacientes donde están, basados en la información reunida durante la evaluación. Este proceso reconoce que las necesidades que presentan los pacientes y sus problemas varían mucho de una persona a la siguiente, así como sus fuerzas, el aprovechamiento de sus recursos, sus metas personales y su motivación y/o disposición para el cambio. En la medida que el plan de tratamiento se vuelva más preciso respecto a estas diferencias individuales, la inversión personal del paciente para lograr los cambios deseados es mucho mayor y más grande (Washton A., Zweben J., 2006).

Es importante tanto para el paciente como para el terapeuta reconocer que el plan de tratamiento inicial debe ser flexible y sujeto al cambio, basado en la información de la entrevista y las necesidades que se vayan presentando a lo largo del tratamiento.

En el acercamiento integral, la abstinencia es vista como la meta preferida del tratamiento por los pacientes que tienen un historial de problemas serios con el alcohol. Muchos pacientes no están informados y por lo tanto dudan sobre los grandes beneficios de poner en práctica la abstinencia, especialmente si ellos ven la renuncia de su consumo de alcohol como sucumbir a los deseos de los demás. Se les puede describir ventajas personales para tratar de experimentar con la abstinencia, de la siguiente manera (Washton A., Zweben J., 2006):

- Es muy evidente que la abstinencia es la opción más segura. No existe garantía de un nivel “seguro” de consumo de alcohol que no cause algún daño. Si no consume alcohol se elimina la posibilidad de incurrir en alguna u otra consecuencia adversa, causados de manera directa o indirecta por el consumo de alcohol.
- La abstinencia brinda la oportunidad única para ver las cosas con otra mirada y para reunir información valiosa sobre la manera en que piensa, siente y se comporta sin el alcohol. Ayuda a revelar la naturaleza y la extensión de la adherencia del paciente al alcohol, incluyendo el grado en el que depende alterar químicamente el estado de ánimo para sobrellevar la tensión y otras emociones negativas.
- La abstinencia puede ofrecer un mejor acceso a las emociones y proporcionar una oportunidad de aprender a manejarlas de manera más efectiva después de que es removido el cobertor químico por el consumo de alcohol.
- La abstinencia da una oportunidad para romper con los viejos hábitos, experimentar el cambio y construir algo de confianza.
- La abstinencia ayuda a identificar de manera más clara los “detonadores” internos (emociones, pensamientos) y externos (ambiente) asociados con el consumo de alcohol.
- La abstinencia puede ayudar a reducir los conflictos causados o exacerbados por el consumo de alcohol con los miembros de la familia y los demás allegados.
- La abstinencia proporciona una indicación de qué tan fácil o difícil puede ser dejar el consumo.
- La abstinencia expone los huecos y necesidades no satisfechas en la vida del paciente las cuales se irán llenando o constituyen en sí mismos una distracción del alcohol.
- La abstinencia puede incrementar o restaurar la efectividad de las medicinas prescritas que se están tomando para otros problemas como la depresión, ansiedad y otros padecimientos (Washton A., Zweben J., 2006).

Además y en coherencia con nuestro modelo, el objetivo de autoconocimiento por parte del paciente con dependencia alcohólica es importante para la efectividad

terapéutica. Generar movilizaciones en las estructuras de la personalidad permitirá mejor conciencia de sí mismo y un modelo de explicación de sus situación actual que no sólo se circunscribirá a su trastorno si no a sus rasgos de personalidad, es decir, a la forma de ser de cada paciente.

4.3.3.3. Señalamiento de Técnicas.

Intervención a tres niveles.

4.3.3.3.1. Intervenciones de asesoramiento

4.3.3.3.1.1. Proporcionar psicoeducación.

Proporciona información acerca de la adicción y la recuperación es una parte importante del trabajo terapéutico. Explicar la naturaleza del proceso de adicción, en particular, la manera en que el alcohol afecta al cerebro, da un marco de referencia para ayudar a los pacientes a ir más allá de la confusión, la pena y la culpa; y aceptar los cambios de conducta que se requieren para convertirse en abstemio (Washton A., Zweben J., 2006).

También ofrece esperanza a los miembros de la familia y proporciona un fundamento a sus esfuerzos por brindar más ayuda constructiva. Es importante evitar dar monólogos largos y presentar la información en segmentos breves, tomando en cuenta que la repetición es importante en la recuperación temprana. El terapeuta puede alentar al paciente a leer, proporcionándole material objetivo acerca de la dependencia alcohólica, además los recursos audiovisuales (películas) pueden ser de gran ayuda en esta etapa. Como con cualquier intervención terapéutica, el tiempo es importante, y el terapeuta debe asegurarse de estar enfocado en los asuntos más relevantes conforme avanza. La psicoeducación también debe incluir información reléate de los trastornos psiquiátricos con ocurentes. Esto incluye la naturaleza del trastorno, su curso normal y el pronóstico con el tratamiento adecuado. El terapeuta deberá revisar factores de influencia, tales como la importancia de la herencia genética, estresores traumáticos y otros, y entornos favorables y desfavorables que afectan el resultado (Washton A., Zweben J., 2006).

Existen tres técnicas principales (ver tabla) que podrán ser aplicadas al inicio del tratamiento, de acuerdo a la demanda específica del consultante o a las necesidades que el terapeuta evalúe conveniente satisfacer (Rojas M., 2006).

Estas son:

- Información.
- Orientación.
- Biblioterapia.

Estas tres técnicas servirán, además, como herramientas de enganche del cliente para con las sesiones, contribuyendo en la motivación de éste para llevar a cabo el programa de autocontrol. Aunque estas técnicas se proponen como parte específica de una sesión, o pueden ser aplicadas también en las sesiones sucesivas, de acuerdo al criterio del terapeuta (Rojas M., 2006).

Tabla 4.12. Técnicas de asesoramiento en Dependencia Alcohólica	
1. Información Se trata de proporcionar información seleccionada al cliente o consultante, sobre un área en particular y en función a las características de la demanda. Se utiliza cuando la falta de información genera en la persona comportamientos no adecuados, en determinadas situaciones. En el caso particular de las conductas de uso o abuso de sustancias se puede brindar información sobre: los efectos adversos de ciertas sustancias, conceptos básicos sobre dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, craving etc (Rojas M., 2006).	Objetivo: Dotar de información básica al consultante en función del análisis de la demanda. Aplicación: ▪ Determinar qué información se debe proporcionar al consultante. ▪ Informar al cliente de forma clara, concisa y sencilla. ▪ Si se considera oportuno, se le proporcionará la información a través de trípticos, artículos impresos, vídeos, etc. ▪ Pedir feedback al cliente para comprobar que entienda correctamente la información. Características del Terapeuta: ▪ Ha de ser claro en la exposición de la información. ▪ Debe adaptar el lenguaje al nivel cultural de la persona.
2. Orientación Consiste en proporcionar a la persona instrucciones precisas sobre cómo actuar frente a determinadas situaciones de riesgo asociadas con el consumo de sustancias en general y alcohol en particular. Se utiliza cuando la persona que solicita ayuda precisa de instrucciones concretas para poder llevar a cabo una actuación que sería capaz de realizar, pero que no pone en práctica debido a falta de información (Rojas M., 2006). Algunas orientaciones o sugerencias que se dan a menudo son, por ejemplo: ▪ No portar o manejar demasiado dinero. ▪ Conversar con alguna persona de confianza de su red de apoyo al presentar deseos de consumo o cravings. ▪ Evitar lugares, personas u objetos asociados al consumo de alcohol.	Objetivo: Instruir al cliente sobre el comportamiento sintomático. Aplicación: ▪ Determinar en qué momento serán puestas en práctica cada una de las instrucciones. ▪ Operativizar las instrucciones. Estas han de ser claras, concisas y sencillas. ▪ Comprobar si las instrucciones han sido comprendidas. ▪ En lo posible, dar las instrucciones por escrito. Características del Terapeuta: ▪ Fundamentalmente, ha de saber dar instrucciones claras y viables. ▪ Adecuar el lenguaje al nivel del cliente.
3. Biblioterapia Se trata de dar a la persona que solicita ayuda la información bibliográfica pertinente, para que	Objetivo: Proporcionar bibliografía actualizada que complementen las acciones del consejero o terapeuta.

conozca el fenómeno de la conducta adictiva (Rojas M., 2006). Para ello hay que tener en cuenta que: ▪ La bibliografía debe ser de lectura sencilla, clara y amena, por tanto no debe ser de contenido muy técnico. ▪ La selección de la bibliografía ha de ser completa, pero breve, de tal forma que el terapeuta esté seguro de que la va a leer.	Aplicación: ▪ Selección adecuada del documento. ▪ Entrega del documento. ▪ Debate sobre el documento. Dificultades que se pueden presentar: ▪ Que no haya leído el texto. ▪ Que habiéndolo leído, el consultante no lo haya comprendido. ▪ Que lo considere innecesario porque “domina” el tema. Características del Terapeuta: ▪ Será capaz de hacer una selección adecuada del texto. ▪ Ha de conocer y seleccionar tanto el contenido como la comprensión del documento. ▪ Capaz de adecuar el lenguaje durante la revisión del documento al nivel cultural del consultante. La biblioterapia, se utiliza sola o como parte de un conjunto de técnicas, recurriendo a la misma cuando uno de los problemas del cliente es la falta de información, y se considera que al leer sobre el tema demandado quedarán aclaradas las dudas (Rojas M., 2006).
--	---

4.3.3.3.1.2. El entrenamiento en asertividad.

La conducta asertiva es ese conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de este individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de problemas futuros (Caballo, 1983, 1996). No hay una única manera de comportarse asertivamente, sino una serie de estrategias diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo y el contexto.

Podemos decir que la conducta asertiva (Alberti, 1977):

- Es una característica del comportamiento, no de las personas.
- Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- Es una característica del comportamiento socialmente eficaz no dañino.

Esta herramienta se compone de múltiples elementos que deben ser tratados a la hora de entrenar a nuestro paciente en asertividad, a continuación enumeraremos un programa base (Riso 2000), con una leve adaptación al consumo de sustancias:

1. ¿Qué significa ser asertivo?
2. La calibración de la asertividad.
3. Cuando no conviene ser asertivo.
4. ¿Qué nos impide ser asertivos?
5. Aprendiendo a decir NO.
6. La real ganancia del NO
7. Aplicación.

4.3.3.3.1.3. Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Este entrenamiento se fundamenta en los principios del aprendizaje y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos a la persona, y factores ambientales (Labrador., 1992).

El circuito de acción social se puede describir de la siguiente manera (Labrador., 1992):

- Percepción de las señales sociales de los demás.
- Traducción del significado de esas señales sociales.
- Planificación: búsqueda y valoración de posibles alternativas de actuación.
- Actuación: ejecución de la alternativa más adecuada.

Dentro de este proceso se utilizará las siguientes técnicas:

- Instrucciones.
- Modelado.
- Ensayo conductual.
- Retroalimentación.
- Refuerzo.

Además siendo este entrenamiento de tipo conductual se puede introducir elementos cognitivos como detección de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que pueden hacer más efectiva esta intervención.

4.3.3.3.2. Intervenciones sintomáticas

4.3.3.3.2.1. Estrategias motivacionales apropiadas para cada etapa de cambio.

4.3.3.3.2.1.1. *Pre-contemplación.*

El paciente no percibe el consumo de alcohol como un problema y aún no ha considerado el cambio o no está deseoso por él (Washton A., Zweben J., 2006).

-
- Establecer un vínculo cercano, pedir permiso para discutir el tema del cambio.
 - Reconocer el deseo del paciente para hablar de forma abierta.
 - Incrementar las dudas o preocupaciones del paciente sobre su patrón de consumo de alcohol.
 - Explorar la secuencia y significado de los eventos que lo trajeron a buscar ayuda actual y tratamientos anteriores.
 - Deducir la percepción del paciente del problema.
 - Explorar los pros y contras del consumo de alcohol.
 - Deducir, escuchar y reconocer los aspectos del consumo de alcohol que al paciente le gustan.
 - Examinar las diferencias entre la percepción del paciente y la de los otros en relación al problema.
 - Ofrecer información histórica sobre los riesgos del consumo de alcohol.
 - Educar al paciente sobre las definiciones del DSM-IV sobre dependencia alcohólica.
 - Expresar su preocupación, mantener la puerta abierta y continuar el diálogo.
-

4.3.3.3.2.1.2. *Contemplación:*

El paciente reconoce las preocupaciones sobre el consumo de alcohol y está considerando la posibilidad del cambio, pero está ambivalente dudoso o incierto (Washton A., Zweben J., 2006).

-
- Normalizar la ambivalencia del paciente sobre continuar el consumo de alcohol o parar definitivamente.
 - Ayudar al paciente a inclinar el peso de la balanza hacia el cambio.
 - Deducir los puntos de vista del paciente sobre los pros y contras del cambio.
 - Examinar valores personales del paciente en relación al cambio.
 - Enfatizar la libre voluntad del paciente, responsabilidad y habilidad para el cambio.
 - Examinar el entendimiento del paciente para el cambio y en qué esta involucrado.
 - Discutir la idea de un “experimento” con la abstinencia como una manera potencialmente informativa y útil para “saltar la barda”.
-

4.3.3.2.1.3. *Preparación:*

El paciente está comprometido a realizar cambios y planear realizar cambios en un futuro inmediato, pero aún está considerando que hacer exactamente (Washton A., Zweben J., 2006).

-
- Aclarar las metas propias, horarios y estrategias del paciente para el cambio.
 - Ofrecer una guía y sugerencias.
 - Explorar lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado.
 - Explorar las expectativas del tratamiento y el rol del paciente.
 - Identificar y enlistar apoyos sociales disponibles.
-

4.3.3.2.1.4. *Acción:*

El paciente está llevando los pasos activamente para el cambio, pero no ha alcanzado un estado deseable (Washton A., Zweben J., 2006).

-
- Comprometer al paciente en el tratamiento y reforzar la importancia de permanecer en este mientras se logran las metas propuestas.
 - Reforzar los cambios pequeños.
 - Reconocer las dificultades comunes en las etapas tempranas para el cambio y explorar como manejarlas.
 - Educar al paciente sobre las apetencias y cómo manejarlas de manera segura.
 - Ayudar al paciente a identificar situaciones de alto riesgo a través de un análisis funcional y desarrollar de manera apropiada las habilidades para evadir el problema y sobrellevarlo.
 - Asistir al paciente para encontrar nuevos refuerzos para el cambio positivo.
-

4.3.3.2.1.5. *Mantenimiento:*

El paciente ha logrado las metas iniciales como la abstinencia y ahora está trabajando en mantener los beneficios (Washton A., Zweben J., 2006).

-
- Ayudar al paciente a identificar y tomar una muestra de los recursos de placer de las no drogas (nuevos reforzadores).
 - Apoyar los cambios positivos del estilo de vida.
 - Afirmar las resoluciones y autoeficacia del paciente.
 - Ayudar la práctica del paciente y utilizar nuevas estrategias de habilidades para evitar el regreso al consumo de sustancias.
 - Mantener un contacto compasivo.
-

4.3.3.2.1.6. *Retorno:*

El paciente ha regresado a sus conductas previas por consumo de alcohol y deberán de sobrellevar las consecuencias y decir que hacer ahora (Washton A., Zweben J., 2006).

-
- Ayudar a los pacientes a reingresar al proceso de cambio, sobrellevar el autoreproche y culpa y comprometerse a metas específicas del tratamiento.
 - Encomendar al paciente a no abandonarlo y desear que consideren el cambio.
 - Transmitir empatía, comprensión y atención positiva.
 - Explorar el significado y la realidad del retorno como una oportunidad de aprendizaje.
 - Explorar como prevenir que vuelva a suceder.
 - Mantener un contacto compasivo.
-

4.3.3.2.2. *Técnicas Cognitivo Conductuales.*

4.3.3.2.2.1. Línea de Vida de Consumo.

Esta técnica lo que intenta es concienciar al usuario de cómo su consumo ha aumentado considerablemente y las consecuencias derivadas de la ingesta de alcohol con un análisis que abarcan intervalos de 3 años desde que el paciente inició su consumo. El uso de esta técnica puede servirnos de base para realizar el análisis de ventajas vs. desventajas del no consumo.

Las consecuencias del consumo se clasificarán en consecuencias:

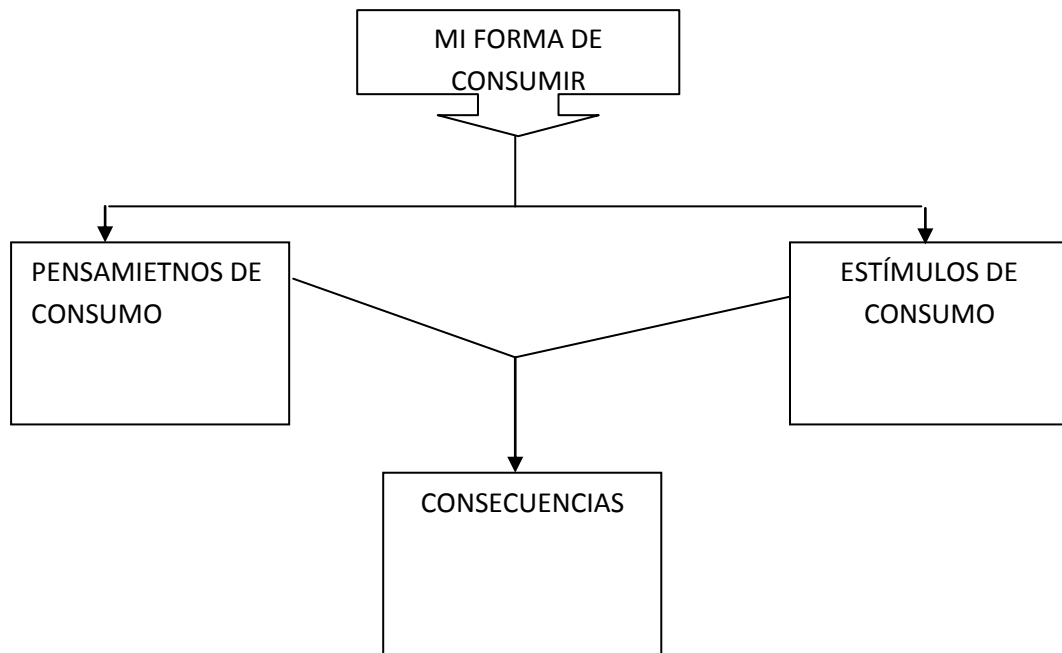
- Físicas.
- Familiares.
- Económicas.
- Laborales/académicas.
- Legales.

4.3.3.2.2.2. La elaboración de Flujo-gramas.

Los flujo-gramas son imágenes de explicación, así como de decisión, que permite al usuario visualizar cómo opera su consumo, qué eventos externos provocan su craving, qué explicación le da a su enfermedad, las consecuencias que ha provocado su ingesta etc. Así mismo en las sesiones de prevención de recaídas se

puede incorporar estrategias de afrontamiento, para la apetencia, los estímulos externos e internos etc.

Por ejemplo: esta figura básica nos puede servir en un inicio y conforme avance la terapia, podremos ir incorporando más cuadros que ayuden al paciente a mirar de forma objetiva la complejidad de su adicción.



4.3.3.3.2.2.3. Análisis del Principio de Atribución.

El principio de atribución es un proceso que nos permite transferir las causas de ciertos eventos a factores imaginarios. El consumo de drogas y alcohol genera una experiencia que resulta difícil procesar. Por tanto, los individuos suelen ir más allá en la búsqueda de datos para explicar y comprender la nueva situación, a fin de adaptar su comportamiento a ella. Buscan dar sentido a los acontecimientos, conductas e interacciones que se producen (Guajardo H., Kushner D., 2004).

La atribución es un proceso cognitivo que apela a una parte de la percepción y del juicio para explicar un comportamiento. Es el proceso a través del cual el hombre capta la realidad y puede predecirla y controlarla. Es la búsqueda de las causas de un acontecimiento (Guajardo H., Kushner D., 2004).

El proceso de atribución se desarrolla de la siguiente manera:

1. El observador detecta los efectos de una acción.
2. Compara esos efectos con los efectos de otras acciones pasadas.
3. Finalmente, el observador atribuye éxito o fracaso, puede predecir y controlar.

Un individuo que tiende a atribuir su éxito a causas internas y su fracaso a causas externas, estaría ubicado en lo que se ha calificado como sesgo de “autocomplacencia”. A través de ello puede adaptarse al medio y enfrentar los fracasos de una manera justificada, protegiendo su autoestima y la aceptación de los demás, ya que, si encontrara la verdadera causa interior, le resultaría doloroso reconocerlo (Guajardo H., Kushner D., 2004).

Se puede trabajar con el análisis de las siguientes atribuciones (Guajardo H., Kushner D., 2004):

- | | |
|------------------------------|----------------|
| • Poder | • Fuerza. |
| • Seguridad | • Éxito. |
| • Desinhibición. | • Relajación. |
| • Felicidad. | • Creatividad |
| • Ingenio. | • Desconexión. |
| • Realización. | • Otros |
| • Facilidad de comunicación. | |

4.3.3.3.2.2.4. El Método Socrático.

Conocido también como descubrimiento guiado, en el cual los pacientes son guiados a través de un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados. Por lo cual en la terapia de estilo cognitivo, utiliza preguntas para probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis para poder elicitar, examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos de los pacientes. Este método cuando es usado adecuadamente debería reducir “la angustia subjetiva” y “la sintomatología aguda” (Overholser, 1987), proporcionando insight y toma de decisiones adecuadas haciendo que el paciente esté atento a la información importante, mediante el cuestionamiento activo y la reflexión selectiva.

4.3.3.3.2.2.5. Asignación de Actividades entre Sesiones.

Comprende la práctica de técnicas cognitivas y conductuales entre sesiones, teniendo en cuenta que la asignación de las actividades se debe realizar conjuntamente entre terapeuta y paciente. Es preciso cerciorarse si comprende las tareas y sus razones, practicándolas antes, en la sesión. También se deberá estar atentos para anticipar los posibles obstáculos que impidan la correcta realización de las actividades, creando planes alternos (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.6. Análisis de Ventajas y Desventajas.

Las personas con dependencia alcohólica suelen mostrar creencias que minimizan las ventajas y maximizan las desventajas de su consumo, por lo que este procedimiento no es útil para objetivizar las atribuciones que se le da al alcohol y las consecuencias derivadas del mismo. Consiste en enumerar y reevaluar tanto las ventajas como las desventajas tanto del consumo como del no consumo (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.7. Las Flechas Descendentes.

Es frecuente que los pacientes que consumen alcohol muestren pensamientos catastróficos (todo o nada, o exageración), no solo acerca de su consumo, sino acerca de ellos mismos, y su futuro. Dichos pensamientos pueden presentarse de esta forma por ejemplo:

- Mi vida es un fracaso.
- Nunca hago bien las cosas.
- Nunca puedo controlarme.

La técnica de las flechas descendentes es útil para tratar este tipo de creencias, dejando ver el significado personal de estos pensamientos manifiestos (superficiales). Esto se consigue con variaciones de la pregunta ¿Qué significa esto para usted? (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.8. Reatribución de la Responsabilidad.

Las personas con adicción al alcohol suelen atribuir su consumo a factores externos, por lo que, el clínico puede ayudar a estas personas a reatribuir la responsabilidad de su consumo de forma que puedan tomar iniciativas para

modificar su conducta de consumo. La reatribución requiere de responsabilidades, así como la aplicación habilidosa del método socrático, de tal forma que el paciente no se sienta juzgado o acusado (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.9. Registro Diario de Pensamientos (RDP).

Es una de las estrategias fundamentales en el enfoque cognitivo. El RDP estándar consiste en un formato de cinco columnas. Mediante el RDP, el paciente es capaz de examinar una creencia y considerar su validez de forma más sistemática y objetiva. Además este procedimiento proporciona un lapso de tiempo entre el impulso inicial (disminuyendo el impacto del craving) y la acción. Además, este método ayuda al paciente a afrontar los estados de ánimo negativos (Beck A.T., y cols., 1999).

Para ayudar a los pacientes a generar respuestas objetivas se puede realizar las siguientes preguntas:

- ¿Qué evidencia apoya mis pensamientos y creencias?
- ¿De qué otra forma puedo mirar esta situación? ¿Hay alguna ventaja detrás de esto?
- ¿Qué es lo peor que me puede pasar? ¿Qué es lo más probable que pase realmente?
- ¿Qué puedo hacer para manejar la situación?
- ¿Cuáles son los pros y contras de cambiar la forma en que miro la situación?
- ¿Qué consejo útil le darías a alguien querido en tu misma situación?

La aplicación regular de estas preguntas se convierte en una actividad entre sesiones excelente.

Imaginación: las técnicas de imaginación son importantes para visualizar el autocontrol y sobre todo el craving.

4.3.3.3.2.2.10. Programación y Control de Actividades.

Los pacientes con dependencia alcohólica tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen su consumo y, a desentenderse de actividades que promueven algunos objetivos prosociales vitales, como son: el trabajo, los hobbies, los servicios comunitarios, relaciones estables etc. Este procedimiento es útil principalmente porque nos ayuda a comprender y controlar conductas

relacionadas con el consumo de alcohol y para incrementar las conductas productivas (Beck A.T., y cols., 1999).

El inventario de actividades diarias se puede usar con al menos tres finalidades:

- Sirve como un diario de las actividades que se realiza.
- Puede servir como guía prospectiva para actividades futuras.
- Sirve para la evaluación de adhesión y cumplimiento del procedimiento.

Hay que recalcar que cuando los pacientes son capaces de planificar y realizar actividades no relacionadas con el consumo de alcohol, se sienten autoeficaces, menos indefensos, con mayor autocontrol y más productivos.

Consiste en la construcción de una rejilla para los siete días de la semana con intervalos de una hora en la cual se evalúa el grado de agrado y dominio en una escala de cero a diez para cada actividad (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.11. Experimentos Conductuales.

Estos se utilizan para validar o no el sistema de creencias del paciente. Consiste en animar al paciente mediante la ejecución conductual poner a prueba una creencia (perjudicial) relacionada al consumo (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.12. Repaso Conductual (Role-playing).

Un gran porcentaje de pacientes con dependencia alcohólica tienen problemas en la comunicación interpersonal, que decanta en sensación de frustración, por lo que esta técnica resulta útil para aumentar en el paciente habilidades interpersonales efectivas. Otra variante es el role-playing invertido que consiste en que el terapeuta tome el papel de paciente y éste tome el papel de otro problemático (p.ej. amigo de consumo), de esta forma el paciente puede mostrar al terapeuta lo difícil que es manejar la situación, mientras que el clínico puede modelar algunas respuestas que el consultante no había pensado antes (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.3.2.2.13. Entrenamiento en Relajación.

Frecuentemente se nos presentan cuadros de ansiedad, por lo que el entrenamiento en relajación puede ser una técnica útil porque proporciona al paciente un método seguro para relajarse (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.2.2.14. Resolución de Problemas.

Muchos de los pacientes con consumo de alcohol suelen ser impulsivos por tanto presenta déficits en la resolución de sus problemas. En cuadros de dependencia alcohólica muchos pacientes o bien “ignoran” su problemas (negación, evitación) y/o responden a sus problemas anestesiándolos con el consumo de alcohol (Beck A.T., y cols., 1999).

Los pasos que se siguen en este procedimiento son los siguientes:

1. Definir de forma clara y específica el problema.
2. Proponer una serie de soluciones.
3. Examinar las ventajas y desventajas de cada solución (tomando en cuenta presente, futuro, y el grado de afección para personas significativas).
4. Escoger la mejor solución hipotetizada.
5. Aplicar la solución después de planificarla, prepararla y practicarla.
6. Evaluar el resultado.

Este proceso largo y gradual puede estar cargado de frustración, por lo que el profesional deberá dar siempre apoyo, tener mucha paciencia y animar al paciente a perseverar y hacer parte de sus herramientas personales este procedimiento (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.2.2.15. Control de Estímulos.

Una estrategia aparentemente efectiva sería eliminar todos los estímulos que desencadenan la ingesta de alcohol, como es obvio, esto no es posible: todas las personas tienen episodios de tristeza, soledad, ansiedad, aburrimiento, frustración que para una persona con dependencia alcohólica estas sensaciones internas se convierten en factores de riesgo de consumo. Para poder minimizar lo mejor posible los estímulos que disparan el consumo de alcohol, se anima al paciente a identificar dichos estímulos (internos y externos), que lo ponen en alto riesgo de iniciar la ingesta y se planifican estrategias de afrontamiento para cada situación; por lo que, se puede elaborar un algoritmo de afrontamiento junto con el paciente atendiendo sobre todo a los estímulos que más craving generen y en los que el individuo se sienta más vulnerable (Beck A.T., y cols., 1999).

4.3.3.2.3. Técnicas para el Manejo del Craving.

4.3.3.2.3.1. Distracción.

El objetivo principal es conseguir que los pacientes cambien su enfoque atencional, de un foco interno a uno externo (Beck., 1999):

- Descripción de aquello que los rodea.
- Hablar para distraerse.
- Evitación de estímulos externos.
- Realizar tareas domésticas.
- Animar al paciente a cantar una canción que lo motive o a rezar.
- Practicar hobbies.

4.3.3.3.2.3.2. Tarjetas Flash.

Cuando el craving es realmente intenso, ésta técnica tiene la utilidad de ayudar para ayudar a los pacientes en períodos críticos, escribiendo tarjetas de afrontamiento en las que se puede incluir una lista de ventajas de no consumir, la foto de un hijo/a por ejemplo (Beck., 1999).

4.3.3.3.2.3.3. Imaginación.

Por ejemplo se puede introducir una imagen negativa o una imagen positiva, según el impacto más efectivo que pueda generar en nuestro paciente (Beck., 1999).

4.3.3.3.2.4. Estrategias de prevención de recaídas.

Las estrategias de prevención de la recaída incorporan una variedad de técnicas cognitivo conductuales, psicoeducativas y de apoyo. La idea central más importante de las estrategias es enseñar a los pacientes las habilidades cognitivas, conductuales y de solución de problemas específicas para aumentar su conciencia de los precipitantes de una recaída potencial, las señales de advertencia y las “trampas mentales” para reducir la probabilidad de que vuelvan al consumo de alcohol y para mejorar la calidad de sus vidas en general (Washton A., Zweben J., 2006).

Las estrategias más frecuentemente usadas son las siguientes (Washton A., Zweben J., 2006):

1. *Situaciones de alto riesgo*: ciertas horas del día o la noche, gente lugares y cosas antes asociadas con el consumo de sustancias; tiempo de ocio y

tiempo no estructurado; manejo del dinero; fiestas, bares; aniversarios; celebraciones.

2. *Señales de advertencia de la conducta*: conflictos interpersonales; fracaso para sobrellevar los problemas y estresores de la vida en forma adecuada; involucrarse en otras conductas adictivas o compulsivas; toma de decisiones de manera impulsiva y baja capacidad de juicio.
3. *Señales de advertencia afectivas*: estados de ánimo negativo, pasividad emocional; enojo, frustración, desesperanza e irritabilidad; confusión de identidad y rol; estados de ánimo positivos y nerviosismo; deseo de celebrar.
4. *Señales de advertencia cognitivas*: recuerdos eufóricos y olvidos selectivos; sueños de consumo de drogas repetitivos, justificación de la recaída, racionalización para relajar la disciplina y reducir las actividades de apoyo a la recuperación.
5. *Señales de advertencia fisiológicas*: resurgimiento de apetencias e impulsos.

Una forma de ayudar a los pacientes a anticipar y lidiar con los detonantes de la recaída y las señales de advertencia es pedirles que describan de manera detallada un escenario probable para la recaída (Washton A., Zweben J., 2006). Se puede elaborar un flujograma de un acontecimiento interno o externo que favorezca un cuadro de recaída y discutir con el paciente las estrategias mas adecuadas con la finalidad de tener una prevención exitosa.

4.3.3.3. Intervenciones orientadas a la personalidad.

Para modificar estructuras básicas de personalidad se requiere de intervenciones complejas. Para este trabajo se ha elegido tres intervenciones que a mi experiencia han resultado útiles para el trabajo con pacientes con dependencia alcohólica:

- La realización de la autobiografía
- La intervención con esquemas tempranos.
- La intervención para la estabilización emocional.

4.3.3.3.1. *La autobiografía.*

El trabajo con la autobiografía es uno de los elementos centrales del proceso psicoterapéutico, ya que se centra en la personalidad. Para iniciar con ésta técnica se requiere que el paciente haya superado las primeras etapas del tratamiento y en especial que se encuentre desintoxicado y con deseos de trabajar fuerte en su autoconocimiento (Guajardo y Kushner 2004), para favorecer a que la irracionalidad en sus análisis cognitivos hayan desaparecido y que su autocontrol emocional se encuentre conservado. Las instrucciones que se da al paciente están dirigidas a proponerle que elabore una historia de su vida con rangos de 5 años, poniendo énfasis a hechos difíciles y dolorosos vividos, pidiéndole que no consulte con nadie sobre estos eventos.

El terapeuta deberá estar atento a ir rescatando del relato las significaciones, constructos, esquemas, formas de experimentar las emociones, mandatos y creencias que vayan apareciendo. Es vital que el terapeuta se coloque en la posición de un niño que experimenta estas vivencias para detectar estos elementos grabados durante la infancia. El usuario continuará con la construcción de su historia de vida con los hechos difíciles y dolorosos ocurridos en su vida. De esta forma es posible comprobar que sus significaciones, constructos, mandatos, y creencias se han repetido a lo largo de la vida. Los pacientes logran percibir cómo el consumo les resultó funcional a las distintas significaciones que construyeron (Guajardo y Kushner 2004).

El objeto es que el paciente, a partir de este autoconocimiento y con ayuda del terapeuta, pueda observar la repetición de los mismos patrones aprendidos en la infancia durante sus futuras experiencias de vida, donde el terapeuta lo entenderá en una nueva mirada cognitivo-afectiva de la forma de experimentar (Guajardo y Kushner 2004), ésta técnica es de especial importancia para relacionarla con el análisis de esquemas tempranos desadaptativos que describiremos a continuación.

4.3.3.3.2. *Esquemas tempranos desadaptativos.*

Los Esquemas Tempranos Desadaptativos (ETD) suponen una mayor profundización en el análisis de los fenómenos cognitivos que modulan la conducta. Tras lo que son las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, se encuentran los ETD, temas estables y sólidos acerca de uno mismo en relación con la experiencia y que se han desarrollado desde la infancia y a lo largo de toda la vida. Constituyen la base del procesamiento de la realidad y a partir de ellos se generan todas las distorsiones cognitivas, disfunciones emocionales y/o comportamientos inadaptados. Para esta intervención conviene usar la escala YSQ-L2.

Los ETD tienen varias características que los definen (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

-
- Son verdaderos e incondicionales. Su validez jamás se cuestiona por el sujeto. Son persistentes y muy resistentes al cambio. Constituyen el núcleo cognitivo del individuo y cualquier amenaza de cambio sería como si tambaleasen los cimientos de la personalidad.
 - Son disfuncionales y producen un malestar significativo que tiene como consecuencia trastornos de pánico, depresión, sentimientos de soledad, vergüenza, conductas agresivas, aislamiento social, *adicciones*, etc.
 - Distorsionan el procesamiento de la información para mantenerse válidos e intactos. El concepto del *sí mismo* así como la interpretación de los acontecimientos, son procesos que se ven mediatizados por el esquema para mantener su validez.
 - Se desencadenan por determinados acontecimientos ambientales cuyo contenido afecta directamente a un esquema determinado.
 - Sus orígenes se encuentran en necesidades emocionales básicas, que no han sido satisfechas durante la infancia, y experiencias tempranas traumáticas o estresantes, aunque también, en muchos casos, es el temperamento emocional de la persona el que deriva hacia la formación de determinados ETD.
-

4.3.3.3.2.1. Cambio de esquemas

Requiere por parte del paciente y del terapeuta gran esfuerzo, ya que se aborda la sustitución de unos patrones de comportamientos muy arraigados y resistentes al cambio. Dicho cambio terapéutico, dirigido a la modificación de los ETD, no está basado en una técnica sino que hace una propuesta de diferentes técnicas emocionales, interpersonales, cognitivas y conductuales con el objetivo de adaptar a

cada caso en particular aquellas que se consideren más oportunas y eficaces. En este proceso hay que tener muy en cuenta que una modificación de los esquemas puede ser fácilmente constatada en el sujeto más a nivel teórico que empírico, pues es el plano de la experiencia vital donde los patrones de comportamiento son más difíciles de sustituir debido a la fuerte habituación y arraigo de los mismos (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.1. Cuestionamiento de la validez del esquema.

Se trata de cuestionar la validez del esquema mediante el examen de las pruebas que se dan a favor y en contra del esquema. Los acontecimientos y las evidencias que se analizan hacen referencia a lo ocurrido a lo largo de toda la vida del paciente y no sólo de las experiencias recientes. Para ello se confecciona un listado con las pruebas que, desde el pasado, sustentan y refutan la validez del esquema. Este último listado resulta más complicado de confeccionar por parte del paciente, ya que toda la información que contradice el esquema ha estado siendo sistemáticamente negada o ignorada (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.2. Reformulación de las pruebas que sustentan el esquema

Ésta es una etapa donde el objetivo será que el paciente pueda descubrir una explicación alternativa o una forma de visión diferente respecto a lo que le ha ocurrido a lo largo de su vida. Se trata de encontrar causas o atribuciones diferentes sobre las experiencias que han estado confirmando la validez del esquema. Inicialmente se revisa toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. De igual forma, se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando reatribuciones más objetivas (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.3. Evaluación de las ventajas e inconvenientes de los estilos de afrontamiento.

El paciente y el terapeuta confeccionan en un listado las ventajas e inconvenientes que terminan por producir los estilos de afrontamiento que utiliza el paciente en cada uno de los esquemas que le dominan. El paciente debe comprender que sus estilos de

afrontamiento pudieron resultar útiles durante la infancia pero no en la edad adulta, donde estas formas de actuar son incompatibles con la felicidad y el bienestar (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.4. Diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema.

Esta técnica adaptada de la Gestalt (“la silla vacía”) sitúa al terapeuta como si fuese la alternativa saludable y al paciente como si fuese la alternativa del esquema, debatiendo entre los dos la validez de lo que cada uno representa. El terapeuta responderá con preguntas socráticas a cada uno de los argumentos que esgrime la parte del esquema. Los papeles pueden ir intercambiándose al tiempo que el terapeuta puede ir moldeando las intervenciones del paciente cuando éste actúa en el “lado saludable”. El objetivo es que el paciente aprenda a asimilar y desarrollar el rol de la “alternativa saludable” (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.5. Imaginación de escenas y diálogos

Consiste en que el paciente imagine, con el mayor realismo posible, escenas relacionadas con sus padres u otras figuras relevantes, tanto del pasado como del momento actual. El primer objetivo que cumple esta tarea es comprobar la capacidad de imaginación del paciente y poder valorar el impacto que estas escenas y diálogos causan en él mediante la comprobación-observación de sus reacciones emocionales. Por otra parte, estas imágenes resultan útiles para identificar los esquemas, comprender sus orígenes en la infancia y ver su relación con los problemas presentes.

El segundo objetivo consiste en permitir al paciente que pueda adoptar y experimentar otras formas de afrontamiento diferentes a las dictadas por sus esquemas. Mediante estos diálogos en los que hay una intervención directiva del terapeuta, el paciente puede comprobar los diferentes modos de esquema (“Niño vulnerable”, “Adulto sano”, “Padres disfuncionales”, etc.). Se insiste en que el paciente exprese libremente con energía sus sentimientos y que no se deje llevar por las directrices del esquema. Sería una forma de revivir situaciones difíciles y de tener la oportunidad de afrontarlas ahora de una forma diferente, expresando sus necesidades emocionales o

su ira contra aquellos que le han perjudicado. Por otro lado, es conveniente cuidar de que el paciente no comience a tener animadversión hacia sus padres, ya que éstos son, con frecuencias, figuras clave en el desarrollo de los esquemas. Se le debe convencer de que el verdadero enemigo son los esquemas y que el responsable de éstos. (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.6. Recuerdos traumáticos

Se pretende que el paciente pueda reexperimentar emociones y afectos bloqueados relacionados con experiencias traumáticas, generalmente de abuso o abandono. Esta técnica requiere especiales cuidados cuando se aplica con pacientes sensibles y con escaso autocontrol. El terapeuta debe ir despacio, dejando sus intervenciones para momentos cruciales. En la reexperimentación imaginaria de estas experiencias el paciente deberá esta vez actuar bajo el modo del “Adulto sano” (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.7. Ruptura de patrones conductuales en la imaginación

El paciente imagina o visualiza situaciones probables o futuras en las que actúa mediante patrones de conducta maduros y saludables (modo del “Adulto sano”) en lugar de utilizar estrategias de evitación o compensación del esquema (Caballo V., Valenzuela J., 2004).

4.3.3.3.2.1.8. Ensayos en la imaginación y representación de papeles

El paciente deberá “visualizar” previamente en su imaginación escenas que requieran la utilización de nuevas conductas y cómo él las lleva a cabo con éxito. Posteriormente podrá ensayarlas actuando con el terapeuta al tiempo que éste puede moldearlas.

4.3.3.3.3. *Estabilización emocional.*

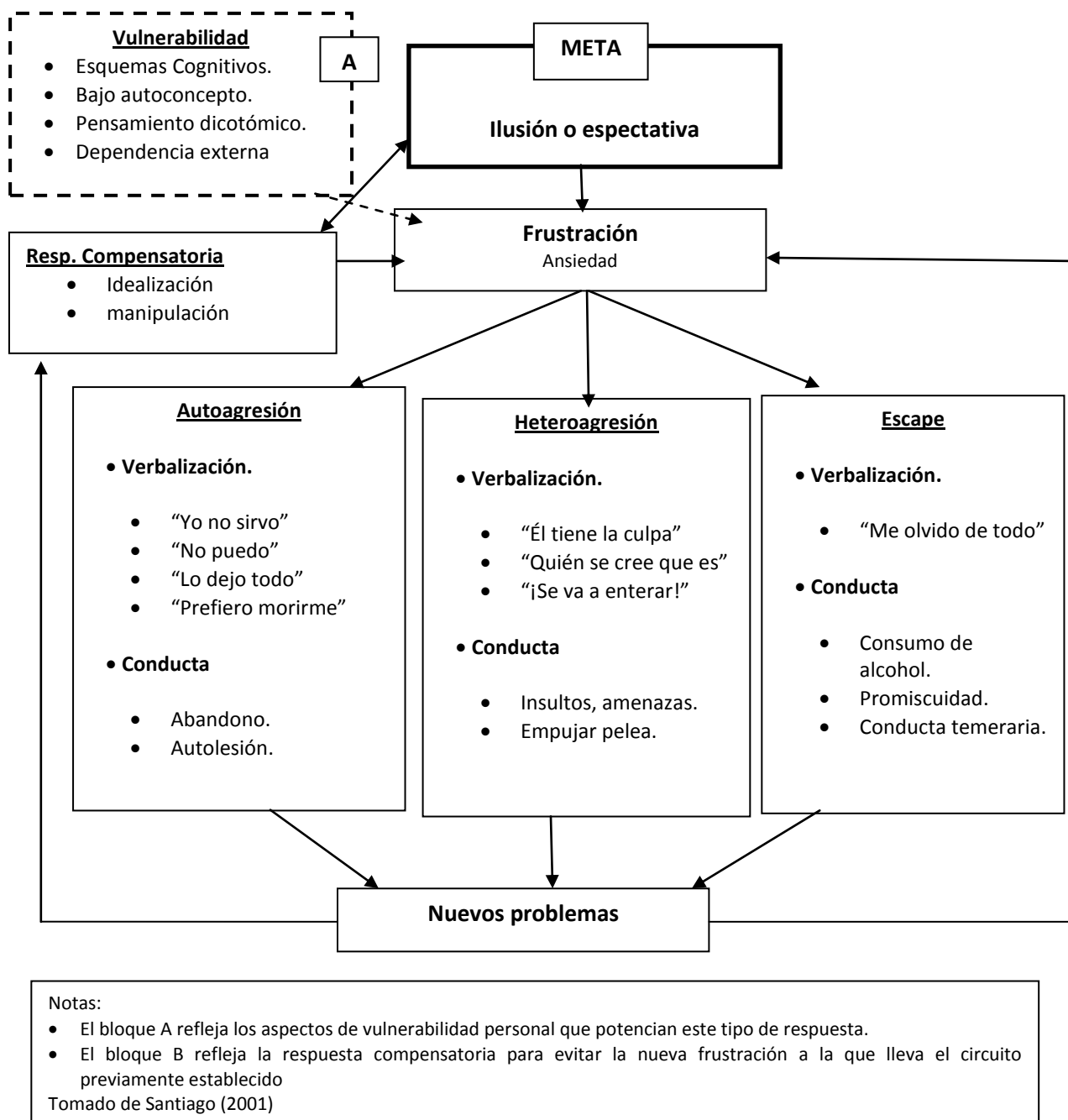
4.3.3.3.3.1. Modelo explicativo de la conducta inestable o inadaptada.

Este modelo tiene como base de acción las conductas impulsivas (Dollar, Doob, Miller, Mowre y Sears, 1939), que se manifiesta en conductas violentas, autolesivas o de escape, sobre la estructura de las siguientes hipótesis:

- Baja autoestima y dependencia – necesidad de ser reconocido para autovalorarse.
- Pensamiento dicotómico – percepción catastrófica de cualquier dificultad.
- Cogniciones negativas – carencia de perspectivas.

Al realizar un análisis minucioso se pensó que la baja tolerancia a la frustración podía estar potenciada por las hipótesis descritas, llegando a denominarse aspectos de vulnerabilidad a la frustración.

Figura 4.1. Tipos de Respuestas Inadaptadas ante la Frustración y Circuito Cerrado Establecido.



Se agrupan tres tipos de respuestas de conductas inadaptadas que suelen presentar ante la frustración las personas inestables.

Estas respuestas se les ha denominado autoagresión (primera columna del modelo), heteroagresión (segunda columna del modelo) y escape (tercera columna del modelo).

- Se entiende por autoagresión aquella respuesta ante la frustración en la que el sujeto puede pasar progresivamente desde las autoverbalizaciones negativas a conductas de desmotivación, abandono personal, autolesión o ideación autolítica.
- Se entiende por heteroagresión aquella respuesta que va en contra de otros o contra los objetos, es decir, reacciones cargadas de atribución externa, manifestándose como culpabilización a otros que, progresivamente, puede desembocar en ira, hostilidad, discusiones, insultos golpes a los objetos o pelea física.
- Se entiende por respuesta de escape aquella conducta de huida ante la situación de frustración que se caracteriza por el cobijo en conductas de abuso: como la ingesta alcohólica, conductas temerarias, etc. A diferencia de lo que ocurre en respuestas anteriores, en este caso se pueden dar de forma independiente.

Cuando la autoagresión, la heteroagresión o el escape llegan a niveles elevados de intensidad (final de las columnas del modelo), suelen acarrear nuevos problemas y, como consecuencia, nuevas frustraciones, completándose así un circuito cerrado de conductas inadecuadas que generan un aumento de la inestabilidad: *experiencia no cumplida – frustración – respuesta inadecuada – (bien sea autoagresión y/o heteroagresión y/o escape) – nuevos problemas – nuevas frustraciones y así sucesivamente* (Ver figura precedente). En el modelo también se recogen las respuestas compensatorias (conductas de manipulación o expectativas no realistas) a las que se considera como el resultado del intento de la persona inestable por evitar la nueva frustración, o lo que es lo mismo el intento por romper ese circuito cerrado en el que se ve inmerso. Por último el modelo recoge aspectos de vulnerabilidad como baja autoestima, pensamiento dicotómico, cogniciones negativas, y dependencia excesiva (bloque A, del modelo explicativo), que pueden estar potenciando sus respuestas inadecuadas: autoagresión, heteroagresión, escape, manipulación o expectativas no realistas (Santiago, 2001).

Es importante destacar que los pensamientos que se citan en el modelo, al inicio de cada una de las respuestas (columnas de autoagresión, heteroagresión o escape), los pueden también tener personas adaptadas o estables, pero éstas tendrían recursos para

reaccionar adaptativamente mediante estrategias de afrontamiento; las personas con problemas graves de inestabilidad se “dejarían llevar” hasta llegar a las conductas que se recogen en la parte inferior de cada una de las tres columnas del modelo (Santiago, 2001).

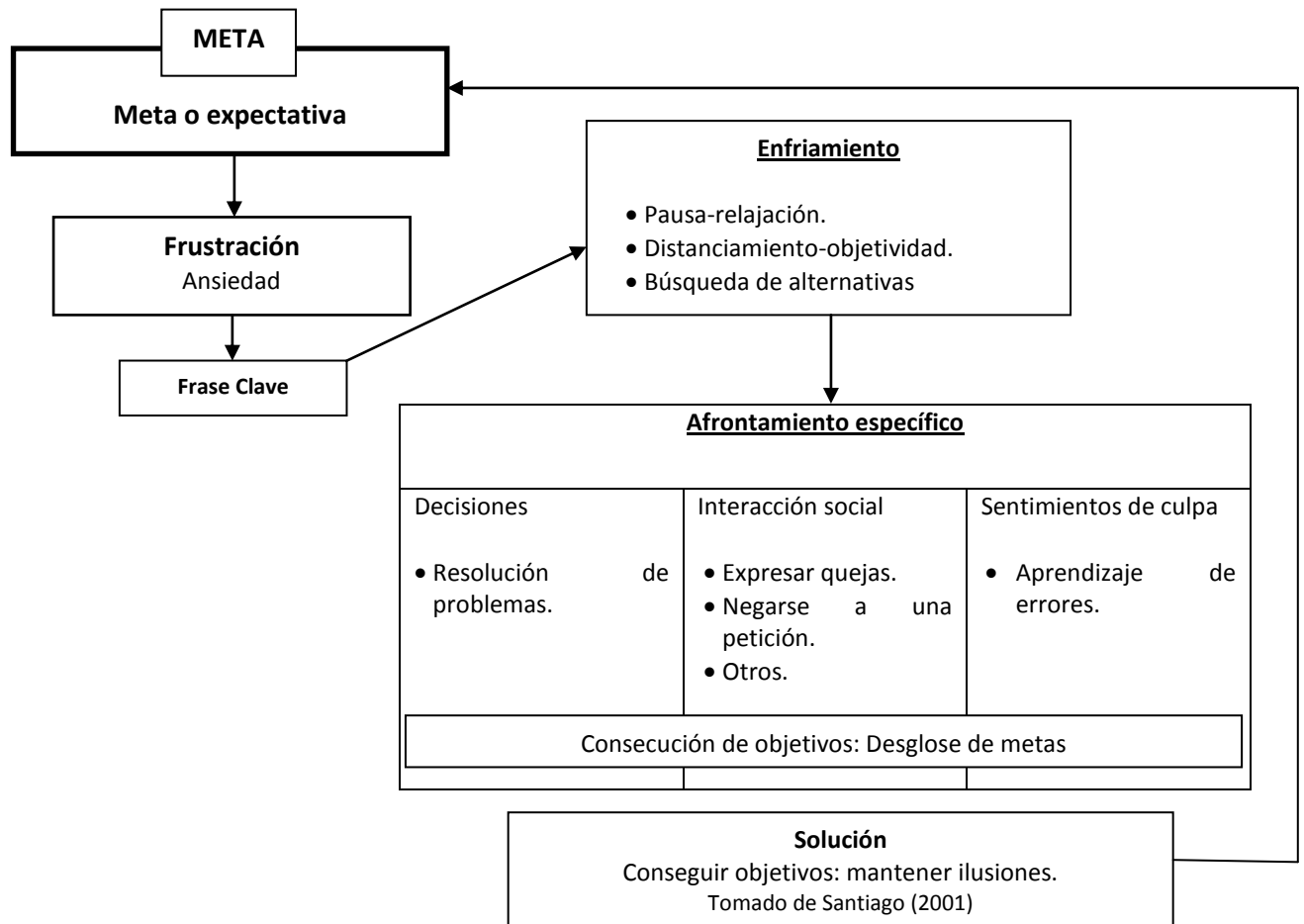
4.3.3.3.3.2. Modelo terapéutico y fundamentación teórica.

Se elaboró un modelo que permita tanto al paciente como al terapeuta estructurar la respuesta adaptativa ante la frustración ofreciendo una serie de pasos para abandonar el circuito cerrado de la respuestas inadecuadas, anteriormente mencionadas, y optar por un circuito adaptativo utilizando una serie de técnicas psicológicas. Así se manejarán técnicas de afrontamiento como: Frase Clave (Gendlin, 1969), Relajación Psíquica con Distanciamiento Emocional del Problema (Calkins, Gill, Johnson y Smith, 1999; Meichenbaum, 1987; McKay, Davis y Faanning, 1985), Autoverbalizaciones (Ellis 1962; Ellis y Grieger, 1981), Solución de Problemas (D`Zurilla y Golfried, 1971, Wasik, 1984), Competencia Social (Caballo 1997; Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein 1989; Costa y López, 1991). Además se integra la técnica denominada “Aprendizaje de Errores” (Santiago, 2001) que consiste en: analizar la situación, analizar la conducta, rescatar los aspectos parciales de esa conducta que hayan sido realizados de forma adecuada (aunque el objetivo no se haya alcanzado) y hacer un énfasis especial en el diseño de la actitud y actuación que se puede escoger cuando las circunstancias sean parecidas a las que indujeron al error. Y, por último, se utiliza la técnica de “Consecución de Logros en zig-zag”, que consiste en trabajar la aceptación de que los logros se consiguen mediante avances-retrocesos y que en estos retrocesos es necesario hacer una pausa para posteriormente continuar avanzando, en lugar de abandonar el objetivo o refugiarse en conductas inadaptadas (Santiago, 2001).

El modelo terapéutico recoge tanto las cogniciones positivas que el sujeto debe utilizar ante las frustraciones (Frase Clave y Distanciamiento Emocional para el enfriamiento), como las estrategias de afrontamiento específico (Solución de Problemas, Competencia Social, Aprendizaje de Errores) y la paciencia y constancia necesarias para la consecución de objetivos (Desglose de Metas y Consecución de Logros en forma de zig-zag). El uso de estas estrategias facilitará la búsqueda de

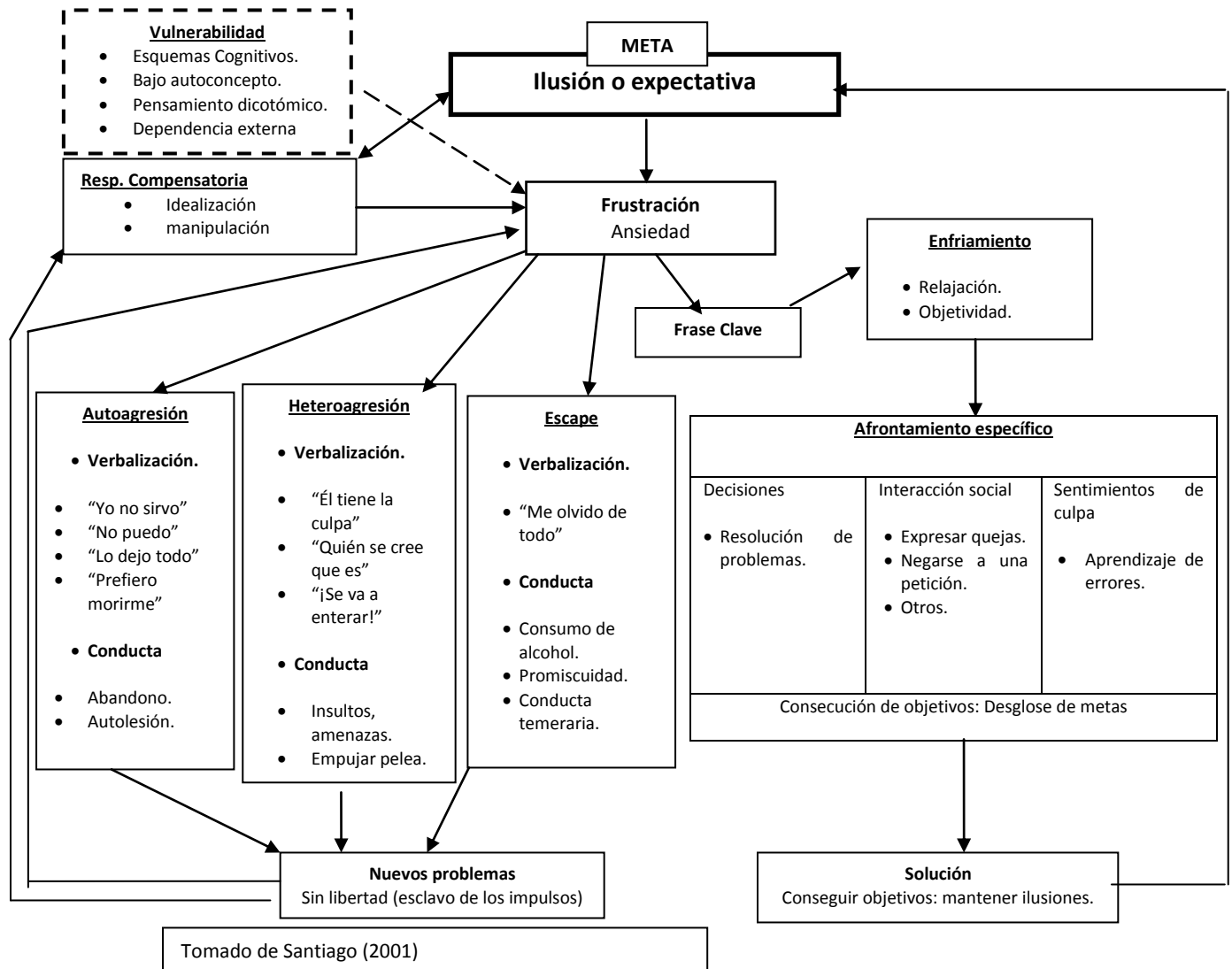
soluciones y el establecimiento de un circuito cerrado sano que permita al usuario la incorporación de conductas adaptadas (Santiago, 2001).

Figura 4.2. Modelo Terapéutico: Circuito Adaptativo para el Afrontamiento



El modelo explicativo de la conducta inadaptada ya mencionado (Circuito de Conductas Inestables), junto a esta hipótesis de funcionamiento para la aplicación de técnicas (Circuito Terapéutico para la Consecución de Conductas Adaptadas), forman el “Modelo Integrado”, que se expone más adelante. Este modelo permite, tanto al terapeuta como al paciente, la representación a modo de mapa, de la conducta problema y las pautas de actuación que se deben seguir mediante un sistema de flechas que facilita o guía la terapia, indicando las técnicas que se van a elegir para conseguir la conducta adecuada.

Figura 4.3. Modelo Integrado: Modelo de la Conducta Inadaptada y Modelo Terapéutico Unidos por la Frase Clave



Objetivos de la intervención a este nivel

Con este tipo de intervención, el objetivo principal es que el usuario reconozca su conducta problema (*introspección*) y que, una vez que haya tomado conciencia de las causas que con más frecuencia le arrastran a este tipo de conducta inadecuada (autoagresión, heteroagresión, escape), pueda detectarlas precozmente en próximas ocasiones con el fin de prevenirlas y reemplazarlas por conductas de afrontamiento, tanto en su modo de actuar como de pensar y de aceptarse a sí mismo (Santiago, 2001).

En resumen el objetivo final sería aumentar la resistencia (*Resiliencia*) para que el participante mejore su capacidad de recuperación emocional ante cualquier frustración y capacitarle en el afrontamiento de las situaciones difíciles (Santiago, 2001).

CAPITULO 5

APLICACIÓN DEL PROGRAMA

5.1. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo muestra las características generales de la investigación, los criterios de selección de la población a la que fue aplicada, describiendo mediante ejemplos la estructura y aplicación de la propuesta terapéutica desde el Modelo Focalizado en la Personalidad, terminando con la exposición de los resultados del proceso.

5.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación fue de tipo cualitativa con modalidad de estudio de caso, debido a que es un plan de aplicación psicoterapéutico que duró 4 meses.

5.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

5.3.1. Objetivo General:

Diseñar y Aplicar un Programa de Tratamiento Psicoterapéutico desde el Modelo Focalizado en la Personalidad para usuarios con Dependencia Alcohólica de la Comunidad Terapéutica “Hacia una nueva vida”.

5.3.2. Objetivos Específicos:

- Diagnosticar el número de usuarios con dependencia alcohólica.
- Seleccionar las estrategias y técnicas para el manejo de la dependencia alcohólica y la personalidad.
- Aplicar el programa de tratamiento psicoterapéutico.
- Evaluar el grado de efectividad del plan de tratamiento.

5.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Durante la investigación el número total de usuarios internados en la Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida”, fueron de 30 de los cuales se escogió una muestra de 10 pacientes para el presente trabajo, según los criterios descritos a continuación.

5.4.1 Criterios de inclusión y exclusión.

5.4.1.1. Criterios de inclusión:

- Usuarios entre 18 y 65 años de edad.
- Género Masculino.
- Diagnóstico de Dependencia Alcohólica.

5.4.1.2. Criterios de exclusión:

- Usuarios con Dependencia a Múltiples Sustancias.
- Diagnóstico Comórbido.

5.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para el cumplimiento de los objetivos e interrogantes de investigación utilizaremos el método analítico-sintético de la información obtenida en el estudio, a través de las siguientes técnicas e instrumentos psicoterapéuticos:

- Revisión documental : Historia clínica, se revisó las historias de los pacientes para seleccionar a los que deberán entrar al programa.
- Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS): para la recolección de la información de cada paciente.
- Instrumentos psicométricos: para diagnóstico, intervenciones y resultados.
- Revisión bibliográfica: de textos científicos, para elegir los elementos conceptuales fundamentales de la metodología a aplicarse.

5.6. LUGAR DE APLICACIÓN

COMUNIDAD TERAPÉUTICA “HACIA UNA NUEVA VIDA”

La Comunidad Terapéutica “HACIA UNA NUEVA VIDA”, es una entidad de crecimiento y reeducación del paciente con adicción a sustancias, cuya filosofía está basada en el compromiso existencial de responsabilidad individual, ayuda mutua y esfuerzo personal.

Esta filosofía sostiene, que es responsabilidad del individuo hacer el mejor uso posible del tratamiento que se ofrece a pesar de sus limitaciones emocionales, físicas, sociales o económicas; por lo que es el usuario que en última instancia decide usar las herramientas brindadas por la institución. Para ganarse todo esto, el individuo debe trabajar fuerte y consistentemente.

La comunidad terapéutica es una metodología enriquecida de reglas y normas terapéuticas que se unen y forman un "protocolo" para moldear y formar la conducta.

La Comunidad Terapéutica es un grupo residencial en constante autogestión. Donde el "Adicto" es el protagonista de su crecimiento emocional, donde el individuo hace un compromiso de ayuda mutua y esfuerzo personal.

La Comunidad Terapéutica se constituye en un lugar altamente estructurado, con lineamientos precisos y roles bien establecidos, que a través, de un sistema de experiencia correctora invita al usuario a “actuar” frente a sus pares, quienes le servirán como espejo de la consecuencia social de sus actos y que además se convertirán en fuente de cohesión y presión para lograr los objetivos terapéuticos planteados.

Los dispositivos de intervención abarca el espectro biopsicosocioespiritual con el cual entiende al usuario teniendo intervenciones clasificadas de la siguiente manera:

Médicas:

- Departamento Médico.
- Departamento Psiquiátrico.

Psicológicas-Departamento de Psicología con dispositivos:

- Individual.
- Grupal.
- Familiar.

Psicosociales.

- Departamento de Trabajo Social.
- Intervención y Re-educación Vivencial.
- Intervención ocupacional y Cultura Física.
 - Promoción de la esfera Espiritual.

5.6.1. Modalidad de acción grupo etéreo y género:

La Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida” es un centro de internamiento con el aval del Ministerio de Salud Pública, dirigido a personas del sexo masculino en las edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad, con diagnóstico de dependencia a sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

5.6.2. Fines y Objetivos.

La Comunidad Terapéutica “Hacia Una Nueva Vida”, creada con el objetivo de brindar asistencia terapéutica a la población con dependencia a sustancias estupefacientes y psicotrópicas y a sus familias, tendrá actividades en los aspectos básicos que proporciona la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), y la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), en campos de prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social-laboral y retorno.

La meta es que las personas logren abandonar su adicción y adquieran costumbres de vida saludables.

5.6.3. Visión y Misión.

5.6.3.1. Misión.

Alcanzar la rehabilitación del usuario adicto al alcohol o drogas y su reinserción a una vida productiva, laboral, educativa, social y familiar.

5.6.3.2. Visión.

La adicción a sustancias es un problema no solo del que la padece; sino de la familia y la sociedad en general, nos encontramos en la obligación de ser un Centro de Rehabilitación comprometido día a día en lograr los objetivos planteados, con un elevado reconocimiento social, y un verdadero proceso de desarrollo sostenido y sustentable que brinde apoyo psicológico y vivencial de alto nivel, formando estilos de vida saludables.

5.6.4. Modelo Terapéutico.

5.6.4.1. Función y Finalidad del programa de Comunidad Terapéutica.

Reeducación de Drogodependientes y Alcohólicos.

5.6.4.2. Bases del Programa:

Esta institución basa su tratamiento en una filosofía humanista con un tratamiento implementado por profesionales de la salud, ciencias de la educación, ciencias sociales y líderes en recuperación formal, tomando como eje la superación y la responsabilidad, proyectado en el lema: “Todo lo que siembras cosechas”.

5.6.4.3. Características:

- Plantea una antropología a cuatro dimensiones: bio-sico-socio-espiritual.
- La "racionalidad filosófica" cumple un papel de igual o mayor importancia frente a la "racionalidad científica", con relación al tratamiento del adicto. La teoría de valores, el problema del sentido y significado de la vida, son puntos centrales.

5.6.4.4. Reglas cardinales:

Para garantizar un ambiente libre de drogas y de convivencia pacífica, existen tres reglas inquebrantables y que deben cumplir todos los operadores y residentes de la C.T. (Su violación ocasiona expulsión del programa C.T):

- La agresión física o el intento de agresión física.
- La posesión o el uso de drogas.
- La posesión de armas.

5.6.4.5. Fases de Tratamiento

1. Acogida.

2. Estructuración:

- Evaluación clínica y diagnóstico.
- Desarrollo del contrato terapéutico.
- Motivación al cambio.

3. Intervención:

- Manejo de resistencias.
- Modificación de conducta
- Normalización.
- Búsqueda de nuevas metas.
- Entrenamiento en manejo de emociones.

4. Mantenimiento:

- Programa de mantenimiento y apoyo a corto, mediano y largo plazo.
- Prevención de recaídas.
- Creación de una red de apoyo social.

5. Finalización.

- Alta técnica.
- Programa de seguimiento.

5.6.4.6. Estadios de cambio en la Comunidad Terapéutica.

Responsabilidad:

- Cuidar y usar adecuadamente los objetos personales.
- Respetar las personas y sus objetos
- Ser puntual y eficaz en todas y cada una de las actividades.
- Vivir intensamente los actos comunitarios.

Autocontrol:

- Mantener trato amable con todos los miembros de la comunidad.
- Mantener posición erguida.
- Despojarse de comportamientos y actitudes de un drogadicto.
- Manejar las emociones intensas.

Honestidad:

- Erradicar toda clase de complicidad y no formar grupos ni contratos negativos.
- Mostrarse “tal como soy” y hacer evaluaciones de logros personales.
- Aprovechar al máximo los grupos terapéuticos.

Aceptación:

- Hacer evaluación de problemáticas superadas y no superadas.
- Identificar situaciones tensionantes
- Identificar mis habilidades y limitaciones.
- Superar sentimientos de culpa.

Cooperación

- Desarrollar habilidades personales en bien de la comunidad.
- Ser modelo de comunidad.
- Aprender a conformar, dirigir y evaluar el trabajo grupal.
- Ser creativo y tener iniciativa en el trabajo en grupo.

Proyección:

- Dar el testimonio de vida a la comunidad.
- Interesarse por la familia a través de la “Asamblea”.
- Proyectarme a la comunidad por medio de un mejor servicio.
- Mostrar mayor interés por los miembros de la comunidad.

5.7. INTERVENCIÓN DE ACUERDO AL MODELO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

5.7.1. Dispositivo terapéutico

La aplicación del presente trabajo se realizó a manera de dispositivo individual, con sesiones de entre 20 y 23. Se aplicó a 10 casos con diagnóstico de dependencia alcohólica, con un internamiento de cuatro meses. Es necesario comentar que este dispositivo forma parte de un programa de tratamiento psicoterapéutico mucho más amplio que implica la terapia familiar, de grupo, vivencial, ocupacional y espiritual (la tres últimas no se circunscriben al área psicológica). Y estos dispositivos se adhieren al programa de Comunidad Terapéutica cuyo objetivo base es la reeducación en valores de comunidad y buen vivir.

El programa terapéutico de dispositivo individual consta de tres fases claramente delimitadas que se describirán en detalle.

1. Evaluación y diagnóstico.

2. Aplicación del programa a tres niveles con la mayor flexibilidad posible:

- Asesoramiento.
- Sintomático.
- Personalidad.

3. Evaluación del proceso.

5.7.1.1. Evaluación y Diagnóstico.

Para la evaluación y diagnóstico se tomó en cuenta tres aspectos importantes dentro de nuestro modelo: el análisis de la Demanda, del Trastorno y la Personalidad. Con respecto a la demanda los diez casos acudían a tratamiento por presiones externas y ocultaban una demanda implícita (p.ej. complacencia a familiares, presión de la pareja o laboral). Ahora bien con respecto al Diagnóstico Clínico y de Personalidad se realizó desde dos ejes: uno transversal y otro longitudinal. El análisis ha estos dos niveles es importante tanto para fines diagnósticos como para el tratamiento p.ej.

Caso1.

Antecedentes Disfuncionales.

Paciente indica que hace un año su consumo de alcohol se ha incrementado notablemente llegando a consumir sólo, refiere síntomas de abstinencia (sudoración excesiva, calambres en extremidades, palpitaciones intensas, dolor corporal, deseo intenso de consumo) e indica que una vez que inicia no puede parar. Ha sido hospitalizado por segunda ocasión debido a intoxicación alcohólica hace un mes. Aduce este cuadro a su falta de voluntad y a los conflictos con su madre.

Menciona que el consumo de alcohol inicia a la edad de 15 años con compañeros del colegio, por “curiosidad” según comenta. Su consumo hasta los 20 años refiere haber sido de dos fines de semana por mes, generando las primeras dificultades con su madre y problemas de comportamiento. A partir de los 20 años señala, que el consumo de alcohol aumentó a todos los fines de semana hasta los 25 años, época en la que debido a un cuadro de intoxicación (consumo de dos días) fue hospitalizado, dejando de consumir por cerca de un año por “miedo” según comenta. A los 27 años vuelve a consumir con amigos según señala e indica que esta vez “vuelve con más fuerza”, su ingesta aumenta a más de dos días a la semana. Llegando estos últimos ocho meses a consumir a diario provocando el cuadro actual.

Como podemos observar en este ejemplo se observa claramente un cuadro de dependencia alcohólica, que se ha dado de forma progresiva y con claras consecuencias que muestran un nivel marcado de deterioro clínico, desde mi punto de vista no necesariamente se tiene que esperar un año para realizar esta diagnosis, puesto que muchos pacientes muestran una clara dependencia al alcohol (tanto física como psíquica) en pocos meses de consumo, realizar este análisis es importante no solo para un correcto diagnóstico si no para tener una idea del pronóstico, obviamente en adicciones, el pronóstico por lo general es reservado.

Por ejemplo, Caso 2.

Paciente indica que hace siete meses el consumo de alcohol aumenta, llegando a casi todos los días el último mes, por lo que pierde el trabajo debido a ausentismo, indica “necesito pegarme un taco para no sentir nervios” “pero una vez que empiezo no puedo parar”, refiriendo síntomas de abstinencia (temblor en las extremidades, sudoración, palpitaciones intensas, náuseas, insomnio), menciona que ha intentado dejar de consumir en varias ocasiones, sin embargo, comenta que “su cuerpo le pide”. Atribuye su ingesta a los problemas económicos y a la mala relación con su esposa.

Relata que su consumo inicia a los 18 años de forma esporádica, aumentando la ingesta a dos fines de semana al mes aproximadamente a los 24 años debido según comenta a sus salidas con sus compañeros de trabajo, refiere “nunca llegué tarde, ni borracho al trabajo”, a partir de los 30 años indica “me hice semanero” “tuve problemas económicos”, el consumo fue progresando hasta el cuadro actual, refiere abstinencia máxima de seis meses.

La mayor parte de pacientes con dependencia alcohólica han intentado infructuosamente dejar de consumir por varias ocasiones, llegando a ciertos niveles de abstinencia pero como es común no logran sostener su objetivo, generando en estos individuos, mayor inseguridad de sí mismos, frustración, menor sentimiento de auto-eficacia y sobre todo mayores niveles de consumo con repercusiones bio-psico-sociales cada vez más graves, que se deja ver claramente en elevados cuadros compulsivos de ingesta. También es conveniente afianzar nuestro análisis clínico con

la aplicación de instrumentos orientados a evaluar dependencia alcohólica como por ejemplo: el EIDA o el SADQ.

El EIDA (Escala de la Intensidad de la Dependencia Alcohólica), consta de seis subescalas que miden, síntomas físicos de la abstinencia, síntomas psicológicos de la abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de la abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingesta de alcohol, y reinstauración de la sintomatología tras la recaída, con esta información no solamente podemos confirmar nuestra impresión clínica, sino que, el análisis cualitativo de los ítems puede ayudarnos al momento de realizar psicoeducación con nuestro paciente. Así mismo el SADQ es similar a la escala descrita anteriormente y el uso que se le puede dar puede ser tanto para la diagnosis como para el tratamiento.

Con respecto al análisis de la personalidad, como se ha descrito en la parte teórica y en concordancia con nuestro modelo, se convierte en la piedra angular para el timing relacional (acercamiento y distancia terapéutica) y el nivel de alianza de trabajo, ya que en mi opinión la terapia con pacientes adictos implica, más que el accionar técnico (que también tiene su importancia), el trabajar la relación sesión a sesión. No es lo mismo un paciente de estilo inestable que uno de estilo anancástico, ya que su estructura difiere notablemente, veamos la diferencia a través del siguiente caso.

Caso 4.

Biografía Psicológica Personal y Familiar.

Su padre fallece en un accidente de tránsito cuando Carlos tenía doce años, lo describe como una persona trabajadora, cariñosa, de carácter fuerte, que siempre le dio todo lo que él quiso. Su madre de 48 años, trabaja como secretaria en la Corte de Justicia. Indica que es una persona, responsable, pero muy “enojona” “todo le molesta”, pero que asumió, la responsabilidad de criarlo a él y a su hermano. En cuanto a su desempeño académico describe que en la escuela fue un buen estudiante, pertenecía al equipo de fútbol con el cual ganó varias medallas, refiere que en colegio su desempeño disminuyó, debido que empieza a salir a discotecas y a bailes pero aclara que en esta época no consumía, indica que no le gustaba quedarse solo en la

casa, pierde el quinto curso, debido a que se “ranclaba” de clases porque según comenta “tenía varias enamoradas”. Menciona que ingresó a la universidad, para seguir la carrera de Derecho pero indica “que no le gusto”, luego se inscribe en la carrera de Comunicación cursando dos ciclos pero comenta que “quería trabajar”. En lo que respecta al área afectiva refiere haber mantenido varias relaciones sentimentales comentando “no recuerdo ni cuantas, han de ser más de cien”, indica que no le gusta estar solo que siempre tiene “alguien con quien pasarla bien”. Con lo que respecta al área laboral comenta haber trabajado en varias instituciones y empresas pero que según menciona: “no aprecian mis fortalezas” “claro también por mi consumo”, por lo que ha dejado varios empleos. Carlos se describe como una persona “sociable”, “amistosa”, “temperamental”, “a veces exploto feo” “he llegado a lanzar cosas y a quererme hacer daño cortándome las muñecas” “me llevo solo con gente aniñada y de dinero, para buscar oportunidades”.

Caso 9.

Su padre de 68 años es jubilado del Sector Público, lo describe como una persona estricta, de pocas palabras, “siempre le gusta que las cosas se hagan bien” “es un trabajador único” “lo han galardonado por ser un excelente empleado”. Indica que su relación es buena aunque informa que de pequeño siempre le tenía miedo, indica que su padre consume alcohol de forma esporádica, nunca lo ha visto ebrio. Su madre de 65 años se dedica a los quehaceres domésticos, la describe como una persona dulce, consentidora, “ella siempre ha sido mi guía en mis decisiones”, “una mujer muy sabia”.

En lo que respecta a su desempeño académico indica que siempre trató de ser un buen estudiante para que sus padres se sientan orgullosos, “nunca me quedé en supletorio”, en cuanto a la universidad indica que primero se inclinó por la medicina pero que no se adaptó, menciona que su padre no lo quiso apoyar para seguir una nueva carrera, pero gracias a su madre quien lo convence logra inscribirse en una nueva especialidad la que logra culminar. Indica que la relación con sus tres hermanos es buena no refiere ningún problema.

Su vida afectiva la describe sin muchas relaciones, solamente tres de importancia. Juan se describe como una persona trabajadora, tranquila, que no le gusta los problemas. En lo referente a su área social menciona tener pocos amigos quienes en su mayoría consumen. En cuanto a su relación matrimonial la describe como buena “como todos los matrimonios con sus altas y bajas” aunque indica que al principio su esposa tuvo problemas con su madre debido a las constantes intromisiones (de la madre de Juan). Indica que la relación con sus dos hijos es excelente “mis hijos me adoran”, los describe como “buenos hijos y sobre todo excelentes estudiantes”

En cuanto al área laboral indica que nunca le ha gustado quedar mal con nadie y que su trabajo es siempre bueno, se describe como una persona creyente, muy querido en su trabajo, fue galardonado hace cuatro años por el Colegio de Contadores, “soy muy meticoloso en lo relacionado a mi trabajo”, aunque comenta: “lastimosamente me he dejado ganar por el consumo de alcohol”.

Como podemos ver la conformación estructural de personalidad difiere de un caso a otro y esto direcciona nuestro estilo relacional, utilizando en el un caso (inestable) propuestas directas y concretas, con objetivos precisos, con un vaivén que comprende la aceptación emocional, la distancia y puntualización de contradicciones. Y en el segundo caso (anancástico), el empleo del razonamiento, con cierto nivel de organización explicativa del accionar terapéutico y evaluativo, importante para este tipo de personalidad, sin dejar de lado cierto nivel de confrontación “diplomática”.

Con lo que respecta a la evaluación psicométrica de la personalidad la hemos dividido en tres categorías:

- Disfunciones de la personalidad.
- Estilos de personalidad.
- Dimensiones biológicas de la personalidad.

Es preciso evaluar posibles disfunciones de la personalidad que es frecuente en cuadros de dependencia a sustancias, lo que complicaría el tratamiento terapéutico. Para este fin se sugiere dos cuestionarios el IPDE y el Cuestionario Salamanca de Trastorno de la Personalidad, como es obvio con cualquier cuadro que denote una

personalidad disfuncional se requiere un análisis clínico exhaustivo con un profesional con experticia en este tema.

En cuanto a los estilos de personalidad, este tipo de cuestionarios se orientan al acercamiento relacional durante la terapia, se puede usar el SEAPsI de estilos de personalidad y el CEPER. Estos cuestionarios no se orientan a trastornos, sino a formas de ser de cada individuo cuyas características permanecen estables a lo largo del tiempo y estructuran formas de pensar, sentir, actuar y relacionarse.

Por último y no menos importante se sugiere usar dos cuestionarios dimensionales biológicos de personalidad, el EPQ o el SCSR, cuyas implicancias a nivel del sistema nervioso central, podrán darnos luz de los alcances que podremos tener en cuanto a la movilización (flexibilidad, entendida como mayor movilización de rasgos disfuncionales) de estructuras de personalidad.

Ahora con respecto a la elección de los cuestionarios, queda a juicio del clínico. Por ejemplo.

Resultado de las Pruebas Psicológicas Aplicadas.

Caso 1, se aplico el Cuestionario SEAPsI y el CEPER (con respecto a la personalidad) con los siguientes resultados:

CUESTIONARIO SEAPSI:

- Presenta rasgos dependientes y evitativos.

CEPER

Paciente presenta los siguientes estilos predominantes:

- Por dependencia
- Pasivo-Agresivo
- Depresivo

Como se puede observar ambos cuestionarios presentan un elemento en común que es la dependencia, en nuestro modelo esta estructura se ubica dentro del espectro de déficit relacional, confirmándose el análisis clínico y perfilando nuestro accionar relacional, nos orienta a usar cierta distancia “amistosa”, un mayor control de la directividad y el establecimiento de límites claros.

Resultado de las Pruebas Psicológicas Aplicadas.

Caso 8, los resultados (de personalidad) fueron los siguientes:

IPDE (DSM-IV):

- Rasgos narcisistas.
- Rasgos Obsesivos-compulsivos.

CUESTIONARIO SEAPSI presenta características:

- Anancásticas.
- Evitativas
- Dependientes

La utilización de un Screening se usará cuando se tiene la presunción de rasgos disfuncionales de personalidad, teniendo en cuenta que se necesitará explorar con mayor profundidad la posibilidad de un trastorno franco de la misma. Además, puntajes elevados y concordantes en ambas escalas (en especial en el IPDE), podrían sugerir rasgos patognomónicos de disfunción de personalidad.

En cuanto al uso de escalas dimensionales (biológicas) de personalidad se sugiere aplicarlas sobre todo en personas que posiblemente muestren elementos de inestabilidad y poco autocontrol emocional.

Caso 6.

Biografía psicológica personal y familiar.

Su padre de 60 años de edad, se dedica al comercio, es un “alcohólico en recuperación”, abstemio desde hace 10 años, lo describe como una persona explosiva, agresiva, que no es capaz de controlar su ira, indica que su relación es pésima, debido a que Vinicio le guarda un gran resentimiento por las constantes agresiones físicas de las que fueron víctimas tanto él como su madre y sus hermanos. Su madre de 57 años también comerciante, la describe como una persona amorosa, pero menciona que no le perdona “que no le haya dejado a su padre” “a veces pensaba que mi madre era bruta por aguantar tanto”, describe que su relación es buena. Vinicio tiene dos hermanos varones de 30 y 22 años, indica que su hermano mayor consume alcohol en

fiestas, mientras que su hermano menor consume alcohol y marihuana, pero que sus padres no se han dado cuenta de que también tienen problemas.

En lo referente a su desempeño académico indica que no fue un buen alumno en la escuela, menciona “mi madre siempre estaba hablando con los profesores porque yo era bien peleón y siempre me metía en pleitos”. En cuanto a su desempeño en el colegio indica que perdió Quinto curso, que gracias a una tía logró graduarse. En la Universidad intentó estudiar Psicología pero no le gustó, por lo que decide estudiar Derecho pero tampoco fue de su agrado. En lo que respecta a la esfera afectiva indica no saber cuántas enamoradas tuvo, menciona “creo que he tenido como unas cuarenta”, aunque refiere “ninguna me importó realmente, solo mi mujer”. En el área laboral indica que ha tenido altos y bajos que desde hace un año con dinero que hizo en Estados Unidos se puso un local de repuestos de autos. Vinicio se describe como una persona irritable, impulsiva, agresiva “me enciendo fácilmente”.

EPQ

- Alta inestabilidad emocional.
- Tendencia a la extraversión.

CUESTIONARIO SEAPSI Presenta características:

- Paranoides, ciclotímicas e impulsivas.

SCSR

- Sensibilidad a la recompensa.

Como podemos ver al correlacionar las escalas biológicas y la escala de estilos, podemos observar la búsqueda de estimulación para la activación del sistema SARA, la alta inestabilidad emocional, (EPQ) que se decanta en la sensibilidad a la recompensa, es decir, la sensibilidad a la activación conductual que decantará en reacciones impulsivas (SCSR), estas características concuerdan con los resultados de elementos ciclotímicos y de inestabilidad emocional (SEAPSi). Por lo que a nivel relacional se necesitará en pacientes con estas características, cierto nivel de sintonía afectiva y directividad, apoyando sus contribuciones y esfuerzos significativos.

Desde mi punto de vista realizar un screening multi-sintomático es importante, como ya se ha visto en diversos estudios, la dependencia a sustancias en general y del alcohol en particular, puede estar acompañado por otros síntomas principalmente ansiedad, depresión, somatización y hostilidad. Para este fin se ha usado el SCL-90-R, que es un cuestionario aplicado tanto en tareas comunitarias, como de diagnóstico clínico, sin embargo, los resultados deberán ser interpretados con mucha precaución ya que como es de esperarse, un proceso de internamiento requiere gran adaptación y un porcentaje elevado de pacientes presentan una “aparente” sintomatología producto de no aceptar su proceso de tratamiento o como rezagos de su Síndrome de Abstinencia.

Luego del proceso de evaluación es importante comentar con el paciente sin ser estigmatizante, sin perder objetividad, el diagnóstico al que hemos llegado y las razones de éste. Dejando la puerta abierta para comenzar con la intervención en psicoeducación. Además, es necesario en la devolución, que queden claros los objetivos de la terapia que en nuestro modelo deberán ser dos: lograr la abstinencia sostenida y la flexibilización estructural de rasgos disfuncionales de personalidad, así, lograremos gran convergencia con el objetivo general de la Comunidad, la “recuperación” que va mucho más allá de la abstinencia.

5.7.1.1.1. Otros cuestionarios de ayuda.

Algunos cuestionarios que nos pueden orientar al tratamiento de la dependencia alcohólica son por ejemplo el CCOCB que nos mostrará los componentes obsesivos y compulsivos de la conducta adictiva, así mismo, el CDB es un instrumento que va desde la clasificación del tipo de deseo (craving o priming), hasta el grado de control e interferencia que genera ese deseo (p. ej, tiempo que se pierde pensando en el deseo). El TAS-20 es un instrumento de medición de alexitimia muy frecuente en adicciones, esta escala nos dará luz verde para introducir técnicas emocionales sobre todo en imaginación. Los cuestionarios de Evaluación del Cambio y de Procesos de Cambio son instrumentos que afinarán la percepción clínica del terapeuta al momento de decidir que estrategias usar para cada fase.

5.7.2. Aplicación Técnica.

Antes de iniciar con la descripción sobre la Aplicación Técnica del Programa Psicoterapéutico, es preciso señalar dos estrategias principales: el timing relacional y el timing técnico.

El timing relacional hace referencia al uso de las microtécnicas (comunicacionales principalmente), es decir, los mensajes e información que se da al paciente, que va desde la conducta no verbal (gestos, movimientos, postura), hasta el tono de voz, fluidez verbal y la terminología que sintonice de la mejor manera posible con el usuario. A este nivel es importante tener en cuenta las características de personalidad exploradas.

El timing técnico se refiere a la aplicación de las técnicas propiamente dichas, que deberán ser operadas con objetivos claros y sin perder la armonía estratégica de la terapia. Por lo que se requiere por parte del profesional, gran flexibilidad y observación clínica, para posponer, adelantar, pausar o presentar por partes una técnica.

A propósito de esto veamos un ejemplo.

Caso 5.

En la sesión 2 el paciente se presenta ansioso debido al internamiento, se puede invitar al paciente a hablar sobre este tema, sin embargo, se puede correr el riesgo que la terapia se convierta en un departamento de quejas del internamiento. En este caso se siguió con la terapia, teniendo como antecedente que dicho usuario ya había pasado por un proceso anterior (internado) por lo que conocía el proceso de adaptación requerido.

En la sesión 3 sin embargo, para no desquebrajar la alianza de trabajo, se le invita a hablar sobre su ansiedad identificando los pensamientos que cubren este malestar y tratando mediante técnicas cognitivas, que el paciente descubra y deje a flote sus deseos de consumo. Este malestar es expresado con quejas, sobre el ambiente, los compañeros, la comida, las labores, malestares somáticos etc.

Como se dijo anteriormente nuestro modelo tiene un accionar técnico a tres niveles de intervención:

- Asesoramiento.
- Sintomático
- Personalidad.

Las aplicaciones técnicas siempre irán acorde con los objetivos del tratamiento. A continuación describiremos la operatividad técnica.

5.7.2.1. Técnicas de Asesoramiento.

Psicoeducación, asertividad y habilidades sociales: si bien es cierto, estas técnicas pertenecerían según nuestro modelo al asesoramiento, también tiene efecto a nivel sintomático.

Caso 3, sesión 2: se trata de analizar conjuntamente con el paciente, términos como tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia, tratando de crear en él mayor conciencia de su “enfermedad”, puesto que muchos de ellos y sus familiares pueden ver al alcoholismo como un mal hábito sin darle la seriedad del caso. Para este fin incluso se puede usar los criterios del DSM-IV para que sea el mismo paciente quien delimite su enfermedad. La psicoeducación puede dar pie a introducir el tema del papel que juegan las cogniciones en la generación de craving, incluso puede servir de base para técnicas como el Análisis de Ventajas vs. Desventajas, Línea de Vida de consumo, Lista de Consecuencias de consumo, etc.

El entrenamiento en Asertividad: es importante que el paciente con adicción al alcohol pueda expresarse libremente pero calibrando el cómo lo va a decir, distinguiendo entre la pasividad y la agresividad, pero en el caso del consumo de sustancias se necesita hacer hincapié en la capacidad del usuario a usar de diversas formas la palabra “NO”. Obviamente el afianzamiento de este entrenamiento se realizará con técnicas Conductuales (Role-playing) y de Imaginación. Muchas veces la incapacidad de socialización de algunos pacientes conlleva al uso del entrenamiento en Habilidades Sociales que al igual que la Asertividad se lo realizará

con técnicas Cognitivo-Conductuales como el “Juego de roles y el Modelado”. Usuarios con elementos evitativos por ejemplo y que dentro de las motivaciones (atribución) se encuentre mayor acercamiento social, se puede introducir por ejemplo este entrenamiento:

Caso 2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como: pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, sentimientos de inferioridad, configurando una personalidad del espectro de Déficit Relacional, de estilo Evitativo.

Sesión 2. Se aplica el M-DMQ-R (que evalúa los motivos de consumo), presentando puntajes elevados en afrontamiento de la ansiedad y consumo social, y en coherencia con su estructura de personalidad, para la sesión 4, se introduce el trabajo en Asertividad y Habilidades Sociales.

Como se puede observar la armonía estratégica no solo se limita a la aplicación técnica y al manejo relacional sino también a la aplicación psicométrica y sobre todo al uso de los resultados.

5.7.2.2. Técnicas sintomáticas.

Consecuente con las investigaciones, las Técnicas Cognitivo-Conductuales son las que mejores resultados arrojan tanto en eficacia como en efectividad.

Se han descrito varias de ellas que básicamente lo que intentan es trabajar sobre pensamientos distorsionados, generadores de craving, ansiedad, depresión etc., y como puede verse el uso de estas técnicas se lo hace a lo largo de toda la terapia. De gran importancia a ese nivel me ha resultado la elaboración de la “Línea de Vida de Consumo”, la utilización de “Flujo-gramas de Consumo, de Prevención de recaídas” y el “Análisis del Principio de Atribución”, que generan un macro modelo explicativo del trastorno del paciente.

Por ejemplo al usar, la técnica de re-atribución de la responsabilidad mediante el diálogo socrático, basado en la exploración del principio de atribución, podemos lograr en el paciente un mayor locus de control interno, lo que genera mayor autocontrol y por ende mayor percepción de auto-eficacia.

Otro ejemplo es la incorporación de registro de pensamientos de consumo o de craving, que nos dará una pauta de que tan centrado está las cogniciones del paciente en la sustancia. Esto nos puede servir de base para poner a prueba estos pensamientos e incorporar estrategias de afrontamiento mediante role-playin, con la finalidad de obtener mayor control de sí mismo. Así mismo, la incorporación de la técnica de resolución de problemas nos puede ser de gran ayuda en fases avanzadas del tratamiento a la hora de tomar decisiones a futuro por parte del paciente (laboral, académica, legal, económica etc.).

5.7.2.2.1. Prevención de recaídas y evaluación.

Caso. 7 sesión 22. Mediante el uso del Flujo-grama se elabora estrategias de afrontamiento, vistos durante toda la terapia, incorporándolas al control de estímulos tanto internos como externos, poniendo énfasis en todas las señales que se puedan detectar, como por ejemplo, situaciones de alto riesgo en el caso de éste paciente un modo de afrontamiento es la evitación de lugares que le puedan provocar, deseo intenso de consumo, esto influye en las señales fisiológicas, todo este trabajo se realiza con la finalidad de afianzar la abstinencia a largo plazo.

5.7.2.2.1.1. En el caso de un paciente en fase de retorno.

Caso 5.

Diagnóstico Descriptivo del Trastorno.

Mauro presenta un trastorno de dependencia al alcohol (dependencia física y psíquica), con un cuadro de una nueva ingesta hace dos meses debido a dificultades económicas, generando problemas con su pareja al punto de llegar a franca agresión física, dificultades económicas, y consecuencias sociales complejas (dormir en la

calle). Destacándose un tratamiento anterior hace cuatro años aproximadamente, con una abstinencia de aproximadamente cuatro años según indica.

En este caso las estrategias de retorno son muy útiles como por ejemplo, sobrellevar el autoreproche, la culpa y comprometerse a metas específicas del tratamiento. Es de vital importancia que el terapeuta muestre sensibilidad clínica, transmitiendo empatía, comprensión y atención positiva, con la finalidad de explorar el significado y la realidad del retorno como una oportunidad de aprendizaje. También se puede mostrar objetividad realizando un Flujo-grama de Retorno. En el mismo caso por ejemplo se dedican las sesiones 1 y 2 para este propósito, con la finalidad de que la motivación del paciente se incremente de manera rápida y el nuevo compromiso con el tratamiento se mantenga a largo plazo.

5.7.2.3. Técnicas Orientadas a la Personalidad.

No cabe duda que lo que distingue a nuestro modelo, es la importancia que le da al trabajo con la Personalidad. En este Trastorno recomiendo usar tres técnicas base, “la Autobiografía”, el “Trabajo con Esquemas” y la “Estabilización Emocional” esta última orientada a las personalidades del espectro impulsivo que son los usuarios que mayor intensidad de trabajo requieren.

- **Autobiografía:** el uso de esta técnica nos permitirá visualizar los conflictos que pudieron surgir en el paciente durante su infancia y con la aplicación del YSQL-2, que mide esquemas tempranos y el PBI, que mide la actitud de los padres (o cuidadores), en relación a la infancia y adolescencia, tendremos una percepción más clara de la estructura de personalidad del usuario.

Por ejemplo.

Caso 10.

- **El Trabajo con Esquemas:** los Esquemas Tempranos Desadaptativos, comportan mayor profundización en el análisis de los fenómenos cognitivos que modulan la conducta. Es aquí dónde, desde el punto de vista cognitivo se configura la personalidad, los esquemas son temas estables y sólidos acerca de

uno mismo en relación con la experiencia y que se han desarrollado desde la infancia y a lo largo de toda la vida.

Diagnóstico Descriptivo de la Personalidad.

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como: pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, preferencia por lo conocido, habitual y rutinario. Generando una estructura que se encuentra dentro del espectro de Déficit Relacional de estilo Evitativo. Esta estructura se ha configurado desde la niñez, la presencia de un padre estricto, rígido y una madre con conductas de sobreprotección, su auto-descripción como “un niño tímido y miedoso”, su dificultad para adaptarse al ambiente secundario, su grupo social reducido y su apego por lo conocido.

Caso 10. Sesión 13

Se aplica el YSQL-2 y el PBI con los siguientes resultados. En el primer cuestionario el resultado sobre la norma fue, el esquema de inhibición emocional, asociado con la contención excesiva de acciones y sentimientos que dificultan la comunicación, espontánea generalmente para evitar la desaprobación de los demás. Los resultados en la segunda prueba fueron la percepción (del paciente) de rechazo por parte de su padre y de sobreprotección por parte de su madre.

Caso 10., Sesión 14, Se realiza el análisis de los cuestionarios, teniendo en cuenta que las pruebas psicométrica pueden ser interpretadas cuantitativamente como cualitativamente y esto se puede realizar con los ítems que mayor puntaje produjeron dentro de la dimensión más significativa. Además se le explica al paciente el constructo esquema temprano, para en sesiones posteriores investigar la dinámica familiar que produjo dicho esquema. También se puede utilizar la descripción autobiográfica.

- **Estabilización Emocional:** si bien puede ser considerada como una técnica sintomática, la utilización de la misma se usa para pacientes de la dimensión

impulsiva, porque en mi opinión la regulación y auto-control emocional es imprescindible en este tipo de pacientes.

Por ejemplo caso 4.

Diagnóstico descriptivo de la personalidad.

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como: búsqueda constante de relaciones superficiales, inestabilidad que abarca áreas como las relaciones interpersonales, la esfera académica y laboral. Excitabilidad emocional, dificultad para organizar proyectos o actividades por su propia iniciativa, incomodidad ante la soledad, impulsividad. Configurando una personalidad dentro del Espectro Impulsivo de estilo Inestable.

Este paciente es un candidato ideal para aplicar la intervención en Estabilización Emocional, en el caso descrito en el párrafo anterior en la sesión 7, se introduce el tema de la estabilización emocional, educando al paciente mediante el Modelo Explicativo de Respuestas Inadaptadas ante la Frustración y el Circuito Cerrado establecido y se relaciona con el consumo compulsivo que en este caso se tornó una conducta de escape.

En cuanto a las Estrategias de Afrontamiento se practican mediante técnicas de Role-playing, en este caso se realizó en la sesión 9. Es importante que el paciente sea el que seleccione la frase clave que tendrá la suficiente potencia para distanciar en el tiempo la respuesta impulsiva.

5.7.3. Evaluación.

Para la evaluación la Escala EMCA, es un instrumento válido y fiable; ha demostrado su capacidad para detectar cambios clínicos en la evolución de los pacientes. Se lo puede usar para monitorear el tratamiento en la fase intermedia y final del proceso. Y el cuestionario de resultados OQ45 que se emplea para evaluar el cambio del paciente y mide el funcionamiento del usuario en las principales áreas que son origen de síntomas psiquiátricos, funcionamiento del rol social y las relaciones interpersonales.

Estos cuestionarios fueron aplicados a todos los casos como medida de efectividad terapéutica, en general los resultados fueron positivos no obstante en pacientes del espectro impulsivo se pudieron visualizar puntuaciones más bajas de éxito terapéutico especialmente en las relaciones interpersonales.

5.8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y RESULTADOS DEL PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO.

Tabla 5.1. Análisis e Interpretación de las Características de los Usuarios usando la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica.

Caso	No. De Internamiento	Antecedentes Familiares	Sexo	Edad	No. De sesiones	Estilo de personalidad
1.	1	No reportó antecedentes familiares	Masculino	31	20	Dependiente
2.	1	Padre alcohólico	Masculino	35	20	Evitativo
3.	1	No reportó antecedentes familiares	Masculino	39	20	Dependiente
4.	1	No reportó antecedentes familiares	Masculino	34	22	Inestable
5.	2	Padre alcohólico	Masculino	29	23	Inestable
6.	1	Padre alcohólico	Masculino	35	21	Inestable
7.	1	Padre alcohólico	Masculino	31	23	Inestable
8.	3	No reportó antecedentes familiares	Masculino	42	20	Anancástico
9.	1	No reportó antecedentes familiares	Masculino	35	20	Anancástico
10.	2	No reportó antecedentes familiares	Masculino	42	21	Evitativo.
N = 10	Media No. Internamiento = 1			Edad Media = 35	Media No. de sesiones = 21	

Fuente: Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs)

Elaborado por: Sebastián Herrera

La tabla 5.1. Nos indica que éste Programa Psicoterapéutico tuvo usuarios de cuatro de los diez estilos de personalidad (inestable, dependiente, anacástico y evitativo). Para más de la mitad de los casos fue el primer internamiento (n=7), llama la atención que los usuarios que presentaron más de un internamiento son de diferentes estilos de personalidad (inestable n= 2, anancástico n= 3 y evitativo n=2). Sin embargo, la

diferencia de edad entre el usuario de estilo inestable de personalidad (29 años, segundo internamiento) frente a los usuarios de estilo anancástico y evitativo de personalidad (42 años, tercer internamiento; 42 años, segundo internamiento respectivamente) podría sugerir que una estructura inestable de personalidad es un factor de riesgo para un cuadro de recaída alcohólica. Otro dato importante fue la presencia de un factor hereditario con mayor prevalencia en los usuarios de estilo inestable de personalidad (tres de los cuatro casos con reporte de padre alcohólico), es probable que éste factor haya influido no sólo en la Dependencia de Alcohol sino también en la Estructura Inestable de Personalidad. La edad media de los usuarios fue de 35 años y la media del número sesiones fue de 21. Cabe señalar que los sujetos que mayor número de intervenciones necesitaron son los de estilo inestable, lo que posiblemente indique que, estos pacientes necesitan un tratamiento más prolongado para lograr una mayor efectividad.

Tabla 5.2. Análisis e Interpretación de los Reactivos Aplicados a todos los casos.

Caso y Estilo de Personalidad	SEAPSI de Personalidad	SCL-90-R	M-DMQ-R	YSQ-L2	PBI
1. Dependiente	▪ Dependiente. ▪ Evitativo.	▪ Ansiedad ▪ Depresión ▪ Somatización	▪ Afrontamiento ▪ Depresión. ▪ Conformidad.	▪ Abandono. ▪ Autosacrificio.	▪ Sobreprotección madre.
2. Evitativo	▪ Dependiente ▪ Evitativo.	▪ Depresión ▪ Ansiedad	▪ Afrontamiento Ansiedad y Depresión. ▪ Conformidad.	▪ Inhibición emocional.	▪ Sobreprotección madre.
3. Dependiente	▪ Dependiente. ▪ Histriónico.	▪ Ansiedad ▪ Sensitividad interpersonal	▪ Afrontamiento ▪ Depresión y Ansiedad ▪ Conformidad.	▪ Autosacrificio. ▪ Entrampamiento.	▪ Sobreprotección madre.
4. Inestable	▪ Inestable ▪ Ciclotímica	▪ Ansiedad ▪ Hostilidad	▪ Afrontamiento ▪ Depresión. ▪ Sociales.	▪ Abandono ▪ Insuficiente autocontrol	▪ Rechazo padre.
5. Inestable	▪ Inestable ▪ Ciclotímica	▪ Ansiedad ▪ Hostilidad	▪ Afrontamiento Ansiedad ▪ Animación.	▪ Abandono ▪ Privación emocional	▪ Rechazo padre.
6. Inestable	▪ Inestable ▪ Ciclotímica ▪ Paranoide.	▪ Ansiedad	▪ Afrontamiento ▪ Depresión y Ansiedad. ▪ Animación. ▪ Sociales.	▪ Abandono ▪ Privación emocional.	▪ Rechazo padre.
7. Inestable	▪ Inestable ▪ Ciclotímica ▪ Histriónico.	▪ Depresión ▪ Ansiedad ▪ Hostilidad	▪ Afrontamiento ▪ Depresión. ▪ Animación ▪ Conformidad.	▪ Abandono ▪ Insuficiente autocontrol	▪ Rechazo padre.

8. Anancástico	▪ Anancástico. ▪ Evitativo ▪ Dependiente	▪ Ansiedad ▪ Somatización	▪ Afrontamiento Ansiedad	▪ Estándares inflexibles.	▪ Rechazo padre.
9. Anancástico	▪ Anancástico. ▪ Dependiente	▪ Ansiedad	▪ Afrontamiento Ansiedad ▪ Animación.	▪ Estándares inflexibles.	▪ Rechazo padre.
10. Evitativo	▪ Evitativo. ▪ Dependiente	▪ Depresión ▪ Ansiedad	▪ Sociales. ▪ Conformidad.	▪ Inhibición emocional.	▪ Sobreprotección madre. ▪ Rechazo padre.

Fuente: Cuestionario SEAPSi de Personalidad. Inventario de Síntomas SCL-90-R. Inventario de Motivos de Consumo de Alcohol (M-DMQ-R). Inventario de Esquemas de Young (YSQ-L2). Cuestionario de Vínculo Parental (PBI)

Elaborado por: Sebastián Herrera

La tabla 5.2. Nos muestra los resultados de varios cuestionarios aplicados a los pacientes de este Programa Psicoterapéutico. EL cuestionario SEAPSi de Estilos de Personalidad fue un instrumento confiable para delimitar estilos de personalidad, que se correlacionó de manera coherente con el análisis clínico, además este instrumento reflejó un perfil más amplio de estructura de personalidad de cada paciente. El SCL-90-R reflejó síntomas de ansiedad en todos los casos, esto como consecuencia del síndrome de abstinencia al alcohol y en segundo lugar síntomas depresógenos datos que se correlacionan con los resultados del M-DMQ-R donde se visualizó que el consumo formó parte de un estilo de afrontamiento de síntomas negativos (ansiedad y/o depresión) en la mayoría de los casos (nueve de diez). Los resultados del YSQ-L2 mostraron varios patrones de esquemas tempranos inadaptados. Se mostró mayor prevalencia del esquema de Abandono (que hace referencia a inestabilidad emocional y dificultades vinculares) para las sujetos de estilo inestable. El esquema de Autosacrificio (que hace referencia a la satisfacción de las necesidades de los demás a expensas de la propia satisfacción) para los usuarios de estilo dependiente. El esquema de Inhibición Emocional (que hace referencia a la contención excesiva de acciones y sentimientos para evitar la desaprobación de los demás) para los pacientes de estilo evitativo y el esquema de Estándares Inflexibles (que hacen referencia a autoexigencia, perfeccionismo e hipercrítica) para los usuarios de estilo anancástico. Con respecto a los resultados del PBI seis casos mostraron rechazo a la figura paterna y cuatro sobreprotección por parte de la figura materna lo que denotó en todos los pacientes vínculos parentales inseguros.

Tabla 5.3. Resultados del Programa medidos con el EMCA y el OQ-45

Caso y Estilo de Personalidad	EMCA durante el tratamiento	EMCA última sesión	OQ45 última sesión Cambios clínicamente significativos PT ≤ 63
1. Dependiente	8va sesión: ▪ Deseo de beber leve 18 pts. ▪ Desinhibición conductual leve 3 pts. PG = Craving Leve 21 pts.	20va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 5 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 1 pt. PG = Craving Ausente 6 pts.	20va sesión: ▪ SM = 15 ▪ RI = 6 ▪ RS = 4 PT= 25
2. Evitativo	7ma sesión: ▪ Deseo de beber moderado 19 pts. ▪ Desinhibición leve 3pts. PG = Craving Leve 22 pts.	20va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 6 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 1 pt. PG = Craving Ausente 7 pts.	20va sesión: ▪ SM = 17 ▪ RI = 6 ▪ RS = 5 PT= 28
3. Dependiente	9na sesión: ▪ Deseo de beber leve 15 pts. ▪ Desinhibición conductual leve 2 pts. PG = Craving Leve 17 pts.	20va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 4pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 2 pts. PG = Craving Ausente 6 pts.	20va sesión: ▪ SM = 15 ▪ RI = 5 ▪ RS = 4 PT= 24
4. Inestable	3era sesión: ▪ Deseo de beber intenso 34 pts. ▪ Desinhibición conductual intenso 8 pts. PG = Craving Intenso 42 pts.	22va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 9 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 2 pts. PG = Craving Ausente 11 pts.	22va sesión: ▪ SM = 30 ▪ RI = 15 ▪ RS = 10 PT= 55
5. Inestable	6ta sesión: ▪ Deseo de beber moderado 27 pts. ▪ Desinhibición moderado 6 pts. PG = Craving Moderado 33 pts.	23va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 10 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 2pts. PG = Craving Ausente 12 pts.*	23va sesión: ▪ SM = 35 ▪ RI = 16 ▪ RS = 9 PT= 60
6. Inestable	3era sesión: ▪ Deseo de beber intenso 41 pts. ▪ Desinhibición conductual moderado 8 pts. PG = Craving Intenso 49 pts.	21va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 9 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 1 pt. PG = Craving Ausente 10 pts.	21va sesión: ▪ SM = 33 ▪ RI = 14 ▪ RS = 10 PT= 58

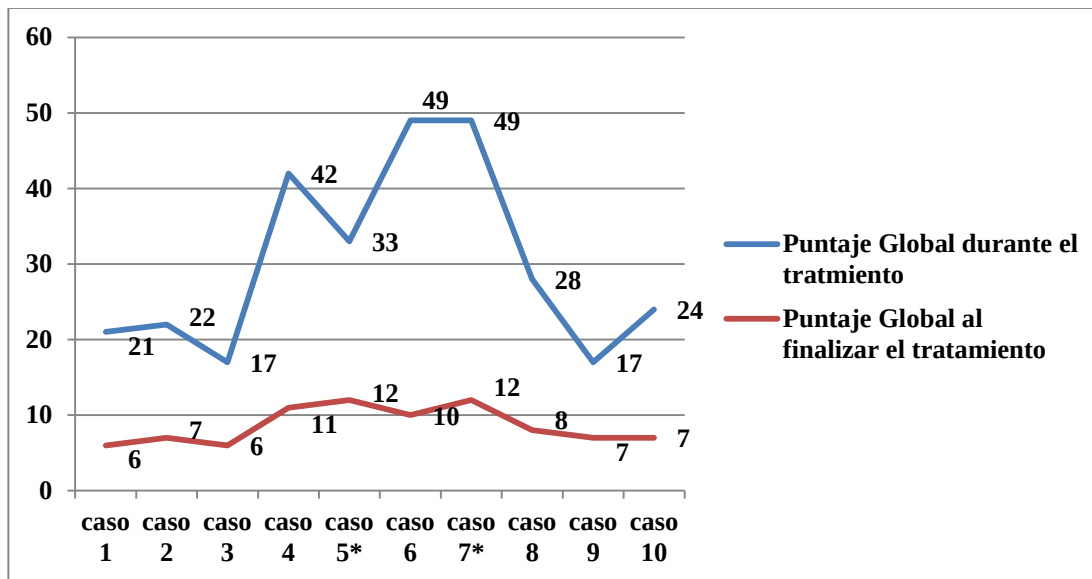
7. Inestable	3era sesión: ▪ Deseo de beber intenso 40 pts. ▪ Desinhibición conductual intenso 9 pts. PG = 49 pts. Craving Intenso	23va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 10 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 2 pts. PG = Craving Ausente 12 pts *.	23va sesión: ▪ SM = 36 ▪ RI = 13 ▪ RS = 12 PT= 61
8. Anancástico	8ma sesión: ▪ Deseo de beber moderado 23 pts. ▪ Desinhibición conductual moderado 5 pts. PG = 28 pts. Craving Moderado.	20va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 7 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 1 pts. PG = Craving Ausente 8 pts.	20va sesión: ▪ SM = 28 ▪ RI = 12 ▪ RS = 7 PT= 47
9. Anancástico	10ma sesión: ▪ Deseo de beber leve 16 pts. ▪ Desinhibición ausente 1pt. PG = 17 pts. Craving Leve.	20va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 6pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 1 pts. PG = Craving Ausente 7 pts	20va sesión: ▪ SM = 14 ▪ RI = 5 ▪ RS = 4 PT= 23
10. Evitativo	6ta sesión: ▪ Deseo de beber moderado 22 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 2 pts. PG = 24 pts. Moderado.	21va sesión: ▪ Deseo de beber ausente 6 pts. ▪ Desinhibición conductual ausente 1 pt. PG = Craving Ausente 7 pts.	21va sesión: ▪ SM = 31 ▪ RI = 9 ▪ RS = 3 PT= 43

*Puntajes en el límite entre ausente y leve.

Fuente: Escala Multimodal de Craving de Alcohol. Cuestionario de Resultados (OQ-45).

Elaborado por: Sebastián Herrera

Gráfico 5.1. Resultados del EMCA

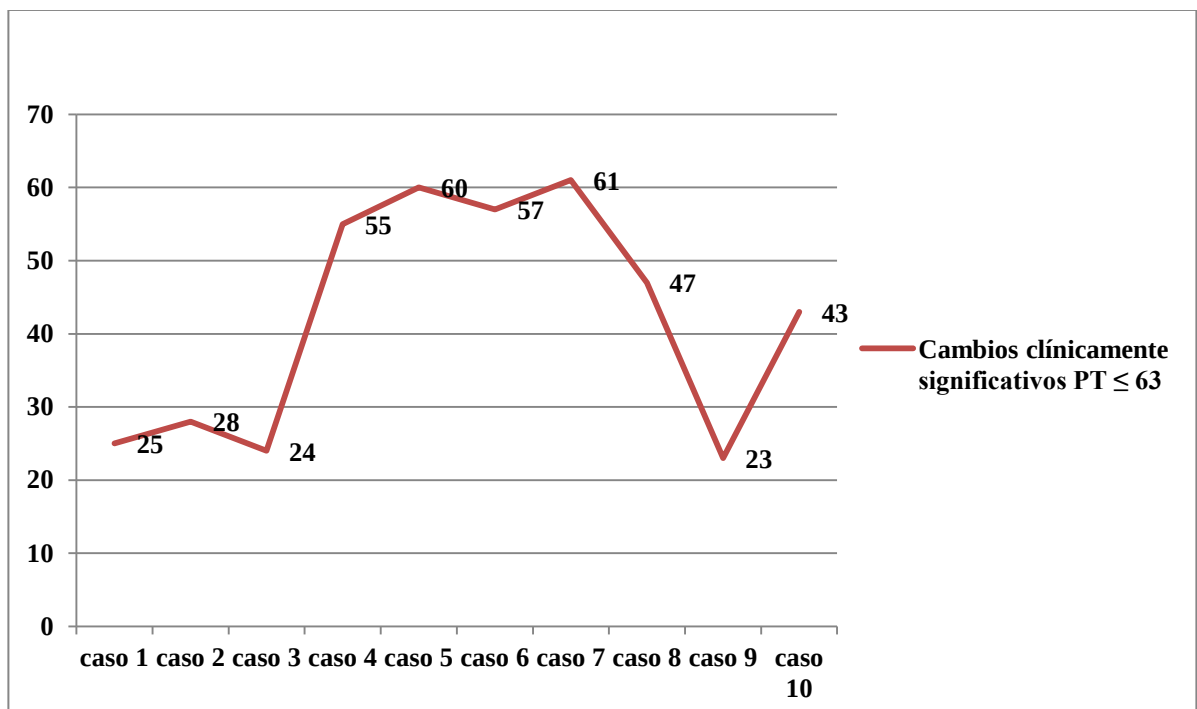


*Puntajes en el límite entre ausente y leve.

Fuente: Escala Multimodal de Craving de Alcohol.

Elaborado por: Sebastián Herrera

5.2. Gráfico Resultados del OQ-45



Fuente: Cuestionario de Resultados (OQ-45).

Elaborado por: Sebastián Herrera

La tabla 5.3. y los gráficos 5.1.; 5.2. Muestran los resultados del Programa de Tratamiento Psicoterapéutico desde el Modelo Focalizado en la Personalidad. Como se observa los mejores resultados en los dos cuestionarios (EMCA y el OQ-45) fueron para pacientes de estilo evitativo, dependiente y anancástico, mientras que, los usuarios de estilo inestable mostraron peores resultados en los puntajes globales de ambas escalas a pesar de haber reducido su sintomatología. Estos datos podrían sugerir que los pacientes de estilo Inestable de Personalidad, requieren de intervenciones más complejas y de mayor extensión temporal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

- El presente programa psicoterapéutico parece mostrar un buen grado de efectividad, pues en el seguimiento (dos semanas) existe una tasa de recaída del 20% (dos pacientes), es importante señalar que estos pacientes fueron los que reflejaron puntajes límite (entre ausente y leve) en la Escala Multidimensional de Craving de alcohol (EMCA casos 5 y 7).
- Los pacientes del espectro impulsivo son los más proclives a recaer, una de las explicaciones posibles es que son usuarios con menos tolerancia a la frustración y emoción negativa, también son los que más reactancia y dificultad en adherirse al tratamiento presentan. Además son los que peores resultados mostraron en el EMCA y el OQ-45. Los pacientes de estilo obsesivo, dependiente y evitativo son los que mejor se adecuaron al tratamiento pues mostraron mayor compromiso y prolijidad en las tareas intersesión, así como un mayor nivel de adherencia terapéutica. Y son los que mejores puntuaciones mostraron en el EMCA y el OQ-45
- El Modelo Focalizado en la Personalidad se muestra particularmente útil, debido que opera de forma ordenada, en primer lugar la relación en función de la personalidad con una teoría consistente y en segundo lugar la aplicación técnica brinda gran flexibilidad en cuanto a la utilización de recursos de asesoramiento, sintomáticos y de personalidad, los cuales pueden usarse de manera conjunta o por separado, es decir estas herramientas pueden tener efectos en las relaciones interpersonales, la sintomatología o la estructura de personalidad. Además se adapta de forma idónea al Modelo de Comunidad Terapéutica puesto que la propuesta de la Comunidad es trabajar más allá del consumo, se orienta al trabajo de modulación del carácter que en nuestro caso sería la personalidad.

- El uso de instrumentos psicométricos ha sido de gran utilidad clínica, ya que éstos nos permiten afinar las intervenciones y su información puede analizarse en la sesión terapéutica, es decir puede brindarnos datos clínicos y datos terapéuticos.
- El Dispositivo Individual del Modelo Focalizado en la Personalidad tiene algunas ventajas sobre el Dispositivo Grupal. En primer lugar brinda intervenciones personalizadas para cada caso en particular. En segundo lugar se ejerce un mayor control sobre el timing relacional y técnico. Y en tercer lugar se logra mayor flexibilidad en cuanto a la aplicación técnica.

RECOMENDACIONES.

- Es preciso usar una escala de valoración neurocognitiva, pues nos permitirá calibrar el ritmo y los procedimientos técnicos frente a pacientes con problemas a nivel cognitivo muy frecuente en cuadros de dependencia alcohólica.
- Para mejorar la calidad de este trabajo se requerirá que este Programa Terapéutico, sea aplicado a todos los estilos de personalidad y poder visualizar de manera más objetiva sus efectos.
- Es recomendable la aplicación a un mayor número de casos para llegar a medidas de eficacia, con la finalidad de que éste Programa Terapéutico se valide mediante las exigencias científicas actuales.
- Este Programa Terapéutico se plantea para Profesionales de la Salud Mental y puede recibir aportes e intervenciones técnicas de otros enfoques que prueben su efectividad, mediante estudios longitudinales.
- Es necesario medir la efectividad del programa a largo plazo, lo que permitirá hacer los cambios adecuados para que los objetivos se sostengan a lo largo del tiempo.
- Es importante la aplicación de este Programa Terapéutico a la población de género femenino, para obtener datos de los alcances del Modelo Focalizado en la Personalidad en esta población y realizar los ajustes pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA.

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –Texto Revisado”. Editorial MASSON, Barcelona-España 2002.
2. ASOCIACION PSIQUIATRICA DE AMERICA LATINA (APAL). “Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico” (GLADP). Coordinación Editorial Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, México 2004
3. BALAREZO L. “Psicoterapia” 2da Edición. Ediciones PUCE. Quito-Ecuador 1995.
4. BALAREZO L. “Psicoterapia Asesoramiento y Consejería. Ediciones PUCE. Quito-Ecuador 1998.
5. BALAREZO L. “Apuntes de Sistemas Contemporáneos de psicología” Ediciones PUCE. Quito-Ecuador 2004.
6. BALAREZO LUCIO, LIMA SANDRA, “El alcoholismo una perspectiva integrativa. Editorial PUCE. Quito, Ecuador 2009.
7. BALAREZO L. “Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad”. Ediciones UNIGRAF. Quito-Ecuador 2010.
8. BASCARÁN M. GARCÍA M. BOBES J. “Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica” 3era. Edición ARS Médica. Barcelona España 2004.
9. BASCARÁN M. GARCÍA M. BOBES J. “Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica” 4ta. Edición ARS Médica. Barcelona España 2006.
10. BECOÑA IGLESIAS Elisardo “Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones” SOCIDROGALCOHOL. Barcelona. ESPAÑA 2008.
11. BECK A. “Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad” Editorial Paidós. S.A., Barcelona España 1995.

12. BECK T. Aaron. "Terapia Cognitiva de las Drogodependencias" Editorial Paidós. S.A., Barcelona España 1999.
13. BECK A. "Terapia Cognitiva de la Depresión" 15va. Edición. Editorial Desclée de Brouwer S.A., Bilbao España 2002.
14. BELLACK "Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia" 2da. Edición. Manual moderno 1993.
15. BELLOCH AMPARARO; SANDIN BONIFACIO; RAMOS FRANCISCO. "Manual De Psicopatología" Vol 1. McGraw-Hill/INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.A. 1996.
16. BELLOCH A. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ H. "Trastornos de la Personalidad". Editorial. SÍNTESIS, Madrid-España 2008.
17. BELLOCH A.FERNÁNDEZ ÁLVAREZ H. "Tratado de los Trastornos de la Personalidad". Editorial. SÍNTESIS, Madrid-España 2010.
18. CABALLO V. "Manual de Trastornos de la Personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento" Editorial SÍNTESIS. Madrid-España 2004.
19. CASAS M. "Combatir el Estrés". Ediciones CREDIMAR Colombia 2007.
20. CORMIER W. SHERILYN L. "Estrategias de Entrevistas para Terapeutas". 3ra. Edición. Editorial Desclée de Brouwer S.A., Bilbao España 2000.
21. DE LEÓN J. "La Comunidad Terapéutica". Editorial Desclée de Brouwer S.A., Bilbao España 2004.
22. DE SALVADOR G. "Manual para el Montaje de Programas Terapéuticos en Instituciones que Cubren Población Adolescente e Infantil en Alto Riesgo Usadores de Sustancias Psicoativas-Comunidades Terapéuticas". Ediciones. Talleres de Tipografía y Litografía. Bogotá-Colombia 1999.
23. ELLIS A. CABALLO V. LEGA L. "Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual". 2da. Edición. Editorial. SIGLO VEINTIUNO. Madrid-España 2002.
24. GUAJARDO H. KUSHER D. "Mayéutica –Manual Terapéutico para la Rehabilitación de Trastornos Adictivos."
25. GUARDIA J. "ALCOHOLISMO Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica" SOCIDROGALCOHOL.ESPAÑA 2007.

26. HALES ROBERT E., M.D. STUART C. YUDOFKY, M.D. JOHN A. TALBORT, M.D. “Tratado de Psiquiatría” 3ra. Edición. MASSON, S.A. BARCELONA 2000.
27. LABRADOR F. CRUZADO J. MUÑOZ M. “Manual de Técnicas de Modificación y terapia de conducta”. Editorial PIRAMIDE. Madrid España 1993.
28. LANDA GONZÁLES N. “Psicopatología, Trastornos de la Personalidad, y Déficit Neurológico en el Alcoholismo”. Tesis Doctoral. Universidad de Navarra España 2004.
29. MEZQUITA GUILLAMÓN L. “El Papel del Maltrato la Personalidad y los Motivos en el Consumo de Alcohol: un estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes”. Tesis Doctoral. Universidad Jaume. España 2009.
30. OBST CAMERINI J. “La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada”. Ediciones C.A.T.R.E.C. Buenos Aires-Argentina 2008.
31. OLDHAM J. Morris L. “Autorretrato de la Personalidad” Ediciones TIKAL. Girona España 1990.
32. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). CIE 10 “Trastornos Mentales y del Comportamiento”. Técnicas Gráficas FORMA, S.A. Madrid (España) 1992.
33. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “Prevención de los Trastornos Mentales- Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas” Ginebra 2004.
34. PRESTON JOHN, “Terapia Breve Integradora”, Editorial Desclee de Brouwer S.A., Bilbao España 2003.
35. RISO W. “Pensar bien, sentirse bien”. Editorial. NORMA. Bogotá-Colombia 2004.
36. RISO W. “TERAPIA COGNITIVA- fundamentación teórica y conceptualización del caso clínico” Editorial. NORMA. Colombia 2006.
37. RISO W. “Cuestión de Dignidad Aprenda a decir no y gane autoestima siendo asertivo” Editorial. NORMA. Colombia 2006.

38. PASCUAL F. y VELASCO A. “GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS FEDERACIÓN DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS DE ESPAÑA” Ediciones FARE. Valencia-España 2010.
39. ROJAS M. “Conceptos Básicos y Profundización del Consejo Psicológico y Psicoterapia Motivacional en Drogodependencias - Un enfoque Cognitivo-Conductual-Humanista”. Tomo I. Editorial CONSYTEC. Perú 2006.
40. ROJAS M. “Manual de Consejo Psicológico y Psicoterapia Motivacional en Casos de Drogodependencia- Estructura de seis sesiones tipo”. Tomo I. Editorial CONSYTEC. Perú 2006.

ANEXOS

INDICE

1. Escala de la Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA)	1
2. Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia al Alcohol (SADQ)	4
3. Inventario de síntomas SCL-90-R.	7
4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad Autoaplicado-Screening Módulo DSM-IV	11
5. Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad.	14
6. Cuestionario de Estilos de Personalidad (CEPER)	16
7. Cuestionario Seapsi de estilos de personalidad.	24
8. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire EPQ)	27
9. Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (SCSR)	30
10. Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo-Compulsivos de la (CCOCB)	32

11. Cuestionario sobre el Deseo de Beber, CDB	35
12. Drinking Motives Questionnaire-Revised M-DMQ-R.	37
13. Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island	38
14. Cuestionario de Procesos de Cambio	40
15. Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2).	42
16. Parental Bonding Instrument (P.B.I.)	45
17. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	48
18. Escala Multidimensional de Craving de Alcohol	50
19. Cuestionario de Resultados (OQ45)	51
20. NOTA IMPORTANTE	53
21. CASO 1	54
22. CASO 2	73
23. CASO 3	91
24. CASO 4	109
25. CASO 5	128
26. CASO 6	147
27. CASO 7	165
28. CASO 8	184

29. CASO 9	202
30. CASO 10	220

ANEXO 1

ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EIDA)

Intente recordar un período de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho. Ahora marque (X) en la casilla correspondiente la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese período.

Durante ese período de tiempo que bebía mucho:

		Nunca o casi nunca (0)	A veces (1)	Frecue nteme nte (2)	Casi siempre (3)
1	Me despertaba sudando				
2	Me temblaban las manos a primera hora de la mañana				
3	Tenía nauseas a primera hora de la mañana				
4	Todo mi cuerpo temblaba violentamente, si no bebía algo				
5	Me despertaba completamente bañado en sudor				
6	Temía que llegase la hora de levantarme				
7	Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana				
8	Me sentía próximo a la desesperación al despertarme				
9	Me sentía muy nervioso al despertarme				
10	Me sentía asustado al despertarme				

11	Me gustaba beber alcohol por la mañana				
12	Tenía ganas de beber alcohol al despertarme				
13	Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana				
14	Bebía por la mañana para calmar los temblores				
15	Sentía una fuerte necesidad de alcohol al despertarme				
16	Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 8 cañas de cerveza)				
17	Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente es 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)				
18	Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3 1/2 botellas de vino o 32 cañas de cerveza)				
19	Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)				
20	Llegaba a beber en menos de una hora 8 copas de licor (el equivalente son dos botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
21	Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo				
22	Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido				
23	No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc)				
24	Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto				
25	Había días en los que conseguía no beber nada				

		Nada (0)	Un poco (1)	Moder adame nte (2)	Bastant e (3)
26	Por la mañana comenzaba a sudar				
27	Tendría temblor en las manos				
28	Tendría nauseas				
29	Mi cuerpo temblaría				
30	Mis deseos por haber serían				
		Puntuación total.....			

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE LA GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (SEVERITY OF DEPENDENCE QUESTIONNAIRE, SADQ)

En los últimos 6 meses, durante el período de tiempo en que bebía mucho:					
		Nunca o casi nunca (0)	A veces (1)	Frecue nteme nte (2)	Casi siempre (3)
1	Me despertaba sudando				
2	Tenía palpitaciones a primera hora de la mañana				
3	Me temblaban las manos a primera hora de la mañana				
4	Tenía nauseas a primera hora de la mañana				
5	Todo mi cuerpo temblaba violentamente, si no bebía algo				
6	Me despertaba completamente bañado en sudor				
7	Vomitaba a primera hora de la mañana				
8	Temía que llegase la hora de levantarme				
9	Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana				
10	Me encontraba a disgusto al despertarme por la mañana.				
11	Me sentía próximo a la desesperación al despertarme				

12	Me sentía aturdido al despertarme				
13	Me sentía muy nervioso al despertarme				
14	Me sentía asustado al despertarme				
15	Me gustaba beber alcohol por la mañana				
16	Me aseguraba de que me quedara algo de alcohol para por la mañana				
17	Tenía ganas de beber alcohol al despertarme				
18	Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana				
19	Consumía por lo menos 4 copas de licor durante la hora siguiente a haberme levantado (el equivalente es una botella de vino o 9 cañas de cerveza)				
20	Bebía por la mañana para calmar los temblores				
21	Sentía una fuerte necesidad de alcohol al despertarme				
22	Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 9 cañas de cerveza)				
23	Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente es 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
24	Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente es 4 botellas de vino o 36 cañas de cerveza)				
25	Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente es 8 botellas de vino o 72 cañas de cerveza)				
26	Llegaba a beber en menos de una hora 8 copas de licor (el equivalente son dos botellas de vino o 18 cañas de cerveza)				
27	Llegaba a beber en menos de una hora 16				

	copas de licor (el equivalente son 4 botellas de vino o 36 cañas de cerveza)				
--	--	--	--	--	--

		Nada (0)	Un poco (1)	Moder adame nte (2)	Bastant e (3)
28	Por la mañana comenzaría a sudar				
29	Tendría palpitaciones				
30	Tendría temblor en las manos				
31	Tendría nauseas				
32	Mi cuerpo temblaría				
33	Mis deseos por beber serían				
		Puntuación total			

ANEXO 3

**EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL – 90 – R de L. Derogatis
María Martina Casullo. Marcelo Pérez
(2008)**

Nombre..... Edad: Fecha de hoy:.....

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

0 Mujer 0 Varón

Educación:

0 Primario incompleto	0 Secundario incompleto	0 Terciario incompleto
0 Primario completo	0 Secundario completo	0Terciario/universitario completo

Estado civil:

0 Soltero	0 Divorciado	0 Viudo/a
0 Casado	0 Separado	0 En pareja

Ocupación:

.....

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema me ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA – MUY POCO – POCO – BASTANTE – MUCHO

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1 Dolores de cabeza					
2 Nerviosismo					
3 Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4 Sensación de mareo o desmayo					
5 Falta de interés en relaciones sexuales					
6 Criticar a los demás					
7 Sentir que otro puede controlar mis pensamientos					
8 Sentir que otros son culpables de lo que pasa					
9 Tener dificultad para memorizar cosas					
10 Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo					
11 Sentirme enojado/a malhumorado/a					
12 Dolores en el pecho					
13 Miedo a los espacios abiertos o las calles					
14 Sentirme con muy pocas energías					
15 Pensar en quitarme la vida					
16 Escuchar voces que otras personas no oyen					
17 Temblores en mi cuerpo					
18 Perder la confianza en la mayoría de las personas					
19 No tener ganas de comer					
20 Llorar por cualquier cosa					
21 Sentirme incómodo/a con personas de otro sexo					
22 Sentirme atrapado/a o encerrado/a					
23 Asustarme de repente sin razón alguna					
24 Explotar y no poder controlarme					
25 Tener miedo a salir solo/a de mi casa					
26 Sentirme culpable por cosas que ocurren					
27 Dolores en la espalda					
28 No poder terminar las cosas que empecé a hacer					
29 Sentirme solo/a					
30 Sentirme triste					
31 Preocuparme demasiado por todo lo que pasa					
32 No tener interés por nada					
33 Tener miedos					
34 Sentirme herido por mis sentimientos					
35 Creer que la gente sabe qué estoy pensando					
36 Sentir que no me comprenden					
37 Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto					
38 Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas					
39 Mi corazón late muy fuerte, se acelera					
40 Náuseas o dolor de estómago					

41	Sentirme inferior a los demás					
42	Calambres en manos, brazos o piernas					
43	Sentir que me vigilan o hablan de mi					
44	Tener problemas para dormirme					
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago					
46	Tener dificultades para tomar decisiones					
47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos					
48	Tener dificultades para respirar bien					
49	Ataques de frío o de calor					
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo					
51	Sentir que mi mente queda en blanco					
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo					
53	Tener un nudo en la garganta					
54	Perder las esperanzas en el futuro					
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo					
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo					
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59	Pensar que me estoy por morir					
60	Comer demasiado					
61	Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí					
62	Tener ideas, pensamientos que no son solo míos					
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien					
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad					
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas					
66	Dormir con problemas, muy inquieto/a					
67	Necesitar romper o destruir cosas					
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden					
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí					
70	Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente					
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo					
72	Tener ataques de mucho miedo o pánico					
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público					
74	Meterme muy seguido en discusiones					
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a					
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco					
77	Sentirme solo/a aún estando con gente					
78	Estar inquieto/a: no poder estar sentado/a sin moverme					
79	Sentirme un /a inútil					
80	Sentir que algo malo me va a pasar					
81	Gritar o tirar cosas					
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente					

- 83 Sentir que se aprovechan de mí si los dejo
84 Pensar cosas sobre el sexo me molestan
85 Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados
86 Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo
87 Sentir que algo anda mal en mi cuerpo
88 Sentirme alejado/a de las demás personas
89 Sentirme culpable
90 Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

ANEXO 4

Nombre y Apellidos.....
Fecha

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM – IV

Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO O FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1	Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2	Confío en la gente que conozco	V	F
3	No soy minucioso con los detalles pequeños	V	F
4	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5	Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6	Dejo que los demás tomen decisiones por mi	V	F
7	Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8	Ceder algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9	Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11	Nunca me han detenido	V	F
12	La gente cree que soy frío y distante	V	F
13	Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14	La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15	La gente tiene una gran opinión sobre mi	V	F
16	Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17	Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18	Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19	Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F
20	A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21	Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22	Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23	Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24	A menudo, la gente se ríe de mis, a mis espaldas	V	F
25	Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado	V	F
26	Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F

27	Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28	Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29	Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30	Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31	Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32	La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33	Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34	No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35	No me gusta ser el centro de atención	V	F
36	Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37	La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38	Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39	Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40	A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41	Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42	Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43	Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44	Tengo fama de que me gusta “flirtear”	V	F
45	Me siento muy unido a la gente que acabo de conocer	V	F
46	Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47	Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48	La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49	Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50	Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51	Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52	A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53	Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54	Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55	Sueño con ser famoso	V	F
56	Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57	Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58	Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59	Normalmente trato que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60	Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61	Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62	Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63	Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64	A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo	V	F
65	Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66	He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o reputación	V	F
67	No suelo mostrar emoción	V	F
68	Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69	Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70	La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F

71	Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72	Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73	Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo.....	V	F
74	Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75	Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76	Cuándo conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77	Tengo amigos íntimos	V	F

ANEXO 5

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Este es un cuestionario para la valoración de sus rasgos de personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: 1, A veces; 2, con frecuencia, y 3, siempre.

Nombre: _____ Fecha: _____

1	Más vale no confiar en los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
2	Me gustaría dar a la gente su merecido	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
3	Prefiero actividades que pueda hacer yo solo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
4	Prefiero estar conmigo mismo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
5	¿Piensa la gente que es usted raro, excéntrico....?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
6	¿Cree que está más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
7	Soy demasiado emocional	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
8	Cuido mucho mi apariencia	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
9	Hago cosas que están fuera de la ley	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
10	Tengo poco respeto por los derechos de los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
11	Creo que soy especial y merezco que me lo reconozcan	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
12	¿Cree que la gente le envidia por su valía?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
13	¿Sus emociones son como una montaña rusa?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
14	¿Es usted impulsivo?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
15	¿Se pregunta con frecuencia cuál es el papel en su vida?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
16	¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
17	¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F

18	Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
19	Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
20	Me cuesta tomar decisiones por mí mismo	V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
21	Soy nervioso	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F
22	Tengo mucho miedo a hacer el ridículo	V	A veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	F

ANEXO 6

CEPER (Caballo, 1997)

Responde, por favor, a las siguientes preguntas contestando con una X en la **hoja de respuestas** que se adjunta, el grado en que cada uno de los siguientes comportamientos, pensamientos o sentimientos son característicos o propios de ti, de acuerdo con la puntuación que se indica.

- 0 = Nada característico de mí.
- 1 = Muy poco característico de mí.
- 2 = Poco característico de mí.
- 3 = Moderadamente característico de mí.
- 4 = Bastante característico de mí.
- 5 = Muy característico de mí.
- 6 = Totalmente característico de mí.

La información del cuestionario es absolutamente confidencial y sólo se utilizará con fines terapéuticos y/o investigativos.

1. Suelo pensar con frecuencia que los demás se van a aprovechar de mí o me van a hacer daño.
2. Las relaciones interpersonales y familiares son una complicación y un estorbo para mí.
3. Me pongo nervioso/a cuando la gente cuchichea, porque es muy probable que estén hablando de mí.
4. Hago cualquier cosa para conseguir lo que quiero aunque no cumpla con la ley.
5. Me siento profundamente afectado cuando pienso que una persona cercana a mí pudiera abandonarme o rechazarme.
6. Cuando no soy el centro de atención me siento bastante molesto/a.
7. Pienso que tengo más cualidades y capacidades que la mayoría de personas.
8. Me asustan los trabajos que suponen una gran cantidad de contacto con la gente.
9. Me causa gran malestar tomar decisiones, por pequeñas que sean, sin antes haber consultado con otros.
10. Lo más importante para mí es seguir un procedimiento y un orden estricto a la hora de hacer las cosas.
11. Cuando otros me mandan o me piden alguna cosa, siempre acabo haciendo lo que yo quiero.
12. Al final siempre termino relacionándome con personas que me tratan mal.
13. Ninguna actividad me llena como para olvidar el desánimo y el abatimiento.
14. Si la gente me molesta la suelo criticar duramente.
15. Me es muy difícil confiar en la gente, incluso en las personas más cercanas a mí.
16. Prefiero las actividades que puedo realizar yo solo/a.
17. Creo que tengo poderes especiales que los demás ni se imaginan.
18. Mentir y engañar esta bien mientras no te pillen.

19. Cuando empiezo una relación, suelo entusiasarme mucho al principio, pero me decepciono rápidamente.
20. Muy frecuentemente me comporto con los demás de forma seductora.
21. A menudo tengo fantasías en las que me veo como una persona de gran éxito o un individuo muy especial.
22. Me sería difícil mantener un trabajo que suponga estar en contacto con la gente casi todo el tiempo.
23. Ante decisiones importantes en mi vida, me siento más seguro/a si alguien decide por mí.
24. Pongo tanto interés en que las cosas salgan perfectas que en ocasiones no consigo terminarlas.
25. Pienso que si hago exactamente lo que me piden perderé mi libertad.
26. Suelo meterme en situaciones de las que salgo mal parado/a.
27. Pienso muy frecuentemente que no valgo para nada.
28. En las relaciones con mi familia o amigos/as suelo ser bastante violento/a.
29. Considero que siempre hay que tener mucho cuidado con lo que contamos a los otros porque muy probablemente lo usarán en nuestra contra.
30. No me interesan las relaciones sexuales.
31. Siento, veo u oigo cosas un poco extrañas que otros no sienten, ven u oyen.
32. Las promesas o los compromisos son para que los cumplan los demás pero no yo.
33. En la relación con los demás, sé que al final, cuando conozcan cómo soy, me abandonarán.
34. Suelo manifestar como me siento muy rápidamente.
35. Siento que sólo las personas especiales pueden comprenderme o apreciar mejor mis cualidades.
36. No me relaciono con gente desconocida o poco conocida a menos que esté seguro/a de caerle bien.
37. Temo perder el apoyo de los demás si manifiesto que no estoy de acuerdo con ellos.
38. Es importante todo el tiempo a mis obligaciones; las diversiones son secundarias.
39. Hay mucha gente que me saca de quicio.
40. Cuando logro algo por lo que he luchado, en lugar de sentirme satisfecho/a y aliviado/a, me siento culpable o deprimido/a.
41. Desde siempre he criticado mi forma de pensar y actuar.
42. Suelo decir cosas crueles a los demás solo para hacerles infelices.
43. Observo con mucha frecuencia que los demás suelen tener intenciones ocultas en todo lo que hacen.
44. Hay muy pocas actividades con las que disfruto realmente.
45. La gente me suele decir que me voy por las ramas cuando hablo.
46. Cuando deseo algo intento conseguirlo inmediatamente sin pensar en las consecuencias.
47. Tengo una gran confusión sobre quién soy y qué es lo que quiero en la vida.
48. Preferiría algunos cambios en mi vida.
49. Creo que soy una persona digna de admiración y los demás deberían reconocerlo.
50. Me es difícil establecer nuevas relaciones.
51. Siento que no tengo capacidad para iniciar proyectos por mí mismo.

52. Considero que sólo hay una forma de hacer las cosas bien y no hacerlo así es un desastre.
53. Creo que los superiores se aprovechan siempre de la autoridad que les da su posición para manipular a su antojo a los demás.
54. No puedo evitar molestar a los demás, pero después, al ver su reacción, siempre me siento fatal.
55. Toda mi vida he estado preocupándome por cualquier cosa.
56. Cuando alguien está bajo mis órdenes y no las cumple, le castigo con gran dureza.
57. Tardo mucho en perdonar a las personas que me han insultado.
58. No hago ningún intento por crear y/o mantener relaciones de amistad con la gente que me rodea.
59. Cuando la gente hace algo siempre lleva una segunda intención.
60. Me enfurezco muy frecuentemente, llegando a pelearme en numerosas ocasiones.
61. Cuando me siento mal suelo hacer cosas que no puedo controlar, de las que luego me arrepiento.
62. Paso rápidamente de una emoción a otra.
63. Cuando voy a pedir algo, espero un trato especial.
64. Incluso en una relación íntima, me guardo los pensamientos y sentimientos porque temo que él/ella se burle de mí.
65. Haría cualquier cosa por los demás, incluso cosas que no me gustan, para no perder su apoyo.
66. Soy incapaz de tirar nada, nunca se sabe si me podrá hacer falta.
67. Pienso que la gente no se merece la suerte que tiene.
68. No me lo suelo pasar bien en situaciones que se suponen son divertidas.
69. Suelo criticar y llevar la contraria a los demás.
70. Disfruto cuando veo sufrir a los animales o a las personas.
71. Hay que estar siempre atento/a y preparado/a para defenderse de los ataques de los demás.
72. A veces tengo aspiraciones que son poco realistas.
73. Suelo expresar mis emociones en momentos poco adecuados.
74. Suelo hacer las cosas sin pensar en los riesgos para mí o para los demás.
75. Tengo o he tenido comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio o hacerme daño físico de algún modo).
76. Suelo utilizar mi aspecto físico para llamar la atención.
77. Gracias a mí, los demás han conseguido grandes cosas.
78. En las relaciones íntimas no me muestro tal y como soy.
79. Cuando estoy solo/a me siento desesperado/a.
80. Para que las cosas salgan bien siempre tengo que hacerlas yo, porque los demás no ponen el mismo interés.
81. Siento que en mi vida me rodea la mala suerte y no puedo hacer nada para evitarlo.
82. Me cuesta mejorar a nivel personal o profesional, aunque suelo ayudar a los demás a que consigan sus objetivos.
83. Generalmente tiendo a ver el lado negativo de las cosas.
84. No me importa mentir aunque les cause daño a otras personas.

85. Muy a menudo busco pruebas de que mi pareja o la persona con la que salgo me es infiel.
86. Me molesta cuando la gente habla mal de mí.
87. La forma como visto suele parecerle bastante extraña a los demás.
88. Siempre que puedo intento no pagar el dinero que me han prestado.
89. Ante determinadas situaciones siento emociones intensas y que cambian con facilidad (p.ej. depresión, ira, ansiedad).
90. Cuando hablo intento que los demás se queden impresionados.
91. Tengo la capacidad de conmovir a los demás y conseguir lo que me propongo.
92. Cuando estoy con gente, me preocupa mucho que me rechacen o me critiquen.
93. Si una relación importante se termina, necesito encontrar otra rápidamente.
94. Siempre trato de gastar el mínimo dinero por si alguna vez me hace falta.
95. Pienso que los demás no me comprenden e incluso me menosprecian.
96. La gente que me trata muy bien me resulta aburrida y poco interesante.
97. Todo me hace sentir culpable o con remordimientos.
98. Bastantes personas hacen lo que yo les digo porque me tienen miedo.
99. Nunca olvido los insultos ni el ridículo que alguien me haya hecho pasar.
100. Cuando alguien me alaba nunca le presto atención.
101. No tengo amigos/as en quien confiar, sólo dispongo de mi familia.
102. Si la gente no sabe cuidar de sí misma es su problema, a mí no me importa.
103. Habitualmente me siento vacío/a.
104. La vida es un teatro y yo soy el/la protagonista.
105. No necesito ponerme en el lugar de los demás para saber cómo se sienten.
106. Frecuentemente pienso que no voy a saber de qué hablar con alguien a quien acabo de conocer.
107. Algunas veces soy más sociable que otras.
108. Las normas son las que determinan el éxito de una empresa.
109. No se me da bien hacer las cosas cuando me obligan, de modo que las suelo retrasar hasta el último momento.
110. Suelo hacer favores o sacrificios por los demás, aunque ellos no me lo pidan.
111. Desde niño he tenido frecuentes pensamientos de tristeza.
112. Con frecuencia controlo a la fuerza parte del comportamiento de mi pareja y/o mis amigos/as.
113. Frecuentemente pienso que mis amigos/as o compañeros/as no son tan leales como me gustaría que fuesen.
114. No soy capaz de sentir emociones fuertes.
115. Suelo estar tenso/a y en guardia cuando estoy con gente, incluso aunque sea conocida.
116. Si saco provecho de mi comportamiento aunque moleste a los demás, no dejaré de hacerlo.
117. Frecuentemente me invaden intensos sentimientos de rabia e ira que no puedo controlar.
118. Frecuentemente tomo en cuenta lo que me dicen.
119. Es muy difícil que me afecten los sentimientos de los demás.
120. Pienso que no soy tan interesante y divertido/a como los demás.

121. Me obsesiona la idea de que me abandonen y tenga que cuidar de mí mismo/a.
122. Soy incapaz de cambiar mis planes.
123. Me molestan mucho las personas que piensan que pueden hacer las cosas mejor que yo.
124. Suelo elegir amigos/as que terminan maltratándome.
125. Me gustan que las cosas me salgan bien.
126. Me gustan mucho las películas violentas, las armas y las artes marciales.
127. Tengo mucho cuidado de no contar cosas mías porque otras personas se pueden aprovechar de mí.
128. Las situaciones que afectan a los demás, a mí me dejan indiferente.
129. Suelo tener pensamientos extraños de los que me gustaría líbrame.
130. Realmente soy más inteligente que los demás.
131. En momentos muy intensos actúo como si no fuera yo, como si estuviera en un sueño, y luego no lo recuerdo bien.
132. Considero que tengo muchos amigos/as íntimos/as.
133. Tengo la sensación de que siempre que la gente me critica lo que sucede es que me envidian.
134. Creo que un desconocido/a atractivo/a nunca se fijará en mí.
135. Cuando estoy solo/a creo que no voy a saber cuidar de mí mismo/a.
136. Soy una persona muy organizada.
137. Si realmente no quiero hacer algo, por más que me lo pidan el profesor o mis padres, no lo voy hacer o lo voy a hacer mal a propósito.
138. Cuando alguien se preocupa realmente por mí, pierdo enseguida interés por esa persona.
139. Desde hace mucho tiempo me siento triste y desanimado.
140. Con frecuencia suelo conseguir que la gente se enfade.
141. Cuando puedo elegir prefiero hacer las cosas solo/a.
142. Mi satisfacción es lo primero.
143. En momentos de tensión he llegado a pensar que los demás hablaban o se reían de mí o querían hacerme daño.
144. Cuando una reunión se está poniendo aburrida me es más fácil animarla.
145. A la gente hay que imponerle a la fuerza el respeto por uno.
146. Evito realizar actividades nuevas por temor a que no resulten bien.
147. Suelo estar dispuesto a ceder ante los demás, aunque no esté de acuerdo con ellos, porque temo que se enfaden o no me acepten.
148. Habitualmente me siento culpable.
149. Desde pequeño/a he estado, a menudo, metido en peleas.
150. No me gusta hacer cosas que no haya hecho nunca porque puedo quedar en ridículo.

Edad:_____ Sexo: Masculino_____ Femenino_____ Fecha:_____

HOJA DE RESPUESTAS

(Cuestionario exploratorio de la personalidad, CEPER: Caballo, 1997)

Responde señalando con un aspa (X) en la casilla correspondiente el grado en que cada uno de los comportamientos, pensamientos o sentimientos incluidos en el cuestionario son característicos o propios de ti, siguiendo la siguiente puntuación:

0= Nada característico de mí

1= Muy poco característico de mí

2= Poco característico de mí

3= Moderadamente característico de mí

4= Bastante característico de mí

5= Muy característico de mí

6= Totalmente característico de mí

Por favor cuando hayas terminado repasa esta hoja de modo que no dejes ningún ítem sin contestar.

1	1	2	3	4	5	6
2	1	2	3	4	5	6
3	1	2	3	4	5	6
4	1	2	3	4	5	6
5	1	2	3	4	5	6
6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6
8	1	2	3	4	5	6
9	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	6
11	1	2	3	4	5	6
12	1	2	3	4	5	6
13	1	2	3	4	5	6
14	1	2	3	4	5	6
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6
17	1	2	3	4	5	6
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6
20	1	2	3	4	5	6
21	1	2	3	4	5	6
22	1	2	3	4	5	6
23	1	2	3	4	5	6
24	1	2	3	4	5	6
25	1	2	3	4	5	6
26	1	2	3	4	5	6
27	1	2	3	4	5	6

28	1	2	3	4	5	6
29	1	2	3	4	5	6
30	1	2	3	4	5	6
31	1	2	3	4	5	6
32	1	2	3	4	5	6
33	1	2	3	4	5	6
34	1	2	3	4	5	6
35	1	2	3	4	5	6
36	1	2	3	4	5	6
37	1	2	3	4	5	6
38	1	2	3	4	5	6
39	1	2	3	4	5	6
40	1	2	3	4	5	6
41	1	2	3	4	5	6
42	1	2	3	4	5	6
43	1	2	3	4	5	6
44	1	2	3	4	5	6
45	1	2	3	4	5	6
46	1	2	3	4	5	6
47	1	2	3	4	5	6
48	1	2	3	4	5	6
49	1	2	3	4	5	6
50	1	2	3	4	5	6
51	1	2	3	4	5	6
52	1	2	3	4	5	6
53	1	2	3	4	5	6
54	1	2	3	4	5	6

55	1	2	3	4	5	6
56	1	2	3	4	5	6
57	1	2	3	4	5	6
58	1	2	3	4	5	6
59	1	2	3	4	5	6
60	1	2	3	4	5	6
61	1	2	3	4	5	6
62	1	2	3	4	5	6
63	1	2	3	4	5	6
64	1	2	3	4	5	6
65	1	2	3	4	5	6
66	1	2	3	4	5	6
67	1	2	3	4	5	6
68	1	2	3	4	5	6
69	1	2	3	4	5	6
70	1	2	3	4	5	6
71	1	2	3	4	5	6
72	1	2	3	4	5	6
73	1	2	3	4	5	6
74	1	2	3	4	5	6
75	1	2	3	4	5	6
76	1	2	3	4	5	6
77	1	2	3	4	5	6
78	1	2	3	4	5	6
79	1	2	3	4	5	6
80	1	2	3	4	5	6
81	1	2	3	4	5	6
82	1	2	3	4	5	6
83	1	2	3	4	5	6
84	1	2	3	4	5	6
85	1	2	3	4	5	6
86	1	2	3	4	5	6
87	1	2	3	4	5	6
88	1	2	3	4	5	6
89	1	2	3	4	5	6
90	1	2	3	4	5	6
91	1	2	3	4	5	6
92	1	2	3	4	5	6
93	1	2	3	4	5	6
94	1	2	3	4	5	6
95	1	2	3	4	5	6
96	1	2	3	4	5	6
97	1	2	3	4	5	6
98	1	2	3	4	5	6
99	1	2	3	4	5	6

100	1	2	3	4	5	6
101	1	2	3	4	5	6
102	1	2	3	4	5	6
103	1	2	3	4	5	6
104	1	2	3	4	5	6
105	1	2	3	4	5	6
106	1	2	3	4	5	6
107	1	2	3	4	5	6
108	1	2	3	4	5	6
109	1	2	3	4	5	6
110	1	2	3	4	5	6
111	1	2	3	4	5	6
112	1	2	3	4	5	6
113	1	2	3	4	5	6
114	1	2	3	4	5	6
115	1	2	3	4	5	6
116	1	2	3	4	5	6
117	1	2	3	4	5	6
118	1	2	3	4	5	6
119	1	2	3	4	5	6
120	1	2	3	4	5	6
121	1	2	3	4	5	6
122	1	2	3	4	5	6
123	1	2	3	4	5	6
124	1	2	3	4	5	6
125	1	2	3	4	5	6
126	1	2	3	4	5	6
127	1	2	3	4	5	6
128	1	2	3	4	5	6
129	1	2	3	4	5	6
130	1	2	3	4	5	6
131	1	2	3	4	5	6
132	1	2	3	4	5	6
133	1	2	3	4	5	6
134	1	2	3	4	5	6
135	1	2	3	4	5	6
136	1	2	3	4	5	6
137	1	2	3	4	5	6
138	1	2	3	4	5	6
139	1	2	3	4	5	6
140	1	2	3	4	5	6
141	1	2	3	4	5	6
142	1	2	3	4	5	6
143	1	2	3	4	5	6
144	1	2	3	4	5	6

145	1	2	3	4	5	6
146	1	2	3	4	5	6
147	1	2	3	4	5	6
148	1	2	3	4	5	6

149	1	2	3	4	5	6
150	1	2	3	4	5	6

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

Nombre _____

Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin	

	motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		

	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		

ANEXO 8

E. P. Q.

(EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE)

El cuestionario siguiente se refiere al modo en que usted piensa, siente y actúa. Por favor responda a cada pregunta poniendo una X en el casillero correspondiente. No hay respuestas buenas malas. Trabaje rápidamente y no piense mucho sobre el significado exacto de cada pregunta. Por favor trate de responder todas las preguntas.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ocupa su tiempo libre dedicándose a muchas actividades diferentes?		
2. ¿Se detiene a pensar las cosas antes de hacerlas?		
3. ¿Su estado de ánimo sube o baja con frecuencia?		
4. ¿Ha aceptado alguna vez elogios por una cosa que ha hecho otro?		
5. ¿Es una persona conversadora?		
6. ¿Le preocupa tener deudas?		
7. ¿Algunas veces se siente desdichado sin motivo alguno?		
8. En la mesa, ¿se ha servido alguna vez más de lo que le correspondía o ha comido más de los que sería apropiado?		
9. ¿Se asegura cuidadosamente que la puerta de su casa quede cerrada en la noche?		
10. ¿Normalmente es una persona animada?		
11. ¿Le afectaría mucho ver sufrir aun niño o a un animal?		
12. ¿Se preocupa frecuentemente de cosas que no debió haber dicho o hecho?		
13. Si ud. dice que hará una cosa ¿siempre mantiene su promesa sin importarle las molestias que eso le pudiera ocasionar?		
14. ¿Le divertiría saltar con un paracaídas?		
15. ¿Generalmente puede divertirse y pasarlo bien en una fiesta animada?		
16. ¿Es una persona irritable?		
17. ¿Alguna vez ha culpado a alguien sabiendo realmente que la culpa era de ud. mismo?		
18. ¿Le gusta conocer gente nueva?		
19. ¿Encuentra que es conveniente ahorrar y estar asegurado?		
20. ¿Son heridos fácilmente sus sentimientos?		
21. ¿Son todas sus costumbres buenas y deseables?		
22. ¿Tiende a mantenerse en un segundo plano en las ocasiones sociales?		
23. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos dañinos o peligrosos?		
24. ¿Se siente frecuentemente cansado de todo?		
25. ¿Alguna vez ha tomado alguna cosa que sea de otro?		
26. ¿Le gusta mucho salir de casa?		
27. ¿Le divierte mucho hacerle daño a la gente que estima?		
28. ¿Frecuentemente está preocupado por sentimientos de culpa?		
29. ¿A veces conversa de cosas que no conoce en absoluto?		
30. ¿Le gustaría más pasar el tiempo leyendo que reuniéndose con gente?		
31. ¿Tiene enemigos que quieran dañarlo?		
32. ¿Se considera una persona nerviosa?		

33. ¿Siempre se disculpa cuando se ha portado como un mal educado?		
34. ¿Tiene muchos amigos?		
35. ¿Le divierte hacer bromas que a veces pueden dañar a la gente?		
36. ¿Está permanentemente preocupado por algo?		
37. ¿De pequeño hacía las cosas tal y como le decían, inmediatamente y sin protestar?		
38. ¿Se considera una persona despreocupada?		
39. ¿La buena educación y la limpieza son muy importantes para ud.?		
40. ¿Se inquieta por cosas terribles que pudieran suceder?		
41. ¿Alguna vez ha roto o perdido alguna cosa que fuera de otro?		
42. ¿Generalmente toma la iniciativa para hacer nuevos amigos?		
43. ¿Puede comprender fácilmente cómo se sienten las personas cuando le cuentan sus problemas?		
44. ¿Se considera muy excitable o tenso?		
45. ¿Tira al suelo papeles cuando no hay un basurero a mano?		
46. ¿Se mantiene generalmente tranquilo cuando está con otra gente?		
47. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda, y que debiera ser suprimido?		
48. ¿Siente lástima por ud. mismo de vez en cuando?		
49. ¿A veces presume un poco de sus cualidades?		
50. ¿Puede dar fácilmente un poco de animación a una fiesta un poco aburrida?		
51. ¿Le molesta la gente que conduce con demasiada cautela?		
52. ¿Se preocupa por su salud?		
53. ¿Alguna vez ha contado cosas malas o desagradables de alguien?		
54. ¿Le gusta contar anécdotas o historias divertidas a sus amigos?		
55. ¿Le dan lo mismo la mayoría de las cosas?		
56. ¿A veces está decaído?		
57. ¿De pequeño alguna vez se comportó irrespetuosamente con sus padres?		
58. ¿Le gusta juntarse con gente?		
59. ¿Le preocupa si sabe que hay fallas en ud. o en su trabajo?		
60. ¿Sufre de insomnio?		
61. ¿Siempre se lava las manos antes de comer?		
62. ¿Casi siempre tiene una respuesta oportuna cuando le hablan?		
63. ¿Le gusta llegar a las citas con tiempo de sobra?		
64. ¿Se ha sentido frecuentemente apático y cansado sin motivo?		
65. ¿Alguna vez ha hecho trampa jugando?		
66. ¿Le gusta hacer cosas donde haya que actuar rápidamente?		
67. ¿Es (o fue) su madre una buena mujer?		
68. ¿Piensa frecuentemente que la vida es muy aburrida?		
69. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?		
70. ¿Frecuentemente se compromete en más actividades de las que puede hacer?		
71. ¿Hay mucha gente que trata de evitarlo?		
72. ¿Se preocupa mucho por su aspecto físico?		
73. ¿Siempre es educado, aun con gente desagradable?		
74. ¿Cree que la gente pierde mucho tiempo salvaguardando su futuro con ahorros y previsiones?		

75. ¿Ha deseado alguna vez estar muerto?		
76. ¿Evadiría los impuestos si estuviese seguro de que no será descubierto nunca?		
77. ¿Es capaz de mantener el ambiente de una fiesta?		
78. ¿Se preocupa de no ser brusco con la gente?		
79. ¿Se preocupa por mucho tiempo luego de haber tenido una experiencia desagradable?		
80. ¿Alguna vez ha insistido en salirse con la suya?		
81. ¿Cuándo toma el bus llega frecuentemente a último minuto?		
82. ¿Sufre de los nervios?		
83. ¿Alguna vez ha dicho cosas con la intención de herir los sentimientos de otros?		
84. ¿Detesta estar en un grupo de gente que se hace bromas ofensivas entre ellos?		
85. ¿Sus amistades se terminan fácilmente, sin que sea culpa suya?		
86. ¿Frecuentemente se siente solo?		
87. ¿Hace siempre lo que predica?		
88. ¿A veces le gusta molestar a los animales?		
89. ¿Se ofende fácilmente si encuentran defectos en ud. o en su trabajo?		
90. ¿La vida sin peligros sería muy aburrida para ud.?		
91. ¿Alguna vez ha llegado tarde a alguna cita o al trabajo?		
92. ¿Le gusta tener mucha actividad o animación a su alrededor?		
93. ¿Le gustaría que otros le tuviesen miedo?		
94. ¿A veces le sobra energía y otras se siente muy desganado?		
95. ¿A veces deja para mañana lo que debería haber hecho hoy?		
96. ¿La gente piensa que ud. es una persona muy animada?		
97. ¿Le dice a la gente muchas mentiras?		
98. ¿Le afectan fácilmente las cosas?		
99. ¿Cuando se ha equivocado, siempre esta dispuesto a reconocerlo?		
100. ¿Sentiría mucha compasión por un animal cazado en una trampa?		
101. ¿Le ha sido muy difícil llenar este Cuestionario?		

POR FAVOR COMPRUEBE SI HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS

ANEXO 9

CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD AL CASTIGO Y SENSIBILIDAD A LA RECOMPENSA (SCSR) (SENSITIVITY TO PUNISHMENT AND SENSITIVITY TO REWARD QUESTIONNAIRE, SPSRQ)

Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F			
Nombre: _____			
Profesión: _____ Lugar de nacimiento: _____			
Estudios realizado (primarios, secundarios, superiores): _____			
Instrucciones Por favor, responda a cada pregunta con un círculo la palabra SI o la palabra NO, según sea su modo de pensar o sentir. No existen respuestas buenas ni malas, no preguntas con truco. Trabaje rápidamente y no piense demasiado sobre el significado exacto de la pregunta. ¡ Por favor, trate de responder a todas las preguntas!			
1	¿A menudo deja de hacer cosas por miedo a que puedan ser ilegales?	SI	NO
2	¿La perspectiva de conseguir dinero es capaz de motivarlo fuertemente a hacer cosas?		
3	¿Prefiere no pedir una cosa si no está seguro de que se la darán?		
4	¿La posibilidad de conseguir el reconocimiento público de sus méritos le estimula frecuentemente a actuar?		
5	¿Las situaciones nuevas e inusuales le producen miedo a menudo?		
6	Frecuentemente encuentra personas que le parecen físicamente atractivas?		
7	¿Le cuesta llamar por teléfono a personas que no conoce?		
8	¿Le gusta tomar algunas drogas por el efecto de placer que producen?		
9	¿A menudo prefiere renunciar a sus derechos antes que enfrentarse con alguna persona u organismo?		
10	¿A menudo hace cosas para que le alaben?		
11	De pequeño, ¿le preocupaba mucho que le pudiesen castigar en casa o en la escuela?		
12	Le gusta que la gente esté pendiente de usted en una fiesta o reunión social?		
13	En las tareas para las que no está preparado, ¿valora mucho la posibilidad de fracasar?		
14	¿Dedica una parte importante de su tiempo a conseguir una buena imagen?		
15	¿Las situaciones difíciles le dejan fácilmente sin capacidad de reacción?		
16	¿Necesita que la gente le demuestre su afecto constantemente?		
17	¿Es usted una persona vergonzosa?		
18	Cuando está con un grupo, ¿muchas veces intenta que sus opiniones sean las más inteligentes o divertidas?		
19	Siempre que puede, ¿evita hacer demostración de sus habilidades por miedo al ridículo?		
20	¿A menudo aprovecha las ocasiones que se le presentan para establecer relaciones con personas que le parecen atractivas?		

21	Cuando está con un grupo de personas ¿le cuesta escoger un tema adecuado de conversación?		
22	De pequeño, ¿hacía muchas cosas para conseguir el reconocimiento de los demás?		
23	¿A menudo le cuesta conciliar el sueño pensando en las cosas que ha hecho a ha de hacer?		
24	¿La posibilidad de obtener prestigio social le motiva a hacer cosas aunque ello implique no jugar limpio?		
25	¿Se lo piensa mucho antes de reclamar, si en un restaurante le dan comida en malas condiciones?		
26	¿Acostumbra a dar prioridad a aquellas actividades que suponen una ganancia inmediata?		
27	¿Le costaría volver a un comercio a reclamar, si se da cuenta de que le han		
28	¿A menudo le resulta difícil resistir la tentación de hacer cosas prohibidas?		
29	¿Siempre que puede evita ir a lugares desconocidos?		
30	¿Le gusta competir y hacer todo lo que pueda por ganar?		
31	¿Se preocupa muchas veces por las cosas que hace o que dice?		
32	¿Le resulta fácil asociar olores o gustos a sucesos muy agradables?		
33	¿Le resultaría difícil pedir aumento de sueldo a sus superiores?		
34	¿Hay muchos objetos o sensaciones que le recuerdan sucesos agradables?		
35	Siempre que puede, ¿evita hablar en público?		
36	Cuando se pone a jugar con máquinas tragaperras, ¿a menudo le cuesta dejarlo?		
37	¿Muchas veces piensa que podría hacer muchas más cosas si no fuera por su inseguridad o miedo?		
38	¿Muchas veces hace cosas pensando en las ganancias inmediatas?		
39	Comparándose con la gente que conoce, ¿tiene miedo de muchas cosas?		
40	¿Se distrae fácilmente de su trabajo cuando está presente una persona desconocida, físicamente atractiva?		
41	¿Frecuentemente hay cosas que le preocupan y que le hacen bajar su rendimiento en las actividades intelectuales?		
42	¿Le motiva el dinero hasta el punto de ser capaz de hacer trabajos arriesgados?		
43	¿A menudo deja de hacer cosas que le agradarían por no recibir el desprecio o la desaprobación de los demás?		
44	¿Le gusta introducir elementos competitivos en todas sus actividades?		
45	¿Generalmente está más pendiente de las amenazas que de las cosas agradables de la vida?		
46	¿Le gustaría llegar a ser una persona socialmente poderosa?		
47	¿A menudo deja de hacer cosas que le gustarían para no hacer el ridículo?		
48	¿Le gusta demostrar sus habilidades físicas aun corriendo algún peligro?		
Por favor compruebe si ha respondido a todas las preguntas.			

ANEXO 10

CUESTIONARIO SOBRE LOS COMPONENTES OBSESIVO – COMPULSIVOS DE LA BEBIDA (OBSESIVO COMPULSIVO DRINKING SCALE, OCDS)

(Las frases en cursiva no deben incluirse en la versión del paciente)

Instrucciones: Conteste a las siguientes preguntas indicando la cantidad de alcohol que usted bebe y sus intentos para controlar su bebida. Marque con un círculo el número que corresponda a la contestación más apropiada a su caso

1. ¿Cuándo usted no está bebiendo, cuánto tiempo tiene su mente ocupada con pensamientos, deseos o imágenes relacionadas con el alcohol?

- 0) Nunca
- 1) Menos de una hora diaria
- 2) De 1 a 3 horas diarias
- 3) De 4 a 8 horas diarias
- 4) Más de 8 horas diarias

2. ¿Con qué frecuencia tiene usted esos pensamientos

- 0) Nunca
- 1) No más de 8 veces al día
- 2) No más de 8 veces al día, pero estoy libre de ellos la mayor parte del tiempo
- 3) Más de 8 veces al día y durante la mayor parte del tiempo
- 4) Los pensamientos son tan frecuentes que no se pueden contar y/o raramente pasa una hora sin que ocurran

Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 1 o 2

3. ¿Cuánto tiempo interfieren estos pensamientos, deseos o imágenes en sus actividades (o responsabilidades) sociales o laborales?

Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no pueda llevar a cabo o deje de hacer por ellos. (Si en el momento actual no trabaja, indique como cree que se vería afectado su rendimiento si estuviese trabajando)

- 0) Pensar en la bebida no interfiere nunca. Puedo desenvolverme perfectamente.
- 1) Los pensamientos sobre la bebida interfieren ligeramente en mis actividades sociales o laborales, pero mi rendimiento no se ve perjudicado
- 2) Los pensamientos sobre la bebida interfieren claramente en mi desenvolvimiento social o laboral aunque me puedo defender
- 3) Los pensamientos sobre la bebida causan importantes perjuicios en mi rendimiento ocupacional o social
- 4) Los pensamientos sobre la bebida interfieren totalmente en mi rendimiento social o laboral

4. ¿Cuánta ansiedad o preocupación le causan a usted estos pensamientos, deseos o imágenes relacionadas con la bebida durante el tiempo en que usted no está

bebiendo alcohol? 0) Ninguna 1) Leve, infrecuente y no demasiado molesto 2) Moderada, frecuente y perturbadora, aunque el malestar es manejable 3) Intensa, muy frecuente y muy molesta 4) Malestar extremo, casi constante e incapacitante
5. Durante el tiempo que usted no bebe, ¿Cuánto esfuerzo le cuesta resistirse o ignorar estos pensamientos, deseos o imágenes? (Señale los esfuerzos que hace para resistirse a estos pensamientos, si no tiene éxito o fracaso en controlarlos) 0. Mis pensamientos son tan escasos que no necesito enfrentarme a ellos. Si tengo pensamientos siempre me enfrento a ellos 1. Trato de resistirme a ellos la mayor parte del tiempo 2. Hago algún esfuerzo para resistirme 3. Cedo a todos los pensamiento sin tratar de controlarlos, pero lo hago con cierto rechazo 4. Cedo voluntariamente y completamente a tales pensamientos
6. Cuando usted no está bebiendo, ¿en qué medida tiene éxito al intentar parar o alejar tales pensamientos? 0. Siempre consigo parar o alejar tales pensamientos 1. Normalmente soy capaz de parar o desviar tales pensamientos con algún esfuerzo y concentración 2. A veces soy capaz de parar o desviar tales pensamientos 3. Raramente consigo parar tales pensamientos y solamente puedo desviarlos con dificultad 4. Rara vez soy capaz de desviar tales pensamientos, incluso momentáneamente
7. Cuando usted bebe alcohol, ¿cuántas copas toma al día? 0. Ninguna 1. Menos de una copa diaria 2. 1 – 2 copas al día 3. 3 – 7 copas al día 4. 8 o más copas al día
8. Cuando usted bebe alcohol ¿cuántos días a la semana bebe? 0. Ninguno 1. No más de 1 día a la semana 2. 2 – 3 días a la semana 3. 4 – 5 días a la semana 4. 6 – 7 días a la semana <i>Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 7 u 8</i>
9. En qué medida su consumo de alcohol interfiere en su trabajo? Esta pregunta se refiere a si existe algo que usted no hace o no pueda hacer debido a su consumo de alcohol. (Si en el momento actual no trabaja. ¿en qué medida cree que se vería afectado su rendimiento si estuviese trabajando?) 0. Mi consumo de alcohol nunca interfiere. Puedo desenvolverme perfectamente 1. Mi consumo de alcohol interfiere ligeramente en mi trabajo, pero en

conjunto mi rendimiento no se ve perjudicado 2. Mi consumo de alcohol interfiere claramente en mi trabajo, pero aún me puedo defender 3. La bebida produce graves perjuicios en mi trabajo 4. Los problemas de la bebida interfieren totalmente en la realización de mi trabajo
10. En qué medida interfiere su consumo de alcohol en sus actividades sociales? Esta pregunta se refiere si existe algo que usted no hace o no puede hacer debido a su consumo de alcohol? 0. La bebida nunca interfiere. Puedo desenvolverse perfectamente 1. La bebida interfiere ligeramente en mis actividades sociales, pero en conjunto mi comportamiento no se ve perjudicado 2. La bebida interfiere claramente en mis actividades sociales 3. La bebida causa graves perjuicios a mis actividades sociales 4. Los problemas de la bebida interfieren totalmente en mis actividades sociales <i>Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 9 o 10</i>
11. Si a usted se le impidiese beber cuando desea una copa, ¿en qué medida se encontraría nervioso o molesto? 0. No estaría nada nervioso o irritado 1. Estaría ligeramente nervioso o irritado 2. La inquietud o irritación aumentarían, pero podría controlarlas 3. Estaría muy nervioso o irritado 4. Mi ansiedad o irritaciones serían incontrolables
12. Cuanto esfuerzo realiza para resistirse a beber alcohol? (solamente puntúe sus esfuerzos para resistirse, no su éxito o fracaso en controlar realmente la bebida) 0. Mi consumo de alcohol es tan escaso que no necesito resistirme. Si bebo, estoy todo el tiempo resistiéndome a beber 1. Trato de resistirme la mayoría del tiempo 2. Hago algún esfuerzo para resistirme 3. Cedo a casi todas las copas sin intentar controlarme, pero lo hago con cierto rechazo 4. No hago ningún esfuerzo para resistirme a ninguna copa
13. Como es de fuerte su deseo de consumir bebidas alcohólicas 0. No tengo ninguno 1. Algún deseo de beber 2. Fuerte deseo de beber 3. Muy fuerte deseo de beber 4. El deseo hacia la bebida es incontrolable e irresistible
14. Cómo es su control sobre el consumo de alcohol? 0. Tengo un control completo 1. Normalmente soy capaz de controlar mi consumo 2. Solo puedo controlar el consumo con dificultad 3. Tengo que beber y solo puedo retrasar el consumo con dificultad 4. Rara vez soy capaz de retrasar el consumo, incluso por poco tiempo <i>Anote aquí la máxima puntuación de las preguntas 13 o 14</i>

ANEXO 11

CUESTIONARIO SOBRE EL DESEO DE BEBER, CDB

Nombre:					Historia:				
Fecha:					Tiempo en abstinencia:				
Cuando se consume alcohol de manera habitual es frecuente que aparezca deseo de beber en determinadas situaciones. A continuación puede leer diferentes situaciones relacionadas con la bebida que podrían haberle pasado durante las últimas semanas en las que usted estaba consumiendo alcohol. Léalas detenidamente y marque con una X la casilla correspondiente para indicar lo frecuentes que eran en su caso.					Nada (0)	Poco frecuente (1)	Muy frecuente (2)	Siempre (3)	
1	En ocasiones empezaba a beber aun sabiendo que me causaría problemas								
2	Beber hacía que las cosas me parecieran perfectas								
3	Bebía aun sabiendo que después me encontraría fatal								
4	Beber me facilitaba conocer gente								
5	Sentía una necesidad irresistible de seguir bebiendo una vez que había empezado								
6	El alcohol era lo mejor para celebrar algo								
7	Mi deseo de beber podía conmigo								
8	Bebía para divertirme								
9	Al tomar unas copas me relajaba mucho								
10	Tomaba alcohol cuando quería pasar un buen rato								
11	Cualquier excusa era buena para tomar una copa								
12	Beber hacía que las cosas buenas de mi vida parecieran aún mejores								
13	Incluso cuando intentaba tomar sólo una o dos copas terminaba tomando muchas más								
14	Cuando tomaba alcohol me convertía en una persona más alegre y bromista								
15	No podía dejar de beber aunque sabía que tendría problemas al volver a casa								
16	Bebía para alternar con los amigos								
17	Bebía aun sabiendo que después me arrepentiría								
18	Si bebía unas copas estaba más a gusto con la gente								
19	Los problemas cotidianos me parecían menos importantes cuando bebía								
20	Beber resultaba agradable								
21	Empezaba a beber incluso después de decidir no hacerlo								
22	Toda mi ansiedad desaparecía completamente al beber								
23	Interrumpía mis actividades cotidianas para beber								
24	Bebía para relacionarme mejor con la gente								
25	Me sentía menos nervioso en cuanto tenía una copa en la mano								
26	Si había bebido disfrutaba mucho más de las cosas								
27	Hacía casi cualquier cosa por una copa								
28	Bebía para estar contento, para “coger el punto”								
29	Beber hacía que las cosas malas de mi vida parecieran menos malas								

30	El alcohol me permitía vivir más intensamente las situaciones				
31	Resultaba difícil no beber ni un solo día				
32	Me sentía menos irritable si tomaba una copa				
33	Incluso los principales problemas de mi vida no me preocupaban si estaba bebiendo				

ANEXO 12

M DMQ-R (Mezquita 2012)

A continuación tienes una lista de razones por las que algunas veces la gente bebe alcohol. Piensa en todas las veces que has bebido, ¿con que frecuencia podrías decir que has bebido por cada una de las siguientes razones?

Casi nunca/nunca	Alguna vez	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre/siempre
1	2	3	4	5

1.	Como una forma de celebración.	1	2	3	4	5
2.	Para relajarme.	1	2	3	4	5
3.	Porque me gusta la sensación.	1	2	3	4	5
4.	Porque es algo que muchos de mis amigos hacen cuando estamos juntos.	1	2	3	4	5
5.	Para olvidar mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
6.	Porque es excitante.	1	2	3	4	5
7.	Para ser sociable.	1	2	3	4	5
8.	Porque me siento más confiado o seguro conmigo mismo.	1	2	3	4	5
9.	Para colocarme.	1	2	3	4	5
10.	Porque es costumbre en las ocasiones especiales.	1	2	3	4	5
11.	Porque me ayuda cuando me siento nervioso.	1	2	3	4	5
12.	Porque es divertido.	1	2	3	4	5
13.	Porque hace que las reuniones sociales sean más agradables.	1	2	3	4	5
14.	Para animarme cuando estoy de mal humor.	1	2	3	4	5
15.	Para gustar a los demás.	1	2	3	4	5
16.	Para no sentir dolor.	1	2	3	4	5
17.	Porque me ayuda cuando me siento deprimido.	1	2	3	4	5
18.	Para que otros no me tomen el pelo si no lo consumo.	1	2	3	4	5
19.	Para reducir mi ansiedad.	1	2	3	4	5
20.	Para parar de pensar de forma obsesiva en ciertas cosas.	1	2	3	4	5
21.	Para dejar de pensar negativamente sobre mí mismo.	1	2	3	4	5
22.	Para ayudar a sentirme más positivo/a sobre cosas que suceden en mi vida.	1	2	3	4	5
23.	Para dejar de sentir desesperanza sobre el futuro.	1	2	3	4	5
24.	Porque mis amigos me presionan para que consuma.	1	2	3	4	5
25.	Para encajar en un grupo que me gusta.	1	2	3	4	5
26.	Porque me hace sentir bien.	1	2	3	4	5
27.	Para olvidar recuerdos dolorosos.	1	2	3	4	5
28.	Para no sentirme excluido.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 13

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO (Tomado de J. Trujols, A. Tejero y E. Bañuls, 2003)

Fecha_____

Nombre _____

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.

Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con la cocaína.

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	2	3	4	5
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.					
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.					
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.					
4. Puede que valga la pena que trabaje para solucionar mi problema.					
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa la posibilidad de dar un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí.					
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.					

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene que ver conmigo.					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.					
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.					
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.					
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.					
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.					
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.					
18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.					
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que me ayudaran.					
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.					
22. Puede que ahora necesite empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					
24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.					
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

ANEXO 14

CUESTIONARIO DE PROCESOS DE CAMBIO (Fuente: J. Trujols, A. Tejero y E. Bañuls, 2003)

Fecha _____

Nombre _____

Apellidos _____

Instrucciones. Este cuestionario está diseñado para que podamos comprender mejor qué estrategias estás desarrollando en tu intervención, o en el tratamiento.

Cada frase describe una situación o un pensamiento que una persona podría ensayar para conseguir no tomar alcohol. Por favor, indica con qué frecuencia utilizas actualmente alguna de las siguientes situaciones o pensamientos para no consumir alcohol.

Valores:

1. Nunca.
2. Muy pocas veces.
3. De vez en cuando.
4. Bastantes veces.
5. Muchas veces.

	1	2	3	4	5
1. Me siento a disgusto cuando pienso en mi consumo de alcohol.					
2. Me detengo a pensar sobre cómo mi consumo de alcohol perjudica a las personas que me rodean.					
3. Encuentro que mantenerme ocupado reduce mis ganas de consumir alcohol.					
4. Evito a la gente con la que he tomado alcohol.					
5. Cuando estoy tentado de consumir alcohol, intento distraerme haciendo otras cosas.					
6. Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con el alcohol.					
7. Veo anuncios o noticias en los informativos de la televisión sobre cómo la sociedad está intentando ayudar a la gente a no consumir alcohol.					
8. Dedico tiempo a estar con personas que me felicitan o recompensan por no consumir alcohol.					
9. Estoy avergonzado de alguno de mis comportamientos durante mi consumo de alcohol.					
10. Algunas personas intentan hacerme sentir bien cuando no consumo alcohol.					

11. Soy plenamente consciente del daño que mi consumo de alcohol ha hecho sobre las personas que me importan.					
12. Veo algún cartel en sitios públicos animando a la gente a no consumir alcohol.					
13. He oído que el alcohol puede provocar graves cambios de estado de ánimo y depresión.					
14. Me detengo a pensar que mi consumo de alcohol causa problemas a otras personas.					
15. Cuando dependo del alcohol me siento avergonzado o decepcionado conmigo mismo.					
16. Me asustan algunas de las situaciones en las que me he encontrado como resultado de mi relación con el alcohol.					
17. Encuentro útil hacer alguna actividad física para aguantar las ganas de consumir alcohol.					
18. Evito los lugares donde la gente consume alcohol.					
19. Tengo a alguien que intenta compartir conmigo sus experiencias personales con el alcohol.					
20. Existen personas en mi vida que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo alcohol.					
21. La información de los medios de comunicación (revistas, radio, televisión) sobre el alcohol parece llamar mi atención.					
22. Me comprometo a no recurrir al alcohol en los momentos en los que me siento ansioso o inseguro de mí mismo.					
23. Me siento asustado por la intensidad de mis ganas de consumir alcohol.					
24. Me digo a mí mismo que soy capaz de no consumir alcohol si lo intento con suficiente firmeza.					
25. Las descripciones dramáticas de los peligros del alcohol me afectan emocionalmente (me siento nervioso, preocupado, etc.).					
26. Me mantengo alejado de los lugares asociados en general a mi consumo de alcohol.					
27. Me doy cuenta de que algunas personas que están dejando el alcohol manifiestan su deseo de no ser incitados a consumir.					
28. He oído hablar sobre los graves problemas médicos que puede provocar el consumo de alcohol.					
29. Me digo a mí mismo que no necesito alcohol para sentirme bien conmigo mismo.					
30. Tengo a alguien con quien contar cuando tengo problemas a causa del alcohol.					

ANEXO 15

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ – L2

Edad: _____ Sexo: Masculino (___) Femenino (___)

Estado

Civil: _____

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo (a) describe. Cuando no esté seguro (a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

	1	2	3	4	5	6
	Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales					
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo					
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.					
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.					
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.					
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí me desespero.					
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo.					
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.					
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.					
10	Necesito tanto a las personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.					
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.					
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.					
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.					

14	Sospecho que mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado (a) esté, siempre puedo encontrar tiempos para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”.	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado (a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustró fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es muy difícil para mí sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo	1	2	3	4	5	6

- perseverar para completarlas.
- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 44 | No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | No me puedo esforzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANEXO 16

PBI Parental Bonding Instrument

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a como recuerda Usted a su **Padre** en su infancia (hasta sus 16 años).

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

Muy en desacuerdo =1

Moderadamente en desacuerdo =2

Moderadamente de acuerdo =3

Muy de acuerdo =4

Evalúe el grado en que Usted este en acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada.

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su **Padre**

	Desacuerdo		Acuerdo	
	1	2	3	4
1-Me hablaba con voz amistosa y cálida				
2-No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba				
3-Evitaba que yo saliera solo (a)				
4-Parecía emocionalmente frío hacia mi				
5-Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
6-Era afectuoso conmigo				
7-Le gustaba que tomara mis propias decisiones				
8-No quería que creciera				
9-Trataba de controlar todo lo que yo hacía				
10-Invadía mi privacidad				
11-Se entretenía conversando cosas conmigo				
12-Me sonreía frecuentemente				
13-Me regaloneaba				
14-No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				
15-Me permitía decidir las cosas por mi mismo (a)				
16-Me hacía sentir que no era deseado (a)				
17-Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a) o perturbado (a)				
18-No conversaba mucho conmigo				
19-Trataba de hacerme dependiente de él				
20-Sentía que no podía cuidar de mi mismo (a) a menos que él estuviera cerca				
21-Me daba toda la libertad que yo quería				
22-Me dejaba salir todo lo que yo quería				
23-Era sobre protector conmigo				
24-No me elogiaba				

25-Me permitía vestirme como se me antojara				
---	--	--	--	--

PBI
Parental Bonding Instrument

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario consta de 25 afirmaciones, cada una de las cuales se refiere a como recuerda Usted a su **Madre** en su infancia (hasta sus 16 años).

Cada afirmación es seguida por una escala de puntaje:

Muy en desacuerdo =1

Moderadamente en desacuerdo =2

Moderadamente de acuerdo =3

Muy de acuerdo =4

Evalúe el grado en que Usted este en acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación y marque con una cruz la celdilla indicada.

Por favor conteste en relación a los recuerdos que tiene de su **Madre**

	Desacuerdo		Acuerdo	
	1	2	3	4
1-Me hablaba con voz amistosa y cálida				
2-No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba				
3-Evitaba que yo saliera solo (a)				
4-Parecía emocionalmente fría hacia mi				
5-Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
6-Era afectuosa conmigo				
7-Le gustaba que tomara mis propias decisiones				
8-No quería que creciera				
9-Trataba de controlar todo lo que yo hacía				
10-Invadía mi privacidad				
11-Se entretenía conversando cosas conmigo				
12-Me sonreía frecuentemente				
13-Me regaloneaba				
14-No parecía entender lo que yo quería o necesitaba				
15-Me permitía decidir las cosas por mi mismo (a)				
16-Me hacía sentir que no era deseado (a)				
17-Tenía la capacidad de reconfortarme cuando me sentía molesto (a) o perturbado (a)				
18-No conversaba mucho conmigo				
19-Trataba de hacerme dependiente de ella				
20-Sentía que no podía cuidar de mi mismo (a) a menos que ella estuviera cerca				
21-Me daba toda la libertad que yo quería				
22-Me dejaba salir todo lo que yo quería				
23-Era sobre protectora conmigo				

24-No me elogiaba				
25-Me permitía vestirme como se me antojara				

ANEXO 17

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual.
Conteste lo más sinceramente posible.

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.					
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.					
3	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.					
4	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
5	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo.					
6	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.					
7	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.					
8	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, sin preguntarme por qué suceden de ese modo.					
9	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10	Estar en contacto con las emociones es muy importante.					
11	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.					
12	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.					
13	No sé qué pasa dentro de mí.					
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado.					
15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					
16	Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.					
17	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.					
18	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.					

19	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales,					
20	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.					

ANEXO 18

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CRAVING DE ALCOHOL (EMCA)

Durante la última semana...		Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	He tenido ansia de beber					
2	Habría hecho casi cualquier cosa por beber					
3	He deseado beber					
4	He podido controlar completamente mi deseo de beber					
5	Tomar una copa habría sido ideal					
6	He estado pensando la manera de ir por una bebida					
7	Beber hubiera sido maravilloso					
8	He tenido muy a menudo la mente ocupada con imágenes relacionadas con la bebida					
9	Las ganas de beber han sido tan intensas					
10	Me hubiera sentido mejor si hubiera podido beber					
11	He experimentado una vez más un intenso deseo de beber					
12	Aunque hubiese tenido la oportunidad, no hubiera bebido					

ANEXO 19

CUESTIONARIO OQ45

Instrucciones: Lea cada ítem y rodee con un círculo el número que se encuentra bajo la categoría que mejor describa cómo se ha venido sintiendo durante la *última semana*.

Definimos el *trabajo* como empleo, estudios, tareas del hogar, trabajo voluntario, etc.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi Siempre
1. Me arreglo bien con los demás.					
2. Me canso con facilidad.					
3. No siento interés por las cosas.					
4. Me siento estresado en el trabajo/estudio.					
5. Me siento culpable de las cosas.					
6. Me siento irritado.					
7. Me siento infeliz en mi matrimonio/ relación.					
8. Pienso en acabar con mi vida.					
9. Me siento débil.					
10. Tengo miedo.					
11. Después de haber bebido mucho, a la mañana siguiente necesito un trago para moverme. (Si no bebe, señale “nunca”).					
12. Me siento satisfecho de mi trabajo/estudios.					
13. Soy una persona feliz.					
14. Trabajo/estudio demasiado.					
15. Me siento inútil.					
16. Me preocupan los problemas familiares.					
17. Tengo una vida sexual insatisfactoria.					
18. Me siento sólo.					
19. Tengo discusiones frecuentes.					
20. Me siento amado y querido.					
21. Disfruto de mi tiempo libre.					
22. Tengo dificultades para concentrarme.					
23. Me siento indefenso con respecto al futuro.					
24. Me gusto a mí mismo.					
25. Me llegan pensamientos inquietantes y me cuesta deshacerme de ellos.					
26. Me molestan las personas que critican mi consumo de alcohol (o de					

drogas). (Si no es explicable, señale “nunca”).					
27. Tengo molestias de estómago.					
28. No trabajo/estudio tan bien como lo hacía.					
29. Mi corazón late demasiado rápido.					
30. Me cuesta relacionarme con amigos y familiares cercanos,					
31. Estoy satisfecho con mi vida.					
32. Tengo problemas laborales/ de estudios a consecuencia del consumo de alcohol o drogas. (Si no es explicable, señale “nunca”).					
33. Presiento que algo malo va a suceder.					
34. Tengo los músculos agarrotados.					
35. Temo los espacios abiertos, conducir o montar en autobuses, etc.					
36. Me siento nervioso.					
37. Siento que mis relaciones afectivas son plenas y completas.					
38. Siento que no rindo plenamente en el trabajo/ en los estudios.					
39. Tengo demasiados desacuerdos en el trabajo/ en los estudios.					
40. Siento que algo falla en mi cabeza.					
41. Tengo dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido.					
42. Siento tristeza.					
43. Estoy satisfecho de mi relación con los demás.					
44. Me siento suficientemente enfadado en el trabajo/en la escuela como para hacer algo que podría lamentar.					
45. Sufro dolores de cabeza.					

ANEXO 20

NOTA:

En los casos que se exponen a continuación se observará una modificación en la Guía número seis, debido a una solicitud expresa de la Dirección de la Comunidad Terapéutica “Hacia una Nueva Vida”, la que hace referencia a la confidencialidad en cuanto a fechas de tratamiento, por lo que sólo se enumerarán las sesiones.

ANEXO 21

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 01

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera P.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: José.

Edad: 31 años

Estado Civil: soltero

Religión: ninguna

Lugar y fecha de nacimiento: ---

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Secundaria completa Ocupación: Chofer profesional.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a institución de tratamiento de alcohol y drogas, por presión familiar debido a consumo de alcohol que ha provocado conflictos familiares, de comportamiento (comportamiento violento) y pérdida de su empleo.

IMPLÍCITA

Complacer a su madre.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente indica que hace un año su consumo de alcohol se ha incrementado notablemente llegando a consumir sólo, refiere síntomas de abstinencia (sudoración excesiva, calambres en extremidades, palpitaciones intensas, dolor corporal, deseo intenso de consumo) e indica que una vez que inicia no puede parar. Ha sido hospitalizado por segunda ocasión debido a intoxicación alcohólica hace un mes. Aduce este cuadro a su falta de voluntad y a los conflictos con su madre.

Menciona que el consumo de alcohol inicia a la edad de 15 años con compañeros de colegio por “curiosidad” según comenta. Su consumo hasta los 20 años refiere haber sido de dos fines de semana por mes, generando las primeras dificultades con su madre y problemas de comportamiento. A partir de los 20 años señala, que el consumo de alcohol aumentó a los fines de semana hasta los 25 años, que debido a cuadro de intoxicación (consumo de dos días) es hospitalizado, dejando de consumir por cerca de un año por “miedo” según comenta. A los 27 años vuelve a consumir con amigos según señala e indica que esta vez “vuelve con más fuerza”, su ingesta aumenta a más de dos días a la semana. Llegando estos últimos ocho meses a consumir a diario provocando el cuadro actual.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre falleció cuando José tenía 6 años de edad debido a un accidente de tránsito, menciona que consumía alcohol los fines de semana. Su madre de 68 años de edad, es dueña de un salón de comidas en la ciudad. José la describe como una persona “extremadamente buena” “como soy el último siempre me dio todo”, “mis otros dos hermanos me tenían envidia”, “estaba pendiente de mí, para que no me pase nada” indica que la relación es buena, sin embargo por su

consumo se han distanciado comentando “eso me duele” “ella es lo único que tengo” “no se que haría sin ella”.

Con respecto a su niñez indica que creció con su madre, con su tía y su abuela materna luego del fallecimiento de su padre. Comentando que en ellas tuvo todo el cariño del mundo, “siempre estaban viendo que nada me pase”. Señala que recuerda poco a su padre pero “que no le hizo falta porque tuvo a su madre”, describe además que la relación con sus dos hermanos mayores fue buena en esa época. Con respecto a su adaptación escolar menciona que le costó adaptarse debido a que era bien cercano a su madre y a su tía, por lo que refiere “me quedaba llorando en la escuela”, también describe que sufrió maltrato emocional por parte de un niño, por lo que su madre tuvo que cambiarle de escuela a la edad de 8 años. Ya en la adolescencia indica que fue un estudiante promedio hasta el tercer curso donde inicia su consumo y las primeras dificultades derivadas de éste. Con respecto a su grupo social y relaciones afectivas comenta que no tenía muchos amigos ya que su madre no le permitía porque según comenta “ella me decía que los amigos sólo enseñan cosas malas”, y “no me dejaba tener enamoradas porque decía que iba “a meter las cuatro patas”. Indica que terminó el colegio con dificultades y decidió sacar la licencia de chofer profesional para poder trabajar, que según comenta fue pagada por su tía. En su juventud laboró en varias empresas de transporte, dejando sus trabajos según indica por el consumo de alcohol. En esta etapa tuvo dos relaciones sentimentales de importancia y según refiere “no funcionaron porque me fueron infieles”, “creo que no me quisieron solo les importaba la plata”, “yo les daba todo y abusaban”, “me refugie en el consumo”. Actualmente no mantiene una relación afectiva estable, José vive con su madre, sus dos hermanos son casados y viven fuera de la ciudad, comenta que su madre “ya le debe estar buscando trabajo ella es buena en eso”, “por eso no me preocupo”

José se describe como una persona tranquila, “me dejo llevar por mis amigos”, “soy tranquilo cuando no bebo y a veces se aprovechan de mí” “a veces no se que rumbo tomara mi vida”.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SEAPSI:

- Presenta rasgos dependientes y evitativos.

CEPER

Paciente presenta los siguientes estilos predominantes:

- Por dependencia
- Pasivo-Agresivo
- Depresivo

EIDA

- Paciente obtuvo un puntaje asociado a dependencia moderada.

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Depresión
- Ansiedad
- Somatización

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

José atraviesa por un cuadro de dependencia alcohólica, con evidencia de síndrome de abstinencia, craving elevado e ingesta compulsiva, estos síntomas se han incrementando en el último año, generando dificultades familiares, laborales y problemas en su salud.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes predominantes como, dificultad para tomar decisiones cotidianas sino cuenta con el consejo de alguien, dificultad para organizar proyectos por iniciativa propia, conducta sumisa, incomodidad a la soledad, sufrimiento excesivo ante pérdidas afectivas. Esta estructura se ha conformado desde su niñez, la ausencia de la figura paterna siendo sustituida por su madre, que le brindó protección excesiva, siendo vista por José como un símbolo dominante que dirige hasta la actualidad, de cierta forma su vida, además las figuras de su tía y su abuela fuentes también de sobre-protección. Se visualizan mecanismos defensivos como, negación, proyección, racionalización. Distorsiones cognitivas como, justificación, pensamiento dicotómico, generalización.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso terapéutico para manejar dependencia alcohólica.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas	X				
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				
Exigencia de status	X				
Curiosidad		X			
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				

Factores económicos	X				
Obligación institucional				X	
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		Se genera la distancia adecuada para evitar la tendencia a la manipulación, y que el relato se decante a temas intrascendentes.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para planificar y estructurar el tratamiento.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su estructura de personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, las dificultades se derivan de su misma personalidad que puede generar dependencia al terapeuta.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se consigue el nivel de confrontación necesaria para que la alianza terapéutica no se vea afectada.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Se dispuso la distancia adecuada para percibir su problema, pero no contribuyendo a sus minimizaciones.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		El paciente verbalizó su malestar de forma abierta se evidencio catarsis.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		Se llega a un acuerdo sobre el tratamiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente muestra confiado sobre el tratamiento que deberán, disiparse conforme el proceso avance.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Ciertas reacciones verbales para desviar el tema.

¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	El posible alcoholismo de su padre puede dar cuenta de factores biogenéticos.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Falta de una red social que favorezca la abstinencia.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su trastorno a su falta de voluntad y conflictos con su madre. (locus mixto)

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como dificultad para tomar decisiones cotidianas sino cuenta con el consejo de alguien, dificultad para organizar proyectos por iniciativa propia, conducta sumisa, incomodidad a la soledad, sufrimiento excesivo ante pérdidas afectivas.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se visualizan mecanismos defensivos como, negación, proyección, racionalización. Distorsiones cognitivas como, justificación, pensamiento dicotómico, generalización.
Rasgos potenciadores y limitantes	Su personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, sin embargo, las dificultades pueden generarse de su misma

	personalidad (exceso de dependencia).
--	---------------------------------------

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
			X		
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()			No (X)	
Requiere intervención	Individu al				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucio nal			X	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que no se comprometa con el proceso.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

José atraviesa por un cuadro de dependencia alcohólica, con evidencia de síndrome de abstinencia, mayor tolerancia, craving elevado e ingesta compulsiva, estos síntomas se han incrementando en el último año, generando dificultades familiares, laborales y en su salud.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, Características como dificultad para tomar decisiones cotidianas sino cuenta con el consejo de alguien, dificultad para organizar proyectos por iniciativa propia, conducta sumisa, incomodidad a la soledad, sufrimiento excesivo ante pérdidas afectivas. Han estructurado una personalidad del espectro de déficit relacional, de estilo dependiente. Visualizándose mecanismos defensivos como, negación, proyección, racionalización. Distorsiones cognitivas como, justificación, pensamiento dicotómico, generalización. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, al igual que la respuesta emocional.

3. Señalamiento de Objetivos.

3.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Psicoeducación.
- Técnicas Motivacionales (Miller-Prochaska-Diclemente)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva racionalista de Beck, Ellis, Guajardo).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas tempranos (Young).

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso. Apreciación del paciente 6.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica, SEPSI y CEPER; IEDA, SCL-90-R. Se analiza el estadio de cambio. Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad. Se trata de Ayudar al paciente a inclinar el peso de la balanza hacia el cambio.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se inicia con psicoeducación y se elabora una lista de las consecuencias derivadas del consumo. (se trata conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia) Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado. Se aplica CDB y M-DMQ-R.
3.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se introduce el tema de la cognición en la generación de emociones y conductas, y viceversa. Se utiliza la técnica de análisis de ventajas y desventajas de este pensamiento ambivalente. TIS: realizar el mismo cuadro en relación al no consumo.
4.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se usan los resultados del CDB y M-DMQ-R, para introducir el tema del craving, su manejo y se analiza los motivos de su consumo junto con el principio de atribución. Se discute el cuadro de ventajas y desventajas en relación a su no consumo. Y se elabora otro cuadro en relación al no consumo.

5.	Paciente indica que se encuentra ansioso. Apreciación del paciente 4.	Se introduce el papel de los pensamientos en relación con su ansiedad y se usa esta plataforma para presentar el modelo cognitivo en relación a la adicción. Mediante la imaginación se intenta disminuir su ansiedad mediante el uso de imágenes agradables. Se habla acerca de los pensamientos automáticos. TIS: Se le pide llenar el cuadro de pensamientos automáticos.
6.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la TIS. Y se le pide continuar con el registro pero se amplía a emociones y conductas en relación al consumo. Se aplica la escala de evaluación del cambio y de procesos de cambio. Se usa la técnica de reatribución de la responsabilidad, para aumentar el locus de control interno.
7.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la TIS. Y se educa al paciente sobre distorsiones cognitivas y mecanismos defensivos y se le entrega una lista de los más comunes. Se usa técnicas de para fomentar la etapa de acción y la autoliberación, realizando una carta de compromiso.
8.	Paciente se encuentra algo estable. Apreciación del paciente 8.	Se aplica el EMCA, para medir logros terapéuticos. Se le orienta al paciente en la técnica de resolución de problemas. Se introduce el tema de la asertividad y se realiza role-playing para practicar respuestas asertivas que fomenten la negación al consumo.
9.	Paciente refiere estar preocupado por su familia. Apreciación del paciente 3.	Para subsanar este tipo de pensamiento se usa la técnica de las flechas descendentes. Se usa esta técnica para analizar su narración y encontrar distorsiones cognitivas y mecanismos defensivos. Se realiza un flujo-grama personalizado de su patrón de consumo y se utiliza la técnica de control de estímulos externos. TIS: se le pide al paciente a ampliar su flujo-grama.

10.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se analiza el flujo-grama. Se entrena al paciente en auto-relajación. Se aplica YSQ-L2 y el P.B.I. Se inicia con la autobiografía con intervalos de cinco años.
11.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS, se introduce el tema de Esquemas tempranos mediante el análisis del YSQ-L2, el P.B.I. y su autobiografía.
12.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se discuten los resultados de los cuestionarios y se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. Se utiliza el role-playing para ejemplificar esta lista. TIS se le pide al paciente a elaborar y cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimientos de sus esquemas.
13.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando re-atribuciones más objetivas.
14.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se introduce el tema de autoestima, auto-concepto y autonomía. Y mediante el uso de diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema por medio de la adaptación de la “silla vacía” usando de base el diálogo socrático, se intenta conseguir pruebas a favor de su autoestima.
15.	Paciente ansioso. Apreciación del paciente 6.	Se analizan los pensamientos detrás de la ansiedad y se le pide al paciente introducir explicaciones alternativas. Se usa el diálogo socrático para esta finalidad. Se confecciona dos tarjetas de aviso una para sus esquemas y otra para las consecuencias de su consumo.

16.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se reelaboran recuerdos dolorosos de su infancia (alcoholismo de su padre) mediante re-experimentación imaginaria de estas experiencias.
17.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Ensayo conductual de esquemas saludables (adulto sano). Aplicación del EMCA. TIS: realizar análisis de ventajas y desventajas de asumir un esquema saludable.
18.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se analiza la TIS, y mediante la imaginación se intenta poner al paciente en situaciones emergentes donde su antiguo esquema se pueda manifestar.
19.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	

Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFEECTO
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFEECTO
	Tipo de grabación				
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFEECTO
	Vis a vis				Mayor proximidad
	Diván				
	Choisse Lone				
	Diagonal				
	Sin escritorio			X	
	Otro				

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad				X	
Intuición				X	
Perspicacia					X
Flexibilidad				X	
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					X
Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico				X	

Capacidad de comunicación y relación interpersonal				X	
Capacidad empática				X	
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada					X
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo					X
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento		X			
Factores cognitivos			X		
Nivel de integración de la personalidad			X		
Capacidad de respuesta emocional				X	
Flexibilidad				X	
Locus de control interno				X	

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Mecanismos defensivos como, negación, proyección, racionalización. Distorsiones cognitivas como, justificación, pensamiento dicotómico, generalización.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X

Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS		X
Cuáles.....		

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento			Psicoterapia		X
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento	X	Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	8	Observaciones: paciente finaliza su proceso de tratamiento.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación.	4
	Asertividad	4
Sintomáticas	Motivacionales	5
	Técnicas cognitivas-conductuales.	5
De personalidad	Trabajo con esquemas tempranos	5

Excelente = 5 Muy bueno = 4 Bueno = 3 Regular = 2 Insuficiente = 1

ANEXO 22

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 02

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera P.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Manuel.

Edad: 35 años

Estado Civil: casado

Religión: ninguna

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Superior incompleta **Ocupación:** Empleado público.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	X
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a institución de tratamiento de alcohol y drogas, por presión familiar debido a cuadro de dependencia alcohólica que a generado despido de su trabajo, conflictos con su esposa (constantes peleas que hay llegado a franca agresión física).

IMPLÍCITA

Evitar separación de su esposa.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente indica que hace siete meses el consumo de alcohol aumenta, llegando a casi todos los días el último mes, por lo que pierde el trabajo debido a ausentismo, indica “necesito pegarme un taco para no sentir nervios” “pero una vez que empiezo no puedo parar”, refiriendo síntomas de abstinencia (temblor en las extremidades, sudoración, palpitaciones intensas, náuseas, insomnio), menciona que ha intentado dejar de consumir en varias ocasiones, sin embargo, comenta que “su cuerpo le pide”. Atribuye su ingesta a los problemas económicos y a la mala relación con su esposa.

Relata que su consumo inicia a los 18 años de forma esporádica, aumentando la ingesta a dos fines de semana al mes aproximadamente a los 24 años debido según comenta a sus salidas con sus compañeros de trabajo, refiere “nunca llegué tarde, ni borracho al trabajo”, a partir de los 30 años indica “me hice semanero” “tuve problemas económicos”, el consumo fue progresando hasta el cuadro actual, refiere abstinencia máxima de seis meses.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre de 71 años, alcohólico en recuperación es dueño de un mini-mercado, lo describe como una persona impulsiva, agresiva, “siempre anda bravo”, “cuando no sacaba buenas notas me decía burro”, indica que la relación es distante. Su madre de 68 años se dedica a los quehaceres domésticos, la describe como una persona responsable, “buena”, siempre preocupada por nosotros. Su infancia es descrita como difícil debido a que su padre consumía alcohol y los agredía físicamente. En cuanto a la escuela indica “no me gustaba ir a la escuela, los niños eran malos, me hacían aún lado en los juegos porque era de baja estatura” “no tenía muchos amigos”. En lo referente al colegio refiere que fue un estudiante regular, que su madre no lo dejaba salir ha fiestas, ni ha bailes, porque tenía que ir a ver a su padre a las cantinas, describe “me daba vergüenza que me vean con mi papá”. Indica que al salir del colegio se dedicó a trabajar para salir de su casa. A los 20 años conoce a su primera enamorada que llegaría a ser su esposa, la describe de carácter fuerte, impulsiva pero una “buena madre”. Menciona también que le era difícil establecer conversaciones con personas del sexo opuesto

comenta “me daba vergüenza a veces invitarlas a salir” “no salía mucho, no me gustan las discotecas ni esos lugares, demasiada gente me incomoda”. Indica que su círculo social es reducido, menciona que le gusta consumir sólo. En lo referente a la esfera laboral indica que ha trabajado, en varias empresas como mensajero y bodeguero.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SEAPSI:

- Presenta un estilo evitativo y dependiente.

IPDE:

- Rasgos dependientes y obsesivos.

SADQ: el usuario presenta puntajes elevados en las siguientes subescalas.

- Abstinencia.
- Síntomas afectivos de abstinencia.
- Conductas para aliviar el síndrome de abstinencia.

EPQ

- Inestabilidad emocional.
- Tendencia a la introversión.

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Depresión
- Ansiedad

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Manuel, presenta un cuadro de dependencia alcohólica agravado los últimos siete meses, con dependencia física, psíquica, presencia de cuadro de abstinencia, aumento de la tolerancia a la sustancia, lo que decanta en despido de su trabajo, conflictos con su esposa (constantes peleas que hay llegado a franca agresión física).

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, sentimientos de inferioridad. Este estilo de personalidad se conforma desde su niñez, Un padre agresivo, que lo calificaba de “burro”

cuanto no cumplía con las expectativas académicas, la presencia de una figura materna calificada como buena y trabajadora, que, sin embargo, no permitía que se implique en eventos sociales en su adolescencia, sus problemas de adaptación al ambiente escolar debido a las constantes burlas de sus compañeros debido a su baja estatura, sentimientos de vergüenza, debido al alcoholismo de su padre, su ansiedad al entablar conversaciones con figuras femeninas, sus reducido círculo social, su desempeño laboral que no implica mayor contacto social. Se evidencian mecanismos defensivos como negación, proyección, formación reactiva, racionalización. Distorsiones cognitivas como generalización, minimización, justificación.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso terapéutico para manejar dependencia alcohólica.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas		X			
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				

Exigencia de status	X				
Curiosidad		X			
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	

Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		Se genero el clima adecuado para que el paciente hable con libertad acerca de su problema.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para planificar y estructurar el tratamiento.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su estructura de personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, las dificultades se derivan de la poca conciencia de la enfermedad.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se consigue el nivel de confrontación necesaria para que la alianza terapéutica no se vea afectada.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Se genero la distancia adecuada para percibir su problema, pero no contribuyendo a sus minimizaciones y justificaciones.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		El paciente verbalizó su malestar y refiere que esta dispuesto a iniciar tratamiento psicoterapéutico.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		Se llega a un acuerdo sobre el tratamiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		Paciente expresa de forma explícita su necesidad de tratamiento.

¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Ciertas reacciones de imposición de su punto de vista.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	Se evidencian factores biogenéticos, predominantes, (alcoholismo del padre).
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	La falta de una red de apoyo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su trastorno a problemas económicos y conflictos con su esposa (locus externo).

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, sentimientos de inferioridad.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se evidencian mecanismos defensivos como negación, proyección, formación reactiva, racionalización. Distorsiones cognitivas como generalización, minimización, justificación.

Rasgos potenciadores y limitantes	Su personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, sin embargo, su poca conciencia de la enfermedad dificulta el tratamiento.
-----------------------------------	---

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
				X	
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()			No (X)	
Requiere intervención	Individu al				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucio nal			X	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente con locus de control externo y es posible que deje el proceso al mejorar su sintomatología.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Manuel, presenta un cuadro de dependencia alcohólica agravado los últimos siete meses, con dependencia física, psíquica, presencia de cuadro de abstinencia, aumento de la tolerancia a la sustancia, lo que decanta en despido de su trabajo, conflictos con su esposa (constantes peleas que hay llegado a franca agresión física).

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, sentimientos de inferioridad, configurando una personalidad del espectro de déficit relacional, de estilo evitativo. Se aprecian mecanismos defensivos como negación, proyección, formación reactiva, racionalización. Distorsiones cognitivas como generalización, minimización, justificación. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, al igual que la respuesta emocional.

3. Señalamiento de Objetivos.

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Psicoeducación.
- Técnicas Motivacionales (Miller-Prochaska)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva de Beck).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Análisis de esquemas tempranos.

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso. Apreciación del paciente 4.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, IPDE, EPQ SADQ, SCL-90-R. ▪ Se analiza el estadio de cambio. ▪ Se utilizan estrategias de cambio: ▪ Establecimiento de un vínculo cercano. ▪ Incrementar las dudas o preocupaciones del paciente sobre su patrón de consumo de alcohol ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido al internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se inicia con psicoeducación y se elabora una lista de las consecuencias derivadas del consumo. (se trata conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia) Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado. Se aplica M-DMQ-R y el cuestionario de procesos de cambio.
3.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se introduce el tema del principio de atribución incorporando los resultados del M-DMQ-R, concomitante el análisis de los procesos de cambio. TIS: realizar el cuadro de ventajas y desventajas del no consumo.

4.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema de la asertividad y las habilidades sociales. Mediante un powerpoint. Se practica mediante roleplaying, respuestas asertivas y de acercamiento social. Se realiza un cuadro sobre ventajas y desventajas del consumo. TIS: uso del grupo terapéutico, en la práctica de habilidades sociales, tomando de base el nivel de agrado y dominio.
5.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Análisis de la tis, para generar cambios cognitivos, que sirven de base para presentar el modelo cognitivo de la adicción, y el rol de los pensamientos con el concepto de craving. Se realiza su flujograma de consumo.
6.	Paciente indica que se encuentra preocupado. Apreciación del paciente 5.	Se confecciona una lista de pensamientos que generan su preocupación y se relaciona con sus emociones y conductas. Se le entrena al paciente en técnicas de relajación. TIS: Se le pide llenar un cuadro de pensamientos generadores de malestar junto con el acontecimiento, la emoción y su conducta.
7.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la TIS. Y se le pide continuar con el registro. Se usa la técnica de reatribución de la responsabilidad, para aumentar el locus de control interno. Se aplica el EMCA. Mediante el uso de la imaginación se provoca craving. TIS: se le pide confeccionar situaciones que pueden provocar craving intenso.
8.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS. Y se le entrena al paciente en estrategias para manejar el craving. Se analiza su registro. Y se elabora una lista de pensamientos alternativos. Se le pide continuar con el registro. Mediante el role playing, se pone a prueba su asertividad y sus habilidades sociales.

9.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Mediante el diálogo socrático se pone a prueba sus distorsiones cognitivas. Se aplica el SCSR.
10.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analizan los resultados del SCSR, se empieza con el análisis de su autobiografía. TIS: continuar con su autobiografía. Se aplica el YSQ-L2 y el P.B.I.
11.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 9.	Se analiza la TIS, se introduce el tema de Esquemas tempranos mediante el análisis del YSQ-L2, el P.B.I. y su autobiografía.
12.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. TIS se le pide al paciente a elaborar y cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimientos de sus esquemas.
13.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando reatribuciones más objetivas.
14.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Uso de diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema por medio de la adaptación de la “silla vacía” usando de base el diálogo socrático.

15.	Paciente ansioso. Apreciación del paciente 6.	Se analizan los pensamientos detrás de la ansiedad y se le pide al paciente introducir explicaciones alternativas. Se usa el diálogo socrático para esta finalidad. Aplicación del EMCA.
16.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se reelaboran recuerdos dolorosos de su infancia (alcoholismo de su padre) mediante re-experimentación imaginaria de estas experiencias.
17.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Ensayo conductual de esquemas saludables (adulto sano). TIS: realizar análisis de ventajas y desventajas de asumir un esquema saludable.
18.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se analiza la TIS, y mediante la imaginación se intenta poner al paciente en situaciones emergentes donde su antiguo esquema se pueda manifestar.
19.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se introduce el tema del desliz vs. La recaída Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			

Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFFECTO
	Tipo de grabación				
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFFECTO
	Vis a vis			X	
	Diván				
	Choisse Lone				
	Diagonal				
	Sin escritorio				
	Otro				

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad				X	
Intuición				X	
Perspicacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					X
Valores de solidaridad					X
Equilibrio psíquico				X	
Capacidad de comunicación y relación interpersonal				X	

Capacidad empática					X
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual					X
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad				X	
Capacidad de respuesta emocional				X	
Flexibilidad					X
Locus de control interno	X				

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	+/-	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	+/-	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Se aprecian mecanismos defensivos como negación, proyección, formación reactiva, racionalización. Distorsiones cognitivas como generalización, minimización, justificación.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X

Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia		X	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	8	Observaciones: paciente finaliza su proceso de tratamiento.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación.	5
	Asertividad, entrenamiento en habilidades sociales.	4
Sintomáticas	Técnicas Motivacionales	4
	Técnicas cognitivas-conductuales.	5
De personalidad	Trabajo con esquemas tempranos	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 23

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No.03

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera P.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Celso.

Edad: 39 años

Estado Civil: casado

Religión: ninguna

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Secundaria Completa **Ocupación:** Bodeguero.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	X
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a institución de tratamiento de alcohol y drogas por presión familiar debido a cuadro de dependencia alcohólica, indica que ha consumido de tres a cinco días los últimos tres meses, fue internado en centro hospitalario debido a cuadro de intoxicación, su consumo ha provocado pérdida de su empleo, conflictos familiares y de conducta (agresión verbal y física a su pareja). Atribuye su consumo a los problemas familiares y económicos comentando “el alcohol me hace olvidar” y a su “poca fuerza de voluntad” según refiere.

IMPLÍCITA

Complacer a su esposa.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente indica que hace nueve meses, pierde una gran cantidad de dinero debido a un mal negocio lo que le genera gran preocupación, refugiándose en el consumo de alcohol. Llegando actualmente a consumir en estos tres últimos meses de tres a cinco días por semana. Describe síntomas de abstinencia, consumo de alcohol por la mañana para aliviar estos síntomas, además de conductas como esconder botellas de licor, ingerir alcohol a escondidas y presenta consumo compulsivo “cuando empiezo me voy de largo”.

Celso ha mantenido un consumo regular desde los 20 años de edad según indica, limitándose a un fin de semana por mes, reuniones sociales y familiares, que según el evaluado no generaron problemas “tan graves” como los actuales. Sin embargo, a partir de los treinta años y debido a dificultades económicas y conflictos conyugales, la ingesta aumenta a casi todos los fines de semana. Indica que en los últimos dos años su ingesta salió de su control, llegando a consumir dos días seguidos, lo que según menciona le provocó dificultades en su salud (gastritis), por lo que deja de consumir cerca de ocho meses. Sin embargo las dificultades económicas y conflictos familiares, llevan a Celso a consumir nuevamente lo que genera el cuadro actual.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre de 70 años, es dueño de una tienda de abarrotes (antes laboraba en el municipio como mensajero), indica que consume alcohol esporádicamente, lo describe como una persona trabajadora, generosa, aunque un poco frío. Su madre de 65 años se dedica a los quehaceres del hogar, la describe como una persona amorosa que siempre ha estado pendiente de él, “nos defendía de mi padre cuando nos quería pegar” “soy el consentido de mi madre porque soy el único varón”. Indica que su infancia fue tranquila, “mis hermanas hacían todo por mí” Celso tiene tres hermanas, menciona que su relación es buena, pero que se preocupan por su consumo. En lo que respecta al campo académico describe que en la escuela no se adaptó, indica que le

tenía miedo a su profesora, menciona que su madre tenía que ir hablar constantemente con sus profesores porque sus amigos en ocasiones le agredían porque era “debilucho y enfermizo”, en cuanto al colegio indica que fue un estudiante regular, pero que para graduarse, su madre tuvo que donar una computadora a su colegio. En cuanto al área afectiva menciona que tuvo varias decepciones amorosas lo que le provoco gran “tristeza” porque según Celso “era bien enamorado”. Indica que conoció a su mujer a los 30 años y que luego de tres meses de relación decide casarse, menciona “me gané la lotería con mi mujer” “no se que haría si la pierdo”. En lo que respecta al área laboral indica que ha trabajado en varias actividades como mensajero, bodeguero en algunas empresas pero que solamente por contrato, indica que cuando el dinero escaseaba, su madre le ayudaba económicamente. Tiene dos hijos de 9 y 5 años indica que su relación es buena. Celso se describe como una persona nerviosa, insegura, miedosa y que “no sabe porque”.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

EIDA

- Puntaje asociado a dependencia moderada.

SEAPSI

- Presenta rasgos dependientes e histriónicos.

Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad.

- Ansioso.
- Narcisista.

SCSR

Sensibilidad al castigo.

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Ansiedad
- Sensitividad Interpersonal

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Celso atraviesa por un cuadro de dependencia alcohólica, con un consumo habitual de tres a cinco días los últimos tres meses, presencia de síntomas de abstinencia, consumo para aliviar

dichos síntomas, aumento de la tolerancia, ingesta compulsiva, atribuyendo este cuadro a problemas económicos y conflictos conyugales.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, dificultad para tomar decisiones, sufrimiento ante pérdidas afectivas, temor al abandono, tendencia a fomentar o permitir que otras asuman sus responsabilidades. Esta estructura se ha perfilado desde su infancia la presencia de una madre sobreprotectora, que constantemente acudía en auxilio de Celso, desde evitar castigos por parte del padre de Celso, su tendencia a protegerlo en la escuela y el colegio hasta su ayuda económica constante. Su descripción como “enamorado” y su tendencia a idealizar a su pareja y no soportar la idea de perderla, dan cuenta del miedo a la soledad. Además se caracteriza como nervioso, inseguro, miedoso. Se observan mecanismos defensivos como negación, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como pensamiento dicotómico, minimización, justificación.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso terapéutico para manejar dependencia alcohólica.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA PSICOLÓGICA	
Paciente	X	Explícita (manifiesta)	X
Familiar		Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas		X			
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				
Exigencia de status	X				
Curiosidad		X			
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		Se genero el clima adecuado para que el paciente hable con libertad acerca de su problema.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para planificar y estructurar el tratamiento.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su estructura de personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, las dificultades se derivan a la poca conciencia del problema.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se consigue el nivel de confrontación necesaria para que la alianza terapéutica no se vea afectada.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Se dispuso la distancia adecuada para percibir su problema, pero no contribuyendo a sus minimizaciones.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		El paciente verbalizó su malestar y se produjo catarsis en el tema de su esposa e hijos.

¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		Se llega a un acuerdo sobre el tratamiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente expresa en forma explícita la confianza y mí como profesional y en la psicoterapia como forma de tratamiento.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Ciertas reacciones verbales para desviar el tema y tendencias manipulativas.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No se evidencian factores biológicos influyentes en el trastorno.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Grupo de amigos de consumo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su trastorno a sus problemas económicos (locus externo).

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como dificultad para tomar decisiones, sufrimiento ante pérdidas afectivas, temor al abandono, tendencia a fomentar o permitir que otras asuman sus

	responsabilidades.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se observan mecanismos de defensa como negación, racionalización, fantasía. Distorsiones cognitivas pensamiento dicotómico, minimización, justificación.
Rasgos potenciadores y limitantes	Su personalidad favorece a la adhesión al tratamiento. Pero puede generar tendencia a la sobre demanda.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
			X		
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()			No (X)	
Requiere intervención	Individu al				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucio nal			X	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que deje el proceso al mejorar su sintomatología.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Celso atraviesa por un cuadro de dependencia alcohólica, con un consumo habitual de tres a cinco días los últimos tres meses, presencia de síntomas de abstinencia, consumo para aliviar dichos síntomas, aumento de la tolerancia, ingesta compulsiva, atribuyendo este cuadro a problemas económicos y conflictos conyugales.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, dificultad para tomar decisiones, sufrimiento ante pérdidas afectivas, temor al abandono, tendencia a fomentar o permitir que otras asuman sus responsabilidades, lo que perfila una personalidad dentro del espectro de déficit relacional, con características dependientes. Se observan mecanismos defensivos como negación, racionalización, fantasía. Distorsiones cognitivas pensamiento dicotómico, minimización, justificación. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, al igual que la respuesta emocional.

3. Señalamiento de Objetivos.

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Conseguir abstinencia.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Técnicas Motivacionales (Miller.)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva de Beck).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Análisis de rasgos de personalidad mediante intervenciones con esquemas tempranos.

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 5.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad, EIDA, SCSR, SCL-90-R. ▪ Se analiza el estadio de cambio. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido al internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se inicia con psicoeducación (se trata conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia). Analizando los criterios del DSM-IV-TR. Se aplica CCOCB. Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado. TIS: lista de consecuencias del consumo.
3.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se analiza la TIS y se confecciona la línea de vida del consumo con intervalos de 3 años. Se introduce el tema del papel de los pensamientos en la generación de preocupación y tristeza. Además se examinan los resultados cualitativos del CCOCB TIS: identificar pensamientos de consumo mediante un cuadro.
4.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis añadiendo emociones y conductas. Se elabora el flujograma de consumo, se introduce el tema de craving, añadiendo al flujo grama las situaciones generadoras de craving. TIS: ampliar la tis anterior introduciendo emociones y conductas. Llenar M-DMQ-R.

5.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema del principio de atribución y mediante el método socrático se intenta llegar a la reatribución de la responsabilidad para aumentar su locus de control interno, utilizando los datos del M-DMQ-R.
6.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema de la asertividad mediante un powerpoint. Y la importancia del NO al consumo de alcohol.
7.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 8.	Se practica mediante roleplaying, respuestas asertivas. Además se entrena al paciente en técnicas de afrontamiento de craving.
8.	Paciente indica que se encuentra molesto. Apreciación del paciente 5.	Se confecciona una lista de acontecimientos que generan su molestia, analizando los pensamientos que se encuentran debajo de este malestar mediante técnica de la flecha descendente. Aplicación TIS: Se le pide llenar un cuadro de pensamientos generadores de malestar junto con el acontecimiento, la emoción y su conducta.
9.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se aplica el EMCA. Mediante el uso de la imaginación se provoca craving. TIS: se le pide confeccionar situaciones que pueden provocar craving intenso, con su respectivo afrontamiento. Llenar TAS-20.
10.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Con los resultados del TAS-20. Mediante técnicas de imaginación, se intenta lograr desahogo emocional. Se le entrena en autorelajación.

11.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Mediante el role playing, se pone a prueba su asertividad. Con el uso de la imaginación se intenta generar craving intenso. TIS: se le pide iniciar con su autobiografía. Llenar YSQ-L2 y el PBI.
12.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS, se introduce el tema de Esquemas tempranos mediante el análisis del YSQ-L2, el P.B.I. y su autobiografía.
13.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. TIS se le pide al paciente a elaborar y cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimientos de sus esquemas tempranos.
14.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 9.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando retribuciones más objetivas. Se enfatiza sobre su autoestima y mayor autonomía.
15.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Uso de diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema por medio de la adaptación de la “silla vacía” usando de base el diálogo socrático.
16.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Ensayo conductual de esquemas saludables (adulto sano). TIS: realizar análisis de ventajas y desventajas de asumir un esquema saludable.

17.	Paciente ansioso. Apreciación del paciente 6.	Se le pide identificar la situación que le genera ansiedad y los pensamientos que se desprenden. Se le pide buscar pensamientos alternativos a sus interpretaciones.
18.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Mediante la imaginación se intenta poner al paciente en situaciones emergentes donde su antiguo esquema se pueda manifestar.
19.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se introduce el tema del desliz vs. La recaída Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis				Mayor proximidad y seguridad para el paciente.			
	Diván							
	Choisse Lone							

	Diagonal		
	Sin escritorio	X	
	Otro		

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad					X
Intuición					X
Perspicacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente				X	
Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico				X	
Capacidad de comunicación y relación interpersonal				X	
Capacidad empática				X	
Integridad ética				X	
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	

Capacidad de liderazgo				X	
------------------------	--	--	--	---	--

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad				X	
Capacidad de respuesta emocional				X	
Flexibilidad					X
Locus de control interno	X				

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Se observan mecanismos defensivos como negación, racionalización, fantasía. Distorsiones cognitivas pensamiento catastrófico, pensamiento dicotómico, minimización, justificación.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	

Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO			
Asesoramiento		Psicoterapia	X
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			

Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	9	Observaciones: paciente termina su tratamiento.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación.	5
	Asertividad.	4
Sintomáticas	Motivacionales	4
	Técnicas cognitivas	4
De personalidad	Trabajo con Esquemas tempranos	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 24

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No.04

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera P.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Carlos.

Edad: 34 años

Estado Civil: soltero

Religión: ninguna

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Secundaria Completa, **Ocupación:** Mensajero.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional	X	Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a institución de tratamiento de alcohol y drogas por presión de su madre debido a cuadro de dependencia alcohólica, descrito por consumo de varios días a la semana hasta llegar a la embriaguez, desde hace más de un año, teniendo como consecuencia, problemas de conducta (ha intentado agredir a su madre, no llega a dormir, varios días), escándalos en la vía pública por lo que ha sido detenido por tres ocasiones.

IMPLÍCITA

Complacer a su madre.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente refiere que su consumo de alcohol aumenta considerablemente hace un año y medio debido a que su enamorada termina su relación, por cuanto se entera de presunto acto de infidelidad por parte de Carlos, lo que genera en él gran “tristeza” y “desesperación”, por lo que busca disminuir estos síntomas consumiendo alcohol. Menciona que en estos últimos meses, su consumo se extiende a varios días a la semana, llegando a consumir sólo, presentado incapacidad para detener la ingesta, una vez que ésta inicia. Comenta también consumo por la mañana para aliviar síntomas de abstinencia (intenso dolor muscular). Indica dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza constantes, molestias estomacales. Además refiere que en estos últimos meses su carácter a cambiado tornándose más irritable y agresivo.

Carlos menciona que su consumo de alcohol inicia a la edad de 18 años, que “nunca fue un problema”, en la juventud refiere consumir en reuniones sociales y familiares, comentando que la mayoría de ocasiones llegaba a la embriaguez. Indica que no es sino hasta los treinta años, que su consumo aumenta a casi todos los fines de semana, empezando a causarle dificultades, como por ejemplo conflictos con sus parejas sentimentales, problemas en el área laboral. Hasta llegar hace más de un año al cuadro actual.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre fallece en un accidente de tránsito cuando Carlos tenía doce años, lo describe como una persona trabajadora, cariñosa, de carácter fuerte. Que siempre le dio todo lo que él quiso. Su madre de 48 años, trabaja como secretaria en la corte. Indica que es una persona, responsable, pero muy “enojona” “todo le molesta”, pero que asumió, la responsabilidad de criarlo a él y a su hermano. En cuanto a su desempeño académico describe que en la escuela fue un buen estudiante, pertenecía al equipo de fútbol con el cual ganó varias medallas, refiere que en colegio su desempeño disminuyó, debido que empieza a salir a discotecas y a bailes pero aclara que en esta época no consumía, indica que no le gustaba quedarse solo en la casa, pierde el

quinto curso, debido a que se “ranclaba” de clases porque según comenta “tenía varias enamoradas”. Menciona que ingresó a la universidad, para seguir derecho pero indica “que no le gusto”, luego se inscribe en la carrera de comunicación cursando dos ciclos pero comenta que “quería trabajar”. En lo que respecta al área afectiva refiere haber mantenido varias relaciones sentimentales comentando “no recuerdo ni cuantas han de ser más de cien”, indica que no le gusta estar solo que siempre tiene “alguien con quien pasarla bien”. Con lo que respecta al área laboral comenta haber trabajado en varias instituciones y empresas pero que según menciona: “no aprecian mis fortalezas” “claro también por mi consumo”, por lo que ha dejado varios empleos. Carlos se describe como una persona “sociable”, “amistosa”, “temperamental”, “a veces exploto feo” “he llegado a lanzar cosas y a quererme hacer daño cortándome las muñecas” “me llevo solo con gente aniñada y de dinero, para buscar oportunidades”.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

EPQ:

- Inestabilidad emocional.
- Tendencia a la extraversión.

SEAPSI:

- Presenta características inestables y ciclotímicas

CEPER

Paciente presenta los siguientes estilos predominantes:

- Narcisista.
- Limite.

SADQ: el usuario presenta puntajes elevados en las siguientes subescalas.

- Abstinencia.
- Síntomas afectivos de abstinencia.
- Conductas para aliviar el síndrome de abstinencia.

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Ansiedad
- Hostilidad

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Carlos atraviesa un cuadro de dependencia alcohólica, que se agrava en los últimos meses, presentando consumo compulsivo, síntomas de abstinencia, malestares físicos producto de la ingesta lo que ha provocado conflictos familiares, laborales y cambios en su estado emocional

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, búsqueda constante de relaciones superficiales, inestabilidad que abarca áreas como las relaciones interpersonales, la esfera académica y laboral. Excitabilidad emocional, dificultad para organizar proyectos o actividades por su propia iniciativa, incomodidad ante la soledad, impulsividad. Esta estructura se ha conformado desde la niñez, la complacencia especialmente por parte de la figura materna, la pérdida de la figura paterna cuando Carlos tenía ocho doce años de edad, búsqueda de personas adineradas como compensación de carencias afectivas, relaciones afectivas superficiales. Se observan mecanismos defensivos como represión, negación, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como minimización, justificación, pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso terapéutico para manejar dependencia alcohólica.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente	X	Explícita (manifiesta)	X
Familiar		Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES					
PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas					X

Complacencia a familiares y allegados				X	
Remisión de otros profesionales	-				
Exigencia de status	-				
Curiosidad			X		
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos					X
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		Se genero el clima adecuado para que el paciente hable con libertad acerca de su problema.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para planificar y estructurar el tratamiento.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su motivación al cambio, sin embargo, su estructura de personalidad puede generar dificultades en el nivel de alianza terapéutica y en la constancia de la terapia.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se consigue el nivel de confrontación necesaria para que la alianza terapéutica no se vea afectada.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Se dispuso la distancia adecuada para percibir su problema, pero no contribuyendo a sus minimizaciones.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		El paciente verbalizó su malestar sin sentirse atacado.
¿Terminó convencido sobre las	X		Se llega a un acuerdo sobre el tratamiento.

posibilidades y objetivos de la psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente expresa en forma explícita la confianza y mí como profesional y en la psicoterapia como forma de tratamiento.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Ciertas reacciones verbales para desviar el tema y minimizar las consecuencias.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No se evidencian factores biológicos influyentes en el trastorno.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Entorno social de consumo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su consumo a circunstancias ambientales (locus externo).

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de	Características como búsqueda constante de relaciones inestables, inestabilidad y excitabilidad emocional, dificultad

personalidad del paciente	para organizar proyectos o actividades por su propia iniciativa, incomodidad ante la soledad, impulsividad.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se observan mecanismos defensivos como represión, negación, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como minimización, justificación, pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria.
Rasgos potenciadores y limitantes	Rasgos que favorecen su motivación al tratamiento, como limitadores su personalidad de elevada reactividad emocional.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
			X		
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()			No (X)	
Requiere intervención	Individual				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional			X	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que deje el proceso al mejorar su sintomatología.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Carlos atraviesa un cuadro de dependencia alcohólica, que se agrava en los últimos meses, presentando consumo compulsivo, síntomas de abstinencia, malestares físicos producto de la ingesta lo que ha provocado conflictos familiares, laborales y cambios en su estado emocional

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, componentes como, búsqueda constante de relaciones inestables, inestabilidad y excitabilidad emocional, bajo autocontrol, dificultad para organizar proyectos o actividades por su propia iniciativa, incomodidad ante la soledad, impulsividad han perfilado una estructura de personalidad dentro del espectro impulsivo con características inestables. Se observan mecanismos defensivos como represión, negación, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como minimización, justificación, pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, su nivel de respuesta emocional es volátil.

3. Señalamiento de Objetivos.

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr la Abstinencia.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Técnicas Motivacionales (Miller.)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva de Beck).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas y estabilización emocional (Young; Santiago).

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 3.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, CEPER, SADQ EPQ, SCL-90-R. ▪ Se analiza el estadio de cambio. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido al internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se aplica los cuestionarios de estadios cambio y procesos de cambio. Se inicia con psicoeducación (se trata conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia). Analizando los criterios del DSM-IV-TR. Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado, con la finalidad de inclinar la balanza hacia el cambio. TIS: lista de consecuencias del consumo.
3.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 4.	Se analiza la TIS y se clasifica las consecuencias de su consumo. Tomando de base la línea de vida del consumo con intervalos de 3 años. Se introduce el tema del papel de los pensamientos en la generación de preocupación y tristeza. Se aplica el EMCA. TIS: se le pide realizar su auto-descripción.
4.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se analiza la tis y se realiza el flujo-grama de su consumo y se relaciona con su impulsividad. Se le entrena en auto-monitoreo y se introduce el tema de los pensamientos en la generación de emociones y conductas. TIS: auto-monitoreo, registrado mediante una tabla con valoración (0-10), indicando situación y pensamiento.

5.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Se introduce el tema de craving, añadiendo al flujo grama las situaciones generadoras de craving. TIS: Llenar M-DMQ-R.
6.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema del principio de atribución y mediante el método socrático se intenta llegar a la reatribución de la responsabilidad para aumentar su locus de control interno, utilizando los datos del M-DMQ-R.
7.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema de la estabilización emocional, educando al paciente mediante el modelo explicativo de respuestas inadaptadas ante la frustración y el circuito cerrado establecido, relacionado con el consumo compulsivo. TIS: se le entrega un modelo vacío para que el paciente lo llene con sus propias experiencias.
8.	Paciente molesto. Apreciación del paciente 7.	Se habla acerca del acontecimiento que le causa molestia, y la identificación de los pensamientos relacionados. Se le entrena en auto-relajación y se analiza la tis. Se elabora el cuadro de ventajas y desventajas de su impulsividad.
9.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se le presenta el modelo terapéutico. Adaptado a la necesidad del paciente. A continuación se integran ambos modelos unidos por la frase clave. Enfocándonos en las autoagresiones y hetero-agresiones, se practican las estrategias de afrontamiento (mediante role-playing,) TIS: practicarlo en situaciones de gran estrés.
10.	Paciente indica que se encuentra molesto. Apreciación del paciente 5.	Se confecciona una lista de acontecimientos que generan su molestia, analizando los pensamientos que se encuentran debajo de este malestar mediante la técnica de la flecha descendente. Se vuelve al modelo de

		estabilización emocional y se le entrena al paciente en técnicas de respiración con imágenes de bienestar.
11.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se aplica el EMCA y el CCOCB. Mediante el uso de la imaginación se provoca craving. Y se practican técnicas de afrontamiento del craving. TIS: se le pide confeccionar situaciones que pueden provocar craving intenso, con su respectivo afrontamiento. Llenar TAS-20.
12.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Con los resultados del TAS-20. Mediante técnicas de imaginación, se intenta lograr desahogo emocional. Se confecciona una lista de las ventajas de identificar las emociones. Se le presenta un power-sobre, inteligencia emocional. TIS: Llenar YSQ-L2 y el PBI.
13.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se usa el refuerzo social para sostener los logros alcanzados. Se elabora junto con el paciente su autobiografía y se correlaciona con los resultados del YSQ-L2, el P.B.I.
14.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando retribuciones más objetivas.
15.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. Se elabora cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimiento de sus esquemas tempranos.
16.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 9.	Se habla sobre su padre. Mediante la variante cognitiva de la “silla vacía” se intenta re-significar, la carencia afectiva del padre. Con un enfoque centrado en la relación hasta los 12 años.

17.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se vuelve a topar el tema de su padre, para valorar la re-significación. Se aplica el CDB. TIS: elaborar lista de situaciones de riesgo.
18.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se introduce el tema del desliz vs. recaída Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
19.	Paciente ansioso. Apreciación del paciente 6.	Se le pide identificar la situación que le genera ansiedad y los pensamientos que se desprenden. Se le pide buscar pensamientos alternativos a sus interpretaciones. Se introduce el tema de asertividad y la capacidad para decir “no al consumo”
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se realiza un juego de roles y se le enseña respuestas asertivas para evitar el consumo de alcohol. Se elabora un flujo-grama extendido desde su personalidad, su consumo, situaciones de riesgo.
21.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se elabora un flujo-grama alternativo basado en formas de afrontamiento vistos en la terapia.
22.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X	Mayor proximidad			
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							
	Sin escritorio			X				
	Otro							

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

	ASPECTOS COGNITIVOS				
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad				X	
Intuición				X	
Perspicacia					X
Flexibilidad					X

Fluidez verbal					X
----------------	--	--	--	--	---

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente				X	
Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico				X	
Capacidad de comunicación y relación interpersonal				X	
Capacidad empática				X	
Integridad ética				X	
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos			X		
Nivel de integración de la personalidad			X		
Capacidad de respuesta emocional			X		
Flexibilidad				X	
Locus de control interno	X				

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	

Inicié la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Proyección, minimización, racionalización. Distorsiones cognitivas como generalización, visión de túnel, pensamiento dicotómico.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X

Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X

Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia		X	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	8	Observaciones: paciente finaliza su proceso de internamiento.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Pscoeducación	4
	Técnicas asertivas	4
Sintomáticas	Motivacionales	4
	Técnicas cognitivas	4
De personalidad	Autoconocimiento (esquemas y estabilización emocional)	5

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 25

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 05

Fecha: ----

Elaborada por: Sebastián Herrera Puente.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Mauro.

Edad: 29 años

Estado Civil: unión libre

Religión: Católica

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Secundaria Completa **Ocupación:** Venta de cauchos para autos.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente	X	Familiar (s)	
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a institución de tratamiento de alcohol y drogas debido a hace aproximadamente dos meses vuelve a consumir alcohol de manera compulsiva hasta perder la conciencia, luego de una abstinencia de cerca de cuatro años, teniendo como consecuencia de su consumo problemas con su pareja, llegando a la agresión física, dificultades económicas (incumplimiento de deudas), además, indica que ha llegado a dormir varias noches en la calle. Cabe mencionar que es su segundo internamiento en esta institución.

IMPLÍCITA

No perder a su pareja.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente indica que hace dos meses debido a dificultades económicas “la venta en el taller bajo” se siente presionado por lo que decide ir a una tienda y comprar una botella de licor y vuelve a consumir. Menciona que “solamente” consumía las mañanas para relajarse sin embargo la cantidad fue aumentando progresivamente hasta llegar a consumir de manera compulsiva hasta perder la conciencia generando su cuadro actual. Mauro relata “cuando comienzo no puedo parar hasta perder la razón” “es como que algo se enciende en mi cabeza y mi cuerpo me pide licor”. Reporta además, síntomas de síndrome de abstinencia (dolores musculares intensos, náuseas, dificultades para mantener el sueño, aumento de la actividad simpática).

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre de 57 años es alcohólico en recuperación con una abstinencia de cuatro años, recibió tratamiento en esta institución, es dueño del taller de cauchos para carros donde Mauro también trabaja. Lo describe como una persona agresiva, impulsiva, aunque después del tratamiento indica que es más cariñoso y tranquilo, y que la relación ha mejorado. Sin embargo relata un evento que según Mauro “no ha podido superar”, a la edad de 9 años su padre en estado etílico intenta ahorcarlo con una cuerda, es rescatado por uno de sus tíos. Su madre de 48 años se dedica al comercio (venta de ropa), la describe como una persona “de carácter demasiado fuerte” “en el barrio le dicen la loca”, “agresiva”, “cuando algo no le parece grita” “se puede ir de puñetes” aunque indica “yo soy el consentido de ella” “me ha sacado de las dificultades económicas”, indica que la relación es buena. Mauro tiene tres hermanos indica que su relación es buena. En cuanto a la esfera académica indica que fue un buen estudiante en la escuela, a la edad de 15 años en el colegio y debido a la presión de sus amigos consume por primera vez alcohol, lo que decanta en problemas académicos, sin embargo logra terminar el colegio. En cuanto a la universidad, decide estudiar ingeniería electrónica, pero abandona sus estudios debido a que su consumo aumenta de jueves a domingo. En cuanto al área afectiva describe que

tuvo varias relaciones pero que a su madre nunca le agradaron y “no fue más allá”, a la edad de 24 años conoce a su pareja y después de una semana de relación decide convivir con ella a pesar de que su conyugue tiene dos hijos de una anterior relación. Mauro decide dejar de consumir por varios meses, aunque los problemas con su pareja eran la norma, terminando en agresiones físicas mutuas, su pareja decide mandarle de la casa esto provoca que el paciente vuelva a consumir con “más fuerza” por lo que decide buscar ayuda, logrando una recuperación de cerca de cuatro años.

Mauro se describe como una persona “irática”, impulsiva, “no tengo paciencia” “si algo no me sale me enchivo” “a veces estoy bien y de la nada me cabreo o me pongo triste”.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SADQ: el usuario presenta puntajes elevados en las siguientes sub-escalas.

- Abstinencia.
- Síntomas afectivos de abstinencia.
- Conductas para aliviar el síndrome de abstinencia.

EPQ

- En la escala de Neuroticismo: alta inestabilidad emocional.
- En la escala de Extraversión: tendencia a la extraversión.

SEAPSI:

- Presenta características ciclotímicas e impulsivas.

IPDE

Paciente presenta los siguientes rasgos:

- Paranoide.
- Narcisista.
- Limite

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Hostilidad.
- Ansiedad.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Mauro presenta un trastorno de dependencia al alcohol (dependencia física y psíquica), con una recaída originada hace dos meses debido a dificultades económicas, generando problemas con

su pareja al punto de llegar a franca agresión física, dificultades económicas, y consecuencias sociales complejas (dormir en la calle). Destacándose un tratamiento anterior hace cuatro años aproximadamente, con una abstinencia de aproximadamente cuatro años según indica.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, impulsividad en sus reacciones cotidianas, inestabilidad afectiva, notable reactividad del estado de ánimo, manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrado en sus actos impulsivos, oscilaciones de su estado de ánimo, hipersensibilidad y bajo nivel de tolerancia. Esta estructura se origina desde la niñez, un padre alcohólico, descrito como agresivo, explosivo que en cierta ocasión estuvo a punto de ahorcar a Mauro a la edad de nueve años, una madre impulsiva, agresiva, descrita por personas cercanas como “la loca del barrio”, capaz de responder de forma violenta a las confrontaciones, que sin embargo, muestra elementos de sobreprotección sacándolo de sus dificultades económicas por varias ocasiones, también refleja cierta dominancia sobre Mauro sobre todo en la esfera afectiva. Se observan mecanismos defensivos como, proyección, formación reactiva, fantasía, negación. Distorsiones cognitivas como pensamiento polarizado, generalización, justificación, minimización.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso psicoterapéutico para lograr abstinencia.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA PSICOLÓGICA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas		X			
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				
Exigencia de status	X				
Curiosidad	X				
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				

Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		El paciente logra hablar de forma abierta sobre su problemática.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para generar objetivos realistas dentro del alcance de la psicoterapia.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra cierto nivel de motivación al tratamiento y conciencia de la enfermedad, como dificultades su inestabilidad emocional que puede decantar en una ruptura abrupta de la alianza terapéutica.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se logra crear un buen ambiente empático para lograr percibir el problema desde el punto de vista del paciente.
¿Se sintió comprendido en su	X		El paciente muestra predisposición al tratamiento,

problema?			producto de una adecuada sintonía.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		Mauro relato su problemática abiertamente aunque en ningún momento de produjo catarsis.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		Mauro se encuentra claro con respecto a las posibilidades de tratamiento y objetivos realistas.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		Mauro indica de forma explícita su deseo de tratamiento, sin embargo, es necesaria cierta precaución debido, debido a la veracidad de la información prestada.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Al inicio se identificó tendencia a ocultar y minimizar información, que tuvo que ser confrontada.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	Se evidencian factores bio-genéticos derivados del alcoholismo de su padre y del propio trastorno.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Falta de una red de apoyo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su trastorno a sus problemas económicos, pero también a que su enfermedad locus mixto.

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como impulsividad en sus reacciones cotidianas, inestabilidad afectiva, notable reactividad del estado de ánimo, manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrado en sus actos impulsivos, oscilaciones de su estado de ánimo, hipersensibilidad y bajo nivel de tolerancia.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se observan mecanismos defensivos como, proyección, formación reactiva, fantasía, negación. Distorsiones cognitivas como pensamiento polarizado, generalización, justificación, minimización.
Rasgos potenciadores y limitantes	De su estructura de personalidad los rasgos potenciadores que se pueden rescatar son su apego a los refuerzos. Sin embargo, de esta misma estructura se puede ver limitantes si inestabilidad emocional y su impulsividad, que puede dar pie a una ruptura abrupta del proceso.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
		X			
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique: Valoración psiquiátrica para ver la posibilidad de un tratamiento mixto.	Si (X)			No ()	
Requiere intervención	Individu al			X	
	De pareja			X	
	Familiar				
	Grupal			X	
	Institucio nal			X	

¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que deje el proceso. Debido a la ambivalencia frente al tratamiento y al dejar de consumir.	
---	--

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Mauro presenta un trastorno de dependencia al alcohol (dependencia física y psíquica), con una recaída originada hace dos meses debido a dificultades económicas, generando problemas con su pareja al punto de llegar a franca agresión física, dificultades económicas, y consecuencias sociales complejas (dormir en la calle). Destacándose un tratamiento anterior hace cuatro años aproximadamente, con una abstinencia de aproximadamente cuatro años según indica.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, impulsividad en sus reacciones cotidianas, inestabilidad afectiva, notable reactividad del estado de ánimo, manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrado en sus actos impulsivos, oscilaciones de su estado de ánimo, hipersensibilidad y bajo nivel de tolerancia, perfilando una personalidad inestable con componentes ciclotímicos. Se observan también mecanismos defensivos como, proyección, formación reactiva, fantasía, negación. Distorsiones cognitivas como pensamiento polarizado, generalización, justificación, minimización. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, sin embargo su respuesta emocional puede ser polarizada.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr la abstinencia absoluta.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Técnicas Motivacionales (Miller.)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva de Beck).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas y estabilización emocional (Young; Santiago).

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 3.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, IPDE, SADQ, EPQ, SCL-90-R. ▪ Reducir el estrés frente a la recaída. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido a su nuevo internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se analiza mediante un registro de sucesos, los precipitantes de su recaída. Se introduce el tema de la asertividad y la importancia de la misma, para evitar una nueva ingesta y reducir situaciones de riesgo.
3.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido a su nuevo internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se invita al paciente a hablar sobre su preocupación e identificar los pensamientos que se esconden detrás de esta emoción, se usa el debate socrático y la flecha descendente. Aplicación del SCSR
4.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se elabora un flujo-grama de su recaída, y las conductas de afrontamiento que no se llevaron a cabo y se le introduce el tema de estímulos apetitivos en relación al consumo. Se introduce psicoeducación acerca de los elementos de la dependencia alcohólica.

5.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se sigue con psicoeducación y se construye el cuadro de análisis de ventajas vs desventajas del no consumo. Se introduce el tema de la impulsividad y el craving.
6.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se construye la línea de vida del consumo con intervalos de 3 años. Se trabaja con imaginación para generar craving intenso y se practica técnicas para manejar el deseo intenso de consumo. Se aplica el EMCA. TIS: se le pide realizar su auto-descripción.
7.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se analiza la tis y se realiza el flujo-grama de su consumo y se relaciona con su impulsividad. Se le entrena en auto-monitoreo y se introduce el tema de los pensamientos en la generación de emociones y conductas. TIS: auto-monitoreo, registrado mediante una tabla con valoración (0-10), indicando situación y pensamiento.
8.	Paciente irritable. Apreciación del paciente 2.	Se analiza los acontecimientos generadores de su irritabilidad y los pensamientos mediadores entre su emoción y conducta. Se le entrena al paciente en auto-relajación y respiración. Se analiza la tis. TIS: Llenar M-DMQ-R.
9.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema del principio de atribución y mediante el método socrático se intenta llegar a la reatribución de la responsabilidad para aumentar su locus de control interno, utilizando los datos del M-DMQ-R.
10.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema de la estabilización emocional, educando al paciente mediante el modelo explicativo de respuestas inadaptadas ante la frustración y el circuito cerrado establecido, relacionado con el consumo

		compulsivo. TIS: se le entrega un modelo vacío para que el paciente lo llene con sus propias experiencias.
11.	Paciente molesto. Apreciación del paciente 5.	Se habla acerca del acontecimiento que le causa molestia, y la identificación de los pensamientos relacionados. Se le entrena en auto-relajación y se analiza la tis. Se elabora el cuadro de ventajas y desventajas de su impulsividad.
12.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se le presenta el modelo terapéutico. Adaptado a la necesidad del paciente. A continuación se integran ambos modelos unidos por la frase clave. Enfocándonos en las autoagresiones y hetero-agresiones, se practican las estrategias de afrontamiento (mediante role-playing.) TIS: practicarlo en situaciones de gran estrés.
13.	Paciente indica que se encuentra molesto. Apreciación del paciente 5.	Se confecciona una lista de acontecimientos que generan su molestia, analizando los pensamientos que se encuentran debajo de este malestar mediante la técnica de la flecha descendente. Se vuelve al modelo de estabilización emocional y se le entrena al paciente en técnicas de respiración con imágenes de bienestar.
14.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se aplica el EMCA y el CCOCB. Mediante el uso de la imaginación se provoca craving. Y se practican técnicas de afrontamiento del craving. TIS: se le pide confeccionar situaciones que pueden provocar craving intenso, con su respectivo afrontamiento. Llenar TAS-20 y PBI.

15.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Con los resultados del TAS-20 y el PBI. Mediante técnicas de imaginación, se intenta lograr desahogo emocional. TIS: Llenar YSQ-L2.
16.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se usa el refuerzo social para sostener los logros alcanzados. Se elabora junto con el paciente su autobiografía y se correlaciona con los resultados del YSQ-L2.
17.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando reatribuciones más objetivas.
18.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se reelaboran recuerdos dolorosos de su infancia (suceso traumático) mediante re-experimentación imaginaria de estas experiencias.
19.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. Se elabora cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimiento de sus esquemas tempranos.
20.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se vuelve hablar de su acontecimiento “traumático”, para valorar la re-significación. Se aplica el CDB. TIS: elaborar lista de situaciones de riesgo.

21.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se introduce el tema del desliz vs. recaída Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
22.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se elabora un flujo-grama extendido desde su personalidad, su consumo y situaciones de riesgo.
23.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X				
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							

	Sin escritorio		
	Otro		

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad					X
Intuición					X
Perspiciacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					X
Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico					X
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					X
Capacidad empática				X	
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad					X

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo					X
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual					X
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad			X		
Capacidad de respuesta emocional			X		
Flexibilidad			X		
Locus de control interno			X		

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	+/-	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Se observan mecanismos defensivos como, proyección, formación reactiva, fantasía, negación. Distorsiones cognitivas como pensamiento polarizado, generalización, justificación, minimización.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	

Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia			X
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS		
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)		
Paciente	8	Observaciones
Familiares	-	Observaciones
Terapeuta	7	Observaciones: paciente finaliza su proceso de internamiento

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Técnicas asertivas	3
Sintomáticas	Técnicas cognitivas	4
De personalidad	Análisis de experiencias vitales	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 26

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 06

Fecha: ----

Elaborada por: Sebastián Herrera Puente.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Vinicio

Edad: 35 años

Estado Civil: casado

Religión: católica

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Superior Incompleta **Ocupación:** Vendedor.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a institución por presión de su esposa debido a consumo de alcohol durante varios días a la semana, este comportamiento se ha dado desde aproximadamente seis meses. Teniendo como consecuencias afectación en su salud, conflictos con su pareja.

IMPLÍCITA

No divorciarse de su pareja.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente indica que hace seis meses aproximadamente el consumo de alcohol se ha incrementado llegando a consumir solo varios días a la semana (todas las semanas), describe consumo compulsivo, reporta síndrome de abstinencia “me pego un poco de licor, para calmar el chuchaqui”, teniendo como consecuencias problemas en su salud (gastritis) y conflictos con su pareja (discusiones, agresiones verbales).

Comenta que este cuadro ya se ha repetido hace un año y medio pero debido a su temor al internamiento dejó de consumir durante cuatro meses, sin embargo, comenta “no me aguante las ganas”. Indica problemas de consumo desde los veinte y cinco años de edad, donde su consumo fue cada fin de semana. Aproximadamente a los 28 años, su consumo no se limita a los fines de semana, sino a los días entresemana, lo que decantó en conflictos con su pareja y pérdida de su empleo. Menciona que a partir de los 33 años su consumo aumenta a varios días por semana (con intervalos de tiempo de abstinencia de tres semanas aproximadamente). Hasta llegar al cuadro actual.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre de 60 años de edad, se dedica al comercio, es un “alcohólico en recuperación”, abstemio desde hace 10 años, lo describe como una persona explosiva, agresiva, que no es capaz de controlar su ira, indica que su relación es pésima, debido a que Vinicio le guarda un gran resentimiento debido a las constantes agresiones físicas de las que fueron víctimas su madre y sus hermanos. Su madre de 57 años también comerciante la describe como una persona amorosa, pero menciona que no le perdona “que no le haya dejado a su padre” “a veces pensaba que mi madre era bruta por aguantar tanto”, describe que su relación es buena. Vinicio tiene dos hermanos varones de 30 y 22 años, indica que su hermano mayor consume alcohol en fiestas, mientras que su hermano menor consume alcohol y marihuana pero que sus padres no se han dado cuenta de que también tiene problemas.

En lo referente a su desempeño académico indica que no fue un buen alumno en la escuela, menciona “mi madre siempre estaba hablando con los profesores porque yo era bien peleón y

siempre me metía en pleitos”. En cuanto a su desempeño en el colegio indica que perdió quinto curso, que gracias a una tía logro graduarse. En la universidad intentó estudiar psicología pero no le gusto, por lo que decide estudiar derecho pero tampoco fue de su agrado. En lo que respecta a la esfera afectiva indica no saber cuantas enamoradas tuvo menciona “creo que he tenido como unas cuarenta”, aunque refiere “ninguna me importo realmente, solo mi mujer”. En el área laboral indica que ha tenido altos y bajos que desde hace un año con dinero que hizo en Estados Unidos se puso un local de repuestos de autos. Vinicio se describe como una persona irritable, impulsiva, agresiva “me enciendo fácilmente”.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

EIDA

- Paciente obtuvo un puntaje asociado a dependencia moderada.

EPQ

- Alta inestabilidad emocional.
- Tendencia a la extraversión.

SEAPSI Presenta características:

- Paranoides, ciclotímicas e impulsivas.

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Ansiedad

SCSR

- Sensibilidad a la recompensa.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Vinicio atraviesa un trastorno de dependencia al alcohol, el consumo ha ido aumentando desde hace seis meses, se observan síntomas de abstinencia, consumo compulsivo, craving intenso, provocando conflictos con su pareja.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, impulsividad en sus reacciones cotidianas, evitación de abandono real o imaginado, falta de autocontrol, vida afectiva inestable. Esta estructura se ha conformado desde la niñez, un padre alcohólico descrito como iracundo, agresivo y explosivo. La ambivalencia hacia su madre por no hacer nada para separarse de su padre. Un desarrollo marcado por la violencia intrafamiliar, debido al

alcoholismo del padre de Vinicio. Se observan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, escisión. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento dicotómico. Distorsiones cognitivas como generalización, minimización, pensamiento dicotómico.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso psicoterapéutico para lograr abstinencia.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES					
PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas		X			
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				
Exigencia de status	X				
Curiosidad		X			
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		El paciente verbalizó su problema desde su punto de vista.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para pensar en un tratamiento psicoterapéutico.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades la motivación al tratamiento, como dificultades su estructura de personalidad.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		El nivel de confrontación y distancia terapéutica es el adecuado, para no caer en manipulación.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		El paciente expresa de forma franca tener problemas con el consumo de alcohol.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		Paciente se desinhibió al hablar del alcoholismo de su padre.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		El paciente se encuentra motivado al tratamiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente expresa explícitamente su necesidad de ayuda.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Desde un inicio se evidencia su tendencia a la manipulación.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	

¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	
---	--	---	--

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	El alcoholismo del padre genera la hipótesis de un componente biogenético.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Su grupo de amigos.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su trastorno a los conflictos con su pareja.

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como impulsividad en sus reacciones cotidianas, evitación de abandono real o imaginado, falta de autocontrol, vida afectiva inestable.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se observan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, escisión. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento dicotómico.
Rasgos potenciadores y limitantes	Limitantes su estructura de personalidad pone en riesgo la adherencia al tratamiento. Como potenciadores su grado de motivación.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

			X		
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()		No (X)		
Requiere intervención	Individual				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucional		X		
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que no se mantenga en la institución.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Vinicio atraviesa un trastorno de dependencia al alcohol, el consumo ha ido aumentando desde hace seis meses, se observan síntomas de abstinencia, consumo compulsivo, craving intenso, provocando conflictos con su pareja.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, impulsividad en sus reacciones cotidianas, evitación de abandono real o imaginado, falta de autocontrol, vida afectiva inestable, dan cuenta de una personalidad de tipo inestable.

Se destacan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, escisión. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento dicotómico. Existe un nivel de integración relativamente adecuado de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, sin embargo, su respuesta emocional es polarizada y en ocasiones difusa.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Autoconocimiento y mayor autocontrol.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Técnicas Motivacionales (Miller)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva de Beck).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas y estabilización emocional (Young; Santiago)..

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 3.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, EIDA, EPQ, SCSR, SCL-90-R. ▪ Se analiza el estadio de cambio. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.

2.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 4.	Se inicia con psicoeducación (se trata conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia). Analizando los criterios del DSM-IV-TR. Se aplica CCOCB. Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado. TIS: lista de consecuencias del consumo.
3.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 4.	Se analiza la TIS y se clasifica las consecuencias de su consumo. Tomando de base la línea de vida del consumo con intervalos de 3 años. Se introduce el tema del papel de los pensamientos en la generación de preocupación. Se aplica el EMCA. TIS: se le pide realizar su auto-descripción.
4.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se explica el modelo cognitivo de la adicción. Se realiza un flujo-grama de precipitantes del consumo.
5.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se le entrena en la identificación de pensamientos de consumo, relacionados con reacciones de ansiedad, ira y tristeza. Se realiza el análisis de las ventajas vs desventajas del consumo y del no consumo.
6.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema de la asertividad y se practica respuestas asertivas mediante juego de roles.
7.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se realiza el flujo-grama de su consumo y se relaciona con su impulsividad. Se le entrena en auto-monitoreo y se introduce el tema de los pensamientos en la generación de emociones y conductas. TIS: auto-monitoreo, registrado mediante una tabla con valoración (0-10), indicando situación y pensamiento.

8.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Se introduce el tema de craving, añadiendo al flujo grama las situaciones generadoras de craving. TIS: Llenar M-DMQ-R.
9.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 8.	Se introduce el tema del principio de atribución y mediante el método socrático se intenta llegar a la reatribución de la responsabilidad para aumentar su locus de control interno, utilizando los datos del M-DMQ-R.
10.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 8.	Se introduce el tema de la estabilización emocional, educando al paciente mediante el modelo explicativo de respuestas inadaptadas ante la frustración y el circuito cerrado establecido, relacionado con el consumo compulsivo. TIS: se le entrega un modelo vacío para que el paciente lo llene con sus propias experiencias.
11.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la tis. Y se le presenta el modelo terapéutico. Adaptado a la necesidad del paciente. A continuación se integran ambos modelos unidos por la frase clave. Enfocándonos en las autoagresiones y hetero-agresiones, se practican las estrategias de afrontamiento (mediante role-playing.) TIS: practicarlo en situaciones de gran estrés.
12.	Paciente molesto. Apreciación del paciente 5.	Se habla acerca del acontecimiento que le causa molestia, y la identificación de los pensamientos relacionados. Se le entrena en auto-relajación y se elabora el cuadro de ventajas y desventajas de su impulsividad.
13.	Paciente se encuentra relativamente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se aplica el EMCA y el CCOCB. Mediante el uso de la imaginación se provoca craving. Y se practican técnicas de afrontamiento del craving. TIS: se le pide confeccionar situaciones que pueden provocar craving intenso, con su respectivo afrontamiento. Llenar TAS-20.

14.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Con los resultados del TAS-20. Mediante técnicas de imaginación, se intenta lograr desahogo emocional. Se confecciona una lista de las ventajas de identificar las emociones. Se le presenta un power-sobre, inteligencia emocional. TIS: Llenar YSQ-L2 y el PBI.
15.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se usa el refuerzo social para sostener los logros alcanzados. Se elabora junto con el paciente su autobiografía y se correlaciona con los resultados del YSQ-L2, el P.B.I.
16.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando retribuciones más objetivas.
17.	Paciente se encuentra molesto. Apreciación del paciente 5.	Se habla de la situación generadora de malestar y por medio del debate socrático y la flecha descendente se puede visualizar su necesidad de consumo. Se entrena al paciente en auto-relajación, con imaginación y respiración.
18.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se habla sobre su padre. Mediante la variante cognitiva de la “silla vacía” se intenta re-significar sucesos con alto grado de emotividad contenida.
19.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se introduce el tema de la prevención de recaídas. Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
20.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 9.	Mediante imágenes y juego de roles se pone a prueba formas de afrontamiento, de la presión socio-ambiental-craving que puedan generar una recaída.

21.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.
-----	--	---

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X				
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							
	Sin escritorio			X				
	Otro							

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-					X

abstracto					
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad				X	
Intuición					X
Perspiciacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente				X	
Valores de solidaridad					X
Equilibrio psíquico					X
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					X
Capacidad empática					X
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento	X				
Factores cognitivos			X		
Nivel de integración de la personalidad		X			

Capacidad de respuesta emocional		X			
Flexibilidad			X		
Locus de control interno	X				

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente		+/-
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente		+/-

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Se observan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, escisión. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento dicotómico.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X

Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9
EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia			X
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	8	Observaciones			

Familiares	-	Observaciones
Terapeuta	7	Observaciones: paciente finaliza su proceso de internamiento

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación	4
	Asertividad	4
Sintomáticas	Técnicas Motivacionales	4
	Técnicas cognitivas	5
De personalidad	Análisis de esquemas tempranos	4
	Intervención en estabilidad emocional	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 27

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No.07

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera Puente.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Mauricio.

Edad: 31 años

Estado Civil: separado

Religión: católica

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Superior Completa **Ocupación:** Diseñador Gráfico

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	X
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

Paciente institucionalizado por su madre debido a dependencia alcohólica. Refiere ingesta de alcohol, durante quince días seguidos, menciona consumo compulsivo, aumento del nivel de tolerancia y síntomas de abstinencia. La gravedad del cuadro se mantiene durante más de seis meses, provocando separación de su conyugue y la posible pérdida de su empleo.

IMPLÍCITA

No perder su empleo, volver con su pareja.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente refiere que a partir de la ruptura afectiva con su pareja (hace un mes debido a su ingesta alcohólica) actualmente el consumo de alcohol se incrementa (15 días de manera continua hasta la embriaguez) llegando a consumir solo, esto ha provocado la separación de su pareja y posiblemente la pérdida de su empleo. Indica que su consumo inicia desde su adolescencia de forma esporádica, llegando a generarle las primeras dificultades al ingresar a la universidad. Su nivel de consumo disminuye a un fin de semana al mes cuando ingresa a trabajar. Sin embargo, el consumo de fin de semana se reactiva al ingresar nuevamente a la universidad. Comenta que bebe solo cerca de un año y medio “me llevo una botella pequeña al trabajo” “rindo mejor”. En este año el consumo a sido a diario, pero indica que se a agravado en estos últimos seis meses, debido a que “el cuerpo le pide” y “necesito consumir para sentirme bien” “y no me puedo controlar una vez que inicio”. Reporta que no duerme más de dos hora hace ya varios días, vómitos constantes, dolores corporales intensos, pesadillas y palpitaciones intensas.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Mauricio es hijo único su padre abandonó a su madre cuando él tenía apenas 2 años de edad, ha tenido contacto con él en 2 ocasiones sólo para pedirle dinero. Describe a su padre como igual a él mentiroso, mujeriego, alcohólico. Su madre a tenido dos relaciones sentimentales, la primera cuando el paciente tenía ocho años, y la segunda a la edad de 18 años, paciente refiere que nunca se llevo con las parejas de su madre porque solo les interesaba el dinero. Describe a su madre como una persona recta, buena, “siempre me dio todo lo que quería en la parte material”, comenta que a veces siente deseos de confrontarla (“mandarla al demonio” “me trata como niño”). Describe su infancia “como todas” “mi madre me dio todo lo que quería” indica que la mayor parte del tiempo su madre lo dedicaba al trabajo su abuela materna es quien lo cuidaba. Se refiere a sí mismo como un niño tímido. Su rendimiento académico en la escuela fue

variable, con varios cambios de institución debido a que tuvo varios problemas (peleas) con sus compañeros. En la secundaria tuvo también problemas con sus compañeros por lo que perdió segundo curso, debido a que no le agradaba el ambiente y decide cambiar de colegio. En lo referente a la universidad, la curso a los 20 años llegando abandonando la carrera a los 22 años. Debido a que contrajo matrimonio, luego de un noviazgo de ocho meses, su pareja se queda embarazada, actualmente su hija tiene 12 años. Mauricio describe a su ex pareja como “loca, impulsiva, iracunda” su relación termina debido a que dejó de quererla según indica, además menciona “mi consumo aumentó a varios días a la semana”. A los 24 años decide retomar sus estudios llegando a graduarse. Sin embargo los problemas económicos debido a deudas adquiridas, y su consumo de alcohol, detonaron su separación. Actualmente labora para el sector público, no obstante, es posible que pierda su empleo si no realiza un tratamiento.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SADQ: el usuario presenta puntajes elevados en las siguientes sub-escalas.

- Abstinencia.
- Síntomas afectivos de abstinencia.
- Conductas para aliviar el síndrome de abstinencia.

CEPER estilos:

- Narcisista.
- Paranoide
- Limite

SEAPSI presenta características:

- Histriónicas y ciclotímicas.
- Inestables.

EPQ

- Alta inestabilidad emocional.
- Tendencia a la extraversión.

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Hostilidad

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

Mauricio presenta un cuadro de dependencia alcohólica expresado por síntomas de abstinencia, consumo compulsivo, craving intenso, mayor tolerancia a la sustancia cuadro que se agrava en el último año, lo que ha provocado separación de su pareja y posible pérdida de su empleo.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

Mauricio presenta una estructura de personalidad con componentes como, relaciones interpersonales intensas e inestables, esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado, impulsividad, inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables, búsqueda constante de apoyo y elogio, inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración. Este estructura se ha perfilado desde su niñez, la ausencia de la figura paterna ha provocado cierto resentimiento, su sentimientos ambivalentes hacia su madre, los constantes cambios de escuela, la pérdida de año en el colegio, las constantes peleas con sus compañeros, el sin número de relaciones afectivas que en la mayoría de los casos han terminado de forma violenta. Se observan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, intelectualización, proyección, represión. Distorsiones cognitivas como minimización, generalización, pensamiento dicotómico.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Reservado

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso psicoterapéutico para lograr abstinencia.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas		X			
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	-				
Exigencia de status	-				
Curiosidad	-				
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X

Otros					
-------	--	--	--	--	--

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		El paciente consiguió verbalizar su experiencia, existió la necesidad de confrontar ciertos mecanismos como la negación, minimización, racionalización. Además de usar ciertas técnicas motivacionales.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria como planificar un proceso interdisciplinario.

¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La personalidad posee varios componentes desde inestabilidad emocional, dependencia, histrionismo. El polo de los impulsos es el que presenta más déficits.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades el incremento de la motivación al tratamiento, como dificultades, la estructura de personalidad.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se consigue el nivel de confrontación necesaria para que la alianza terapéutica no se vea afectada.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		Verbalizó y redefinió su problemática.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		No se consiguió desinhibición emocional.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		El paciente está dispuesto a realizar su tratamiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		Según el discurso del paciente, se evidencia un nivel óptimo de alianza terapéutica.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Al inicio de la entrevista, se detectaron minimizaciones, racionalizaciones, negaciones, que fueron superadas.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	En este caso vemos la presencia de un componente genético (padre posiblemente alcohólico).
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Madre co-dependiente. Pareja que no desea ser parte del tratamiento. Red social sólo de consumo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye sus problemas a sí mismo, pero también a como ha sido su vida, sus amigos, la ausencia del padre. Locus Mixto.

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como, relaciones interpersonales intensas e inestables, esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado, impulsividad, inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables, búsqueda constante de apoyo y elogio, inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se observan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, intelectualización, proyección, represión. Distorsiones cognitivas como minimización, generalización, pensamiento dicotómico.
Rasgos potenciadores y limitantes	Se identifica como rasgos potenciadores su capacidad analítica y de reflexión debido a su nivel de instrucción. Como limitantes conductas manipuladoras.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
		X			

Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique: Paciente requiere valoración psiquiátrica que permita un tratamiento mixto.	Si (X)	No ()
Requiere intervención	Individual	
	De pareja	
	Familiar	
	Grupal	
	Institucional	X
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Ambivalencia frente al tratamiento.		

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Mauricio presenta un cuadro de dependencia alcohólica expresado por síntomas de abstinencia, consumo compulsivo, craving intenso, mayor tolerancia a la sustancia cuadro que se agrava en el último año, lo que ha provocado separación de su pareja y posible pérdida de su empleo.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

Mauricio presenta una estructura de personalidad con componentes como, relaciones interpersonales intensas e inestables, esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado,

impulsividad, inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables, búsqueda constante de apoyo y elogio, inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración, reflejan una personalidad inestable con elementos histriónicos. Se observan mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, intelectualización, proyección, represión. Distorsiones cognitivas como minimización, generalización, pensamiento dicotómico. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran dentro de la normalidad, aunque su respuesta emocional es baja.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Lograr autocontrol.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Técnicas Motivacionales (Miller)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva de Beck).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas y estabilización emocional (Young; Santiago).

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 3.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, CEPER, SADQ EPQ, SCL-90-R. ▪ Se analiza el estadio de cambio. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido al internamiento.	Se aplica los cuestionarios de estadios cambio y procesos de cambio. Se inicia con psicoeducación (se trata

	Apreciación del paciente 5.	conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia). Analizando los criterios del DSM-IV-TR. Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado, con la finalidad de inclinar la balanza hacia el cambio. TIS: llenar el TAS-20.
3.	Paciente se muestra ambivalente frente al tratamiento. Apreciación del paciente 4.	Se usa estrategias motivacionales elaborando la línea de consumo y elaborando y clasificando una lista de consecuencias del consumo que será utilizado como tarjeta de auxilio (flash-card). Se aplica el EMCA.
4.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Basándonos en las respuestas del EMCA, se introduce el tema del craving, y se realiza una lista de pensamientos relacionados a este constructo.
5.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se realiza el flujo-grama de su consumo y se relaciona con su tendencia a la impulsividad. Se le entrena en auto-monitoreo. TIS: auto-monitoreo, registrado mediante una tabla con valoración (0-10), indicando situación y pensamiento.
6.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Se aplica el M-DMQ-R. Se introduce el tema del principio de atribución y se elabora una lista de las atribuciones psicológicas que se le da al alcohol Se realiza el análisis de ventajas vs. Desventajas del consumo y del no consumo. TIS: continuar con el auto-monitoreo.
7.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Pero se pospone el inicio de la intervención en estabilización emocional. Con el análisis del M-DMQ-R. y la técnica de re-atribución de la responsabilidad se intenta generar mayo locus de control interno. Se explica el modelo cognitivo de las adicciones.

8.	Paciente se muestra ansioso. Apreciación del paciente 4.	Se analiza las fuentes de su preocupación, que se toma de base para introducir el tema de los pensamientos generadores de emociones y conductas. Se entrena al paciente en auto-relajación, con imágenes positivas y técnicas de respiración.
9.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se introduce el tema de la asertividad. Se practican respuestas asertivas mediante el juego de roles.
10.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el tema de la estabilización emocional, educando al paciente mediante el modelo explicativo de respuestas inadaptadas ante la frustración y el circuito cerrado establecido, relacionado con el consumo compulsivo. TIS: se le entrega un modelo vacío para que el paciente lo llene con sus propias experiencias.
11.	Paciente molesto. Apreciación del paciente 7.	Se habla acerca del acontecimiento que le causa molestia, y la identificación de los pensamientos relacionados, y se analiza la tis. Se elabora el cuadro de ventajas y desventajas de su impulsividad.
12.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se le presenta el modelo terapéutico. Adaptado a la necesidad del paciente. A continuación se integran ambos modelos unidos por la frase clave. Enfocándonos en las autoagresiones y hetero-agresiones, se practican las estrategias de afrontamiento (mediante role-playing,) TIS: practicarlo en situaciones de gran estrés.

13.	Paciente se muestra irritable. Apreciación del paciente 5.	Se confecciona una lista de acontecimientos que generan su molestia, analizando los pensamientos que se encuentran debajo de este malestar mediante la técnica de la flecha descendente. Se vuelve al modelo de estabilización emocional y se le entrena al paciente en técnicas de respiración con imágenes de bienestar.
14.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Se aplica el EMCA y el CCOCB. Se introduce el tema del craving y mediante el uso de la imaginación se provoca craving. Y se practican técnicas de afrontamiento del craving. TIS: se le pide confeccionar situaciones que pueden provocar craving intenso, con su respectivo afrontamiento. Llenar TAS-20.
15.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 7.	Con los resultados del TAS-20. Mediante técnicas de imaginación, se intenta lograr desahogo emocional. Se confecciona una lista de las ventajas de identificar las emociones. Se le presenta un power-sobre, inteligencia emocional. TIS: Llenar YSQ-L2 y el PBI.
16.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se usa el refuerzo social para sostener los logros alcanzados. Se elabora junto con el paciente su autobiografía y se correlaciona con los resultados del YSQ-L2, el P.B.I.
17.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando reatribuciones más objetivas.

18.	Paciente se encuentra estable. Apreciación del paciente 8.	Se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. Se elabora cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimiento de sus esquemas tempranos.
19.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 9.	Se habla sobre su padre. Mediante la variante cognitiva de la “silla vacía” se intenta re-significar, la carencia afectiva por la falta de la figura paterna. Se aplica el CDB
20.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se vuelve a topar el tema de su padre, para valorar la re-significación. Se introduce el tema del desliz vs. recaída Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
21.	Paciente ansioso. Apreciación del paciente 6.	Se le pide identificar la situación que le genera ansiedad y los pensamientos que se desprenden. Se le pide buscar pensamientos alternativos a sus interpretaciones. Se aplica la técnica de tremendización adaptada, para reducir ansiedad.
22.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se elabora un flujo-grama alternativo basado en formas de afrontamiento vistos en la terapia, extendido desde su personalidad, su consumo, situaciones de riesgo.
23.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD	TRANQUILIDAD
---------------------------------	-------------------	---------------------

	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X				
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							
	Sin escritorio			X				
	Otro							

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva				X	
Pensamiento teórico-abstracto				X	
Potencialidad analítico-sintética				X	
Creatividad				X	
Intuición				X	
Perspiciacia				X	
Flexibilidad				X	
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente				X	

Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico				X	
Capacidad de comunicación y relación interpersonal				X	
Capacidad empática				X	
Integridad ética				X	
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad		X			
Capacidad de respuesta emocional		X			
Flexibilidad			X		
Locus de control interno		X			

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	+/-	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes.		
Mecanismos defensivos como formación reactiva, racionalización, intelectualización, proyección, represión. Distorsiones cognitivas como minimización, generalización, pensamiento dicotómico.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS		
Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X

Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS		X
Cuáles.....		

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia		X	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	7	Observaciones: paciente finaliza su proceso.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación.	4
	Asertividad	4
Sintomáticas	Motivacionales	4
	Técnicas cognitivo-conductuales	4
De personalidad	Trabajo con esquemas tempranos y estabilización emocional)	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 28

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 08

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera Puente.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Patricio.

Edad: 42 años

Estado Civil: casado

Religión: católica

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Superior Completa **Ocupación:** Abogado.

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			X

DEMANDA

ORIGEN		
Paciente	Familiar (s)	X
Profesional	Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a centro de tratamiento de forma voluntaria debido a recaída alcohólica. Hace un mes inicia un nuevo cuadro de ingesta alcohólica por varios días seguidos, luego de cinco años de abstinencia según indica, por dificultades económicas y no saber como afrontarlas. El consumo según menciona es a diario, ha llegado a dormir en la acera de su casa. Esto ha provocado que su esposa le plantee el divorcio. Cabe mencionar que este es su tercer internamiento.

IMPLÍCITA

No divorciarse de su pareja.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Paciente hace aproximadamente un mes inicia un nuevo proceso de ingesta alcohólica luego de cinco años de abstinencia. Su consumo se da por varios días a la semana hasta perder la conciencia. Menciona síntomas de abstinencia (vómitos constantes, dolores musculares, palpitaciones y ansiedad intensas). Comenta que su primer internamiento se dio a los 34 años de edad, con una abstinencia de tres años el segundo internamiento a los 37 años con abstinencia de cinco años. Indica que su consumo inicia en la universidad de forma esporádica, hasta los 25 años donde se titula e inicia su actividad laboral en esta época su consumo aumenta a los fines de semana, manteniendo una ingesta progresiva hasta los 30 años donde se dan las primeras consecuencias de su consumo, traducéndose en conflictos familiares y en el área laboral. Para los 34 años su consumo se da a varios días por semana lo que decanta en su primer internamiento.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre de 68 años es jubilado del sector público, lo describe como una persona recta, trabajadora, en ocasiones autoritaria. Su madre de 65 años de edad se dedica a los quehaceres del hogar la describe de carácter fuerte y exigente. Describe su infancia como “positiva” comentando “siempre tuvimos todo lo que necesitamos”. Menciona que en la escuela fue un “excelente estudiante”, llegando a ser escolta del pabellón nacional. En el colegio indica que su rendimiento disminuyó, pero que siempre estuvo en el grupo de los mejores promedios. Menciona que no salía mucho con sus amigos debido a la disciplina que imponían sus padres, “para ellos primero estaba el estudio y ayudar en lo que se pueda con los quehaceres del hogar” En cuanto a sus estudios universitarios refiere que primero optó por la carrera de medicina, sin embargo según comenta “no me adapte a pesar de que pase sin problema el primer año” por lo que decide a los 20 años seguir la carrera de derecho, la cual la cursa sin ninguna dificultad. Aproximadamente a los 25 años se titula, e ingresa a laborar en un bufet de abogados. En el área

laboral indica que en este bufet laboro hasta los 33 años, debido a que dejó su trabajo por los problemas de su consumo de alcohol. Luego de su internamiento pasa a laborar en el libre ejercicio de su profesión hasta la actualidad. En lo que respecta al área afectiva refiere que no tuvo relaciones de importancia, hasta que le conoció a su esposa a los 27 años de edad, la describe como una persona tranquila, inteligente, comenta “mi enfermedad me ha alejado de ella y mi familia”, indica tener dos hijos de 11 y 7 los cuales son descritos como su orgullo ya que son excelentes estudiantes. Patricia se describe como una persona recta, impecable en su trabajo, comenta que esta escribiendo un libro sobre derecho penal, además menciona que lo que ha mermado sus logros ha sido su consumo de alcohol.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SCL-90-R

Se obtuvo puntajes clínicos en:

- Ansiedad
- Somatización

IPDE (DSM-IV):

- Rasgos narcisistas.
- Rasgos Obsesivos-compulsivos.

SEAPSI presenta características:

- Anancásticas.
- Evitativas
- Dependientes

CDB: Puntajes elevados en:

- Incapacidad para la abstinencia.
- Refuerzo Negativo.
- Refuerzo social.

Y bajo en:

- Autoeficacia.

SCSR

- Sensibilidad al castigo.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Patricio atraviesa un trastorno de dependencia alcohólica, que se reactiva hace aproximadamente un mes luego de cinco años de abstinencia, reportando síntomas de abstinencia, consumo compulsivo, poco autocontrol, provocando conflictos de pareja.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, buen rendimiento académico y laboral, apego a la responsabilidad, represión afectiva, tendencia a la indecisión, competitividad. Esta estructura se ha generado desde su niñez, con la presencia de un padre rígido y exigente, su buen rendimiento académico y aparentemente laboral, que se refleja en su auto-descripción. Se observan mecanismos como negación, minimización, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento catastrófico, justificación.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso terapéutico con el objetivo de lograr abstinencia.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA PSICOLÓGICA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas			X		
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	-				
Exigencia de status	-				
Curiosidad	X				
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÈ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		El clima fue el adecuado para que el paciente hable con libertad acerca de su problema.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para planificar el tratamiento psicoterapéutico.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su estructura de personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, las dificultades se derivan de la cronicidad del trastorno y la historia de fracasos terapéuticos.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se consigue el nivel de confrontación necesaria para que la alianza terapéutica no se vea afectada, añadiendo ha ésta mensajes motivacionales.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		El paciente expresa su confianza explícitamente.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		El paciente en su relato mostró labilidad emocional.

¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	X		El paciente está dispuesto en comenzar un nuevo tratamiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente expresa en forma explícita la confianza y mí como profesional y en la psicoterapia como forma de tratamiento.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Al inicio de la entrevista se evidenció tendencia a la minimización y al ocultamiento de información.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No se evidencian factores biológicos influyentes en el trastorno.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	La relación conflictiva con su esposa.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su recaída con su pareja y a su falta de voluntad (locus mixto).

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, buen rendimiento académico y laboral, apego a la responsabilidad, represión afectiva, tendencia a la

	indecisión, competitividad.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se observan mecanismos como negación, minimización, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento catastrófico, justificación.
Rasgos potenciadores y limitantes	Su personalidad favorece a la adhesión al tratamiento, sin embargo, la cronicidad del trastorno y los fracasos previos pueden mermar la efectividad del tratamiento.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
			X		
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()			No (X)	
Requiere intervención	Individu al				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucio nal			X	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?					
Paciente es posible que deje el proceso al mejorar su sintomatología.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Patricio atraviesa un trastorno de dependencia alcohólica, que se reactiva hace aproximadamente un mes luego de cinco años de abstinencia, reportando síntomas de abstinencia, consumo compulsivo, poco autocontrol, provocando conflictos de pareja.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, buen rendimiento académico y laboral, apego a la responsabilidad, represión afectiva, tendencia a la indecisión, competitividad. Dan cuenta de una personalidad dentro del espectro cognitivo de estilo anancástico, observándose mecanismos como negación, minimización, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento catastrófico, justificación. Existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran aparentemente conservados, al igual que su respuesta emocional.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia completa.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Psicoeducación.
- Técnicas Motivacionales (Miller-Prochaska-Diclemente)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva racionalista de Beck, Ellis, Guajardo).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas tempranos (Young).

GUÍA No. 6
EVOLUCIÓN
EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 3.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, IPDE, CDB, SCSR, SCL-90-R. ▪ Reducir el estrés frente a la recaída. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido a su nuevo internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se trata de “normalizar su ansiedad”. Inclinando la balanza a favor del tratamiento. Se analiza mediante un registro de sucesos, los precipitantes de su recaída.
3.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido a su nuevo internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se invita al paciente a hablar sobre su preocupación e identificar los pensamientos que se esconden detrás de esta emoción, se usa el debate socrático y la flecha descendente.
4.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se elabora un flujo-grama de su recaída, y las conductas de afrontamiento que no se llevaron a cabo. Se realiza un cuadro de ventajas vs desventajas del no consumo.
5.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se introduce psicoeducación acerca de los elementos de la dependencia alcohólica analizando los criterios del DSM-IV. Se elabora una lista de consecuencias del consumo clasificándolas.
6.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se introduce el tema de la asertividad y la importancia de la misma, para evitar una nueva ingesta y reducir situaciones de riesgo. Se practica respuestas asertivas par evitar el consumo. TIS: llenar el CCOCB.

7.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se construye la línea de vida del consumo con intervalos de 3 años. Se analiza los resultados del CCOB y se introduce el tema del craving. Se trabaja con imaginación para generar craving intenso y se practica técnicas para manejar el deseo intenso de consumo. Se aplica el EMCA. TIS: se le pide realizar un cuadro de acontecimientos generadores de craving.
8.	Paciente se muestra molesto. Apreciación del paciente 3.	Se analiza las razones de su molestia. Se toma de base este suceso para explicar el modelo cognitivo de la adicción. TIS: Se le pide identificar acontecimientos que generen pensamientos relacionados con el consumo.
9.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se analiza la tis y se amplía el cuadro de acontecimiento-pensamiento, incluyendo emociones y conductas. Aplicación del M-DMQ-R. TIS: seguir con el registro de pensamientos.
10.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el constructo de atribución y mediante técnicas cognitivas se trata de lograr la re-atribución de la responsabilidad.
11.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se aplica el EMCA, para medir logros terapéuticos. Se le orienta al paciente en la técnica de resolución de problemas. TIS: se le expone dos dificultades en donde deberá aplicar la técnica de resolución de problemas.

12.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la tis, se introduce el tema de la relajación. Se entrena al paciente en técnicas de auto-relajación usando, imágenes pensamientos positivos y respiración profunda. Se aplica el Se aplica YSQ-L2 y el P.B.I. TIS: realizar su atobiografía.
13.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS, se introduce el tema de Esquemas tempranos mediante el análisis del YSQ-L2, el P.B.I. y su autobiografía
14.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando re-atribuciones más objetivas.
15.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se reelaboran recuerdos dolorosos de su infancia mediante re-experimentación imaginaria de estas experiencias.
16.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Ensayo conductual de esquemas saludables (adulto sano). Aplicación del EMCA. TIS: realizar análisis de ventajas y desventajas de asumir un esquema saludable.
17.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS, y mediante la imaginación se intenta poner al paciente en situaciones emergentes donde su antiguo esquema se pueda manifestar.

18.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se introduce el tema del desliz vs recaída. Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
19.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9	Mediante role-playing se pone a prueba su asertividad y su el manejo del craving.
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X				
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							

	Sin escritorio		
	Otro		

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad					X
Intuición					X
Perspiciacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente				X	
Valores de solidaridad				X	
Equilibrio psíquico					X
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					X
Capacidad empática				X	
Integridad ética				X	
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad			X		
Capacidad de respuesta emocional			X		
Flexibilidad		X			
Locus de control interno		X			

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos		X
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	X	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Se observan mecanismos como negación, minimización, racionalización, proyección. Distorsiones cognitivas como generalización, pensamiento catastrófico, justificación.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	

Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO			
Asesoramiento		Psicoterapia	X
OBJETIVOS ESTABLECIDOS			

Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	8	Observaciones: paciente finaliza su proceso.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Técnicas asertiva	4
	Psicoeducación	4
Sintomáticas	Motivacionales	4
	Técnicas cognitivas	4
De personalidad	Trabajo con esquemas tempranos	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 29

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 009

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera Puente.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Juan.

Edad: 35 años

Estado Civil: casado

Religión: católica

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Superior Completa **Ocupación:** Contador

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio	X	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a centro de tratamiento de alcohol y drogas, debido a que su consumo de alcohol (consumo habitual desde hace tres años aproximadamente), lo ha llevado a que posiblemente pierda su empleo y a separarse de su esposa.

IMPLÍCITA

Complacer a su esposa.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Juan refiere que hace un año y medio aproximadamente, su consumo aumenta considerablemente a casi todos los fines de semana y en los últimos ocho meses a varios días (de forma continuada) a la semana, llegando a consumir solo en su casa, provocando conflictos con su esposa lo que ha decantado en su separación. Menciona síntomas como compulsión “me pico y me voy de largo” “en mi oficina tenía varias botellas y me pegaba una copa para amortiguarme la tembladera”. Indica que consume desde los 20 años, pero que, no tuvo mayores dificultades sino hasta los 30 años, que su consumo se da cada fin de semana, según indica por mucho estrés en el trabajo. Su consumo va en aumento llegando a consumir (viernes y sábados), para luego llegar a consumir entre semana, llegando al cuadro actual.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Su padre de 68 años es jubilado del sector público, lo describe como una persona estricta, de pocas palabras, “siempre le gusta que las cosas se hagan bien” “es un trabajador único” “lo han galardonado por ser un excelente empleado”. Indica que su relación es buena aunque indica que de chico siempre le tenía miedo, indica que su padre consume alcohol de forma esporádica, nunca lo ha visto ebrio. Su madre de 65 años se dedica a los quehaceres domésticos, la describe como una persona dulce, consentidora, “ella siempre ha sido mi guía en mis decisiones”, “una mujer muy sabia”.

En lo que respecta a su desempeño académico indica que siempre trató de ser un buen estudiante para que sus padres se sientan orgullosos, “nunca me quedé en supletorio”, en cuanto a la universidad indica que primero se inclinó por la medicina pero que no se adaptó, menciona que su padre no lo quiso apoyar para seguir una nueva carrera, pero gracias a su madre quien convence a su padre logra inscribirse en una nueva carrera la que logra culminar. Indica que la relación con sus tres hermanos es buena no refiere ningún problema.

Su vida afectiva la describe sin muchas relaciones, solamente tres de importancia. Juan se describe como una persona trabajadora, tranquila, que no le gusta los problemas. En lo referente a su área social menciona tener pocos amigos y que en su mayoría consumen. En cuanto a su

relación matrimonial la describe como buena “como todos los matrimonios con sus altas y bajas” aunque indica que al principio del matrimonio su esposa tuvo problemas con su madre debido a las constantes intromisiones (de la madre de Juan). Indica que la relación con sus dos hijos es excelente “mis hijos me adoran”, los describe como “buenos hijos y sobre todo excelentes estudiantes”

En cuanto al área laboral indica que nunca le ha gustado quedar mal ha nadie y que su trabajo es siempre bueno, se describe como una persona creyente, muy querido en su trabajo, fue galardonado hace cuatro años por el colegio de contadores, soy muy meticoloso en lo relacionado a mi trabajo, aunque comenta: “lastimosamente me he dejado ganar por el consumo de alcohol”.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SEAPSI presenta las siguientes características:

- Anancástica.
- Dependiente

CEPER

Paciente presenta los siguientes estilos predominantes:

- Obsesivo
- Por dependencia
- Pasivo-Agresivo

TAS-20

- Posible alexitimia.

EIDA

- Paciente obtuvo un puntaje asociado a dependencia moderada.

SCL90R.

- Ansiedad.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Juan atraviesa un cuadro por dependencia de alcohol, destacándose consumo compulsivo, gran necesidad de la sustancia (craving), síntomas de abstinencia aliviados con una nueva dosis de la sustancia cuadro que se agrava los últimos ocho meses, decantando en problemas laborales y conyugales.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, buen rendimiento académico, apego al trabajo y a la productividad, represión afectiva, preocupación por los detalles, dificultad para tomar decisiones sino cuenta con el consejo de alguien externo. Esta estructura se ha configurado desde la niñez, la presencia de un padre estricto, rígido, interesado en la productividad laboral, una madre consentidora y con elementos sobreprotectores, su buen desempeño académico y la importancia que su familia le brinda al desenvolvimiento estudiantil y laboral. Además una auto-descripción centrada en la productividad y el trabajo. Se evidencian mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamiento catastrófico, inferencia arbitraria.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso psicoterapéutico para moderar lograr la abstinencia.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA	
ORIGEN	
Paciente	
Familiar	X
Profesional	
Otros	
DEMANDA	
Explícita (manifiesta)	X
Implícita (latente)	X
TIPO DE DEMANDA	
Asesoramiento	
Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas			X		

Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				
Exigencia de status	X				
Curiosidad		X			
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2 Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		El paciente consiguió verbalizar su problema sin dificultad favoreciendo a la conformación de una buena alianza.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para pensar en un tratamiento psicoterapéutico como primera opción para remitir el cuadro actual.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su estructura de personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, las dificultades se derivan de la rigidez de la misma.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se logra crear un buen ambiente empático para lograr percibir el problema desde el punto de vista del paciente.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		El paciente expresa alivio al ser escuchado y expresa motivación para iniciar el tratamiento.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		Su relato fue espontáneo, denotándose desahogo emocional, sin catarsis.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la	X		El paciente está dispuesto a iniciar el tratamiento.

psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente expresa en forma explícita la confianza y mí como profesional y en la psicoterapia como forma de tratamiento.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Tendencia a desviar la conversación cuando se topan temas que generan asumir la propia responsabilidad.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No se evidencian factores biológicos influyentes en el trastorno.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Falta de una red de apoyo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su problema a los problemas con su esposa, sus dificultades laborales y su falta de voluntad para dejar de consumir (locus mixto).

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Buen rendimiento académico, apego al trabajo y a la productividad, represión afectiva, preocupación por los detalles, dificultad para tomar decisiones sino cuenta con el

	consejo de alguien externo.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se evidencian mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamiento catastrófico, inferencia arbitraria.
Rasgos potenciadores y limitantes	Como rasgos potenciadores, se evidencian componentes obsesivos que favorecen a la adhesión al tratamiento, como limitantes se puede mencionar su extrema rigidez.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
				X	
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()			No (X)	
Requiere intervención	Individu al				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucio nal			X	
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que deje el proceso al mejorar su sintomatología.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Juan atraviesa un cuadro por dependencia de alcohol, destacándose consumo compulsivo, gran necesidad de la sustancia (craving), síntomas de abstinencia aliviados con una nueva dosis de la sustancia cuadro que se agrava los últimos ocho meses, decantando en problemas laborales y conyugales.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de la personalidad se evidencia componentes como buen rendimiento académico, apego al trabajo y a la productividad, represión afectiva, preocupación por los detalles, dificultad para tomar decisiones sino cuenta con el consejo de alguien externo. Develando una personalidad predominantemente cognitiva de estructura anancástica con ciertos componentes dependientes. Evidenciándose mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamiento catastrófico, inferencia arbitraria. Existiendo un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran conservados y presenta relativa respuesta emocional.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia completa.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Psicoeducación.
- Técnicas Motivacionales (Miller-Prochaska-Diclemente)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva racionalista de Beck, Ellis, Guajardo).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas tempranos (Young).

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso. Apreciación del paciente 5.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, CEPER, EIDA, TAS-20, SCL-90-R. Se analiza el estadio de cambio. Se utilizan estrategias de cambio: ▪ Establecimiento de un vínculo cercano. ▪ Incrementar las dudas o preocupaciones del paciente sobre su patrón de consumo de alcohol Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido al internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se inicia con psicoeducación y se elabora una lista de las consecuencias derivadas del consumo. (se trata conceptos como, tolerancia, obsesión, compulsión y abstinencia) Se utilizan estrategias motivacionales para aumentar la conciencia de la enfermedad, explorando lo que ha funcionado y no ha funcionado en el pasado. Se aplica M-DMQ-R y el cuestionario de procesos de cambio.
3.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se introduce el tema del principio de atribución incorporando los resultados del M-DMQ-R, concomitante el análisis de los procesos de cambio y mediante el método socrático se intenta generar re-atribución de la responsabilidad. TIS: realizar el cuadro de ventajas y desventajas del no consumo.
4.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Se realiza un cuadro sobre ventajas y desventajas del consumo. Se introduce el tema de la asertividad. Mediante un powerpoint. Se practica mediante roleplaying, respuestas asertivas.

5.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Análisis de la tis, para generar cambios cognitivos, que sirven de base para presentar el modelo cognitivo de la adicción, y el rol de los pensamientos con el concepto de craving. Se realiza su flujo-grama de su consumo. TIS: lista de situaciones que generan deseo intenso de consumo.
6.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza las tis. Y se entrena al paciente en estrategias para el manejo del craving. Mediante el uso de la imaginación y el juego de roles.
7.	Paciente indica que se encuentra preocupado. Apreciación del paciente 5.	Se confecciona una lista de pensamientos que generan su preocupación y se relaciona con sus emociones y conductas. Se le entrena al paciente en técnicas de relajación. TIS: Se le pide llenar un cuadro de pensamientos generadores de malestar junto con el acontecimiento, la emoción y su conducta.
8.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Se introduce el tema de distorsiones cognitivas. Que generan malestar y conductas poco efectivas frente al consumo y al malestar percibido. TIS: seguir con el registro.
9.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Mediante el método socrático, se le entrena al paciente en poner a prueba su pensamiento y a encontrar pensamientos alternativos. TIS: registro agregando pensamientos alternativos.
10.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Se analiza la tis. Se aplica el EMCA para monitorear los cambios. Se inicia con su autobiografía. TIS: llenar el YSQ-L2 y el P.B.I.

11.	Paciente ansioso. Apreciación del paciente 6.	Se analizan los pensamientos detrás de la ansiedad y se le pide al paciente introducir explicaciones alternativas. Se usa el diálogo socrático para esta finalidad.
12.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se elabora una lista de pensamientos, sentimientos y conductas relacionados a su esquema. Y la relación con su autobiografía. TIS se le pide al paciente a elaborar y cuadro de ventajas y desventajas respecto al mantenimientos de sus esquemas.
13.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando reatribuciones más objetivas.
14.	Paciente estable y motivado. Apreciación del paciente 8.	Uso de diálogos dirigidos entre la alternativa saludable y la alternativa del esquema por medio de la adaptación de la “silla vacía” usando de base el diálogo socrático.
15.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se reelaboran recuerdos dolorosos de su infancia mediante re-experimentación imaginaria de estas experiencias.
16.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Ensayo conductual de esquemas saludables (adulto sano). TIS: realizar análisis de ventajas y desventajas de asumir un esquema saludable.
17.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se analiza la TIS, y mediante la imaginación se intenta poner al paciente en situaciones emergentes donde su antiguo esquema se pueda manifestar.

18.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se introduce el tema del desliz vs. La recaída Elaboración de flujo-grama que debe ser llenado con situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas. TIS: llenar el flujo-grama
19.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Se analiza la tis. Se mejora el flujo-grama y mediante role-playing y el uso de la imaginación se practica: • Identificación de situaciones de riesgo. • Pensamientos permisivos. • Formas de afrontamiento.
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.

GUÍA No. 7

FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X				
	Diván							
	Choisse Lone							

	Diagonal		
	Sin escritorio	X	
	Otro		

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X
Creatividad					X
Intuición					X
Perspicacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					X
Valores de solidaridad					X
Equilibrio psíquico					X
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					X
Capacidad empática					X
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso					X
Disciplina grupal e individual				X	

Capacidad de liderazgo				X	
------------------------	--	--	--	---	--

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento				X	
Factores cognitivos				X	
Nivel de integración de la personalidad				X	
Capacidad de respuesta emocional				X	
Flexibilidad		X			
Locus de control interno		X			

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos	X	
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	X	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Racionalización, formación reactiva, proyección.		
Visión de túnel, pensamiento catastrófico, inferencia arbitraria.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y	X	

contradicciones		
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X
Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X
Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia		X	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS		
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)		
Paciente	9	Observaciones
Familiares	-	Observaciones
Terapeuta	8	Observaciones: paciente finaliza su proceso.

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación	4
	Asertividad	4
Sintomáticas	Estrategias motivacionales	4
	Técnicas cognitivas	4
De personalidad	Trabajo con esquemas tempranos	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

ANEXO 30

GUÍAS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

GUÍA No. 1

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
FIEPS

No. 010

Fecha: -----

Elaborada por: Sebastián Herrera Puente.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Galo.

Edad: 42 años

Estado Civil: casado

Religión: católica

Lugar y fecha de nacimiento: --

Residencia: Cuenca

Dirección:--

Telf:--

Instrucción: Superior Completa **Ocupación:** Arquitecto

Informante: Paciente

Parentesco:

Tipo de consulta:

Ambulatorio	X	Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros: Institucionalización			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Paciente acude a centro de tratamiento de alcohol y drogas, debido a recaída alcohólica luego de 8 años de abstinencia. Su consumo en el último mes se da más de cuatro días por semana de forma habitual (consume sólo), reportando ingesta compulsiva, síntomas de abstinencia (dolores musculares, ansiedad, vómitos, dificultades en el sueño). Además de conflictos familiares y dificultades económicas.

IMPLÍCITA

Complacer a su familia.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

Galo refiere que hace tres meses vuelve a consumir debido a sus dificultades económicas que según comenta “fue tanta presión que ya no pude aguantar”. Menciona que su recaída fue solo en su casa, “una vez que inicie ya no pude parar”, indicando que consumió hasta llegar a la embriaguez. Su ingesta fue en aumento de un consumo de un día, para en pocas semanas consumir varios días hasta llegar al cuadro actual. Comenta que este es su segundo internamiento. Refiere que su primer internamiento fue a los 33 años. Indica que su consumo inicio a los 18 años de forma esporádica, al iniciar sus estudios universitarios su consumo aumenta a los fines de semana generando algunas dificultades (detenido por nivar en la vía pública por cuatro ocasiones), al salir de la universidad a partir de los 25 años aproximadamente menciona que su consumo le causo dificultades con su esposa y su familia llegando a perder el control sobre su ingesta a partir de los 32 años (consumo varios días por semana).

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Comenta que su padre es jubilado del sector público. Lo describe como una persona de “carácter fuerte y exigente”, reporta consumo esporádico de alcohol. Su madre es descrita como “cariñosa, y bien protectora de sus hijos”. Menciona tener dos hermanos menores con quienes mantiene una “buena relación”. Indica que su adaptación escolar fue buena, describiéndose como un “estudiante promedio, tímido y miedoso”. En cuanto a su paso por la secundaria comenta dificultades para adaptarse en el primer curso, “no conocía a nadie me costó hacer amigos”. Indica que en la adolescencia tenía dos buenos amigos (amistad que perdura hasta la actualidad), con quienes salía de vez en cuando ya que sus padres eran bien estrictos con las reglas de la casa, comenta que nunca le llamo la atención las discotecas, ni salir “así porque sí”. En su paso por la universidad decidió arquitectura, titulándose a los 25 años, comenta que no

tuvo mayores dificultades en su carrera. En cuanto a la esfera afectiva comenta que tuvo tres relaciones de importancia antes de conocer a su esposa. Con lo que respecta al área social, indica tener un grupo de cuatro amigos a quienes visita con frecuencia. Galo se describe como una persona que gusta de pasar en casa y de su trabajo, menciona que nunca le ha gustado consumir en bares ni discotecas, consume en su casa.

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

SEAPSI presenta las siguientes características:

- Anancástica.
- Evitativo.

CEPER

Paciente presenta los siguientes estilos predominantes:

- Por dependencia
- Evitación.

CDB: Puntajes elevados en:

- Incapacidad para la abstinencia.
- Refuerzo Negativo.
- Refuerzo social.

Y bajo en:

- Autoeficacia.

SCSR.

Sensibilidad al castigo.

SCL90R.

- Ansiedad.
- Depresión.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL TRASTORNO

Galo atraviesa por un cuadro de dependencia alcohólica, de varios años de evolución, presentando un cuadro de recaída tras 8 años de abstinencia, presentando consumo de más de 4 días por semana durante un mes aproximadamente, describiendo síntomas de abstinencia

(dependencia física), craving intenso, consumo compulsivo, cuadro que provoca conflictos familiares y dificultades económicas.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En cuanto a la estructura de personalidad presenta componentes como, pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, preferencia por lo conocido, habitual y rutinario. Esta estructura se ha configurado desde la niñez, la presencia de un padre estricto, rígido y una madre con conductas de sobreprotección, su auto-descripción como “un niño tímido y miedoso”, su dificultad para adaptarse al ambiente secundario, su grupo social reducido y su apego por lo conocido. Se evidencian mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamiento catastrófico, pensamiento dicotómico.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Pronóstico reservado.

RECOMENDACIONES

Iniciar proceso psicoterapéutico para moderar lograr la abstinencia.

GUÍA No. 2

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

ORIGEN		DEMANDA PSICOLÓGICA	
		DEMANDA	
Paciente		Explícita (manifiesta)	X
Familiar	X	Implícita (latente)	X
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	
		Psicoterapia	X

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	1	2	3	4	5
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas			X		
Complacencia a familiares y allegados					X
Remisión de otros profesionales	X				
Exigencia de status	X				
Curiosidad		X			
Otras					

TERAPEUTA	1	2	3	4	5
Vocación de ayuda					X
Adquisición de experiencia					X
Fenómenos contra-transferenciales	X				
Factores económicos	X				
Obligación institucional					X
Otros					

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	1	2	3	4	5
Afán de ayuda de familiares	X				
Sentimientos de ayuda de amigos	X				
Experiencias previas de familiares	X				
Exigencias familiares					X
Engaño de familiares	X				
Exigencias institucionales	X				
Intereses institucionales	X				
Otros					

Muy alta= 5 Alta = 4 Media = 3 Baja = 2Muy baja = 1

GUÍA No. 3

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

Entrevista de psicodiagnóstico	
Entrevista de consulta	
Entrevista única	
Inicio de proceso terapéutico	X

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	X		El paciente consiguió verbalizar su problema sin dificultad favoreciendo a la conformación de una buena alianza.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	X		La información es la necesaria para pensar en un tratamiento psicoterapéutico como primera opción para remitir el cuadro actual.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	X		La información derivada de la entrevista y de la aplicación psicométrica favorece para el establecimiento de conclusiones diagnósticas y de personalidad.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	X		Como facilidades se encuentra su estructura de personalidad que favorece a la adhesión al tratamiento, las dificultades se derivan de locus de control externo.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	X		Se logra crear un buen ambiente empático para lograr percibir el problema desde el punto de vista del paciente.
¿Se sintió comprendido en su problema?	X		El paciente expresa alivio al ser escuchado y expresa motivación para iniciar el tratamiento.
¿Se produjo desinhibición emocional?	X		Su relato fue espontáneo, denotándose desahogo emocional, sin catarsis.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la	X		El paciente está dispuesto a iniciar el tratamiento.

psicoterapia?			
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	X		El paciente expresa en forma explícita la confianza y mí como profesional y en la psicoterapia como forma de tratamiento.
¿Se identificaron componentes de resistencia?	X		Tendencia a evadir temas puntuales de responsabilidad.
¿Se identificaron componentes de transferencia?		X	
¿Se identificaron componentes de contratransferencia?		X	

GUÍA No.4

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No se evidencian factores biológicos influyentes en el trastorno.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Grupo social de consumo.
Atribución psicológica del trastorno- Locus	Paciente atribuye su recaída a las dificultades económicas.

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Características de personalidad del paciente	Características como, pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, preferencia por lo conocido, habitual y rutinario.
Estilos cognitivos según la personalidad	Se evidencian mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de

	túnel, pensamiento catastrófico, pensamiento dicotómico.
Rasgos potenciadores y limitantes	Como rasgos potenciadores, se evidencian componentes obsesivos que favorecen a la adhesión al tratamiento, como limitantes locus de control externo.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	1	2	3	4	5
			X		
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social) Especifique:	Si ()		No (X)		
Requiere intervención	Individu al				
	De pareja				
	Familiar				
	Grupal				
	Institucio nal		X		
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso? Paciente es posible que deje el proceso al mejorar su sintomatología.					

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Galo atraviesa por un cuadro de dependencia alcohólica, de varios años de evolución, presentando una nueva ingesta tras 8 años de abstinencia, presentando consumo de más de 4

días por semana durante un mes aproximadamente, describiendo síntomas de abstinencia (dependencia física), craving intenso, consumo compulsivo, cuadro que provoca conflictos familiares y dificultades económicas.

2. Formulación Dinámica de la Personalidad

En cuanto a la estructura de la personalidad se evidencia componentes como pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, evitación de actividades sociales complejas, preferencia por lo conocido, habitual y rutinario. Dan cuenta de una personalidad de estilo evitativo, se evidencian mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamiento catastrófico, pensamiento dicotómico. Además, existe un adecuado nivel de integración de su personalidad, los procesos cognitivos se encuentran conservados su respuesta emocional es baja.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1. Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Lograr abstinencia completa.

3.2. Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Promover autoconocimiento.

4. Señalamiento de Técnicas

4.1 Con relación a la sintomatología o trastorno:

- Psicoeducación.
- Técnicas Motivacionales (Miller-Prochaska-Diclemente)
- Técnicas cognitivo-conductuales (terapia cognitiva racionalista de Beck, Ellis, Guajardo).

4.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Trabajo con esquemas tempranos (Young).

GUÍA No. 6
EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Sesiones	Evolución	Actividad
1.	Paciente se presenta algo ansioso por el internamiento. Apreciación del paciente 3.	Entrevista para iniciar proceso terapéutico. Recolección de datos mediante la FIEPS. Aplicación psicométrica SEPSI, CEPER, CDB, SCSR, SCL-90-R. ▪ Reducir el estrés frente a la recaída. ▪ Se acuerda los objetivos sintomáticos y de personalidad.
2.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido a su nuevo internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se trata de “normalizar su ansiedad”. Inclinando la balanza a favor del tratamiento. Se analiza mediante un registro de sucesos, los precipitantes de su recaída.
3.	Paciente se encuentra algo ansioso, debido a su nuevo internamiento. Apreciación del paciente 5.	Se invita al paciente a hablar sobre su preocupación e identificar los pensamientos que se esconden detrás de esta emoción, se usa el debate socrático y la flecha descendente.
4.	Paciente se presenta ambivalente con respecto al internamiento. Apreciación del paciente 6.	Se elabora un flujo-grama de su recaída, y las conductas de afrontamiento que no se llevaron a cabo. Se realiza un cuadro de ventajas vs desventajas del no consumo.
5.	Paciente más estable. Apreciación del paciente 6.	Se introduce psicoeducación acerca de los elementos de la dependencia alcohólica analizando los criterios del DSM-IV. Se elabora una lista de consecuencias del consumo clasificándolas.
6.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se introduce el tema de la asertividad y la importancia de la misma, para evitar una nueva ingesta y reducir situaciones de riesgo. Se practica respuestas asertivas par evitar el consumo. TIS: llenar el EMCA para evaluar

		intensidad de craving.
7.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se realiza una lista de eventos que deberán ser afrontados mediante estrategias asertivas. Se introduce el tema de craving.
8.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se construye la línea de vida del consumo con intervalos de 3 años. Se trabaja con imaginación para generar craving intenso y se practica técnicas para manejar el deseo intenso de consumo. TIS: se le pide realizar un cuadro de acontecimientos generadores de craving.
9.	Paciente se muestra preocupado. Apreciación del paciente 4.	Se analiza las razones de su preocupación. Se toma de base este suceso para explicar el modelo cognitivo de la adicción. Se le entrena en auto-relajación con imágenes positivas y respiración profunda. TIS: Se le pide identificar acontecimientos que generen pensamientos relacionados con el consumo y que le generen preocupación.
10.	Paciente estable. Apreciación del paciente 6.	Se analiza la tis y se amplía el cuadro de acontecimiento-pensamiento, incluyendo emociones y conductas. Aplicación del M-DMQ-R. TIS: seguir con el registro de pensamientos.
11.	Paciente estable. Apreciación del paciente 7.	Se introduce el constructo de atribución y mediante técnicas cognitivas se trata de lograr la re-atribución de la responsabilidad.
12.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se aplica el EMCA, para medir logros terapéuticos. Se le orienta al paciente en la técnica de resolución de problemas. TIS: se le expone dos dificultades en donde deberá aplicar la técnica de resolución de problemas.

13.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la tis. Se aplica el Se aplica YSQ-L2 y el P.B.I. Se inicia con la elaboración de su autobiografía. TIS: culminar su autobiografía.
14.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS, se introduce el tema de Esquemas tempranos mediante el análisis del YSQ-L2, el P.B.I. y su autobiografía
15.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza toda la dinámica familiar de la infancia redescubriendo posibles desajustes en los padres, en el sistema familiar, en los roles asignados al paciente etc. Se revisan también las experiencias significativas habidas desde la infancia buscando re-atribuciones más objetivas.
16.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se reelaboran recuerdos dolorosos de su infancia mediante re-experimentación imaginaria de estas experiencias.
17.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Ensayo conductual de esquemas saludables (adulto sano). TIS: realizar análisis de ventajas y desventajas de asumir un esquema saludable.
18.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Se analiza la TIS, y mediante la imaginación se intenta poner al paciente en situaciones emergentes donde su antiguo esquema se pueda manifestar.
19.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9.	Elaboración de flujo-grama de situaciones de riesgo y señales de advertencia, planificando formas de afrontamiento efectivas.
20.	Paciente estable. Apreciación del paciente 9	Mediante role-playing se pone a prueba su asertividad y su el manejo del craving.

21.	Paciente estable. Apreciación del paciente 8.	Repaso de todo lo visto el proceso aplicación del OQ45 y el EMCA.
-----	--	--

GUÍA No. 7

**FENÓMENOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
CONDICIONES AMBIENTALES EXTERNAS**

Características del consultorio	PRIVACIDAD				TRANQUILIDAD			
	SI	X	NO		SI	X	NO	
Elementos accesorios	DESCRIBIR				EFECTO			
Grabación de las sesiones	SI		NO	X	EFECTO			
	Tipo de grabación							
Posición entre paciente y terapeuta	DESCRIBIR				EFECTO			
	Vis a vis			X				
	Diván							
	Choisse Lone							
	Diagonal							
	Sin escritorio			X				
	Otro							

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA O ASESOR

ASPECTOS COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Función ejecutiva					X
Pensamiento teórico-abstracto					X
Potencialidad analítico-sintética					X

Creatividad				X	
Intuición				X	
Perspicacia					X
Flexibilidad					X
Fluidez verbal					X

ASPECTOS NO COGNITIVOS					
	1	2	3	4	5
Adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente					X
Valores de solidaridad					X
Equilibrio psíquico					X
Capacidad de comunicación y relación interpersonal					X
Capacidad empática					X
Integridad ética					X
Motivación a brindar ayuda					X
Autoestima apropiada					X
Resiliencia apropiada				X	
Proactividad				X	

CAPACIDADES GRUPALES					
	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo				X	
Capacidad para tomar decisiones en consenso				X	
Disciplina grupal e individual				X	
Capacidad de liderazgo				X	

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE O CLIENTE	1	2	3	4	5
Motivación al tratamiento			X		
Factores cognitivos			X		
Nivel de integración de la personalidad			X		
Capacidad de respuesta emocional		X			
Flexibilidad		X			
Locus de control interno		X			

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1

FENÓMENOS AFECTIVOS DURANTE EL PROCESO

RAPPORT	SI	NO
Demostre inicialmente cordialidad y ausencia de conductas inapropiadas	X	
Inicie la sesión con temas neutros o sucesos conocidos por ambos	X	
Demostre una actitud amistosa, atenta e interesada con el cliente	X	
Controlé los fenómenos transferenciales y contratransferenciales	X	
Sentí agrado, confianza, cooperación, sinceridad e interés del paciente	X	

EMPATÍA	SI	NO
Tuve sintonización con los afectos del paciente	X	
Demostre comprensión de los afectos	X	
Controlé la distancia emocional	X	

RESISTENCIAS		
Mecanismos de defensa o pensamientos distorsionados predominantes		
Se evidencian mecanismos defensivos como racionalización, negación, proyección. Distorsiones cognitivas como visión de túnel, pensamiento catastrófico, pensamiento dicotómico.		
Estrategias de respeto	SI	NO
Iniciales para facilitar el rapport	X	
Respetando sus valores y creencias personales	X	
Evitando riesgos en el proceso	X	
Estrategias de manejo	SI	NO
Interpretación y confrontación para acceder a omisiones y contradicciones	X	
Sustitución de estructuras defensivas por resoluciones objetivas de los problemas y conflictos	X	
Reforzamiento de mecanismos de defensa por tratarse de un proceso breve de terapia		X

INDICADORES DE TRANSFERENCIA		
NO VERBALES	SI	NO
Llegadas anticipadas o tardías a la consulta		X
Demostraciones excesivas de puntualidad		X

Arreglo personal especial		X
Compostura insinuante durante la entrevista		X
Posiciones corporales		X
Gesticulaciones socialmente aceptables en flirteo		X
Manifestaciones vegetativas		X
Gestos autodirigidos		X
OTROS Cuáles.....		
VERBALES	SI	NO
Expresiones verbales sobre la ansiedad y tranquilidad que le suscitan las consultas		X
Reiteraciones sobre temas superfluos		X
Insinuaciones de acercamiento en la distancia social		X
Verbalizaciones directas de las emociones		X
Referencia sobre sueños relacionados con el terapeuta		X
Expresiones verbales seductoras		X
OTROS Cuáles.....		X

MANEJO DE LA TRANSFERENCIA	SI	NO
Análisis del terapeuta		X
Manejo sin discusión ni interpretación de la transferencia		X
Frecuencia de sesiones		X
Duración de sesiones		X
Modificación de los temas de discusión		X
Manejo con discusión e interpretación de la transferencia		X
Estrategia utilizada		
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

CONTRATRANSFERENCIA		
EXPRESIONES DE CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Afectos positivos y negativos		X
Disgusto irrazonable		X
Incapacidad para simpatizar		X
Reacción emocional ante la hostilidad del cliente		X
Actitudes defensivas ante la crítica del paciente		X
Excesiva atracción		X

Insinuaciones verbales y no verbales		X
Incomodidad o temor a la entrevista		X
Preocupación desmedida por las necesidades del paciente		X
Dificultades para brindarle atención		X
Falta de puntualidad o prolongación de las sesiones		X
Acercamientos afectivos y corporales		X

MANEJO DE LA CONTRATRANSFERENCIA	SI	NO
Auto-observación para identificarla		X
Necesidad de resolver conflictos personales del terapeuta		X
Consulta profesional con otro colega		X
Derivación del paciente a otro terapeuta		X

GUÍA No. 9

EVALUACION FINAL DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

PROCESO					
Asesoramiento		Psicoterapia		X	
OBJETIVOS ESTABLECIDOS					
Asesoramiento		Sintomáticos	X	De personalidad	X
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS					
Nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10)					
Paciente	9	Observaciones			
Familiares	-	Observaciones			
Terapeuta	7	Observaciones: paciente finaliza su proceso de internamiento.			

TÉCNICAS EMPLEADAS Y GRADO DE EFICACIA (1-5)		
Asesoramiento	Psicoeducación	4
	Resolución de problemas/Asertividad	4
Sintomáticas	Técnicas Motivacionales	4
	Técnicas cognitivas	4
De personalidad	Esquemas tempranos	4

Excelente = 5 Muy bueno= 4 Bueno= 3 Regular= 2 Insuficiente = 1