



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**EVALUAR LA EFICACIA DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN  
PACIENTES CON PERSONALIDAD LÍMITE CONSUMIDORES DE  
SUSTANCIAS, HOSPITALIZADOS EN EL C. R. A.**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE:**

**PSICÓLOGO CLÍNICO**

**AUTOR:**

**ISMAEL ÁNDRES MACANCELA VÁZQUEZ**

**DIRECTOR:**

**Dr. JUAN FERNANDO AGUILERA MUÑOZ**

**CUENCA – ECUADOR**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A mis padres quienes con gran esfuerzo me han inculcado valores y me han enseñado el principio de la perseverancia, ellos han sido el pilar fundamental en todo momento, para continuar adelante con los objetivos que he deseado alcanzar a lo largo de mi vida.

A mis hermanos, quienes con su ejemplo sirvieron como un motivante para continuar adelante a pesar de las dificultades atravesadas, quienes supieron afrontar las adversidades y siempre han estado conmigo de una u otra manera.

A todas las personas quienes hicieron posible este trabajo, mis maestros, doctores, amigos y compañeros, siempre me han brindado las herramientas y los conocimientos necesarios para cada día crecer como persona.

**Macancela, (2015)**

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la elaboración de esta investigación.

A mis padres quienes con gran esmero han inculcado a lo largo de mi vida los valores necesarios para poder cumplir con ahínco los objetivos que me he propuesto.

A mis hermanos quienes han servido de guía y ejemplo cuando he querido bajar los brazos, al mismo tiempo proporcionaron elementos necesarios para la realización de la investigación.

A mi abuelita Rosa, quien desde pequeño me inspiro e inculco el amor por la lectura.

Al Dr. Juan Aguilera, director de esta tesis, quien me permitió trabajar junto a él, con atención, dedicación y confianza, la cual me brindo en todo momento.

Al Dr. Saúl Pacurucu, quien me abrió las puertas de la prestigiosa institución C.R.A., con gran confianza.

A las personas que me han servido de motivación para continuar con el trabajo, quienes también me proporcionaron sus conocimientos para finalizar el trabajo.

Por último a las personas que fueron parte de este estudio, debido a que sin ellos hubiese sido imposible realizarlo.

A todos, muchas gracias

La probabilidad de éxito aumenta, si se combina los procedimientos conocidos con técnicas innovadoras (Hayley, 1990)

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>DEDICATORIA</i> .....	<i>ii</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i> .....	<i>iii</i>
<i>ÍNDICE DE CONTENIDOS</i> .....	<i>iv</i>
<i>RESUMEN</i> .....	<i>v</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>vi</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	<i>vi</i>
<b>1. CAPITULO I: ADICCIÓN A SUSTANCIAS</b> .....	<b>4</b>
<i>1.1.Introducción</i> .....	<i>4</i>
<i>1.2.Definición de adicción a sustancias</i> .....	<i>5</i>
<i>1.3.Etiología del consumo de sustancias</i> .....	<i>9</i>
<i>1.3.1.Factores genéticos</i> .....	<i>11</i>
<i>1.3.2.Factores familiares</i> .....	<i>12</i>
<i>1.3.3.Factores comunitarios</i> .....	<i>14</i>
<i>1.3.4.Factores escolares y grupo de pares</i> .....	<i>14</i>
<i>1.3.5.Factores personales o individuales</i> .....	<i>16</i>
<i>1.4.Epidemiología de adicción a sustancias</i> .....	<i>20</i>
<i>1.5.Conclusión</i> .....	<i>28</i>
<b>2. CAPITULO II: PERSONALIDAD LÍMITE</b> .....	<b>30</b>
<i>2.1.Introducción</i> .....	<i>30</i>
<i>2.2.Definición de trastorno límite de la personalidad</i> .....	<i>31</i>
<i>2.3.Abordajes terapéuticos en personalidad límite</i> .....	<i>35</i>
<i>2.3.1Terapia Focalizada en la Transferencia</i> .....	<i>35</i>
<i>2.3.2.Terapia Cognitivo Conductual Estándar</i> .....	<i>38</i>
<i>2.3.3.Terapia Centrada en los Esquemas, de Young</i> .....	<i>41</i>
<i>2.3.4.Terapia Dialéctica Conductual de Linehan</i> .....	<i>43</i>

2.4.Etiología de la personalidad límite.....	488
2.5.Epidemiología de la personalidad límite.....	50
2.6.Relación del consumo de sustancias y personalidad límite.....	51
2.6.1.El trastorno por uso de sustancias agrava o causa el trastorno límite de la personalidad. .....	53
2.6.2.El trastorno límite de personalidad causa el trastorno por uso de sustancias. ....	53
2.6.3.Ambos trastornos tienen factores etiológicos comunes y a su vez se influyen mutuamente.....	53
2.6.4.Tratamiento en comorbilidad de trastorno de personalidad límite y trastorno por uso de sustancias. ....	554
2.7.Conclusión.....	588
<b>3.CAPITULO III: ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....</b>	<b>59</b>
3.1.Introducción.....	59
3.2.Definición de Motivación.....	611
3.3.¿w' es la Entrevista motivacional?.....	633
3.4.¿Qué entendemos por Ambivalencia?.....	644
3.5.Los principios de la entrevista motivacional.....	68
3.8.Conclusión.....	78
<b>4.CAPÍTULO IV: PROGRAMA.....</b>	<b>79</b>
4.1. Introducción.....	79
4.1. Metodología.....	79
4.2. Universo y muestra.....	79
4.3. Diseño de la investigación.....	80
4.3.1. Instrumentos y variables.....	80
4.3.1.1. Instrumentos.....	80
4.3.1.2. Variables.....	81
4.4. Método de análisis estadístico.....	83
4.5. Descripción de la muestra.....	84

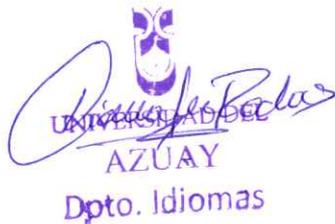
<i>4.6. Protocolo de la entrevista motivacional</i> .....	87
<i>4.6.1. Sesión apertura.</i> .....	87
<i>4.6.2. Fase I.</i> .....	89
<i>4.6.3. Fase II.</i> .....	98
<i>4.6.4. Fase III.</i> .....	104
<i>4.7. Conclusión.</i> .....	110
<b>5. CAPÍTULO V: RESULTADOS Y ANÁLISIS</b> .....	111
<i>5.1. Resultados.</i> .....	111
<i>5.2. Resultados tras la intervención motivacional.</i> .....	113
<i>5.3. Datos de correlación.</i> .....	11166
<b>CONCLUSIONES GENERALES.</b> .....	120
<b>RECOMENDACIONES.</b> .....	12424
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b> .....	124
25	
<b>ANEXOS.</b> .....	130
<b>ÍNDICE DE TABLAS.</b> .....	132
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.</b> .....	133

## **RESUMEN**

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la eficacia de la técnica conocida como entrevista motivacional en pacientes consumidores de sustancias con personalidad límite, se escogió a estos sujetos, debido a que sus patologías presentan rasgos similares. Se aplicó a un total de 20 personas, para evaluar el nivel de motivación se utilizó el test RCQ – TV, el cual mide las etapas del proceso de cambio; una vez administrado el protocolo de tratamiento en tres sesiones se reaplicó el reactivo, de este modo los resultados obtenidos presentaron un avance en varios participantes entre las etapas precontemplativa, contemplativa y acción, por lo tanto se puede considerar como eficaz a este instrumento.

## ABSTRACT

This research aimed at evaluating the effectiveness of a technique known as motivational interviewing, applied to substance users with borderline personality. These subjects were chosen due to the fact that their pathologies have similar traits. We applied the RCQ- TV test to a total of 20 people, in order to assess the level of motivation, and measure the changing process stages. After the treatment protocol was administered in three sessions, the reagent was reapplied; therefore, the results obtained evidenced a progress among several participants in the pre-contemplative, contemplative and action stages; consequently, the application of this instrument can be considered effective.



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INTRODUCCIÓN

La utilización de sustancias psicoactivas tales como el tabaco, cocaína y alcohol solían utilizarse en las tribus locales para rituales, o ciertas celebraciones religiosas, al igual que sucedía en varias culturas del mundo (Andrade & Ramírez, 2005), por lo tanto el empleo de estas sustancias no es un fenómeno reciente. Sin embargo, aproximadamente desde los años 70 se empieza a manifestar preocupaciones sobre las implicaciones que tienen este tipo de sustancias sobre la salud de los individuos que las emplean, (Lizasoain & Lorenzo, 2003). A un inicio se consideraron que se las utilizaba como un fin recreativo, pero al ver las repercusiones sociales, personales que representaban estas drogas se empezó a realizar una serie de estudios para conocer sobre las adicciones y como prevenir su uso y mejorar el estilo de vida de los consumidores (Lizasoain & Lorenzo, 2003).

Se sabe bien que el crecimiento del consumo de sustancias se ha elevado de manera alarmante a nivel mundial, incluyendo nuestro país (NIDA, 2013). Las recientes investigaciones realizadas por el CONSEP (2012) arrojan datos interesantes y a la vez preocupantes sobre la realidad de nuestros jóvenes que ya desde muy temprana edad inician el consumo de sustancias adictivas, incluidas el alcohol, marihuana, cocaína, pasta base y el dato más preocupante la utilización de inhalantes, también en este estudio se señala que la edad de inicio radica entre los 12 y 14 años, por lo que ha llamado la atención de las entidades públicas (CONSEP, 2012). Es por eso que el gobierno ha empezado a realizar una serie de programas de prevención, y tratamiento a adolescentes, los cuales muchas veces no surten el efecto deseado (CONSEP, 2012).

A pesar de todos los estudios que se realizan es muy común que las personas consumidoras de sustancias no se beneficien de los programas de tratamiento, esto se debe a diversos factores, entre ellos la existencia de rasgos o trastornos de personalidad que impiden un avance adecuado, falta de apoyo social y familiar, entre otros (Gordon, & Marlatt, citados por Iraurgi, & Llorente, 2008). Sin embargo, no suele tomarse en consideración un elemento sumamente importante el cual es el estado motivacional del sujeto, ya que para iniciar un tratamiento se necesita de cierta motivación para de ese modo poder generar los cambios necesarios, caso contrario lo común es el abandono, o simplemente la falta de adherencia a los mismos (Gordon, & Marlatt, citados por Iraurgi, & Llorente, 2008).

Otro error común es la utilización de técnicas confrontativas las cuales se consideraba históricamente con cierta validez, pero estas se han ido descartando últimamente y se han buscado métodos más eficaces, entre ellas se busca técnicas que permitan crear un ambiente seguro para la persona en donde no se sienta atacado y de ese modo promover el estado motivacional (Miller & Rollnick, 1999). En este sentido la Entrevista Motivacional (EM) ha mostrado validez como una forma predictiva de un tratamiento eficaz y como una técnica que permita elevar el estado motivacional de los pacientes consumidores de sustancias y de ese modo les permite entrar en un estado de acción en donde el sujeto se responsabiliza con la búsqueda de soluciones a sus problemas (Miller & Rollnick, 1999).

En esta investigación se tomó atención a la personalidad límite, la cual ha sido considerada por muchos terapeutas como una patología difícil de tratar, ya que esta suele caracterizarse por relaciones interpersonales inestables, impulsividad, intentos autolíticos, ideación suicida, etc., también estas solían estar acompañados de abandonos terapéuticos,

por lo mismo muchos han evitado abordarlas, otros por el contrario suelen cansarse rápidamente, convirtiendo a estas personas en el fenómeno conocido como de la puerta giratoria, es decir, pasaban por varias dependencias para poder recibir tratamiento, como menciona Linehan, (1993) los pacientes con personalidad límite han atravesado por un medio ambiente invalidante, al terapeuta reaccionar de ese modo provoca que se den los abandonos terapéuticos, sin embargo no se toma en consideración que es lo que impide el avance y mantenimiento en las terapias de este tipo de personalidad, como mencionan Benito, & Mateu, (2012) “la personalidad límite con comorbilidad de consumo de sustancias no solamente necesita de un abordaje sobre la patología de base, también requiere un abordaje motivacional inicial para evitar los abandonos de la terapia, facilitar el abordaje terapéutico, y mejorar la adherencia al tratamiento”. Por lo tanto a lo largo de esta investigación se analizará si la propuesta de estos autores cobra validez con este tipo de patología dual.

## CAPITULO I

### ADICCIÓN A SUSTANCIAS

#### INTRODUCCIÓN.

En los últimos años el consumo de sustancias ha aumentado de manera alarmante a nivel mundial, entre una de las cifras que se puede citar, se encuentra un estudio realizado en el año 2002 a nivel de América Latina, en donde se indica que el porcentaje de personas que han bebido alcohol oscila entre el 60 a 95% de los hombres, por el contrario entre las mujeres varía entre el 37 al 90%. En cuanto a las drogas ilegales se considera que alrededor de 45 millones de personas en América han consumido marihuana en algún momento de su vida, siendo el porcentaje de consumidores entre 17 al 35%, en lo que se refiere a la cocaína se informa que entre 1 al 4% en América Latina consumen esta droga, en el país de Estados Unidos aumenta este porcentaje al 11% de la población general (Peruga, Ricón, & Selin, 2002)

Para hacer referencia a porcentajes de nuestro medio según un estudio realizado por el CONSEP (2012) cuyos resultados muestran un índice alarmante en el aumento del inicio de consumo de sustancias entre los adolescentes, lo cual indica que el empleo de alcohol inicia entre los 12 y 14 años, además se señala que de la población adolescente el 3,9% han consumido marihuana, el 1,4% cocaína, el 0,9% base de cocaína y el 1,1% éxtasis, y una de los porcentajes que más ha llamado la atención es el uso de inhalantes que se sitúa entre el 5,2% de estudiantes secundarios, antes este tipo de droga era considerada de uso exclusivo de personas callejizadas. Es por ello que el CONSEP (2012) ha empezado a dirigir planes de prevención en colegios financiados por el gobierno, para evitar que estas cifras aumenten e intentar frenar el consumo.

Es conocido que la utilización de estas sustancias no solamente afectan a las personas que consumen, también se encuentran involucradas, familias, comunidades y naciones, además de profesionales de la salud los cuales intervienen en el tratamiento de esta problemática, es por ello que en los últimos años ha motivado el desarrollo de múltiples investigaciones, con el fin de entender el problema y así desarrollar posibles soluciones (Karol & Jeannette, 2007). Además varios países a nivel mundial han iniciado la aplicación de diversas políticas y creaciones de diferentes instituciones con el fin de frenar y tratar el consumo de sustancias, al igual que en nuestro país (Peruga, Ricón, & Selin, 2002) (CONSEP, 2012) (Karol & Jeannette, 2007).

### **DEFINICIÓN DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS.**

La historia del consumo de sustancias está muy ligada a la historia del hombre, en especial en América Latina, en específico el consumo de tabaco y la hoja de coca, que se solían utilizar para rituales en las tribus de varios países de esta región (Andrade & Ramírez, 2005). Sin embargo, hasta hace varios años no tuvo repercusiones serias en la salud, pero en la actualidad el consumo de sustancias incluida el cigarrillo, está ligado a la cuarta razón de mortalidad en América Latina (Peruga, Ricón, & Selin, 2002), además con el surgimiento de nuevas drogas, tales como la heroína, el LSD, fármacos y otras drogas conocidas como drogas de diseño, aumenta la peligrosidad de las mismas (CONSEP, 2012) (Lizasoain & Lorenzo, 2003).

Tanto las drogas legales o ilegales traen consigo varios problemas físicos y emocionales que representan un problema de salud pública en el ámbito mundial. La organización mundial de la salud (1946) citado por (Becoña, 2010) considera a la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social, y la ausencia de afecciones

o enfermedades”, por eso el NIDA (2008) define a la adicción como “una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian y modifican la estructura y funcionamiento. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de drogas”.

Por otra parte el (DSM – IV – TR, 2002) hace la diferencia entre dependencia y abuso de sustancias. Se considera dependencia a sustancias como “Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
  - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma 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 (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) 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 (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).”

En cambio el abuso de sustancias se considera como “A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

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

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.” DSM – IV – TR (2002).

Una de las características comunes de la adicción es la pérdida de control, que viene determinado por el consumo compulsivo, es decir, la persona no tiene control sobre su conducta, además las otras características que son la dependencia, abstinencia, tolerancia, y una incidente negativa muy importante en su vida. Como indicó Gossop, (1989) citado por Becoña, (2010) las características principales de una adicción es: “1) un fuerte deseo o sentimiento compulsivo, para llevar a cabo la conducta deseada; 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta; 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida de realizar; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia que le está produciendo graves consecuencias al individuo”.

Becoña, (2010) considera cinco aspectos importantes que se deben tener en consideración. “El primero radica en la compulsión que lo define como la pérdida de control, también indica que probablemente es el aspecto principal de una adicción. En segundo lugar toma el síndrome de abstinencia que se presenta cuando la persona no desea realizar la conducta voluntariamente o se la impiden”. Se entiende como síndrome de abstinencia “al conjunto de signos y síntomas que se manifiesta por la aparición de

trastornos físicos y psicológicos de diversa intensidad, cuando se interrumpe la administración de una droga, o se debe a la acción de un antagonista específico” (Becoña, 2008) citado por Becoña, (2010).

El tercer aspecto que Becoña, (2010) toma en consideración a la tolerancia, la cual la define como “el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la cantidad para lograr el mismo efecto que tenía al principio. Es decir, en las conductas adictivas se aprecia que mientras la persona lleva a cabo esa conducta, incrementa la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la sustancia para poder conseguir el mismo efecto”. En la actualidad está en auge el término de neuroadaptación en donde Pereiro, (2005) citado por Becoña, (2010) refiere como “el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en estas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia, es decir, funcionaría como un sistema homeostático de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia produce el síndrome de abstinencia”.

El cuarto aspecto que considera Becoña, (2010) es la “intoxicación que produce todas las sustancias químicas, en este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra”. Por último Becoña, (2010) toma en consideración el aspecto significativo, la cual se refiere que una persona con una adicción “sufre de graves problemas en la esfera física, personal, familiar y social. Todos estos aspectos en mayor o menor grado están presentes en todas las conductas adictivas”.

## **ETIOLOGÍA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

¿Qué origina el consumo de sustancias?, se considera que la etiología de las adicciones depende de la interacción de múltiples factores ambientales y el desarrollo del

individuo, además en la actualidad existen investigaciones sobre los patrones genéticos que desencadenan este padecimiento (Becoña, 2010). Todos los avances conseguidos han ayudado a mejorar el entendimiento de las conductas adictivas y el desarrollo de nuevos métodos de tratamiento. Es por ello que el estudio y tratamiento debe ser de un enfoque multisistémico, en donde deben participar profesionales de diferentes áreas.

También señala Becoña, (2005) citado por Becoña, (2010) que “el paso del uso a la dependencia no es inmediato, sino que supone un proceso más complejo que pasa por distintas etapas: 1) fase previa o de predisposición; 2) fase de conocimiento; 3) fase de experimentación o del inicio del consumo de sustancias; 4) fase de consolidación; 5) abandono y mantenimiento; y 6) una posible fase de recaída”.

“La primera fase hace referencia a una serie de factores de riesgo o de protección que aumenta o disminuye la probabilidad del consumo de sustancias, y que se puede clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales. La segunda fase está relacionada con la disponibilidad de la sustancia en el entorno de la persona, es decir, consiste en el conocimiento de la misma, tales como los efectos psicoactivos, lo que puede llevar a la fase tres la experimentación del consumo de la sustancia, o puede continuar sin consumir. La fase de consolidación hace hincapié en el periodo en donde se da paso del uso, al abuso y a la dependencia, lo que dependerá generalmente de las consecuencias tanto positivas como negativas relacionadas a la sustancia. También en esta fase se puede producir el incremento peligroso del consumo o el pase a otra sustancia de mayor efecto, y más peligrosas. La fase de abandono o mantenimiento, es donde el individuo toma consciencia o no de las consecuencias negativas del empleo de sustancias, aquí puede entrar a tratamiento para controlar su problema con las drogas. La última fase es la de la recaída

que es muy habitual en este padecimiento, incluso se puede dar años después del abandono” (Becoña, 2010).

En este punto se abordaran los diferentes factores que son considerados como posibles generadores de adicciones o como predisponentes para la aparición del consumo de sustancias. Se entiende a estos factores como de riesgo, ya que se les entiende como un atributo o característica individual, situación social o contexto ambiental que incrementa el uso o abuso de drogas ilícitas (Becoña, 2010).

### **Factores Genéticos.**

Se considera como el factor predictivo más poderoso en cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias; incluso se considera que alrededor del 50% de la vulnerabilidad para desarrollar alguna adicción, está relacionada a factores del tipo genético (Montoya, 2007). Es decir, hombres y mujeres con familiares en primer grado que tengan este problema, tienen el doble de probabilidad de desarrollar un trastorno, a diferencia de los que no tienen familiares adictos. Este riesgo se triplica si se presenta también en familiares de segundo y tercer grado. Es por ello que para demostrar la influencia genética se ha realizado varias investigaciones (Montoya, 2007).

Uno de los estudios se realizó con gemelos monocigotos y dicigotos, que permite investigar las bases genéticas del trastorno, señala que la carga genética de la primera clase de gemelos es completamente común, mientras que en los segundos solo comporten el 50% de sus genes, esto indicaría que la concordancia genética debe ser mayor en los gemelos monocigotos. La mayoría de estudios de este tipo han señalado una concordancia muy significativa en gemelos idénticos, es decir, la relación que se encuentra esta entre el

11, 8 y 3,9%, sin embargo, el 40 a 70% no desarrollaron un trastorno adictivo, a diferencia de su gemelo, lo cual indica que se debe dar por una causa no genética (Montoya, 2007).

El segundo estudio realizado es en niños adoptados provenientes de padres alcohólicos, esta carga genética debería expresarse a pesar de los niños ser criados por padres adoptivos. Se concluyó que la probabilidad de aparición es mucho más alta. Además se encontró un hallazgo importante, en donde se demuestra que la personalidad antisocial también se presenta en los niños adoptados al igual que los padres biológicos. Sin embargo a pesar de los resultados se desconoce la vía exacta de la transmisión familiar (Montoya, 2007).

### **Factores Familiares.**

Este factor es uno de los que generalmente es más estudiado en el tema de las adicciones, ya que la persona crece, desarrolla su personalidad, y aprende valores, a través de las experiencias vividas en el núcleo familiar. Dentro de los factores familiares uno de los principales puntos a tener en consideración es el apego, ya que este influye enormemente en el desarrollo de la personalidad y de habilidades de afrontamiento para enfrentar las dificultades que irán apareciendo a lo largo de la vida (Beesley, Leveridge, & Stoltenberg, 2005). Thomasius, Sack, & Schindler, 2007 citados por Arias, (2010) indican que “en lo referente al consumo de sustancias este se caracteriza por un estilo de apego inseguro, ya que se relacionan con estrategias inadecuadas para el manejo del estrés emocional, por el contrario en las familias con un apego de estilo seguro la probabilidad de la aparición de un trastorno adictivo es mucho menor”.

También otro factor importante es el estilo de crianza, en la actualidad se conoce cuatro tipos de crianza: autoritario, permisivo, democrático e indiferente (Shaffer, 2000)

citado por Arias, (2010), “es así que las familias con un estilo de crianza autoritario formaran hijos temerosos y apartados; en el caso de los varones se pueden volver agresivos y en el de las mujeres pasivas o sumisas. Por el contrario la presencia de padres permisivos tiene como resultado hijos autoindulgentes, socialmente ineptos, creativos, activos, o también impulsivos y agresivos. En cuanto al estilo de crianza democrático suelen tener mayor confianza en sí mismos, tienen mayor control y son más competentes socialmente. En cambio el predominio de un estilo de crianza indiferente, tienen un peor pronóstico. Es decir los estilos de crianza son predictores para la aparición de uso o abuso de sustancias” (Dick, Kaprio, Latendresse, Pulkkinen, Rose, & Viken, 2008) citados por Arias, (2010).

Un tercer punto que se debe tener es el clima familiar, es decir, como es la relación interna de la familia, como por ejemplo los problemas intraparentales de carácter destructivo influyen de manera negativa sobre los hijos, creando así vulnerabilidad para presentar problemas de consumo de sustancias (Arias, 2010). Además a esto se liga la disciplina familiar, en donde estrategias disciplinarias de tipo agresivas pueden generar problemas conductuales y emocionales, por el contrario la ausencia de la misma implica la falta de normas, por ello estas suelen ser productoras del consumo de drogas (Arias, 2010).

De acuerdo a la estructura familiar, existen tres puntos importantes, que pueden implicar mayor riesgo para la presencia de trastornos adictivos, estos son: ausencia de uno de los progenitores, presencia de adicción en uno de los progenitores y presencia de enfermedad psiquiátrica (Arias, 2010). Pero no solamente es un predictor para las conductas adictivas, también pueden ser ocasionadores de problemas en la salud mental, como es la conducta antisocial por ejemplo, o problemas de orden psicológico, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (Arias, 2010).

### **Factores Comunitarios.**

Existe una importante relación entre las creencias sociales y el empleo de sustancias, por lo tanto, los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que tenga la comunidad acerca de las drogas influirán en los patrones de consumo de la misma. De esta manera está constituyendo un factor de riesgo para la aparición del consumo de sustancias, por ejemplo en los barrios marginales las creencias sobre el uso de sustancias puede ser mucho más indulgente a diferencia de los barrios de la clase media, por lo tanto es un facilitador para el empleo de estas (Arias, 2010) (Andrade & Ramírez, 2005).

Otro fenómeno relacionado a los aspectos comunitarios es la adaptación que generalmente presentan las personas que emigran, ya que estos enfrentan conflictos asociados al estrés de abandonar su cultura, ajustarse a un nuevo idioma y ambiente, entonces suelen recurrir a las drogas como forma de enfrentar dichas dificultades (Martínez, Robles, & Trujillo, 2006). También se debe tener en consideración la accesibilidad que tienen las personas a las mismas, dentro de esto se considera el precio, por ejemplo en algunas comunidades es más accesible las sustancias ilícitas (Martínez, Robles, & Trujillo, 2006).

### **Factores Escolares y Grupo de Pares.**

Como indica Arias, (2010) “en la adolescencia el grupo de pares adquiere gran importancia en la vida del individuo, esto se da a la par que la persona va creando independencia de la familia. Es por eso que investigaciones señalan que la influencia del grupo de pares es de suma importancia para el inicio de consumo de sustancias, además también está relacionada de manera indirecta, ya que se vincula con el proceso de socialización” (Chen, & Simonz, 2006) citado por Arias, (2010). Los mismos autores

encontraron que la influencia de los amigos sobre el inicio en el consumo de sustancias es del 24%. Otro punto importante que se toma en consideración es la percepción que tienen los compañeros sobre el consumo de drogas legales o ilegales, llegando a ser un gran predictor para el uso de sustancias (D'Amico & McCarthy, 2006).

Repetti, Taylor, & Seeman, (2002) citados por Arias, (2010) indican que “no solamente el pertenecer a un grupo puede aumentar el riesgo del consumo de sustancias, también un factor predisponente es el rechazo de los pares, ya que este crea vulnerabilidad emocional, también puede presentar problemas conductuales, o algún tipo de psicopatología”.

Dentro de los grupos de pares se debe tener principal interés en los aspectos escolares, debido a que este es un agente socializador desde la temprana infancia y adolescencia, incluso se considera tan importante como la familia, ya que se pasa gran parte del día en el ámbito académico. Es decir, si no existe una adecuada educación integral en donde se fomente la autonomía y el sentido de responsabilidad, existe mayor probabilidad del desarrollo de conductas problemáticas, tales como el consumo de sustancias (Arias, 2010).

Entre estos factores cabe señalar como importante los fracasos escolares, debido a que el niño o adolescente lo puede considerar como una experiencia de fracaso volviéndolo vulnerable para la aparición de un trastorno adictivo (Piko & Kovács, 2010). Mientras que la satisfacción en la escuela ayuda al desarrollo de conductas normativas y disminuye la probabilidad del desarrollo de consumo de sustancias (Piko & Kovács, 2010), el bajo apego a la misma es una conducta de riesgo, esto generalmente suele llevar a ausentismo escolar, siendo probable que se involucre en conductas inadecuadas para su edad entre ellas el consumo de drogas.

## **Factores Personales o Individuales.**

Dentro de estos factores (Arias, 2010) los divide en: factores biológicos, psicológicos y conductuales y de personalidad. No se tomará en consideración los factores biológicos ya que se señalaron anteriormente en los genéticos.

Factores Psicológicos y Conductuales. En los últimos años ha tomado gran importancia el estudio de comorbilidad de trastornos adictivos, con otros trastornos psiquiátricos o psicológicos, estableciéndose a esta última patología como un claro riesgo para la aparición de consumo de sustancias, conociéndose en la actualidad como patología dual (Roberts, Roberts, & Xing, 2007). Por lo tanto la aparición de algún problema de índole psicológico puede aumentar la probabilidad de la aparición del consumo de sustancias, Kamon (2006) citado por (Arias, 2010) indica que “estados de ánimo presentes en la adolescencia temprana aumenta el riesgo de uso de sustancias, además del uso de cannabis puede utilizarse como estrategia para aliviar los síntomas”.

Por otra parte es bien conocido que los problemas conductuales y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad están muy asociados al consumo de sustancias. Horney, B; Scheibe, K; (1997) citados por (Arias, 2010) señalan que “el 50 a 52% diagnosticados de TDAH y problemas conductuales respectivamente, presentan algún trastorno por uso de sustancias, además los pacientes con TDAH también pueden presentar problemas conductuales. Entre los problemas de esta índole tenemos la conducta antisocial, existe una relación amplia entre la conducta delictiva y el uso de drogas, a esto se suma la agresividad física presente durante la infancia y adolescencia (Hesselbrock & Ohannessian, 2008)”.

También es importante señalar que los eventos traumáticos ocurridos durante la infancia, tales como abusos sexuales o físicos, pueden ser predictores de la aparición de trastornos mentales, especialmente depresión, trastorno de estrés postraumático y abuso de sustancias (Bulik, Kendler, Hettema, Myers, Prescott, & Silberg, 2000) citados por Arias, (2010) estos mismos autores indican que existe una probabilidad tres veces mayor que este tipo de sujetos presente un trastorno adictivo. En un estudio realizado por Hasin, Keyes, & Pilowsky, (2009) en una muestra de 4300 personas se encontró que aquellos que habían experimentado en la infancia dos eventos considerados traumáticos, tales como divorcio de los padres, muerte de uno de los progenitores o abusos físicos, existía la probabilidad del 1,32% de presentar un trastorno adictivo a diferencia de los que no habían experimentado este tipo de situaciones.

Por último, dentro de los factores psicológicos se encontró como punto importante y que llega a tener gran validez predictiva es la actitud que tiene el sujeto ante las drogas, es decir, se encontró que una actitud favorable se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, también existe una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo, y por lo tanto una mayor disposición a la aparición de la misma (Rodríguez, Sirvent, & Villa, 2006).

Factores de Personalidad. “Numerosas investigaciones en el campo de las adicciones han dedicado esfuerzo a encontrar la relación que existe entre la personalidad y el consumo de sustancias, y de esa manera poder predecir la posible aparición del abuso y dependencia a las mismas, además de poder mejorar el tratamiento y pronóstico, tomando en

consideración las características individuales de cada persona” (Gordon, Marlatt, citados por Iraurgi, & Llorente, 2008).

Algunas investigaciones se han dirigido a la obtención de un perfil de personalidad, mientras que otras líneas se han centrado en variables más concretas. Dentro de las primeras, los modelos más utilizados son: a) el Modelo de los Cinco Grandes de Costa, & McCrae, (1992) citados por Arias, (2010) Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad; b) el Modelo Alternativo de los Cinco Factores, como pueden ser el de Zuckerman, y sus colaboradores (1993) citado por Arias, (2010); y c) los Modelos de Tres Factores, entre los que destacan el de Eysenck, (1985) citado por Arias, (2010), Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo y el de Cloninger: Evitación del Dolor, Dependencia de la Recompensa y Búsqueda de Novedad (Bartholow, Sher, & Wood, 2000) citados por Arias, (2010). Por ejemplo, en lo que se refiere al modelo de Costa, & McCrae, (1992) citados por Arias, (2010), “los estudios muestran consistentemente que los adultos y los adolescentes, que presentan abuso o dependencia de sustancias, tienen un patrón caracterizado por altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Amabilidad y Responsabilidad. Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, dentro de la cual podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, y parece tener mayor relevancia en el inicio del consumo y en la conducta de adquisición del consumo de la sustancia” (Arias, 2010).

Por otro lado, la denominada impulsividad no planeada, se asocia a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria, y se relaciona con el mantenimiento del consumo y

con la presencia de psicopatología, siendo característico en las personalidad del Cluster b, especialmente la personalidad límite y antisocial (Dawe, Gullo, & Loxton, 2004; Dawe & Loxton, 2004; Anderson, Hayaki, Lessor, Herman, & Stein, 2005). “Los estudios muestran una clara relación entre el uso y el abuso de sustancias y una alta impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes. Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con menor percepción de riesgo” (Clark, Ersche, Robbins, & Sahakian, 2006) citados por Arias, (2010), (Anderson, Hayaki, Lessor, Herman, & Stein, 2005).

Zuckerman, (1979) citado por Arias, (2010), define “la Búsqueda de Sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. Este constructo está compuesto por cuatro dimensiones: a) Búsqueda de Emociones, que supone una tendencia a implicarse en deportes y pasatiempos físicamente peligrosos; b) Búsqueda de Excitación, que hace referencia a cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente; c) Desinhibición, relacionada con conductas de extraversión social; y d) Susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía”. Existe clara evidencia de la relación existente entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias, pudiendo incluso predecir su presencia o ausencia, siendo un factor de riesgo para el uso y el abuso (Fergusson, 2008, citado por Arias, 2010). Algunos estudios sugieren incluso una relación diferencial según el tipo de sustancia (Adams, Corrley, Heath, Hewit, Stallings, & Young, 2003) citados por Arias, (2010). Así, los individuos con baja puntuación en búsqueda de sensaciones

tenderían a consumir más alcohol y cannabis, mientras que los que puntúan alto buscarían sustancias con efectos estimulantes. También las motivaciones para el consumo serían diferentes, ya que mientras los primeros tratan de evitar el malestar, los segundos procuran la obtención de placer a través de la estimulación (Gordon, Marlarr, citados por Iraurgi, & Llorente, 2008) (Arias, 2010).

## **EPIDEMIOLOGÍA DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS.**

Como ya se señaló con anterioridad el consumo de sustancias psicoactivas, es potencialmente dañino para la salud física y mental, y que genera graves consecuencias en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo (personal, familiar, social y laboral) (Peruga, Ricón, & Selin, 2002). A un inicio se consideraba que la mayor cantidad de ingestas se daba en barrios marginales, para luego ir incrementando la población de consumo en personas pertenecientes a la clase media, además los índices de inicio de consumo han disminuido considerablemente presentándose en menores con mayor frecuencia (Lizasoain & Lorenzo, 2003).

Solo para hacer referencia acerca de estadísticas en América, se considera que cerca del 40% de jóvenes de 15 años, consumen cigarrillo en el Cono Sur, por el contrario se estima que se ingiere una cantidad de 6 kilos de alcohol puro de manera anual, constituyendo de esta manera la cifra más alta de consumo de esta sustancia en el mundo, en relación a los países menos desarrollados (Peruga, Ricón, & Selin, 2002). En cambio, en cuanto a las drogas ilegales no se ha tenido datos abundantes, pero se conoce bien que la marihuana es la droga ilegal que más se utiliza, por lo tanto se considera que 45 millones de ciudadanos de esta región del mundo la emplean (Peruga, Ricón, & Selin, 2002). Sin

embargo esta última no ha llegado a producir las consecuencias en la salud como las drogas legales, pero el impacto social es mucho mayor (NIDA, 2013).

En cuanto a los datos que se encontraron con relación al alcohol en un estudio que se realizó en América, desde 1998 hasta 2002 se encontraron datos importantes, considerándose que los países que mayor producción de alcohol de forma legal son Argentina y algunos países del Caribe, en cambio países como Chile el consumo de alcohol producido de forma ilegal se supone del 20%, en cuanto a Ecuador se considera que la producción de alcohol clandestino triplica a los productores de alcohol de manera legal, si bien esto es cierto, en la actualidad ha disminuido de manera considerable, debido a las nuevas políticas del estado y al incremento de controles que existen. Se presenta cuadros del estudio, con los resultados encontrados (Peruga, Ricón, & Selin, 2002).

Área	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Total del mundo	43,1	42,3	41,9	42,5	42,0	42,0
Total Américas	97,7	93,4	92,6	92,5	91,8	91,6
América Latina	76,1	77,9	76,6	77,2	75,9	74,8
<i>Perú</i>	40,6	51,1	49,8	46,0	44,9	43,2
<i>Venezuela</i>	115,7	122,2	111,4	123,3	117,7	113,9
<i>Chile</i>	65,5	66,9	67,3	68,4	67,1	63,9
<i>Colombia</i>	84,1	68,4	65,8	64,9	63,6	62,2
<i>Brasil</i>	77,6	86,5	84,5	83,8	82,1	80,5
<i>Argentina</i>	107,1	102,9	101,8	104,0	101,8	102,8

**Tabla 1. Consumo de alcohol en edad de 15 años (Peruga, Ricón, & Selin, 2002).**

Por el contrario en el último estudio realizado en el año 2000 se encontró los siguientes datos: Colombia 74,9; Ecuador 51,2; Brasil 62,2; Chile 62,7; Perú 82,9%, no se expone datos sobre los demás países de la región (Peruga, Ricón, & Selin, 2002).

En cuanto al consumo de drogas ilegales, se considera que América Latina es parte de la producción del mundo, por lo que la proximidad a la sustancias ha incrementado el consumo de las mismas, incluso en cuanto al uso de marihuana que se considera la droga ilegal que más se consume en el mundo, como ya se señaló anteriormente en América existe un total de 45 millones de consumidores de THC, según la investigación realizada a nivel de América (2002), en este estudio también se encontró que la proporción de personas que han consumido marihuana en su vida está alrededor del 2 al 35%, en lo que se refiere a la cocaína se ubica en el segundo lugar de drogas ilegales más consumidas, esta se sitúa entre el 1 al 11% (Peruga, Ricón, & Selin, 2002).

En investigaciones actuales que se han dado en el país se ha encontrado datos interesantes, como por ejemplo en una publicación de CICAD, (2010) se informa que el consumo de alcohol en Ecuador es del 76,09%, en cuanto a las drogas ilícitas se ubica al consumo de marihuana (23,1%) como de primera elección, cocaína (13,5%) en segundo y tercero pasta base de cocaína (10,1%), pero en los últimos años, ha crecido las ingestas de drogas sintéticas tales como éxtasis, sin embargo, no se conoce datos concretos en cuanto a la prevalencia de estas sustancias. Además existe consumo de medicamentos el cual se ha estimado el 2,1% tanto de medicamentos estimulantes como tranquilizantes (CONSEP, 2012).

En cuanto al consumo de alcohol de manera anual la prevalencia se calcula 54,4% y a nivel mensual 31,7%, cabe señalar que este estudio la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas se considera que radica entre 15 a 19 años, considerando la edad media de inicio 18,01 años. El primer contacto con el alcohol en promedio en hombres se considera a los 17,08 años y en mujeres 19,31 años. Sin embargo en un estudio realizado

por el CONSEP en el 2012 en estudiantes de entre 12 a 17 años, se estimó que la edad promedio de inicio de consumo radica en 14 años, es decir la edad de inicio varía entre los 12 a 16 años (CONSEP, 2012).

De acuerdo al CONSEP, (2012) en cuanto al alcohol de los estudiantes investigados el 20,56% presenta un consumo ocasional de alcohol, en cambio el uso intenso lo realiza el 2,03%, encontrando además una marcada diferencia entre hombres y mujeres. También en este estudio indica que de acuerdo avance la edad el uso de manera frecuente aumenta, es así que los estudiantes mayores a 16 años radica en 41,31%, en cambio el uso regular se presentan en estudiantes a partir de los 14 años, a continuación se presentan las tablas de resultados de la investigación.

	<b>Categorías</b>	<b>Diferencias por sexo</b>		<b>Total</b>
		<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	
Uso ocasional	20,56	53,65	46,35	1000
Uso regular	7,03	56,96	43,04	1000
Uso frecuente	3,62	57,66	42,34	1000
Uso intenso	2,03	68,23	31,77	1000

**Tabla 2. Categorización del uso de alcohol por sexo (%) (CONSEP, 2012).**

	<b>Menos de 13</b>	<b>Entre 14 y 15</b>	<b>Más de 16</b>	<b>Total</b>
	<b>años</b>	<b>años</b>	<b>años</b>	
Uso ocasional	20,70	37,99	41,31	1000
Uso regular	0,63	31,09	68,28	1000
Uso frecuente	12,61	33,10	54,29	1000
Uso intenso	0,0	18,96	81,04	1000

**Tabla 3. Categorización del uso de alcohol por edad a nivel nacional (%) (CONSEP, 2012).**

Con relación al consumo de medicamentos tanto tranquilizantes como estimulantes se encontró que el 2,9% de los estudiantes presentaban ingestas de medicamentos sin receta, siendo el 1,72% de tranquilizantes y el 1,14% de estimulantes, de esta manera se hace evidente que la utilización de esta sustancia se ha incrementado en los últimos años. Además en la investigación realizada por el CONSEP (2012) se indica que el uso de inhalantes ha aumentado a nivel nacional, señala que entre los estudiantes de 14 a 15 años presenta el mayor índice de uso experimental. El uso ocasional se da en mayor cantidad en los estudiantes mayores a los 16 años, por el contrario el uso frecuente se encontró en estudiantes menores a los 13 años, y el uso intenso en estudiantes mayores a 16 años (CONSEP, 2012), a continuación se presenta la tabla de resultados.

	<b>Menos de 13 años</b>	<b>Entre 14 y 15 años</b>	<b>Más de 16 años</b>	<b>Total</b>
Uso experimental	23,85	43,94	32,21	1000
Uso ocasional	37,30	22,48	40,23	1000
Uso regular	0,0	40,35	59,65	1000
Uso frecuente	44,74	35,92	19,34	1000
Uso intenso	12,01	26,45	61,54	1000

**Tabla 4. Categorización del uso de inhalantes a nivel nacional (%) (CONSEP, 2012).**

En el estudio citado (CONSEP, 2012) también se encontró datos interesantes en cuanto a las drogas ilegales, en primer lugar se sitúa al consumo de marihuana, como ya se mencionó anteriormente esta droga ilegal es la que más se consumió de nivel de América, en cuanto a los resultados de la investigación se encontró que el 2,30% de los estudiantes presenta un consumo experimental, por el contrario referente al uso ocasional y frecuente se encontró como resultado de consumo que el 1,63% y el 1,35% respectivamente la

emplean. También se encontró en el mismo estudio que el porcentaje de consumidores es mayor en hombres que mujeres, de tal manera que 8 de cada 10 consumidores de uso intenso de marihuana son hombres (CONSEP, 2012).

De manera general se observa que los estudiantes mayores a 16 años presentan porcentajes más altos en cada una de las categorías. El porcentaje de estudiantes que utilizan la sustancia de manera experimental y regular se encuentra entre el 58,6% y el 77,54%. A esto se suma un dato que se puede considerar alarmante, ya que el 15,0% de los estudiantes considera que le resultaría fácil conseguir marihuana, sin embargo, el 82,0% indico que no le han ofrecido la sustancia (CONSEP, 2012).

	<b>Menos de 13 años</b>	<b>Entre 14 y 15 años</b>	<b>Más de 16 años</b>	<b>Total</b>
Uso experimental	8,58	32,82	58,60	1000
Uso ocasional	12,72	22,46	65,82	1000
Uso regular	0,34	22,12	77,54	1000
Uso frecuente	20,59	27,51	51,90	1000
Uso intenso	0,35	31,83	67,82	1000

**Tabla 5. Categorización del uso de marihuana por edad a nivel nacional (%) (CONSEP, 2012).**

En cuanto a las pasta base de cocaína, la cual es una pequeña porción del alcaloide mezclada con el resto de solventes y sustancias utilizadas en el proceso, lo cual hace que aumente las consecuencias nocivas de la misma, así como del poder adictivo (CONSEP., 2012). Los resultados del estudio determinaron que alrededor del 0,37% de los estudiantes presentan un uso experimental, el 0,28% uso ocasional y tan solo el 0,03% presentan uso intenso. Al igual que el consumo de marihuana existe una marcada diferencia entre

hombres y mujeres, siendo los hombres los que mayor cantidad consumen (CONSEP, 2012). Se presenta la tabla de categorías por edades.

	<b>Menos de 13 años</b>	<b>Entre 14 y 15 años</b>	<b>Más de 16 años</b>	<b>Total</b>
Uso experimental	16,18	24,27	59,55	1000
Uso ocasional	11,76	25,16	63,08	1000
Uso regular	0,0	3,14	96,86	1000
Uso frecuente	35,07	27,16	37,77	1000
Uso intenso	4,09	35,09	60,82	1000

**Tabla 6. Categorización del consumo de pasta base de cocaína por edad a nivel nacional (%) (CONSEP, 2012).**

El porcentaje de consumo relacionado a la cocaína considera que el 0,80% de estudiantes emplean esta sustancia de manera experimental, el 0,47% lo utiliza de manera ocasional y apenas el 0,08% lo hace de forma intensa, al igual que las demás sustancias ya expuestas la mayor cantidad de consumidores son hombres, de tal manera que 9 de cada 10 consumidores de consumo intenso son varones (CONSEP, 2012). Se presenta la tabla de categorías de uso por edades.

	<b>Menos de 13 años</b>	<b>Entre 14 y 15 años</b>	<b>Más de 16 años</b>	<b>Total</b>
Uso experimental	9,11	24,89	66,0	1000
Uso ocasional	14,34	20,54	65,12	1000
Uso regular	0,0	18,06	81,94	1000
Uso frecuente	22,56	27,95	49,50	1000
Uso intenso	0,95	25,42	73,63	1000

**Tabla 7. Categorización del consumo de cocaína por edad a nivel nacional (%) (CONSEP, 2012).**

Por ultimo dentro de las sustancias ilícitas en el estudio se sitúa a la heroína, la cual ha tenido una reciente aparición y rápido crecimiento de consumidores a nivel nacional, siendo los principales involucrados jóvenes estudiantes, el porcentaje de consumidores de forma experimental radica en el 0,22%, en cuanto al uso ocasional 0,19% y con relación al uso frecuente 0,31%. De la misma manera que las sustancias anteriores existen más hombres que mujeres consumidores. Cabe señalar que no se presenta resultados de consumo de drogas sintéticas tales como LSD o éxtasis, ya que no existen estudios en la actualidad sobre estas sustancias (CONSEP, 2012).

Dentro de las estadísticas locales en el Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho en el año 2014 (Departamento de Estadística del C.R.A.) del total de 470 pacientes hospitalizados en la institución, 189 (37,21%) ingresaron en el área de adicciones. La distribución de los diagnósticos se encuentra al trastorno por dependencia al alcohol en primer lugar (26,81%), y dependencia a sustancias (13,40%) (Palacios, & Pinos, 2014).

Parte del estudio realizado por CONSEP (2012) se destinó a conocer ciertas dinámicas de consumo, es decir, se pretendió construir un escenario social y cultural en donde se desenvuelven los estudiantes. Como resultados se obtuvo en cuanto a la obtención de las sustancias por medio de un amigo, radicando el porcentaje en el 18,3%, pero no necesariamente es un amigo de la institución, el 18,0% señaló que lo compran a un distribuidor, por el contrario el 16,1% indico que la consiguen en la calle. Por último el 14,1% manifestó que consigue las drogas por otras estrategias no mencionadas. Esto implicaría que existen nuevas formas de comercializarla, enfocada principalmente en los estudiantes. También el 9,1% indico que consigue las drogas en fiestas o eventos sociales y

el 7,4% lo consiguen en la institución donde estudian, consecuentemente utilizan los mismos lugares como sitios preferenciales de consumo (CONSEP, 2012).

Sin embargo, el lugar donde se obtiene la sustancia no es necesariamente el lugar donde se consume, frecuentemente los estudiantes buscan lugares en donde puedan consumirla de manera más segura, un porcentaje del 19,6% indicaron que la consumen en diferentes partes. El 17,2% lo hacen en el parque, el 11,4% lo realizan en la casa de algún amigo, familiar o en la suya propia. Por último el 8,6% la ingieren en conciertos. Además en el estudio se señala que el 25,6% consumió algún tipo de droga en el último año del estudio ya señalado (CONSEP, 2012).

## **CONCLUSIÓN.**

Como se señaló anteriormente el uso de sustancias psicoactivas no es actual, de hecho el empleo de estas existe desde la existencia de la civilización en sí, ya sea para utilizarlos en rituales religiosos, o como una forma de curación de ciertos males, sin embargo, en los últimos años es donde empiezan a ocasionar serios conflictos no solo a los consumidores, también a la sociedad donde circula este tipo de sustancias, ya sea de una manera directa como a los familiares de los usuarios, o indirecta como el aumento de delitos relacionados al narcotráfico. Es por ello que varios países han desarrollado políticas para la prevención y tratamiento de las adicciones y se han propiciado diversos estudios; a pesar de ello existen vacíos que todavía se deben investigar y tratar, para de ese modo se pueda ampliar la eficacia de los mismos.

Además no se debe considerar a las adicciones generadas por una razón en particular, ya que estas son multicausales, como se indicó en los párrafos anteriores existen varios factores que ocasionarían una conducta adictiva, pero todavía no existe a ciencia cierta qué

es lo que genera este tipo de comportamiento, es por ello que en la actualidad con el avance de la ciencia y de la tecnología en neuroimagen se están realizando estudios del cerebro humano ante la exposición de estas sustancias, con el objetivo de encontrar causas y posibles soluciones, como por ejemplo medicamentos especializados, sin embargo los factores ya expuestos son predictores importantes para una posible adicciones, por lo tanto es substancial prestar vital atención a ellos, para realizar planes de prevención y tratamiento. Ya que en la actualidad el índice de consumo de sustancias en la adolescencia ha aumentado de manera considerable en nuestro país, se deben tener principal atención a los aspectos expuestos en esta investigación, para de ese modo poder brindar un tratamiento integral y prevenir futuras ingestas.

## **CAPITULO II**

### **PERSONALIDAD LÍMITE**

#### **INTRODUCCIÓN.**

Tradicionalmente el trastorno de personalidad límite ha sido calificado como uno de los más difíciles de tratar, ya que se considera complejo el abordarlo, llegando incluso a ser vistos como pacientes difíciles, o de acuerdo a Gordon, & Marlatt, (citados por Iraurgi, & Llorente, 2008) se les denomina pacientes con mal pronóstico, de hecho se ha llegado a pensar a este trastorno como uno de los retos más frustrantes dentro de los tratamientos en salud mental (Andión, Ferrer, & Prat, 2011). Además a todo esto se suman las conductas autolesivas que presentan las personas con este tipo de personalidad, las cuales representan un riesgo en el abordaje y mantenimiento en la terapia, de hecho los logros y progresos en cuanto a esta patología han sido lentos, cabe señalar que generalmente existen abandonos terapéuticos, por esta razón los investigadores en psicopatología han impulsado el estudio y su respectivo tratamiento (García, Martín, & Otín, 2010), los cuales se expondrán más adelante.

Como mencionan Mateu & Benito, (2012) los pacientes diagnosticados con este tipo de trastorno de personalidad entraban en un fenómeno de puerta giratoria, es decir, solían ser derivados entre varias dependencias, en las cuales no se les daba el tratamiento adecuado, un claro ejemplo de esto, es que hace varios años cuando un paciente que presentaba TPL y comorbilidad de un trastorno de uso de sustancias, tenía dificultades en encontrar tratamiento, debido a que cuando era enviado a un centro de recuperación, en seguida era derivado a tratamiento por consulta externa, en donde debía ser abordado la patología de base, y en consulta externa se enviaba a un centro de recuperación aludiendo

la necesidad de en primer lugar ser tratado el consumo de sustancias, para poder avanzar adecuadamente. Afortunadamente estos obstáculos se han ido superando con la implementación de nuevos programas y tratamientos, sin embargo, el progreso aun es lento.

### **DEFINICIÓN DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

En primer lugar para poder entender y definir el trastorno límite de la personalidad, es necesario comprender que es personalidad. Este término viene del griego *Prosopon* que significa cara o rostro, siendo la definición inicial de persona la máscara que utilizaban los actores en el teatro, estos adquirirían diferentes roles de acuerdo a la máscara que utilizarán (García, Martín, & Otín, 2010). Por otro lado La Real Academia de la Lengua define a la personalidad como “la diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra” (Real Academia de la Lengua, 2014). De acuerdo a un concepto científico, este define a la personalidad como un “constructo multifactorial dinámico con un componente biológico y un componente ambiental interrelacionados; es decir, la personalidad consta de una parte heredada o genética (el temperamento) y otra social y ambiental (el carácter)” (García, Martín, & Otín, 2010).

De acuerdo al DSM – V, (2014) diferencia entre rasgos de personalidad que se entiende como “patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales”. Además en el mismo libro (DSM – V, 2014) indican que “se considera trastorno de la personalidad cuando los rasgos son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativo. La característica esencial de un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de

comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: la cognitiva, la afectiva, el funcionamiento interpersonal o del control de impulsos (Criterio A). Este patrón es persistente e inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca un deterioro clínicamente significativo deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (Criterio D)”.

De esta manera el DSM – V (2014) define a la personalidad limite como “un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y están presentes en diversos contextos, y se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** no incluir los comportamientos suicidas, ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones de comida). (**Nota:** no incluir los comportamientos suicidas, ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5).
5. Comportamientos, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultades para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves”.

Cabe señalar que no necesariamente se diagnóstica de trastorno de personalidad límite, ya que también existen personas que pueden presentar rasgos de personalidad, los cuales ya se describieron anteriormente.

El término de personalidad límite fue utilizado en primer lugar por Stern, (1938) citado por Garcia, Martín, & Otín, (2010), sin embargo Pinel fue quien en primer lugar hizo constatar por escrito a la sintomatología, siendo de esta manera la perspectiva psicoanalítica quien denomina a la personalidad limite como una persona que poseía tanto síntomas neuróticos, como psicóticos, es decir, el paciente presentaba una mezcla de neurosis y psicosis, o se encontraba en el límite de la psicosis; aunque este concepto no constaba con validez empírica (Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010). Dentro de la misma línea psicoanalítica Kernberg, (1975) citado por Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, (2010) quien considera al TPL como “una pobre integración de la identidad y la utilización de mecanismos de defensa inmaduros tales como la escisión y otros similares” (Aldo & Stagnaro, 2004).

Por el contrario la perspectiva biológica en donde destacan autores como Akiskal, Davis, & Seiver, citados por Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, (2010) quienes indican que la personalidad límite se encuentra dentro de los trastornos afectivos. Otro punto de vista es el fenomenológico que describe como un grupo de síntomas variables que tienden a mostrar una notable impresión que le hacen solaparse con los trastornos de personalidad esquizotípica, narcisista e histriónica y que frecuentemente utilizan los criterios del DSM – IV como diagnóstico (Garcia, Martín, & Otín, 2010), siendo el primer concepto brindado por el DSM – IV – TR (2002) el más utilizado en la actualidad.

Dentro del enfoque biopsicosocial en donde destaca autores como Millon, & Linehan, (1993) citados por Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, (2010) quienes indican que la personalidad límite “hace suponer que se trata de un desorden de la regulación de las emociones, posiblemente de origen biológico y de la interacción de la persona con esta desregulación con una retroalimentación positiva. Esta desregulación sería la suma de una vulnerabilidad emocional probablemente de origen biológico, más la utilización de estrategias inadecuadas de regulación de las emociones. La vulnerabilidad emocional estaría caracterizada por una gran sensibilidad a los estímulos emocionales, una respuesta muy intensa a estas emociones y un retorno lento al estado basal una vez que la respuesta se ha activado”.

Por otra parte Linehan, (2006) indica que “la modulación de las emociones implica la posibilidad de inhibir comportamientos inapropiados ante la activación de fuertes afectos positivos o negativos; organizar o coordinar acciones con el fin de alcanzar un objetivo externo, apaciguar la activación cognitiva y/o fisiológica que la intensa emoción pudiera haber producido y la capacidad de focalizar la atención. Un medio ambiente invalidante no

permite que estas características se cumplan la invalidación se produce cuando existe una discrepancia entre las experiencias del niño o individuo y la perspectiva de otros que la perciben, es decir, se invalida cuando se presentan respuestas inapropiadas entre las experiencias privadas de una persona, y reaccionan de manera insensible; generalmente se da cuando se atribuye características negativas a un individuo, como falta de motivación, o excesiva sensibilidad o son criticadas y castigadas”.

### **ABORDAJES TERAPEÚTICOS EN PERSONALIDAD LÍMITE.**

Como ya se señaló a un inicio el tratamiento en este prototipo de personalidad representa un reto a los diferentes profesionales que decidan abordarlo, sin embargo, se han presentado varias investigaciones y tratamientos específicos que pueden brindar directrices y facilitar el tratamiento, los cuales se expondrán a continuación.

#### **Terapia Focalizada en la Transferencia.**

Kernberg, (1967) citado por Pérez, (2011) sitúa a la personalidad límite como “la organización más baja dentro de su clasificación de personalidades, este núcleo está caracterizado por la difusión de la identidad, el franco dominio de mecanismos de defensa primitivos y una prueba de realidad conservada que puede perderse de manera transitoria, principalmente en situaciones de estrés. Esta última se diferencia por las representaciones del self y los objetos que son internalizados en el curso del desarrollo del individuo”.

Además Kernberg, (1979) citado por Pérez, (2011) indica que la PL se caracteriza por la “utilización de mecanismos de defensa que se generan en temprana infancia para protegerse de la ansiedad que se forja por el conflicto entre pulsiones libidinales y agresivas, siendo el principal mecanismo utilizado la escisión que implica una separación radical de afectos entre el amor y el odio; este mecanismo protege una parte idealizada del

mundo de una parte agresiva, lo cual desemboca una mala integración de las representaciones psíquicas, lo cual a la vez influye en la percepción del mundo exterior y se interpreta en términos de bueno o malo, es decir la persona en la infancia percibe a sus cuidadores como “dos otros” diferentes: uno nutricional que satisface “todo bueno” y otro “todo malo” que priva y excluye, siendo estas las que generan una organización límite de la personalidad”.

La TFT se trata de disminuir los síntomas y busca un cambio en sentido de sí mismo, de los otros y en última instancia busca integrar las representaciones escindidas entre el self y los objetos. La terapia dura un año, incluye temas como manejo de la transferencia y el abordaje de problemas específicos (Pérez, 2011). El terapeuta debe centrarse en los patrones de relacionamiento que existen en el mundo interno del paciente a medida que se van desplegando en la transferencia, apoyándose más en los canales de comunicación no verbales y en la contratransferencia que en el canal verbal (Slucki & Wikinski, 2004). Como menciona Kernberg, (1967) citado por Pérez, (2011) esta terapia no solamente es una experiencia intelectual, es necesario por parte del terapeuta la exposición del intenso mundo afectivo del paciente sin actuar en respuesta a él (Pérez, 2011).

Las estrategias de este abordaje tienen que ver con los objetivos a largo plazo y se trata de la integración del self y del objeto, como consecuencia se consigue un cambio de personalidad, los lineamientos que se sigue para trabajar en el mundo interno del paciente son (Pérez, 2011):

- Definir y verbalizar las relaciones de objeto dominantes (díadas), para lo cual es necesario que el terapeuta pueda experimentar y tolerar las proyecciones y la confusión del mundo interno del paciente a medida que se despliegan en la transferencia (Pérez, 2011)..

- Observar e interpretar las reversiones de rol de la díada dominante mientras ocurre en la sesión, teniendo en cuenta que el paciente lo desconoce, que en general ocurre en momentos de gran intensidad afectiva y que se expresan a través de los canales no verbales (Pérez, 2011)..
- Observar e interpretar las relaciones de objeto opuestas y escindidas en la mente del paciente e integrarlas en la transferencia (Pérez, 2011).
- Elaborar y trabajar las experiencias afectivas más integradas que se inician en la transferencia y relacionarlas con los otros significativos para el paciente. Esto dependerá de aquello que se haya logrado en las etapas precedentes (Pérez, 2011).

Las tareas que el terapeuta debe mantener en cada sesión son (Pérez, 2011):

- Mantener el contrato y el encuadre lo que ayuda a controlar el acting out y el beneficio secundario de la enfermedad (Pérez, 2011).
- Seleccionar el foco de la intervención dentro del material presentado por el paciente en función de los siguientes conceptos generales: el material con mayor carga afectiva que pone en evidencia la relación de objeto predominante y las defensas vinculadas; los diferentes canales de comunicación (verbal, no verbal y contratransferencia del terapeuta) y jerarquizar los temas dando prioridad a aquellos que puedan constituir un obstáculo para la comprensión del funcionamiento del mundo interno del paciente o una amenaza a la continuidad del tratamiento (Pérez, 2011).
- Interpretar tanto la transferencia positiva como negativa.

De acuerdo a las técnicas que utiliza TFT, estas constituyen los recursos con los que cuenta el terapeuta, el proceso interpretativo que comprende la clarificación, la confrontación y la interpretación en sí misma; el análisis de la transferencia dirigido al

análisis de las defensas primitivas del paciente; el manejo adecuado de la neutralidad terapéutica y por último, la integración de la contratransferencia en el proceso interpretativo, lo cual llevaría a la mejoría de la patología (Pérez, 2011).

### **Terapia Cognitivo Conductual Estándar.**

Los diferentes modelos cognitivos expresan que nuestra visión no es innata, más bien es una construcción que atraviesa diversas etapas desde la niñez, hasta la edad adulta (Keegan, 2004). También indican que el desarrollo cognitivo va de la mano del desarrollo emocional y conductual, ya que no se produce como hechos aislados. De este modo hacen referencia a un concepto denominado esquemas, que son considerados como creencias centrales, estas son reglas básicas que regulan cómo se percibe a sí mismo y al mundo (Keegan, 2004). Por lo tanto la teoría cognitiva postula que los esquemas se desarrollan en el niño, en el momento que es víctima de experiencias negativas, entonces el niño aprende a comportarse como una forma de respuesta a estos desafíos, por lo tanto cuando la persona decide pedir ayuda, le resulta difícil hacerlo asertivamente, ya que los actos impulsivos le impiden ser sutil (Beck, Freeman, 1995, Young, 1990, citados por Keegan, 2004).

De acuerdo con Beck, (1976) citado por Keegan, (2004) indica que “existen supuestos básicos que influyen en la percepción e interpretación de los acontecimientos y conforman la conducta y las respuestas emocionales del individuo. En la personalidad límite existen tres estos son: el mundo es peligroso y malo; soy intrínsecamente inaceptable y soy impotente y vulnerable. Estos supuestos ocasionan la aparición de tensión y ansiedad crónica, una actitud de alerta ante posibles peligros, cautela en las relaciones interpersonales y malestar con las emociones difíciles de controlar, entre otras, esto le lleva

a permanecer en guardia, además no afronta los problemas como se dan en realidad, por lo tanto se refuerza la creencia que esta conducta es necesaria y le impide descubrir un enfoque diferente”.

Un importante factor cognitivo que Beck, (1995) denominó distorsiones cognitivas, entendiéndose a estas como errores en el pensamiento que a menudo provocan una percepción poco realista de sí mismo y los demás, las cuales generalmente están manifiestas en la PL, como es el caso del pensamiento dicotómico, la misma que se define como la tendencia de ver en blanco y negro, sin posturas intermedias, lo que provoca pensar de manera extrema, generando acciones y percepciones exageradas, como ejemplo, nunca conseguiré lo que quiero (Keegan, 2004).

Beck, (1995) “considera que el pensamiento dicotómico desempeña un papel importante en las relaciones extremas y en los cambios abruptos del estado de ánimo; también amplifica el impacto de los supuestos disfuncionales y enfrenta mucho de los dilemas que afronta la persona con personalidad límite. Si es posible eliminar esta distorsión cognitiva los síntomas disminuyen, por el contrario la intensidad y ayuda a encontrar soluciones a los problemas se incrementa. Sin embargo, no se puede abordar el pensamiento dicotómico en la primera sesión, es necesario establecer una relación terapéutica, con una comprensión del problema para que de esta manera encuentre sentido al cuestionamiento del pensamiento dicotómico, esto es difícil de lograr, ya que la visión de la persona complica mucho establecer una relación terapéutica”.

Dentro de las intervenciones terapéuticas encontramos:

- **Desarrollo de una relación de trabajo.** La relación del terapeuta con el paciente, desempeña un punto crucial en la terapia, esto le lleva a cuestionar los prejuicios del

cliente sobre los demás y llevarlo a desarrollar una conducta interpersonal más adaptativa. Con las personas límites es especialmente complejo, ya que se trata de establecer intimidad y confianza, pero a ellos esto les resulta intolerable. La confianza se logra a través del reconocimiento explícito y la aceptación de las dificultades del paciente (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

- **Elección de intervenciones iniciales.** En este punto se trata de plantearse los objetivos terapéuticos y las técnicas destinadas para cada uno de ellos, para las cuales es necesario que se plantee conjuntamente con el sujeto, también puede replantearse según los avances de las sesiones, ya que una de las características de los pacientes es su confusión entre las metas y las prioridades, esto se debe generalmente a que hay que ir ganando la confianza del paciente y de aumentar paulatinamente la tolerancia a la intimidad. También se puede dar crisis en la cual hay que intervenir, y continuar luego a partir de esta intervención los objetivos ya planteados (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

- **Reducción de la disconformidad.** Suele ocurrir que los pacientes límites tienen varias demandas sobre situaciones que generan disconformidad, generalmente este tipo de pacientes no le gusta tener un rol activo sobre sus dificultades, es por eso que al enviar tareas para abordar este punto se analice las ventajas y desventajas, la cual ayudará a realizarlas. También es importante que el terapeuta se guie con suma cautela, sobre los diferentes conflictos de los pacientes (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

- **Reducción del pensamiento dicotómico.** Se trata de demostrarle al cliente que piensa de una manera particular y convencerle que cambie esa forma de pensamiento, pero más que convencerle se trata de analizar ese pensamiento y de esa manera lograr cambiarlo,

además se le invita al cliente que analice las ventajas del cambio y así conseguir que el paciente cuestione su propio pensamiento (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

- **Mejora del control de los impulsos.** Generalmente los pacientes límites tienen conflictos con la autoridad, por lo tanto si un terapeuta le dice que tiene que controlar sus impulsos, es posible que no lo haga, por el contrario si se le indica que él es quien decide si ceder o no a sus impulsos, puede mejorar la capacidad de control. Aquí es necesario que se sigan varios puntos para lograr el objetivo propuesto: identificar el impulso antes de actuar sobre él; inhibición de la respuesta automática; identificación de alternativas; selección de la respuesta e instrumentación de la respuesta (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

- **Fortalecimiento del sentido de la identidad del cliente.** Se busca incrementar el sentido de identidad del cliente ayudándole a detectar sus características y logros positivos, proporcionando retroalimentación positiva de sus buenas decisiones y de sus logros positivos (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

- **Abordar supuestos.** El proceso de cuestionar e identificar los supuestos difiere de la terapia cognitiva estándar de la depresión, suele ser más eficaz recurrir a experimentos conductuales para poner a prueba la validez de las creencias, e ir desmenuzando poco a poco las creencias en lugar de intervenir intensivamente y eliminarlas en pocas sesiones (Beck, & Freeman, 1995, citados por Keegan, 2004).

### **Terapia Centrada en los Esquemas, de Young.**

El concepto de esquema fue definido por Young, (1990) citado por Keegan, (2004) observo que la terapia cognitiva a corto plazo trata principalmente con pensamientos

automáticos, distorsiones cognitivas y supuestos subyacentes, pero Young, (1990) citado por Keegan, (2004) añade que existen niveles más profundos de la cognición al cual los llama esquemas, a los cuales define como “temas extremadamente estables y duraderos (referentes a uno mismo y relacionados con los demás) que se desarrollan durante la infancia y que se elaboran durante la vida del individuo. Estos esquemas sirven como directrices para el procesamiento de experiencias posteriores”. Es decir, los esquemas desadaptativos se desarrollan en estadios tempranos de la vida, los cuales impiden un adecuado desarrollo, ya que generan emociones perturbadoras, patrones de autoderrotismo y daño a los demás, e interfieren con las necesidades básicas, esto se relaciona con la hipótesis de que pacientes con trastorno límite han sufrido durante su infancia maltrato, abuso o alguna forma de trauma (Young, 1990, citado por Keegan, 2004).

Young, (1990) citado por Keegan, (2004) postula que “estos esquemas se mantienen por las distorsiones cognitivas y las conductas autoderrotistas, este proceso se torna circular, debido a que los esquemas dirigen a la conducta y se mantiene por los resultados de la misma”. Young, (1990) citado por Keegan, (2004) agrupa a los esquemas bajo las siguientes denominaciones: autonomía deteriorada, desconexión, indeseabilidad, autoexpresión restringida y límites insuficientes. De este modo centra su terapia en la modificación de los esquemas, más que en un tratamiento específico para los trastornos de personalidad.

El cambio se logra por medio de la etiquetación e identificación, para consecuentemente el terapeuta refutar los esquemas identificados, esto se lleva a cabo cuando se disparan y se da la activación emocional, aquí se debe hacer empleo de la imaginación para evocar recuerdos y sentimientos (Young, 1990, citado por Keegan,

2004). Entonces el paciente puede rehacer las escenas revividas por medio de la imaginación, en donde puede poner a prueba diferentes formas de actuar y expresar sentimientos que desea. También es muy útil utilizar la relación interpersonal con el terapeuta, ya que este representa una figura parecida a los padres de los pacientes, por lo tanto pueden expresar sentimientos, recibir respuestas empáticas y realizar la comprobación de la realidad (Keegan, 2004).

Por lo tanto la orientación de Young J., (1990) citado por Keegan, (2004) sirve para fomentar en primer lugar la comprensión de uno mismo, el terapeuta explica cómo se formaron y como se mantienen los esquemas, y entrena en las relaciones interpersonales con el fin de modificar los esquemas y mejore su funcionamiento social.

### **Terapia Dialéctica Conductual de Linehan.**

Linehan, (1993) citado por Keegan, (2004) fue quien desarrollo esta terapia, siendo de corte cognitivo conductual, en su modelo teórico Linehan, (1993) citado por Keegan, (2004) limita las áreas problemáticas del trastorno límite de la personalidad, las cuales son: “a) disfunción emocional, caracterizado por una dificultad en el control de las emociones, que se traduce en una alta reactividad emocional, muchos problemas en el control de los afectos y el retorno a la línea de base emocional; b) disfunción interpersonal que se caracteriza por relaciones sociales caóticas, intensas y muy problemáticas; c) disfunción comportamental sobre todo la impulsividad, conductas suicidas y parasuicidas; d) disfunción cognitiva que se caracteriza por el pensamiento dicotómico; e) por ultimo alteraciones en la identidad, donde se incluye los sentimientos crónicos de vacío” (Linehan, 2006).

Cabe señalar que desde su publicación ha sido la única terapia para personalidad límite que cuenta con una razonable base empírica, además muchos profesionales a lo largo del mundo han empezado a utilizar este tratamiento, ya que reduce el desgaste que este tipo de patología genera, de este modo se ha logrado grandes avances positivos en el tratamiento (García, 2006).

El enfoque teórico de Linehan, (1993) citado por Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, (2010) supone una orientación biosocial, además utiliza la teoría dialéctica de Engels, & Marx, (1925) citado por Keegan, (2004) para explicar su tratamiento. Desde el enfoque biosocial se entiende a la personalidad límite como una disfunción en el sistema de regulación emocional producido por la interacción de aspectos biológicos y un ambiente invalidante. La disfunción de la regulación emocional provoca que el sujeto presente una alta sensibilidad emocional, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultad respecto a volver a la línea base (Linehan, 2006).

Se entiende por ambiente invalidante (Linehan, 1993) citado por Keegan, (2004) “un ambiente que tiene efectos en el desarrollo de la personalidad, es decir, durante la infancia y la adolescencia, este ambiente se caracteriza por repuestas inapropiadas o no contingentes a las experiencias íntimas. Cuando se produce una respuesta emocional intensa, su entorno hace ver que el individuo se equivoca en su descripción de su experiencia emocional, y se atribuye a sus repuestas características socialmente inaceptables”. Así adquiere un estilo extremo de expresión emocional, esto también hace que las personas no conozcan cómo manejar sus emociones, no confían en ellas, ya que el ambiente indica que se equivocan, por lo que acaban invalidando sus propias emociones, esto provoca repuestas poco aceptadas socialmente, por lo que el sentido de sí mismos se

torna inestable, las cuales repercute en las relaciones interpersonales, esto se traduce en un estado de culpabilidad y frustración, por no ser capaz de cumplir las expectativas del ambiente (Garcia A. , 2006; Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010; Keegan, 2004).

Por otra parte Linehan, (1993) citado por Keegan, (2004) como ya se señaló utiliza varios principios dialecticos con el fin de entender y describir el trastorno. Para comprender como Linehan, (1993) citado por Keegan, (2004) explica el tratamiento para pacientes límites se debe tener en cuenta tres principios fundamentas: “1) este hace referencia al principio de interrelación y globalidad, el cual indica que el análisis de la realidad es limitado si solo se observa las partes, por lo que es necesario tomar a la realidad como un todo. 2) en segundo lugar se encuentra el principio de polaridad, es decir, la realidad se compone de tesis y antítesis. Y 3) el último principio es el cambio continuo, este hace referencia a que entre la tesis y antítesis existe una especie de tensión que hace que se produzca cambios que llevan a la integración o síntesis, del cual se derivan nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse y así generan un proceso de cambio continuo” (Garcia, 2006).

De acuerdo a Linehan, (1993) citado por Garcia A., (2006) “la personalidad límite es un fracaso dialéctico, ya que las personas con este trastorno mantienen posiciones rígidas y contradictorias que son incapaces de integrarse entre sí. Esta dicotomía se produce en el área cognitiva, afectiva y en las relaciones interpersonales, provocando una dificultad en el principio de cambio continuo, es decir, que los pacientes limites presentan pensamientos dicotómicos que resulta difícil integrarse entre sí, siendo el que genera su comportamiento”.

El objetivo que persigue la terapia dialéctica conductual es el reconocer y validar la vulnerabilidad emocional y presenta las habilidades necesarias para la regulación de las mismas, además la terapia contempla la mejora en habilidades sociales e interpersonales, el control de conductas impulsivas que atenten contra la integridad del individuo, la flexibilización de los patrones cognitivos y la mejora del sentido de identidad (García, 2006; Keegan, 2004).

Las estrategias que utiliza la terapia dialéctica comportamental son las siguientes:

- a) **Estrategias dialécticas.** Estas tienen como función organizar la terapia, utiliza conductas de oposición, para esto se utiliza tres tipos de estrategias.
- La relación terapéutica y el equilibrio de estrategias. Se supone que el cambio se facilita al enfatizar la aceptación y la aceptación al enfatizar el cambio. El objetivo es mostrar opuestos para lograr una síntesis (García, 2006; Keegan, 2004).
  - La definición de comportamiento y cogniciones eficaces. Se trata de ir logrando la síntesis y la integración de los opuestos (García, 2006; Keegan, 2004).
  - Estrategias dialécticas específicas. Existen ocho tipos de estrategias: 1) utilizar la paradoja; 2) representar al abogado del diablo; 3) extremar los significados de emociones; 4) el empleo de cuentos y metáforas; 5) la activación de la mente sabia; 6) cambiar lo negativo a lo positivo; 7) permitir el cambio y la inconsistencia y 8) evaluación dialéctica (García, 2006; Keegan, 2004).
- b) **Estrategias centrales.** Esta estrategia hace referencia a buscar una posición activa en el paciente hacia la solución de sus problemas, esto requiere del uso amplio de la validación, para ello en primer lugar se requiere del entendimiento de sus problemas, para luego buscar diferentes soluciones. Por validación se entiende como la

comprensión de las respuestas adaptativas y la búsqueda de respuestas para tal tipo de respuesta (Garcia, 2006; Keegan, 2004).

c) **Estrategias de estilo.** Durante la terapia se utiliza dos tipos de comunicación la recíproca y la irreverente. La primera hace referencia a que se intenta reducir la diferencia entre el paciente y el terapeuta, el terapeuta en cierta medida acepta el comportamiento del paciente. Por el contrario la comunicación irreverente indica que las ideas del paciente están siempre expuestas a un cuestionamiento, exploración y por lo tanto cambio, esta comunicación no responde a lo que el paciente espera (Garcia, 2006; Keegan, 2004).

d) **Estrategias de control.** Son una serie de estrategias hacen referencia a como se relaciona el terapeuta con el mundo exterior del paciente, estas son:

- Consulta para el paciente. Requiere que el terapeuta sea un consultor para el paciente y no para los que se relacionan con él, ya que el terapeuta no interviene para que el medio cambie, más bien trabaja para que el paciente tenga los medios para interactuar con su entorno (Garcia, 2006; Keegan, 2004).
- Intervención sobre el medio. El terapeuta interviene en el medio del paciente cuando existen situaciones que ameriten o sean necesarias, como por ejemplo cuando existe riesgo sobre el bienestar el paciente (Garcia, 2006; Keegan, 2004).
- La consulta supervisión por parte del terapeuta. Esta ayuda a mantener la alianza con el paciente, y este se acerque o se aleje del terapeuta cuando sea necesario (Garcia, 2006; Keegan, 2004).

## **ETIOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD LÍMITE.**

El panorama sobre la etiología de la personalidad límite no está claro, ya que varios autores tienen diferentes perspectivas de los orígenes de la misma, esto generalmente se da por centrarse en un enfoque teórico para de ese modo poder diseñar los diferentes tratamientos que ya se han expuesto. De este modo como ya se indicó con anterioridad Kernberg, (1979) citado por Pérez, (2011) indica que la PL se caracteriza por la “utilización de mecanismos de defensa que se generan en temprana infancia para protegerse de la ansiedad que se forja por el conflicto entre pulsiones libidinales y agresivas, siendo el principal mecanismo utilizado la escisión que implica una separación radical de afectos entre el amor y el odio; este mecanismo protege una parte idealizada del mundo de una parte agresiva, lo cual desemboca en una mala integración de las representaciones psíquicas, lo cual a la vez influye en la percepción del mundo exterior y se interpreta en términos de bueno o malo, es decir la persona en la infancia percibe a sus cuidadores como “dos otros” diferentes: uno nutricional que satisface “todo bueno” y otro “todo malo” que priva y excluye, siendo estas las que generan una organización límite de la personalidad”.

Young, (1990) citado por Keegan, (2004) considera que “las personas con personalidad límite en su infancia han atravesado por diferentes formas de abuso (física o sexual) o traumas desarrollan esquemas cognitivos los cuales impiden un adecuado desarrollo, ya que generan emociones perturbadoras, patrones de autoderrotismo y daño a los demás, e interfieren con las necesidades básicas, por lo tanto se ve afectada la manera en que el sujeto actúa o se expresa, además de la regulación de las emociones”. Este concepto es muy parecido al que propone Linehan, (1993) citado por Keegan, (2004) el

cual indica que se entiende a la personalidad límite como una disfunción en el sistema de regulación emocional producido por la interacción de aspectos biológicos y un ambiente invalidante. La disfunción de la regulación emocional provoca que el sujeto presente una alta sensibilidad emocional, una tendencia a experimentar emociones muy intensas y dificultad respecto a volver a la línea base (Linehan, 2006).

Linehan, (1993) citado por Keegan, (2004) considera a un ambiente invalidante como “un ambiente que tiene efectos en el desarrollo de la personalidad, es decir, durante la infancia y la adolescencia, este ambiente se caracteriza por respuestas inapropiadas o no contingentes a las experiencias íntimas. Cuando se produce una respuesta emocional intensa, su entorno hace ver que el individuo se equivoca en su descripción de su experiencia emocional, y se atribuye a sus respuestas características socialmente inaceptables”. De esta manera la forma en que expresan las emociones las personas con PL no tiene una regulación, ya que invalidan las propias, traduciéndose en estados de culpabilidad y frustración. (Garcia, 2006; Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010; Keegan, 2004).

Otros autores consideran que la PL tiene relación con el trastorno de estrés postraumático, ya que se cree que un riesgo que supone una amenaza para la integridad física o emocional de la persona (Harned, Linehan, & Rizvi, 2010) puede ser generadora de las diferentes características ya señaladas. Otros consideran que las diferentes formas de abuso son predictoras para las conductas autodestructivas (Grover, 2007) citado por (Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010).

Zanarini (2000) citado por (Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010) realizó una recopilación de estudios sobre los precursores de esta personalidad encontrando datos

interesantes, entre ellos pudo observar que entre el 40 a 70% de las personas con este prototipo de personalidad habían sido víctimas de abuso sexual, además se pudo hallar una relación muy significativa entre el maltrato en la infancia (negligencia, violaciones, abusos sexuales, maltrato físico y verbal) y la PL, aunque también es precursor de otros trastornos mentales, sin embargo, existe mayor relación con este tipo de personalidad. Boutilier, & Graybar, (2002) citado por (Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010) encontraron que los diferentes tipos de abuso en la infancia son generadores de PL entre un 60 a 80%, además se consideró que este tipo de pacientes se encontraban expuestos al alcoholismo o adicción de los padres, abandonos de los mismos, divorcio y haber sido adoptados. Además se indica en estos diferentes estudios que existe una mayor prevalencia en las mujeres que en los varones (Gonzalez, Mosquera, & Van de Hart, 2010).

### **EPIDEMIOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD LÍMITE.**

De acuerdo a Lopez, LLop, Perez, (2010) los índices de prevalencia de la población en general se sitúa entre el 1 al 2%, mientras que los pacientes ambulatorios se encuentra entre 11 a 20%, por el contrario entre los pacientes hospitalizados la cantidad de diagnosticados se relaciona entre el 18 al 32%. Los autores señalan que el trastorno límite de personalidad es más prevalente en mujeres, este se da en una relación tres veces mayor que los varones, este tiende a aumentar generalmente cuando se relaciona con un entorno socioeconómico bajo. Además señalan que la edad de diagnóstico se sitúa entre los 19 a 32 años, también indican que es más frecuente en una mayor edad, pero a la vez implica que el tratamiento se dificulta.

De acuerdo a las estadísticas obtenidas por estudiantes que realizaron sus prácticas en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho en el período de octubre del 2013 a

Junio del 2014 los pacientes hospitalizados en el área de adicciones la prevalencia de personalidad límite se sitúa entre el 3 al 11%, sin embargo, estos resultados suelen estar sesgados por los problemas ocasionados por el consumo de sustancias, siendo muchos pacientes situados erróneamente dentro de la personalidad antisocial.

Este tipo de personalidad en especial se ha asociado a abusos durante la infancia y adolescencia, y se relaciona mucho con la existencia de abusos de tipo sexual. Lopez, Llop, Perez, (2010) señalan que en los últimos años existe un incremento en tratamientos especializados en trastornos de personalidad, en especial en el trastorno límite, esto ha ayudado al incremento de recursos destinados para su investigación, y además se ha buscado replantearse, en el nuevo manual diagnóstico DSM – V.

A pesar de todo lo señalado lo que existe en la actualidad es la certeza que no se conoce a ciencia cierta cuales son las causas etiológicas, para los trastornos de personalidad, en realidad todos los enfoques sobre TP tratan de buscar las razones teóricas para de esa manera dar un adecuado tratamiento, pero para ello también es necesario hacer un estudio longitudinal del individuo, ya que de esa manera se puede diferenciar entre los rasgos más disfuncionales y los funcionales, para así dar un tratamiento más adecuado y personalizado (Lopez, Llop, Perez, 2010).

### **RELACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PERSONALIDAD LÍMITE.**

Dentro de la comorbilidad del consumo de sustancias y trastornos de personalidad no se abordado de manera sistemática, más bien se ha tratado de manera general ambas patologías, es decir, no se ha tomado en cuenta las diferencias, por lo mismo esto ha generado varias dificultades, ya que para ambas patologías se requiere de tratamientos y técnicas terapéuticas específicas (Mateu & Benito, 2012). Otra dificultad que se ha

manifestado en las investigaciones de comorbilidad es el solapamiento que puede existir entre los criterios diagnósticos, ya que el abuso de sustancias está incluido en el ítem de impulsividad (criterio 4, DSM - IV), esto ha dificultado la toma de las diferentes muestras para las diferentes investigaciones que se han dado en cuanto las patologías mencionadas. Siendo los principales resultados que la personalidad límite es la que más comorbilidad presenta con trastornos del Eje I y con trastornos del Eje II (Mateu & Benito, 2012).

En conclusión de las investigaciones se considera que la presencia de comorbilidad de TUS y TLP genera una peor evolución, ya que se considera una influencia negativa en la evolución de los pacientes, es decir, puede existir mayor riesgo suicida y una disminución en el umbral de conductas autodestructivas, existe mayor riesgo en la presencia de trastorno de dependencia a múltiples sustancias, también se da mayor descontrol de su comportamiento (Andión, Ferrer, & Prat, 2011). En definitiva el abandono de tratamientos de manera temprana está muy relacionada, a la intolerancia al malestar, los problemas en la alianza terapéutica, resistencia al cambio e incumplimiento de las prescripciones (Andión, Ferrer, & Prat, 2011). Por otra parte también se señala que no existe mayor diferencia entre el TUS y TLP, en una investigación realizada por Van de Bosch, (2001) citado por Benito, & Mateu, (2012) se encontró que las diferencias eran limitadas, además el diagnóstico temprano de personalidad límite ayuda a un mejor tratamiento y por lo tanto un mejor pronóstico.

Existe confusión en cuanto a la explicación si el TUS es propio de la sintomatología de TLP, o este el TUS es ocasionado por las características de esta personalidad, además el criterio de la impulsividad (criterio 4) crea aún más confusión, siendo esta causa para la dificultad en la diferenciación de comorbilidad, también hay que tener en consideración el

género, ya que esto ha ocasionado que se de varias teorías en cuanto a su etiología que se abordaran de manera superficial (Mateu & Benito, 2012) (Andión, Ferrer, & Prat, 2011).

**El trastorno por uso de sustancias agrava o causa el trastorno límite de la personalidad.**

De acuerdo al diagnóstico, la personalidad límite inicia en la adolescencia, por lo que las características de personalidad se manifiestan antes que la aparición del consumo de sustancias, por lo que es difícil sostener que el TLP sea secundario al consumo de sustancias, pero si puede afectar a la sintomatología, como por ejemplo en cuanto a la impulsividad (Mateu & Benito, 2012).

**El trastorno límite de personalidad causa el trastorno por uso de sustancias.**

Se considera que la personalidad limite es un predictor para el uso de sustancias, ya que estas se utilizan como mecanismos de afrontamiento para las emociones negativas, también se ha evidenciado que el consumo de sustancias es en mayor cantidad cuando existe estados afectivos negativos, o para sobrellevar el estrés, ya que la historia personal les hace especialmente sensibles a eventos estresantes (Mateu & Benito, 2012).

**Ambos trastornos tienen factores etiológicos comunes y a su vez se influyen mutuamente.**

“Este modelo es el más aceptado en la actualidad, ya que considera que ambos trastornos comparten factores de riesgo comunes, es decir, un trastorno puede permitir que el otro aparezca, o tiende a incrementarse. Este modelo abarca tres aspectos, en primer lugar los rasgos centrales de TLP predisponen al TUS; en segundo lugar estos dos trastornos poseen antecedentes familiares comunes, como por ejemplo abusos infantiles;

por último ambos trastornos comparten bases biológicas comunes” (Mateu & Benito, 2012).

- Los rasgos centrales de TLP predisponen al TUS. Dentro de la comorbilidad de estos dos trastornos no se puede obviar el constructor de impulsividad, si bien es cierto este se presenta en las dos patologías, cuando existen conjuntamente tiende a presentar niveles más altos de impulsividad, al igual que la inestabilidad afectiva (Andión, Ferrer, & Prat, 2011). Además se ha realizado estudios en donde se sustenta que la impulsividad tiene bases biológicas, pero que se ve incrementada por estresores ambientales tales como violencia o abuso físico, de tal manera se considera que para poder sobrellevar este tipo de vivencias los sujetos tienden a recurrir al consumo de sustancias (Mateu & Benito, 2012). También señalan los autores que la impulsividad formaría parte de una relación recíproca entre la afectividad negativa y una pobre capacidad para tolerarla, lo que llevaría a la presencia independiente o comorbida de estos dos trastornos (Andión, Ferrer, & Prat, 2011) (Mateu & Benito, 2012).
- El TLP y TUS poseen antecedentes familiares comunes. De acuerdo a los autores ciertos rasgos de personalidad son hereditarias, como es la vulnerabilidad neurobiológica, en cambio la inestabilidad afectiva y la impulsividad se relacionan a una psicopatología familiar del estado de ánimo. Parece que existe una historia familiar común para el TLP y el TUS, esto indicaría que existe una base genética para ambos (Mateu & Benito, 2012).
- Bases neurobiológicas comunes. El TLP tiene su mayor expresión en déficit en el funcionamiento a nivel del lóbulo prefrontal, siendo el principal implicado en la etiología del TUS, pero todavía falta investigaciones en este sentido (Mateu & Benito, 2012).

## **Tratamiento en comorbilidad de trastorno de personalidad límite y trastorno por uso de sustancias.**

Estudios demuestran que este tipo de pacientes no se beneficia en las dos redes asistenciales existentes, siendo necesario que los profesionales se formen en el tratamiento de patología dual y que de esta manera formen un equipo multidisciplinario, para así aportar al paciente el tratamiento integral que necesita (Andión, Ferrer, & Prat, 2011) (Mateu & Benito, 2012).

Lo primero que se necesita es que el paciente sea evaluado, consecuente a esto se debe empezar a trabajar inmediatamente en la alianza terapéutica (Mateu & Benito, 2012). Hay que buscar la adherencia del paciente, tomando siempre en consideración que estos sujetos suelen ser muy sensibles y tienden a percibirse como rechazados, sin embargo, hay que actuar con firmeza ante los comportamientos disruptivos, en este aspecto es importante la prevención de conductas estigmatizantes (Linehan, 2006).

El tratamiento debe ser focalizado desde un principio a los dos trastornos, esto incluye el tratamiento farmacológico, psicoterapia y psicoeducativo, abarcando intervenciones grupales, individuales y familiares, fomentando la coherencia de los diferentes profesionales que intervengan buscando un mismo objetivo (Andión, Ferrer, & Prat, 2011).

Es también necesario focalizar en muchos casos el tratamiento en la impulsividad y la inestabilidad afectiva, las cuales están presentes en los dos trastornos, para esto las técnicas que cuentan con una base empírica son las de corte cognitivo conductual, las cuales podríamos centrarnos en estrategias de regulación emocional, habilidades interpersonales y tolerancia al malestar (Linehan, 2006). Respecto al TLP la guía de la APA citada por Mateu & Benito, (2012) señala que “dos enfoques psicoterapéuticos son eficaces a la hora

de tratar este trastorno, los cuales son la corriente psicoanalítica y la terapia dialéctica conductual, también incluye que podría ser beneficioso un enfoque psicoeducativo, lo cual puede ser muy beneficioso para los pacientes y familiares” (Mateu & Benito, 2012). También es recomendable el uso de fármacos para reducir síntomas del estado de ánimo, principalmente en estados de descompensación (Andión, Ferrer, & Prat, 2011).

Respecto al manejo del TUS la red de drogodependencias considera que no se debe tratar con técnicas diferentes a las habituales, como son las técnicas motivacionales y cognitivo conductuales, incluyendo psicoeducación al paciente y a los familiares, sobre la sintomatología y los diferentes efectos adversos de la sustancias (Mateu & Benito, 2012). En este caso el primer paso es la desintoxicación, para luego iniciar el tratamiento simultáneo de ambas patologías, en este punto también se incluye fármacos que ayudan a controlar los efectos secundarios del abandono de sustancias como la ansiedad y reactividad al estrés, a la vez ayuda a controlar el craving (Andión, Ferrer, & Prat, 2011).

También se sugiere en estudios es favorable la utilización de diferentes técnicas terapéuticas como en la entrevista motivacional de Miller, & Rollnick, (2002) la terapia de esquemas focalizada, incluso grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos (Mateu & Benito, 2012). Sin embargo, en la actualidad la terapia con mayor apoyo empírico es la terapia dialéctica conductual, que ha demostrado que reduce las tasas de abandono terapéutico, la cual ya se indicó anteriormente de qué manera se da el tratamiento (Linehan, 2006). Esta terapia se ha encontrado que también es beneficiosa en la patología dual, ya que se puede aplicar si existe TLP y TUS de sustancias concomitantemente o tan solo el TLP (Mateu & Benito, 2012). En este caso es necesario focalizar los diferentes objetivos terapéuticos de acuerdo a las necesidades de los pacientes, siempre teniendo en

consideración los comportamientos suicidas y autolesivos, pero además se debería incluir entrenamiento en técnicas de counseling y estrategias para la modificación de comportamientos adictivos (Mateu & Benito, 2012).

Uno de los principales puntos a tenerse en consideración durante el tratamiento, es reducir la tasa de abandono. Según Bornovalova, & Daughters, (2007) “los factores fundamentales para reducir los abandonos son tres: primero se debe tener en consideración la motivación para el cambio, ya que esto permite la adherencia al tratamiento; segundo la alianza terapéutica que se define como el vínculo colaborador entre el paciente y terapeuta; y por último la tolerancia al malestar, que se entiende como la renuncia para persistir en un comportamiento dirigido a metas cuando se experimenta malestar emocional”. En este tipo de pacientes estos tres puntos se vuelven de vital importancia, ya que por ejemplo un déficit motivacional impide el avance de la terapia y se aumenta la probabilidad de un abandono terapéutico (Mateu & Benito, 2012).

La terapia dialéctica conductual dispone de poca evidencia empírica en cuanto al abordaje de estos tres puntos, ya que generalmente se centra en otro tipo de técnicas, Bornovalova, & Daughters, (2007) indican que técnicas de corte cognitivo conductual son favorables para mejorar el tratamiento en cuanto a estos puntos, por ejemplo dentro de la motivación se podría utilizar la entrevista motivacional de Miller, & Rollnick, (1999) en cuanto a la alianza terapéutica se puede utilizar el contacto del terapeuta con el paciente, por último en cuanto a la tolerancia al malestar se puede utilizar técnicas tales como el mindfulness.

## **CONCLUSIÓN.**

Como se mencionó el trastorno límite de la personalidad es considerada como una patología un tanto molesta de tratar para muchos terapeutas, esto ha llevado al rechazo del tratamiento de las personas con este padecimiento, además del estancamiento en el avance de la misma, sin embargo, en los últimos años se han desarrollado varias investigaciones y teorías, las cuales permiten un mejoramiento en su abordaje. A pesar de ello todavía existen vacíos que se tienen que llenar, ya que la definición de la patología no es exacta, al igual que la etiología de esta, existen varios enfoques explicativos, sin llegar a un consenso claro, lo cual ha ocasionado la falta de datos empíricos en cuanto a su tratamiento, siendo la único que cuenta con esta base, la terapia dialéctica conductual, sin embargo, esta no toma en consideración los estadios iniciales del tratamiento, ya que para iniciar un proceso de cambio es de capital importancia que exista cierta motivación, para de eso modo evitar al máximo los abandonos terapéuticos, que suelen ser muy comunes en este tipo de personalidad.

## CAPITULO III

### ENTREVISTA MOTIVACIONAL

#### INTRODUCCIÓN.

“Tradicionalmente el tratamiento en adicciones se ha centrado en las técnicas confrontativas, o de persuasión en donde el profesional adopta un rol autoritario, esto se debe principalmente al estilo de intervención terapéutica basadas en el modelo comunitario de Synanon, que utilizan la denominada terapia de ataque” (Miller & Rollnick, 1999).

Estas tácticas utilizadas generalmente en el tratamiento en conductas adictivas y otros tipos de pacientes con problemas delincuenciales, surge de la teoría que los adictos utilizan una serie de mecanismos de defensa que les permite mantenerse en su conducta (Sirvent, 2007), estos mecanismos se enraízan en lo profundo del individuo, por lo que llegan incluso a ser considerados como un problema de personalidad (Miller & Rollnick, 1999). Además se pensaba que estos mecanismos son como un muro impenetrable, los cuales no se pueden vencer por las técnicas tradicionales, es por eso que se consideran que estas defensas, deben ser atacadas, debido a esta razón se ha encontrado justificable la utilización de técnicas coercitivas o agresivas (Miller & Rollnick, 1999).

De acuerdo a algunos investigadores las tácticas confrontativas suelen aumentar las resistencias, es decir, el paciente se pone a la defensiva, por lo que resulta mucho más difícil tener un abordaje terapéutico adecuado (Capece, 2008; Gual, 2008), debido a este motivo varios especialistas han abandonado este tipo de intervención, para empezar a utilizar técnicas más empáticas o centradas en el paciente, las cuales se fundamenta principalmente en la teoría de Rogers, (1959) y el counselling (Miller & Rollnick, 1999). Sin embargo, muchos se olvidan de una parte importante y crucial del tratamiento, de la

cual se debe partir para un avance adecuado en el proceso de la recuperación, es decir, la motivación, la cual proporciona un ingrediente fundamental para conseguir los cambios deseados (Gordon, & Marlatt citados por Iraurgi, & Llorente, 2008; Becoña, 2010).

Pero que es lo que le hace falta para alcanzar cambios significativos en la vida de los pacientes y de esa manera poder alejarse de manera definitiva del consumo de sustancias y generar avances en su comportamiento dañino (Miller, & Rollnick, 1999).

Los datos surgidos con posterioridad han apoyado la importancia de estas condiciones para el cambio, particularmente una empatía adecuada se considera necesaria. Esta condición no se debería confundir con el significado de “empatía” como identificación con el paciente, o como compartir experiencias pasadas comunes. Lo que Rogers, (1959) define como una empatía adecuada implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que da el paciente a dicha experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Cordón, 1970, citado por Miller & Rollnick, 1999). La manifestación de estas condiciones básicas, especialmente una empatía adecuada, se ha observado que promueve el cambio terapéutico en general (Truax y Carkhuff, 1967; Truax y Mitchell, 1971 Miller & Rollnick, 1999), y la recuperación en el campo de las conductas adictivas en particular (Luborsky 1985; Miller W., 1980; Valle 1981 citados por Miller & Rollnick, 1999).

Como dice Marlatt, (1993) citado por Becoña, & Lopez, (2006) “los déficit motivacionales impiden conseguir un adecuado tratamiento y avances considerados, siendo esta la que propicia la recaída”, es decir, primero la persona debe estar motivada para poder empezar un proceso adecuado relacionado con su problemática (Hettinger, Miller, & Steele, 2008).

Es por esto que una intervención adecuada en cuanto a la motivación puede brindar grandes avances para el tratamiento de las conductas adictivas, ya que estas personas que ingresan a los centros para los respectivos tratamiento en muchas ocasiones no son conscientes del problema que padecen, y presentan grandes sesgos desmotivacionales, es por eso que la intervención propuesta como entrevista motivacional puede ser de gran utilidad (Rollnick, 2002, citado por Hettema, Miller, & Steele, 2008).

### **DEFINICIÓN DE MOTIVACIÓN.**

Para poder comprender la EM es necesario entender en primer lugar a que se refiere el término motivación, para comprenderla Miller, & Rollnick, 2002) señalan lo siguiente.

“La motivación no se debe entender como un problema de personalidad, o como un rasgo que una persona lleva consigo cuando cruza la puerta de salida de la consulta del terapeuta, o cuando ingresa a un proceso de hospitalización. Más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra” (Miller, & Rollnick, 2002).

Un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio lo han elaborado dos psicólogos: DiClemente, & Prochaska, (1982) citados por Becoña, & Lopez, (2006). Estos investigadores han intentado comprender cómo y por qué cambian las personas, ya sea por sí mismas o a partir de la ayuda de un terapeuta. Estos autores han descrito una serie de etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema (DiClemente, & Prochaska, 1982 citado por Llorente, & Iraurgi, 2008).

Dentro de las etapas que mencionan los autores tenemos: 1) Precontemplación, en este estadio los individuos no piensan seriamente en cambiar, no se consideran como portadores de un problema. 2) Contemplación, en este periodo los sujetos están pensando

en el cambio, pero todavía no han tomado el compromiso de solución. 3) Preparación, en esta etapa los individuos están preparándose para la acción, ya han tomado pequeñas decisiones, tales como reducir la frecuencia de consumo. 4) Acción, es el que produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. 5) Mantenimiento, el individuo intenta conservar y consolidar los logros obtenidos en el estadio anterior y evitar las recaídas (DiClemente, & Prochaska, 1982 citado por Llorente, & Iraurgi, 2008).

Es importante tener en consideración que los pacientes atraviesan por una serie de etapas antes de conseguir los cambios deseados, o empezar a considerar el trabajar sobre su problema, es por eso que se debe prestar atención mediante una evaluación para saber en qué etapa se encuentran, para así poder brindar un tratamiento adecuado (Miller, & Rollnick, 2002). De acuerdo a la teoría planteada por estos dos autores las primeras etapas (Precontemplación y contemplación) son las que necesitan de mayor motivación para poder poner en acción dichos cambios (Iraurgi & Llorente, 2010).

Ya que los tratamientos psicológicos cobran vital importancia a la hora de generar motivación, es necesario saber cómo llevar al paciente hacia esa etapa. En este camino se ha cometido muchos errores. Como señalan DiClemente, & Prochaska, (1982) citado por Llorente, & Iraurgi, (2008). “la motivación es esencial para que una persona empiece a conseguir cambios en su conducta, es decir, si una persona no quiere cambiar, no se le puede forzar”. Este comentario tiene gran importancia en el tratamiento en adicciones, ya que, la motivación se convierte en un factor esencial para comenzar y mantener el camino hacia el cambio, esta predice la participación del sujeto en el tratamiento y la recuperación (Iraurgi & Llorente, 2010). Además se debe considerar que las fuentes motivacionales para generar cambios, son internas o externas, aunque la motivación interna suele ser más

efectiva, ya que la severidad de las consecuencias provocadas por el consumo de drogas generan cierto impacto sobre el individuo, aunque la motivación externa también es muy importante (Miller, & Rollnick, 2002).

### **¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?**

La EM es un modelo desarrollado por Miller, & Rollnick, (1999) la cual asume que el paciente es responsable de cambiar su conducta adictiva y reconoce la ambivalencia como parte del proceso de cambio, a diferencia de las técnicas confrontativas, la EM está diseñada para que el paciente enfrente y supere la ambivalencia y evolucione hacia un cambio positivo, pero para que esto se dé, se necesita de una empatía adecuada, es decir, el terapeuta enfatiza la elección del paciente respecto al cambio de su conducta, evitando las etiquetas diagnósticas y las técnicas confrontativas, tan solo se busca que el paciente se confronte de manera interna (López, 2010).

La EM trata de resolver las contradicciones sobre las conductas dañinas, es decir, se intenta aumentar la conciencia sobre los riesgos para su salud como consecuencia del consumo de drogas y la capacidad que tienen para hacer algo al respecto, lo que explica que el paciente es el protagonista de su recuperación y los terapeutas son solo facilitadores en su proceso de cambio (Miller, & Rollnick, 1999).

De esta manera se puede definir a la EM como “un tipo de técnica centrada en el paciente que fundamentalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de su conducta dañina y promover cambios hacia estilos de vida más saludables” (Fernández-Hermida, 2007). De este modo se busca que el paciente se posea hacia el cambio; simplemente ayudándole a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su posición de autoeficacia (Miller & Rollnick, 1999). Pero esta estrategia no

cambia el estilo de abordaje de los terapeutas, tan solo brinda herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por otro tipo de estrategias terapéuticas en promover el cambio de las personas con problemas de adicción (Miller, & Rollnick, 2002).

La EM permite provocar un aumento en la motivación del paciente tomando en consideración el nivel actual, siempre respetando la decisión del sujeto, sin penalizarlo, ni juzgarlo por ello (Miller, & Rollnick, 1999).

Sin embargo, para poder abordar estas directrices es necesario conocer cuáles son las causas de la falta de motivación, para ello se requiere entender a qué se refiere la ambivalencia, término que se definirá en el siguiente punto.

### **¿QUÉ ENTENDEMOS POR AMBIVALENCIA?**

Se requiere de explicar y entender que es la ambivalencia y las dificultades que puede generar a la hora de tomar decisiones y empezar a generar cambios, es decir, cómo afecta la ambivalencia a la motivación.

En primero lugar que se entiende como ambivalencia, a “un debate entre impulsos contradictorios, es decir, algo al mismo tiempo nos atrae y repela, deseamos poseer un objeto, o meta o persona, de la misma manera que la repudiamos” (Miller & Rollnick, 1999). Las personas que luchan con problemas de adicción suelen entrar en las clínicas de rehabilitación con sentimientos fluctuantes y en muchas ocasiones conflictivas, es por eso que se debe elegir con cuidado la técnica apropiada para vencer este conflicto interno (Miller, & Rollnick, 1999).

Pero “se puede considerar a la ambivalencia como una conducta normal entre los seres humanos, es decir, la tendencia a sentirse inseguros con respecto a ciertas decisiones son

consideradas normales” (Butler, Miller, & Rollnick, 2008). Dentro de las conductas adictivas la ambivalencia tiene un papel fundamental, ya que es muy común que las personas que tienen algún tipo de adicción sean conscientes de los daños y riesgos que presenta sobre su salud los hábitos de consumo que mantienen, pero no se sienten seguros sobre lo que deberían hacer en esta situación (Miller, & Rollnick, 1999).

Miller, & Rollnick, (1999) “describen a la ambivalencia como un estado de la mente en la que la persona presenta sentimientos conflictivos simultáneos sobre algo. En el caso de la conducta adictiva el conflicto se encuentra entre realizar la conducta o frenarse”.

De acuerdo a Orford, (1985) autor citado por Miller, & Rollnick, (2002) en su libro sobre EM, quien indica a la ambivalencia como “La diferencia entre la conducta que se encuentra entre unos márgenes de moderación por una serie de estímulos discriminatorios o frenos, y la conducta que frecuentemente está acompañada de la información de que es excesiva. Por un lado del continuo se encuentran conductas no relevantes caracterizadas por una relativamente poca exacerbación y que requieren poco freno para que se mantengan dentro de unos límites razonables. Por el otro, encontramos conductas que provocan mucha emoción y despiertan muchos comentarios, y que se pueden caracterizar por un impulso poderoso y exigen esfuerzos importantes para poderlas controlar”.

Por esta y varias razones el modelo de EM indica que no se debe confrontar la ambivalencia, para ello existen otro tipo de técnicas más efectivas que logre sacar al paciente de la contradicción, es decir, la ambivalencia es vista como normal, es por eso que la EM se centra o tiene como objetivo principal el manejo de la misma (Miller, & Rollnick, 1999) (Miller, 2002).

Pero por qué para Miller, & Rollnick, (1999) consideran de suma importancia comprender la ambivalencia. De acuerdo a estos autores (Miller, & Rollnick, 1999) “es muy importante, inclusive se podría decir que es esencial comprender a la ambivalencia, ya que de esa manera estaríamos tratando con el eje central del problema, es por eso que la razón de este tipo de intervención es crucial, ya que puede eliminarla y facilitar la toma de decisiones para avanzar hacia el cambio. De esta manera el problema de motivación de los pacientes con problemas de adicción se puede entender más bien como un problema de ambivalencia” (Gordon, Marlatt, citados por Iraurgi, & Llorente, 2008).

La importancia de la ambivalencia también radica en la comprensión del conflicto que tiene tres elementos que son de suma importancia comprenderlos para entender este punto (Miller & Rollnick, 1999). “En primer lugar el conflicto de aproximación – aproximación, es decir, las dos alternativas son igualmente atractivas; en segundo lugar está el conflicto evitación – evitación, este hace referencia a las dos soluciones como algo negativo; por ultimo está el conflicto aproximación – evitación, este parece ser especial, ya que tiene potencial para dejarle a las personas paralizadas, sin saber qué decisión tomar, aquí las personas se sienten atraídas y repelidas hacia un mismo objetivo, una de las características de este tipo de conducta es que la persona se deja llevar y se resiste a la conducta, es lo que sucede comúnmente en las conductas adictivas, de ahí la importancia de comprenderla” (Miller, & Rollnick, 1999).

De acuerdo a los autores Miller, & Rollnick, (1999) quienes citan a Janis, & Mann, (1977) citados por Miller, (2002) indican que la mejor forma de entender a la ambivalencia es la metáfora de la balanza, es decir, las personas experimentan motivaciones

contrapuestas, ya que en ambos lados de la balanza existe tanto beneficios, como costes o desventajas.

Sin embargo, a pesar de haber señalado todo lo anterior, existen dificultades al momento de trabajar la ambivalencia, dentro de estas encontramos los siguientes puntos:

a). Los valores. Se comprenden como una serie de principios ideológicos por los que se guía una sociedad, la importancia que radica en conocer este punto en cuanto a la ambivalencia corresponde a que las personas se guían por valores diferentes, es decir, lo que para unos puede ser considerado como importante, para otros puede tener poca importancia, por ejemplo, para unos los problemas de salud provocados por las drogas pueden ser considerados de suma importancia, para otras personas tal vez no le den la importancia necesaria (Miller, & Rollnick, 1999).

b). Las expectativas. Puede ser considerado como la esperanza de que algo suceda, esto hace referencia a que las personas tienen diferentes expectativas sobre los posibles resultados de los tratamientos que se apliquen, tanto positivos como negativos (Miller, & Rollnick, 1999). Por ejemplo una persona que quiere desesperadamente dejar de fumar, puede no hacer nada, ya que considera que dichos esfuerzos son inútiles. Como menciona Marlatt, (1993) citado por Becoña, & Lopez, (2006), los consumidores de alcohol pueden volver a consumir, ya que pueden considerar sin alcohol no podrían enfrentarse a la vida.

c). La autoestima. Muchas veces el trabajo terapéutico se puede ver minado o disminuido por una pobre autoestima, es decir, se puede considerar las consecuencias negativas de la conducta adictiva, pero el paciente darle poca importancia, ya que se considera merecedor de ellas, es por eso que en muchas ocasiones una intervención en cuanto a la autoestima aumenta los niveles motivacionales (Miller, & Rollnick, 1999).

d). El contexto social. Como ya se mencionó en nuestro país existe gran diversidad de culturas, los aspectos culturales y sociales afectan las percepciones que tienen las personas de sus conductas, de la misma manera de los costes y beneficios que representa. Como por ejemplo en el pueblo campesino de la sierra ecuatoriana se le da una connotación positiva al alcohol, ya que se considera como beneficioso. También la forma de percibir la conducta puede variar en una persona perteneciente a la región sierra y alguien de la región costa. Es importante considerar el contexto social a la hora de la intervención (Miller, & Rollnick, 1999).

### **LOS PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL.**

Una vez comprendida la ambivalencia, como punto de partida esencial para trabajar en la EM, se puede comprender de mejor manera los puntos principales en los que se basa esta técnica motivacional.

La EM se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el mismo. De ese modo se intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio (Miller, 2002). Para algunas personas, esto es todo lo que realmente necesitan (Miller, & Rollnick, 1999). En la EM, el terapeuta no asume un rol autoritaria, por lo tanto la responsabilidad para el cambio se deja a manos del individuo (Miller & Rollnick, 1999). Esto evidentemente no significa que los terapeutas no tengan utilidad o no sean capaces de poder ayudar. Por el contrario, algunas investigaciones indican que los terapeutas ejercen un sorprendente grado de influencia sobre el hecho de si

sus pacientes cambiarán o no (Miller, & Rollnick, (1999) citado por Hettema, Miller, & Steele, 2008).

“Las estrategias de la EM son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. El terapeuta busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar, y no el terapeuta. La entrevista motivacional emplea una variedad de estrategias, algunas de las cuales surgen de la terapia centrada en el paciente” (Miller, & Rollnick, 1999).

Miller, & Rollnick, (1999) indican la diferencia de la EM con otras estrategias terapéuticas que radica en varios puntos, los cuales brindan una mayor comprensión de la técnica. Se exponen a continuación:

<b>Enfoque de la entrevista motivacional</b>	<b>Enfoque de la confrontación de la negación</b>
Desenfatizar las etiquetas; la aceptación de la etiqueta de alcoholismo u otras etiquetas es vista como innecesaria para que se produzca el cambio.	Énfasis importante en la aceptación de sí mismo como poseedor de un problema; aceptación del diagnóstico como algo esencial para el cambio
Énfasis en la elección personal y en la responsabilidad para decidir la conducta futura.	Énfasis en la patología de la personalidad, la cual reduce la capacidad de elección personal, el juicio y el control.
El terapeuta lleva a cabo una evaluación objetiva, pero se centra en provocar las propias preocupaciones del paciente.	El terapeuta presenta la evidencia de los problemas a fin de intentar convencer al paciente para que acepte el diagnóstico.

La resistencia se considera como un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.	La resistencia es vista como una negación, un rasgo característico que requiere una confrontación.
La resistencia se trabaja a partir de la reflexión.	La resistencia se trabaja a través de la discusión y de la corrección.
Los objetivos terapéuticos y las estrategias del cambio son negociados entre el paciente y el terapeuta, basándose en datos y en la aceptabilidad; la participación del paciente y la aceptación de los objetivos son consideradas como aspectos cruciales.	Los objetivos del tratamiento y las estrategias para el cambio los prescribe el terapeuta para el paciente, el paciente es visto como negador e incapaz de tomar decisiones adecuadas.

**Tabla 8. Diferencias entre la confrontación de la negación y la entrevista motivacional (Miller, & Rollnick, 1999).**

<b>Enfoque de la entrevista motivacional</b>	<b>Enfoque del entrenamiento de las habilidades</b>
Utiliza principios y estrategias específicos para crear la motivación para el cambio de los pacientes.	Presupone que el paciente está motivado; no se utilizan estrategias directas para crear la motivación.
Analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas o corregirlas.	Busca la identidad y modifica las cogniciones desadaptadas.
Los procesos naturales de resolución de problemas surgen del propio paciente y de otras personas significativas.	Se enseñan estrategias específicas de resolución de problemas.
La responsabilidad en la elección sobre el método para cambiar se deja en manos del paciente; no se utiliza ningún tipo de entrenamiento, ni de modelamiento o práctica alguna.	Enseña conductas de afrontamiento a través de la instrucción, el modelado, la práctica directa y feedback.
Provoca estrategias posibles para el cambio tanto por parte del paciente como de otras personas	Prescribe estrategias específicas de afrontamiento.

significativas.	
-----------------	--

**Tabla 9. Diferencias entre el entrenamiento de las habilidades y la entrevista motivacional (Miller, & Rollnick, 1999).**

<b>Enfoque de la entrevista motivacional</b>	<b>Enfoque no directivo</b>
Dirige al paciente de forma sistemática hacia la motivación para el cambio.	Permite que el paciente determine el contenido y la dirección de la terapia.
Ofrece el propio consejo del terapeuta y el feedback cuando es adecuado.	Evita que el terapeuta introduzca su propio consejo y feedback.
La reflexión empalica se utiliza de una forma selectiva, a fin de reforzar algunos procesos.	La reflexión empática se utiliza de una forma no contingente.
Intenta crear y amplificar la discrepancia del paciente a fin de aumentar la motivación para el cambio.	Explora los conflictos del paciente y las emociones tal como son en dicho momento.

**Tabla 10. Diferencias entre los enfoques no directivos y la entrevista motivacional (Miller, & Rollnick, 1999).**

### **Las cinco estrategias de la entrevista motivacional.**

Dentro de los principios de la EM Miller, & Rollnick, (1999) indican que estos radican en cinco puntos, los cuales se explicará de forma teórica. Estos son:

- Expresar empatía.
- Generar discrepancia.
- Evitar la discusión.
- Darle un giro a la resistencia.
- Fomentar la autoeficacia.

**a). Expresar empatía.** Como describen Miller, & Rollnick, (1999) en su libro de la entrevista motivacional “un estilo terapéutico empático es una de las características esenciales y definitorias de la EM, además como ya mencionó Rogers, una empatía

adecuada, es considerada como predictiva del éxito terapéutico. Este estilo de escucha empática y reflexiva se practica a través de todo el proceso de la EM”.

La empatía se describe como una actitud de escucha interior específica dentro de la relación terapéutica, para el terapeuta es una forma especial de conocer, es decir, que el estado mental y mundo interior del terapeuta sea tan parecido al del paciente (Rogers, 1959) citado por Miller, 2002). Pero como menciona Rogers, en una entrevista realizada el 6 de abril de 1982, citado por (Marroquin, 2002), indica que “la empatía no se debe entender como un sentir de manera visceral, más bien como un sentir no solamente cognitivo, si no también, sentir en su interior lo que está sucediendo en la otra persona, esto aclara con un ejemplo si un cliente está enfadado manifiesta ciertos síntomas fisiológicos, el terapeuta también los puede sentir, pero en menor grado, ya que ayuda a comprender a los paciente y de ese modo mejorar el tratamiento. Todo lo mencionado se podría resumir como una forma de sintonía con la persona” (Marroquin, 2002).

Para que la empatía se pueda dar en primer lugar es necesario crear una atmosfera lo suficientemente segura, ya que de este modo se permite la expresión del paciente, como explica Marroquin, (1997) citado por Bermejo, (2012), a esto se lo denomina empatía terapéutica, que se la puede definir como “un proceso interactivo destinado a comprender y conocer a la otra persona con el fin de facilitar su desarrollo, su crecimiento personal y su capacidad para resolver sus problemas”. Esta definición se puede interpretar como cualquier estado emocional positivo que facilite la comunicación entre psicólogo y paciente (Staub, 1992 citado por Marroquin, 2002). Debido a esta explicación Marroquin, (1997) citado por Bermejo, (2012), indica que no se debe tratar a la empatía como un

asunto preliminar para el abordaje terapéutico, sino debe ser considerado como el eje central del trabajo.

Marroquin, (1997) citado por Bermejo, (2012), señala en su revisión del concepto de empatía que “la experiencia empática se entiende en tres puntos principales:

- Sentir la complejidad de todo lo que le está sucediendo al cliente, lo cual incluiría sentir cómo se enfrenta a su situación y qué emoción está experimentando.
- Experimentar el sentimiento de tratar de entender al cliente, lo que supondría una cierta sintonía de la propia experiencia con la del cliente.
- Establecer contacto con el profundo potencial del cliente para nuevas maneras de ser y de actuar”.

También Marroquin, (1997) citado por Bermejo, (2012), señala que “a pesar de lo expuesto no debemos ocultar el peligro de confundir y mezclar la propia experiencia del terapeuta con la del cliente. De alguna manera esta confusión pudiera obviarse si tuviéramos en cuenta determinadas cautelas. Es decir, si se utilizará la propia experiencia únicamente con estas tres finalidades; 1°. Como intento de ahondar y profundizar la comprensión de la experiencia del cliente, 2°. Para facilitar al cliente el procesamiento de su propia experiencia, y 3°. Como base para conectar con el cliente, coexperimentando y entrando en relación con él”.

De acuerdo a Miller, & Rollnick, (1999), “el principio que subyace a la empatía podría entenderse como de aceptación, la cual se consigue mediante una escucha reflexiva adecuada, en donde el terapeuta intenta comprender los sentimientos y perspectivas del paciente, sin juzgar, criticar o culpabilizar. Parece que esta actitud de aceptación ayuda a las personas a cambiar, pero no hay que entender a la aceptación como aprobar, el

terapeuta también puede diferir. Un terapeuta empático busca responder al paciente de una manera comprensiva, global y válida, es decir, acepta a la ambivalencia como normal, y no como una patología a la cual debería ser atacada”.

**b). Generar discrepancia.** Ciertamente no se quiere decir que el objetivo general de la entrevista motivacional tenga que ser el aceptarse a sí mismo tal y como se es y seguir de esa manera (Butler, Miller, & Rollnick, 2008). Tampoco se defiende el utilizar la escucha reflexiva para seguir a los pacientes en todo lo que se les ocurra afirmar (Miller, 2002). Una persona que tiene una dependencia a las drogas que pone en peligro su salud quizá se sienta motivada a cambiar dicho hábito. Esto implica, ciertamente, en al menos un sentido del término, confrontar al paciente con una realidad no placentera. La pregunta es cuál sería la mejor manera de realizarlo (Miller, & Rollnick, 1999).

Un segundo principio general de la EM es, por lo tanto, crear y potenciar, en la mente del paciente, una discrepancia entre la conducta actual y unos objetivos más amplios. En la exposición original de la entrevista motivacional, Miller (1983) citado por (Miller, & Rollnick, 1999) “describió esto como la creación de una disonancia cognitiva, tomando así prestado este concepto que fue introducido previamente por Festinger, (1957) citado por (Miller, & Rollnick, 1999. Una forma más general y, considerada, mejor para comprender este proceso es simplemente si lo pensamos como una discrepancia entre donde uno está y donde uno querría estar. Cuando una conducta se cree que está en conflicto con objetivos personales importantes, el cambio ocurrirá con una cierta probabilidad”.

Muchas personas que acuden a una consulta perciben alguna discrepancia entre el momento en que se encuentran y el objetivo que quieren conseguir. Por lo tanto se sienten

ambivalentes, atrapadas en un conflicto de aproximación-evitación (Miller & Rollnick, 1999).

Un objetivo de la EM es el de crear una discrepancia y hacer uso de ella, aumentarla, y amplificarla hasta que se supere el apego que la persona tiene por la conducta presente (Hettinger, Miller, & Steele, 2008). Las estrategias de la EM buscan hacer eso dentro del paciente, más que centrarse principalmente en las motivaciones externas (por ejemplo, presión por parte de la esposa, amenaza de desempleo, o controles judiciales). Esto supone aclarar los objetivos importantes que tiene el paciente, y analizar las consecuencias reales o potenciales de su conducta actual y que entran en conflicto con dichos objetivos (Miller, & Rollnick, 1999).

**c). Evitar la discusión.** Un tercer principio importante de la EM es que el terapeuta evite discutir, es decir, evite las confrontaciones cara a cara (Miller, 2002). “La situación menos deseable, desde este punto de vista, es la del terapeuta que discute con el paciente a fin de convencerle que tiene un problema y de que necesita cambiar mientras que el paciente defiende un punto de vista opuesto. La EM no es confrontativa; su objetivo sería aumentar la conciencia de los problemas y la necesidad de hacer algo con ellos” (Miller & Rollnick, 1999).

“La discusión directa tiende a provocar una reacción por parte de las personas, es decir, provoca que las personas se afirmen en su libertad para hacer lo contrario al objetivo a alcanzar. Defender con fuerza una posición (por ejemplo, Usted tiene un problema y debe cambiar) provocará una oposición y defensiva, la resistencia por parte del paciente se ve fuertemente afectada por la forma en que el terapeuta responde, y la resistencia durante el tratamiento predice un fracaso para cambiar” (Miller & Rollnick, 1999).

**d). Darle un giro a la resistencia.** “Haley, (1990) y otros pioneros en el campo de la terapia familiar estratégica han hablado de un «judo psicológico. Se refieren a los tipos de artes marciales en los que un ataque no se afronta con una oposición directa, sino más bien, se utiliza el propio movimiento del atacante para sacar una buena ventaja. No importa que uno se enfrente a un maestro de este arte. Todos los golpes dan en el aire, y cuanto más fuerte ataque uno, con más rapidez su ataque caerá en la nada. Esto no quiere decir que el maestro permanezca pasivo. En modo alguno él añade algo al momento un pequeño giro, una mirada hacia otro lado, un tirón más. La derrota es inevitable, pero el maestro controla siempre dónde está la otra persona. A menudo la persona no está donde correspondería, y ésta se pregunta: ¿Cómo llegué hasta aquí?” (Miller, & Rollnick, 1999).

La resistencia y la ambivalencia no son cosas opuestas; el terapeuta las reconoce como naturales y comprensibles. El terapeuta no impone nuevos puntos de vista u objetivos. Más bien, el paciente es invitado a considerar la nueva información y se le ofrecen nuevas perspectivas para hacerlo (Miller, 2002).

En la EM, el terapeuta también genera preguntas o problemas al paciente, para de ese modo propiciar la reflexión. El trabajo del terapeuta no es el de proporcionar soluciones para todo (Miller, & Rollnick, 1999), “se considera que el paciente es una persona capacitada, con conocimientos e ideas importantes para solucionar sus propios problemas. Darle un giro a la resistencia, por lo tanto, incluye el hecho de implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas” (Miller, & Rollnick, 1999).

e). **Fomentar la autoeficacia.** Un quinto principio importante de la entrevista motivacional implica el concepto de autoeficacia, esta se refiere a la creencia que tiene una persona sobre su habilidad para llevar a cabo con éxito una tarea específica. “La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio” (Bandura, 1982; Rogers & Newborn, 1976 citados por Miller & Rollnick, 1999) y un buen predictor de los resultados de los tratamientos de las conductas adictivas (Fernández-Hermida, 2007).

Las propias expectativas del terapeuta sobre las posibilidades que tiene el paciente de recuperarse podrán tener un impacto poderoso sobre los resultados. Un objetivo general de la entrevista motivacional es el de aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 2002).

Aunque la autoeficacia se vea influida por la autoestima general, la anterior es mucho más específica. “Esencialmente, la autoeficacia significa confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o reto específicos” (Butler, Miller, & Rollnick, 2008). Un paciente puede, por ejemplo, sufrir de una baja autoestima, pero, sin embargo se le convencerá de que es posible que con su habilidad logre cambiar un problema concreto (Hettema, Miller, & Steele, 2008). “Incluso enfoques como los de A.A., también enfatizan que el poder de la persona para cambiar se encuentra dentro de sí misma, en este caso, decidiendo depositar el control de uno mismo en un poder superior” (Baugh, 1988 citado por Miller & Rollnick, 1999)). “Aquí el mensaje general es Usted puede hacerlo. Puede conseguirlo. Existen varios mensajes que apoyan la autoeficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad personal. La persona no sólo puede sino que debe realizar el cambio, en el sentido de que nadie más lo hará por ella” (Miller, 2002).

## **CONCLUSIÓN.**

Como se mencionó a lo largo de este capítulo la entrevista motivacional se caracteriza por ser una intervención en donde se busca la reflexión del paciente, para de ese modo conseguir la acción del cambio que se desea, es decir, se trata de vencer la ambivalencia que existe en los consumidores de sustancias y de ese modo puedan realizar una serie de acciones y obtener un estilo de vida más sano. Para ello se descarta las técnicas confrontativas que generalmente han sido utilizadas en los tratamientos de las conductas adictivas, estas herramientas coercitivas no son funcionales, ya que lo único que hacen es presionar a las personas hacia la aceptación de un padecimiento denominado adicción, sin embargo, esto suele ocasionar el rechazo de los paciente y el aumento de las conductas que se quieren cambiar.

Por el contrario la entrevista motivacional se puede entender como una confrontación consigo mismo, quiero decir, que el terapeuta lleva a una serie de contradicciones entre el estado actual y un mejor estilo de vida, para así buscar un avance adecuado, siendo la principal herramienta que se utiliza la empatía y la reflexión. Se evita las etiquetas y las presiones, y la mayor responsabilidad cae sobre el paciente y es quien decide al final si cambia o no.

## **CAPÍTULO IV**

### **PROGRAMA**

#### **INTRODUCCIÓN.**

Después de haber realizado y analizado los puntos teóricos principales, y necesarios para el ejercicio y comprensión de lo que se desea cumplir y alcanzar en esta investigación, el siguiente punto a seguir es la aplicación práctica, es decir, lo teórico se pretende trasladar a lo práctico, para de ese modo lograr un adecuado avance en la propuesta realizada, para ello se requiere en primer lugar comprender el lugar en donde se realiza la misma investigación, siendo este sitio el Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho”, perteneciente a la ciudad de Cuenca. Esta institución se divide en dos áreas, la psiquiátrica y la parte enfocada al tratamiento en conductas adictivas, para el trabajo se ha escogido la segunda.

Dentro de esta área de acuerdo a lo que se ha observado la personalidad es un eje fundamental que se debe prestar atención a la hora de proporcionar un adecuado tratamiento enfocado al abandono del consumo de sustancias, además se considera, como ya se mencionó en capítulos anteriores que este puede ser un limitante, debido a que las características de personalidad individuales, pero a ello se suma el estado motivacional que presenta cada persona, por lo mismo en este capítulo lo que se describe es la muestras escogida para el trabajo y aplicación del protocolo que se expone a continuación.

#### **METODOLOGÍA.**

##### **UNIVERSO Y MUESTRA.**

- Pacientes hospitalizados en el área de adicciones del Centro de Reposo y Adicciones (CRA), diagnosticados con personalidad límite y dependencia a sustancias.

### **Criterios de inclusión:**

- **Diagnóstico:** pacientes diagnosticados por el MCMI - III con personalidad límite y trastorno por dependencia a sustancias (marihuana, pasta base, alcohol, cocaína). Según clasificación del DSM-IV-TR
- **Área:** Adicciones
- **Edad:** pacientes de 18 a 45 años
- **Sexo:** hombres o mujeres
- **Nivel de instrucción:** primaria completa
- **Prescripción farmacológica:** pacientes con o sin prescripción farmacológica.

### **Criterios de exclusión:**

Se tomarán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- **Diagnóstico:** pacientes con síntomas psicóticos, con trastorno severo del estado de ánimo y retraso mental.
- **Estado físico:** Pacientes con estado de conciencia alterado. Bajo efecto de sustancias o con enfermedades físicas graves.

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **INSTRUMENTOS Y VARIABLES.**

#### **Instrumentos.**

El Hospital psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho” utiliza el reactivo MCMI – III (Davis R., Millon C., Millon T., 2002), como diagnóstico para Eje II, sin embargo, el diagnóstico de personalidad por parte del equipo de psicología suele también basarse en los

criterios del manual DSM – IV (2002), para el estudio se empleó el resultado de este instrumento, ya aplicado por parte del personal, para la selección del paciente.

Una vez realizado estos pasos es importante llenar un consentimiento Informado (anexo 1). También se llenará una ficha individual (anexo 2) esta hoja se aplicará a todos los pacientes que hayan sido seleccionados, como un instrumento de recolección de datos, ya que proporcionará información individual de cada caso en particular.

También se aplicará el test RCQ – TV (anexo 3) este sirve para determinar el estadio de cambio para el uso de alcohol o drogas, consta de 15 ítems que se agrupan en tres estadios de cambio (precontemplación, contemplación y acción).

### **Variables.**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>
Edad	Tiempo de años cumplidos que posee el sujeto desde la fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Numero entero expresado en la encuesta por el individuo.
Sexo	Genero en el cual se encuentra el sujeto.	Cualitativa nominal - Masculino - Femenino	Sexo expresado por el sujeto en la entrevista.
Ocupación	Labor que desempeña el sujeto.	Cualitativa	Tipo de ocupación que desempeña el sujeto
Nivel de instrucción	Escolaridad del sujeto	Cualitativa nominal - Primaria	Se utilizara tres niveles de

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secundaria</li> <li>- Superior</li> </ul>	<p>escolaridad requerida para la intervención.</p>
Tipo de sustancia	Sustancia de elección del sujeto, pueden presentarse conjuntamente dos o más sustancias.	<p>Cualitativa nominal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol</li> <li>- Pasta base de cocaína</li> <li>- Marihuana</li> <li>- Cocaína</li> </ul>	<p>Cuatro tipos de sustancias que son consideradas las de mayor elección entre los sujetos</p>
Frecuencia de consumo	Días de empleo de la sustancia	<p>Cuantitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos los días de la semana</li> <li>- Casi todos los días</li> <li>- 3 a 4 días</li> <li>- 2 a 3 días</li> <li>- 1 a 2 días</li> </ul>	<p>Días de empleo de la semana en la que se emplea la sustancia.</p>
Personalidad	Tipo de personalidad diagnosticada	<p>Cualitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limite</li> </ul>	<p>Tipo de personalidad B diagnosticada que será el grupo de elección para la prueba.</p>
Estado de motivación	Estadio del cambio en el que se encuentra el paciente	<p>Cualitativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Precontemplación</li> <li>- Contemplación</li> <li>- Acción</li> </ul>	<p>Tres estadios del proceso de cambio que evalúa el test</p>

			RCQ – TV.
--	--	--	-----------

**Tabla 11. Tipos de variables (Macancela, 2015)**

Variable independiente.

- Tipo de intervención. Entrevista motivacional, enfocado al estado motivacional del paciente, con el fin de propiciar cambios sobre su conducta adictiva.

Variable dependiente.

- Estado motivacional. Esta variable se medirá en dos momentos mediante el reactivo RCQ – TV.

Variables predictoras.

- Sociodemográficas.

Edad

Sexo

Escolaridad

Ocupación

Frecuencia de consumo

Tipo de sustancia

### **MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

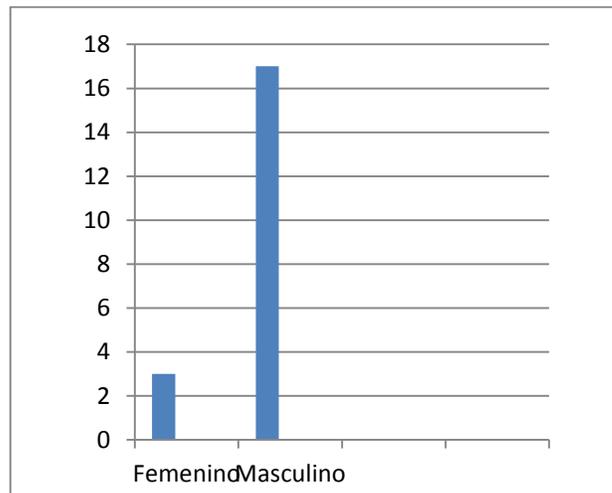
El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS – 19 el cual es un gestor de datos estadísticos, para ello se utiliza un método descriptivo, además de la utilización de cuadros de frecuencia que permite la descripción de las características de los participantes. También se describe mediante medidas de tendencia central el número de participantes que más se sitúa en un determinado rango.

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra de los pacientes se divide en hombres y mujeres del área de adicciones tanto de estos dos géneros, como se observa en la Tabla 12 la mayor parte de la muestra son hombres y una pequeña de mujeres, esto se debe principalmente al cierre del programa de adicciones mujeres en el Hospital donde se realizó la investigación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	3	15,0	15,0	15,0
	Masculino	17	85,0	85,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 12. Tipo de Sexo del investigado (Macancela, 2015)**

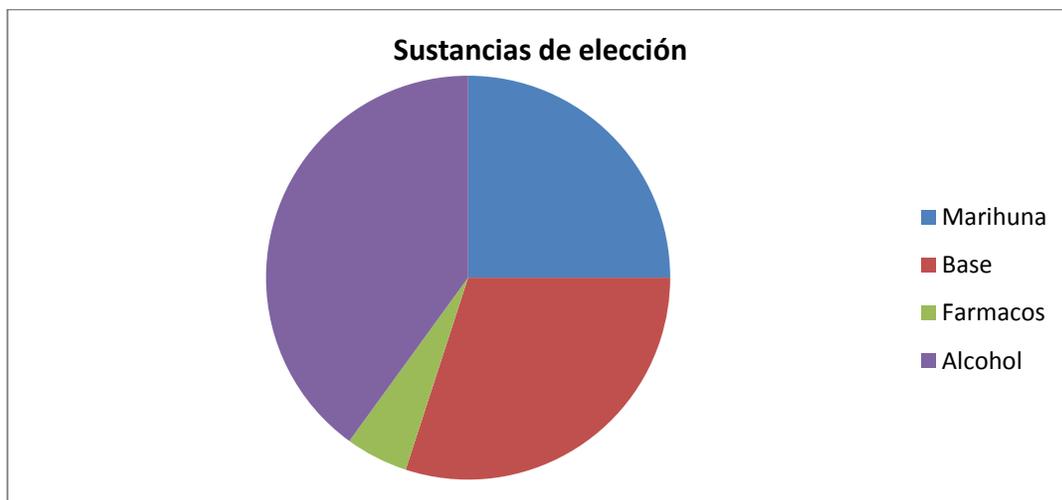


**Figura 1. Tipo de Sexo (Macancela, 2015)**

Con referencia a la sustancia de elección de consumo el porcentaje mayor se encuentra relacionado con el alcohol, la misma que es la más aceptada socialmente, además en segundo lugar se encuentra la utilización de PBC, tercero marihuana y por último el empleo de fármacos, estos resultados se observa en la Tabla 13.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	8	40,0	40,0	40,0
	Fármacos	1	5,0	5,0	45,0
	Pasta Base de Cocaína	6	30,0	30,0	75,0
	Marihuana	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 13. Sustancia de elección del consumo (Macancela, 2015)**



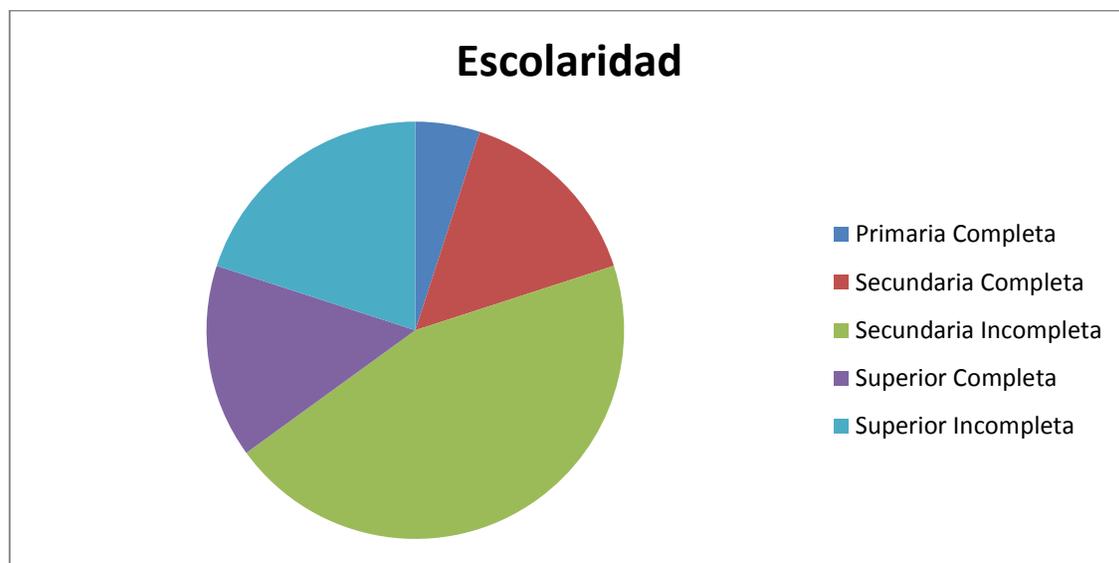
**Figura 2. Sustancia de elección (Macancela, 2015)**

En cuanto a la escolaridad la media se encuentra en secundaria incompleta (45%), esta se encuentra seguida de superior incompleta (20%), en tercer lugar superior completa y secundaria completa lo que representa el 15% respectivamente, por ultimo primaria incompleta con 5%. Los datos se presentan en la Tabla 14.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria Completa	1	5,0	5,0	5,0
	Secundaria Completa	3	15,0	15,0	20,0

Secundaria Incompleta	9	45,0	45,0	65,0
Superior Completa	3	15,0	15,0	80,0
Superior Incompleta	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 14. Escolaridad (Macancela, 2015)**



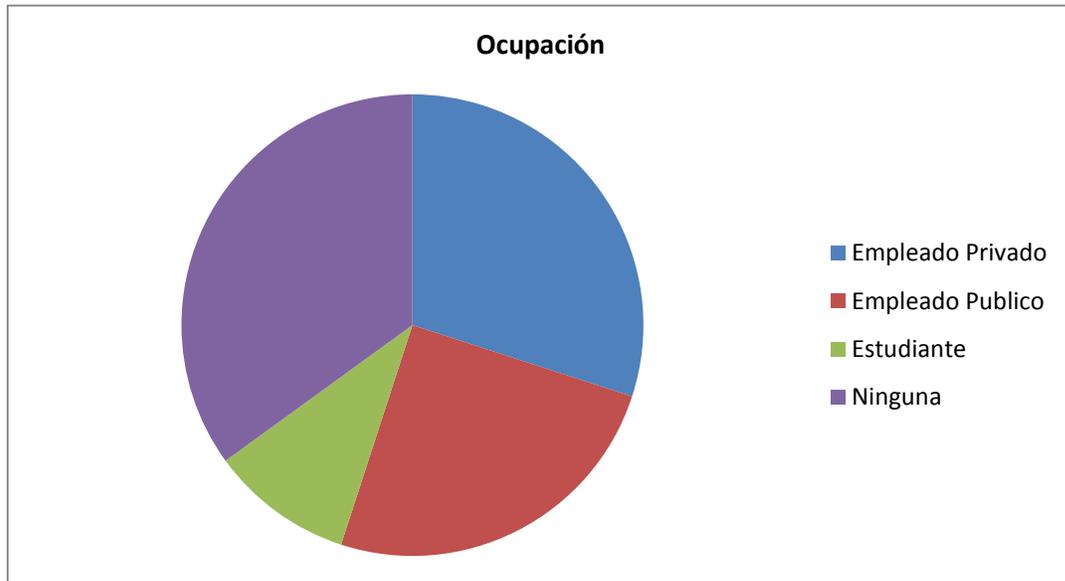
**Figura 3. Escolaridad (Macancela, 2015)**

Con referencia a la variable de ocupación de la muestra la media se encuentra en ninguna (35%) lo que indica el alcance que ha tenido la conducta adictiva sobre los pacientes, en segundo lugar se hace evidente el trabajo de empleado privado (30%), en tercero empleado público (25%), y por último la de estudiante (10%). Los datos se encuentran expuestos en la Tabla 15.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Empleado Privado	6	30,0	30,0	30,0
	Empleado Publico	5	25,0	25,0	55,0
	Estudiante	2	10,0	10,0	65,0

Ninguna	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

**Tabla 15. Ocupación (Macancela, 20)**



**Figura 4. Ocupación (Macancela, 2015)**

## **PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

### **Sesión apertura.**

Al inicio del abordaje terapéutico hay que dirigirse al paciente con moderación, ya que una intervención inadecuada puede provocar el aumento de la resistencia y el decremento motivacional (Gordon, & Marlatt, citados por Iraurgi, & Llorente, 2008). En esta primera sesión del abordaje terapéutico, se expondrán algunas pautas de intervención a manera de un protocolo de las sesiones terapéuticas, pero cabe señalar que las técnicas expuestas son susceptibles de ser modificadas de acuerdo a las necesidades de cada paciente en las diferentes intervenciones que se realizarán.

En primer lugar se va a señalar algunas de las trampas que comúnmente se da en la primera sesión:

**a). Trampa pregunta – respuesta.** Esto hace referencia a las respuestas con frases cortas, es decir, el paciente responde sí o no a una amplia lista de diferentes problemáticas, (Miller, & Rollnick, 1999). Por ejemplo:

- **Terapeuta.** ¿Está usted aquí por sus problemas con el alcohol?
- **Paciente.** Si correcto,
- **Terapeuta.** ¿Considera que bebe en exceso?
- **Paciente.** No

Esto provoca a que el paciente tenga pocas oportunidades de analizar su situación y pueda elaborar frases que fomenten la motivación. Una de las formas para evitar esta trampa es llenar una hoja con los datos informativos, para evitar la primera parte de recopilación que necesita para el trabajo (Miller, & Rollnick, 1999).

**b). La trampa confrontación – negación.** Miller, & Rollnick, (1999) “la cual puede generar que los pacientes repitan el patrón de conducta al que están acostumbrados. Se entiende a esta trampa como la prescripción de un problema y el señalamiento de un patrón de conducta a seguir”, además cabe señalar que de acuerdo a Linehan (1993) los pacientes con patrones de personalidad límite tienden a evitar las situaciones que son percibidas como amenazantes, es decir, situaciones en donde se invaliden sus emociones. Por ejemplo:

- **Terapeuta.** Creo que usted tiene serios problemas con el alcohol
- **Paciente.** ¿Por qué cree usted eso?
- **Terapeuta.** Por todas las dificultades que ha tenido con el consumo de licor
- **Paciente.** Yo no lo creo muchas personas beben igual o más que yo

El modo de evitar esta trampa es la escucha reflexiva y la verbalización de afirmaciones automotivacionales, las que se expondrán más adelante (Miller, & Rollnick, 1999).

**c). Trampa del énfasis prematuro.** De acuerdo a Miller, & Rollnick (1999) los terapeutas suelen apresurarse a abordar sobre el tema central del problema de los pacientes, que en este caso sería el consumo problemático de drogas, sin embargo, en muchas ocasiones el paciente puede iniciar hablando de temas particulares que le preocupan y los consideran más amplios, (Butler, Miller, & Rollnick, 2008). El error del terapeuta sería presionar al paciente a abordar temas que el considere importante, lo cual solo aumentará la resistencia del sujeto, es por eso conveniente abordar la preocupaciones del paciente, antes que las del terapeuta, del mismo modo que la trampa anterior el paciente puede percibir que sus preocupaciones están siendo invalidas y por lo tanto reaccionar del modo que está acostumbrado. (Miller, 2002).

## **FASE I.**

### **La Estructura de la Sesión Apertura.**

Los pacientes asisten a la primera sesión con una serie de expectativas y temores sobre la terapia. Por estas razones es conveniente señalarle al paciente una breve panorámica sobre la primera sesión y la terapia en general, las cuales son:

- La cantidad de tiempo que se dispone.
- Una explicación de su rol y los objetivos.
- Una descripción del rol del paciente.
- Un comentario de los aspectos que se trataran.
- Una pregunta abierta.

Miller y Rollnick (1999) presentan un ejemplo:

- “Disponemos de una hora, y en este momento deseo poder llegar a una primera comprensión de qué es lo que le ha traído aquí. Probablemente pasaré gran parte del tiempo escuchándole, de manera que pueda comprender cómo ve usted las cosas y cuáles son sus preocupaciones. También debe usted tener algunas expectativas sobre lo que va a ocurrir y lo que no va a ocurrir aquí, y me gustaría poderlas escuchar. Hacia el final de esta hora le pediré alguna información concreta que necesito. ¿Qué es lo que está pensando ahora?”

### **Las cinco primeras estrategias.**

Para poder empezar el abordaje de la primera sesión de apertura es necesario conocer las estrategias que se van a utilizar y el modo en que se las realizará, debido a que se las utilizará a lo largo de toda la EM, y son las que brindan las pautas de intervención, cabe indicar que estas se relacionan a la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993), la misma que se divide en varios tipos de estrategias de intervención, pero al ser un programa motivacional, con el cual se quiere conseguir un estado o predisposición para el cambio en pacientes con PL, no se interviene completamente con el modelo de Linehan (1993), sin embargo es necesario como indica este autor reconocer el problemas y de ese modo buscar alternativas a la misma, analizando los costes y beneficios.

### **Preguntas Abiertas.**

De acuerdo a Rogers, (1959) citado por (Marroquin, 2002) “en la primera etapa del abordaje terapéutico es propicio que el terapeuta cree una atmosfera de aceptación y confianza”. Es por eso que Miller, & Rollnick, (1999) señalan que en la primera fase de la EM el paciente es el que más debe hablar, y el terapeuta debe escucharlo cuidadosamente,

alentándolo a la expresividad. De acuerdo a los autores indican que la estas estrategias que se señalarán ayudan a facilitar la expresividad del sujeto.

Miller, & Rollnick, (1999) indica que una buena forma de iniciar esto es utilizando una serie de preguntas que estimulen al paciente, es decir, preguntas abiertas que no se pueden contestar con respuestas cortas. De acuerdo a las necesidades y características de los pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho”, es conveniente dirigirse directamente al motivo por el que fue hospitalizado en el área de adicciones, sin prestar atención a las necesidades que manifiesta el paciente, ya que de este modo brinda una ambiente de aceptación, a diferencia de la propuesta de Miller, & Rollnick, (1999), de este modo las preguntas propuestas van dirigidas en el siguiente sentido:

- Comprendo que por el hecho de estar aquí, se debió a algún motivo en particular ¿Dígame que fue lo que sucedió para venir?
- Me gustaría saber ¿Qué le motivo el venir aquí?
- Comprendo que existen ciertas preocupaciones de su forma de consumir drogas

Además Miller, & Rollnick, (1999) proponen una forma de dirigirse a pacientes ambivalentes que es muy adecuada, en la cual se analiza las dos caras de la moneda, o se utiliza una serie de preguntas que sean de contenido neutral. También algunos terapeutas en primer lugar prefieren preguntar que les agrada sobre su conducta, para luego indagar que les desagrada. Aquí se proponen algunos ejemplos muy útiles que brindan los autores:

- Explíqueme cuál es el uso que hace de la cocaína. ¿Qué es lo que le gusta del uso que hace? y ¿qué es lo que no le gusta? ¿Qué es lo que le preocupa del uso que usted hace de la cocaína?

Es necesario señalar que estas preguntas tan solo sirven como una forma de abrir la sesión, y se han descrito como una pauta de intervención.

### **Escucha Reflexiva.**

Miller, & Rollnick, (1999) señalan que la escucha reflexiva es el elemento crucial de la EM, ya que esta no implica el hecho de mantenerse callado y escuchar lo que dice el paciente, más bien se trata de la forma como el terapeuta responde al paciente. Miller, & Rollnick, (2002) citan a Gordon, (1970) quien delimita doce tipos de respuestas que no son de escucha reflexiva:

- Ordenar, dirigir, o encargar.
- Alertar o amenazar.
- Dar consejo, realizar sugerencias, o sugerir soluciones.
- Persuadir con lógica, discusión, o enseñanza.
- Moralizar, sermonear, o decir a los pacientes lo que «deberían» hacer.
- Estar en desacuerdo, juzgar, criticar, o culpabilizar.
- Estar de acuerdo, aprobar, o rogar.
- Culpabilizar, ridiculizar, o etiquetar.
- Interpretar o analizar.
- Reafirmar, simpatizar, o consolar.
- Cuestionar o poner a prueba.
- Retirarse, distraerse, hacer broma, o cambiar de tema.

Como indican los autores estas respuestas son consideradas como obstáculos, ya que estas tienen el efecto de bloquear al paciente, es decir, el terapeuta que reacciona de esta manera no está escuchando, además en pacientes con personalidad límite puede ser

percibido como una invalidación a sus emociones y por lo tanto aumentar el pensamiento de considerarse intrínsecamente malo (Linehan, 1993), por el contrario escuchar implicaría emitir comentarios de resumen de la terapia, que permitan al terapeuta resaltar elementos de dilema del paciente, para de este modo poder vencer la ambivalencia (Miller, 2002).

Se puede entender a la escucha reflexiva como un intento de averiguar lo que dice el paciente y trasmitírselo. Responder de esta manera implica plantearse la pregunta ¿Qué quiere decir el paciente?, a menudo el sujeto sabe lo que quiere comunicar, sin embargo, no sabe la forma como definirlo, por lo que lo hace de una manera como específica (Butler, Miller, & Rollnick, 2008).

En la escucha reflexiva es conveniente responder con frases y no con preguntas, ya que de acuerdo a Miller, & Rollnick, (1999) “una frase bien formulada es menos probable que desencadene una resistencia”. Aquí se presenta un ejemplo:

- **Paciente:** A veces me preocupa el que pueda estar bebiendo demasiado.
- **Terapeuta:** Ha estado bebiendo bastante.
- P: Realmente no creo que sea demasiado. Puedo beber mucho pero no me doy cuenta.
- T: Más que la mayoría de la gente.
- P: Sí. Puedo beber más que el resto de las personas que están en la mesa.
- T: Y eso es lo que le preocupa.
- P: Sí, eso y cómo me siento. A la mañana siguiente me encuentro mal. Me siento muy nervioso y no puedo pensar correctamente hasta muy avanzado el día.
- T: Y no es eso lo que le parece bien para usted.

“La reflexión se usa para reforzar algunos aspectos de lo que una persona ha dicho, o alterar su significado levemente”. También es importante señalar que la escucha reflexiva

ayuda a promover fases automotivacionales. Esta reflexión es importante después de las preguntas abiertas, ya que permite responder a las respuestas del paciente, es por eso importante que se den a la par (Butler, Miller, & Rollnick, 2008).

### **Afirmar.**

Miller, & Rollnick, (1999) indican que “afirmar tiene como objetivo el apoyar al paciente durante el proceso terapéutico, esto se hace mediante comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión”, también Linehan, (1993) indica que en pacientes con personalidad límite no se puede hablar de aceptación incondicional, ya que esto puede ser percibido como una falta de importancia a sus problemas, por el contrario se debe brindar aceptación, pero a la vez promover el cambio. Se presentan una serie de frases que pueden servir como ejemplo:

- Aprecio lo duro que debe ser para usted decidirse a venir aquí. ¡Dio un gran paso!
- Eso debe haber sido muy difícil para usted. ¿Qué cree que podría hacer?

### **Resumir.**

Miller, & Rollnick, (1999) señalan que una cuarta estrategia utilizada continuamente en la EM es resumir, la cual se entiende cómo hacer resúmenes de toda la información que se ha podido reunir, es necesario hacerlo de forma periódica, ya que permite demostrarle al paciente que está escuchando con atención, se presta cuidado a sus preocupaciones y emociones (Linehan, 1993) y prepara al paciente para seguir progresando, también permite que el paciente escuche nuevamente sus afirmaciones automotivacionales, por ejemplo:

- Hasta ahora ha comentado que está preocupado por la frecuencia con la que bebe, en comparación con el resto de personas, y también por lo que gasta. No está seguro de lo que implica que pueda beber mucho más que otras personas sin parecer que le afecte. Usted

está preocupado porque su forma de beber afecte negativamente sobre su memoria, y eso le impide dormir con normalidad. ¿Qué más?

Al final de esta primera sesión y de las sesiones posteriores será conveniente brindar un resumen general, integrado lo que ha sucedido en toda la sesión. Dentro de estos resúmenes hay que recordarle al paciente que la está en la capacidad de escoger lo que quiere destacar en su proceso, también sin olvidar brindar una ambiente de aceptación, pero al mismo modo promoviendo el cambio, durante la presentación del resumen general se le permite al sujeto añadir información o rectificarla. Cabe señalar que también se puede utilizar este tipo de resúmenes al iniciar la siguiente sesión, como una forma introductoria para continuar con el trabajo terapéutico (Miller, & Rollnick, 1999).

### **Provocar afirmaciones automotivacionales.**

Esta estrategia es considerada como orientadora para resolver la ambivalencia del paciente, las cuatro e anteriores van dirigidas a conseguir esta que sería considerada como el objetivo de la sesión apertura (Miller, 1983 citado por Miller, & Rollnick, 1999).

Miller, (2002) señala que las afirmaciones automotivadoras se pueden desglosar en cuatro categorías generales. “La primera es el reconocimiento del problema; el segundo es la expresión de preocupación por los problemas, esto a menudo se expresa por lenguaje no verbal; la tercera es la intención de cambiar directa o implícitamente, esto se puede expresar mediante la acción de la persona por cambiar; la cuarta y última es el optimismo acerca del cambio”.

Miller, & Rollnick, (1999) señalan que “Estos cuatro tipos de afirmaciones reflejan dimensiones cognitivas (reconocimiento, optimismo), afectivas o emocionales (preocupación) y conductuales (intención de actuar) de compromiso para cambiar. Desde

nuestro punto de vista, cada comentario de este tipo inclina la balanza un poco más hacia la dirección del cambio”. Pero como provocar estas afirmaciones automotivacionales, para ello tenemos lo siguiente.

Preguntas Evocadoras. Este paso consiste en utilizar las preguntas abiertas que se expuso anteriormente, para provocar afirmaciones automotivadoras.

Ejemplos de preguntas que pueden provocar afirmaciones automotivacionales (Miller, & Rollnick, 1999).

#### 1. Reconocimiento del problema

- ¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema?
- ¿Qué dificultades ha tenido con la forma en que usted utiliza las drogas?
- ¿De qué maneras cree que usted u otras personas se han visto afectadas por el hecho de que usted beba?
- ¿De qué maneras esto ha sido un problema para usted?

#### 2. Preocupación

- ¿Qué hay en su manera de beber que usted u otras personas podrían ver como motivos de preocupación? ¿Qué es lo que le preocupa en la forma en que usted utiliza las drogas?
- ¿Hasta qué punto le preocupa?

#### 3. Intención de cambiar

- ¿Cuáles son las razones que usted ve para cambiar?
- ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar bebiendo de la manera que lo ha venido haciendo?
- ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?

#### 4. Optimismo

- ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?
- ¿Cuáles son las otras razones por las que necesitaría cambiar?
- ¿Qué más le preocupa sobre su forma de beber?

Una vez conseguido el objetivo, en adelante se perseguirá que el paciente asuma las responsabilidades de su deseo de cambiar, es decir, reforzar lo conseguido, por eso señala Miller, (2002) que las revisiones periódicas de las afirmaciones automotivacionales son de gran utilidad.

**Balance Decisional.**

De acuerdo a todo lo expuesto , el paciente debe presentar ciertos avances en la sesión apertura, sin embargo, es posible que los alcances no sean claros, para ellos se presenta una técnica simple que es conocida como balance decisional, la cual consiste en analizar los pros y contras del consumo, de la misma manera sobre el proceso de recuperación, esta se enviará como tarea intercesión, la que permitirá continuar buscando el objetivo en el siguiente encuentro.

La hoja que presento va diseñada acorde al objetivo que se pretende conseguir.

<b>ASPECTOS POSITIVOS DE CONSUMO</b>	<b>ASPECTOS NEGATIVOS DE CONSUMO</b>
<b>ASPECTOS POSITIVOS DE DEJAR EL CONSUMO</b>	<b>ASPECTOS NEGATIVOS DE DEJAR EL CONSUMO</b>

**Tabla 16. Balance decisional (Miller, & Rollnick, 1999).**

Esta técnica se utiliza con el objetivo que el paciente profundice la ambivalencia, y de ese modo analice los estados contrapuestos, y por lo tanto estimule la posibilidad de cambio (Fernández-Hermida, 2007). Sin embargo, existe cierto riesgo al utilizarla, ya que el paciente podría simplificar sus respuestas, además puede estar llena de contradicciones la cual es producto de la ambivalencia, es tarea del terapeuta analizar las respuestas e ir venciendo la ambivalencia, como indica Miller, & Rollnick, (1999).

## **FASE II.**

En las siguientes sesiones el objetivo que se buscará conseguir es el promover afirmaciones automotivacionales y consolidar el compromiso de cambio, por lo tanto la siguiente sesión iniciará con la evaluación del balance decisional.

### **Mirar los Extremos.**

A la par del balance decisional es conveniente como indican Miller, & Rollnick, (1999) utilizar los extremos, es decir, pedir a los pacientes que describan los puntos extremos de sus preocupaciones, e imaginen las consecuencias más negativas. Además brindan ciertas preguntas como ejemplo de este punto:

- ¿Qué es lo que más le preocupa?
- ¿Cuáles son los peores miedos que podría sufrir si no cambiase?

### **Mirando Hacia Atrás y Adelante.**

Entre una de las múltiples estrategias que presentan Miller, & Rollnick, (1999) se encuentra la que señala como mirar hacia atrás, a la que hacen referencia como una forma que el paciente recuerde el tiempo anterior a que surja el problema, a la vez que compare con la situación actual, esta resulta ser muy útil, debido a que se evidencia que la tolerancia

de la persona hacia la sustancia ha aumentado considerablemente, siendo de suma importancia ya que se puede utilizar como un agente motivador. Ejemplo:

- ¿Cómo eran las cosas antes de que empezará a beber tanto? ¿Cómo era usted entonces?

La otra estrategia mencionada es mirar hacia adelante, que sirve como una forma de visualizar el futuro, de este modo se puede provocar afirmaciones automotivadoras (Miller, & Rollnick, 1999), ejemplo:

- ¿Cuáles serían los mejores resultados que usted podría imaginar si llevase a cabo un cambio?

### **Analizar los Objetivos.**

Como lo explican Miller, & Rollnick, (1999) “este enfoque es importante, debido que permite al paciente considerar cuales son las cosas más importantes en su vida, es decir, cuales son los valores u objetivos que la persona tiene en cuenta de manera prioritaria”.

### **Utilización de la Paradoja.**

Como indica Miller, & Rollnick, (1999) la paradoja es una serie de técnicas terapéuticas, en donde el terapeuta asume el rol de no problema, es decir el terapeuta intenta provocar la parte opuesta del paciente, generando preocupación e intención de cambiar, se relaciona con la técnica denominada intención paradójica de Erikson, & Viktor, (1997) citados por Haley, (1997) en donde se le pide al paciente que haga lo contrario, al malestar psicológico, en el caso de la EM se trata de tomar una posición contraria a lo que se quiere conseguir, esto sirve con pacientes límites para ayudarlos a resolver la ambigüedad y encontrar una síntesis a las distintas posiciones , aquí se presenta algunos ejemplos para mejor entendimiento.

- No estoy seguro de que usted crea que podría cambiar incluso si quisiera.

Sin embargo, esta táctica no es del todo efectiva, como una forma de averiguar si fue efectiva o no es si evoca afirmaciones automotivacionales (AM) (Miller & Rollnick, 1999). Una vez conseguido estas afirmaciones es necesario repetírselas al paciente, ya que de este modo las volverá a escuchar, es decir, verbalizarlas a manera de resúmenes (Miller & Rollnick, 1999).

### **Afrontamiento de la Resistencia o Conductas que Interfieren en la Terapia.**

Existen técnicas o tratamiento terapéuticos que pueden ocasionar el aumento de la resistencia del paciente y por lo tanto su falta de motivación y la falta de compromiso para el cambio (Miller & Rollnick, 1999), con pacientes límite se puede invalidar la vivencia del mismo provocando el abandono terapéutico o respuestas cortas (Linehan, 1993). Pero los niveles de resistencia están influenciados directamente por la intervención del terapeuta, por lo tanto es crucial la forma como se dirige este hacia los pacientes (Miller & Rollnick, 1999). Sin embargo, es importante conocer el adecuado abordaje de la resistencia.

### **Reconociendo la Resistencia.**

Desde el punto de vista de la EM la resistencia se entiende como una conducta observable, que indica al terapeuta que no sigue el curso normal de la terapia, es decir, el paciente no opina igual que el terapeuta, de acuerdo a DiClemente, & Prochaska, 1982 citado por Llorente, & Iraurgi, 2008, el terapeuta no va acorde al estado de cambio del paciente, por lo tanto debe retroceder y reconocer el estadio, para permitir un abordaje adecuado (Miller & Rollnick, 1999), pero también se puede deber a un estado de cansancio

del terapeuta adquiriendo este un rol de crítica y no terapéutico, lo que implicaría el incremento de la idea del paciente de considerarse malo (Linehan, 1993).

### **Estrategias para el Manejo de la Resistencia.**

**Devolución Simple.** Una buena estrategia consiste en responder a la resistencia con una resistencia simple, es decir, estar en desacuerdo con la postura del paciente, sin llegar a la confrontación, esto le permite reconocer un desacuerdo (Miller & Rollnick, 1999).

Ejemplo.

- P: No soy la única que tiene un problema. Si bebo es porque mi marido siempre se está metiendo conmigo.
- T: Parece que para usted la razón real para beber tanto tiene que ver con problemas que tiene en su matrimonio.
- P: Esto quiere decir que soy tan adicta como cualquiera de las otras personas que acuden a tratamiento. Creo que lo puedo dejar en cualquier momento que así lo desee.
- T: Esto que dice es confuso. No puede ver cómo es realmente.
- P: ¿Quién es usted para decirme esto? ¿Qué es lo que usted sabe sobre la heroína?  
¡Probablemente nunca se haya fumado un porro!
- o T: Parece que está bastante enfadada conmigo.
- o P: ¿No quiero dejarlo!
- o T: No cree que eso le sería beneficioso.
- o P: No podría cambiar incluso si así lo quisiera.
- o T: No ve ninguna salida en la que pueda confiar, y podría fracasar si lo intentase.

Devolución Amplificada. Miller, & Rollnick, (1999) indican que una forma muy útil para vencer la resistencia es devolverle al paciente la resistencia de una forma amplificada

o exagerada, es decir hacerlo de una manera más extremista de los que el paciente lo ha hecho, pero hay que ser cautos al momento de aplicarla, ya que si se dirige de un tono incorrecto puede ser considerada como una burla, pero si se realiza adecuadamente se fomentara que el paciente baje la resistencia y aparezca la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1999). Se expone un cuadro sobre las diferentes formas de resistencia.

1. Argumentar. El paciente pone a prueba la habilidad, nivel de conocimientos o integridad del terapeuta.

- Retar. El paciente pone a prueba de forma directa lo que el terapeuta ha dicho.
- Desvalorizarían. El paciente cuestiona la autoridad personal del terapeuta y sus conocimientos.

- Hostilidad. El paciente expresa la hostilidad de forma directa hacia el terapeuta.

2. Interrumpir. El paciente corta e interrumpe al terapeuta de una manera defensiva.

- Discutir. El paciente habla mientras que el terapeuta está todavía hablando, sin esperar un momento en que se produzca una pausa o un silencio.

- Cortar. El paciente corta con palabras de una forma claramente intencionada al terapeuta (por ejemplo, Ahora espere un minuto. Ya he oído bastante).

3. Negar. El paciente expresa no querer reconocer los problemas, o cooperar, o aceptar la responsabilidad, o aceptar un consejo.

- Culpabilizar. El paciente culpabiliza a los demás de sus problemas.
- Excusarse. El paciente utiliza excusas para justificar su conducta.
- Reclamar la impunidad. El paciente defiende que no corre peligro alguno.
- Minimizar. El paciente sugiere que el terapeuta está exagerando los riesgos o peligros, y que realmente no está tan mal.

- Pesimismo. El paciente hace comentarios generales sobre sí mismo o sobre los demás que son pesimistas, autculpabilizadores, o de tono negativo.

- Reticencia. El paciente expresa reservas y reticencia sobre la información o el consejo dado.

- No querer cambiar. El paciente expresa una falta de deseo de querer cambiar, o una intención de no cambiar.

4. Ignorar. El paciente da señales de no seguir o de ignorar al terapeuta.

- Falta de atención. La respuesta del paciente indica que no está siguiendo o no está atendiendo.

- Falta de respuesta. Cuando responde a las preguntas del terapeuta, el paciente da una respuesta que no es adecuada a la pregunta.

- No respuesta. El paciente da una respuesta no audible o no verbal a la pregunta del terapeuta.

- Desviarse. El paciente cambia la dirección de la conversación que el terapeuta está persiguiendo.

**Cambio de Tema.** Otra técnica útil representa desviar la atención del paciente del tema, en el que aparentemente se mantiene inmóvil, es decir, significa evadir el obstáculo, en vez de enfrentarlo, esta es una buena forma de salirse de la resistencia, principalmente cuando se mantiene en un tema particularmente difícil (Miller & Rollnick, 1999). Ejemplo:

- P: De acuerdo, tal vez tenga algunos problemas con el alcohol, pero no soy un alcohólico.

- T: No creo que éste sea realmente el tema en absoluto, y ahora no quiero que usted se preocupe por esto. No es importante para mí si quiere verse a sí mismo como un

alcohólico o no. Yo estoy preocupado, de la misma forma que usted, sobre algunas de las cosas que parecen estar ocurriendo en su vida. Dígame algo más sobre...

**Enfatizar la Elección y Control Personal.** Generalmente la resistencia surge cuando la persona siente que está perdiendo su libertad, siendo esta una reacción normal ante esta percepción, una forma de evitar esto es dejando en claro desde un comienzo que el paciente es el que tiene la elección (Miller & Rollnick, 1999). Ejemplo:

- Lo que puede hacer con esta información depende totalmente de usted.
- Nadie puede dejar la bebida por usted. Es realmente una decisión suya.

**Reformulación.** Esta estrategia hace referencia a reformular o darle un giro a la información que le brinda el paciente, esto es particularmente útil cuando el paciente brinda argumentos que sirven para negar el abordaje, esta información se reformula de una forma que contribuya al cambio (Miller & Rollnick, 1999).

**Comunicación Recíproca.** Se trata de reducir la diferencia percibida entre el paciente y el terapeuta, haciendo a este más vulnerable, para ello sirve la autorevelación, la honestidad y la responsividad, para esto se requiere tomar en serio las peticiones del paciente, de forma cálida (Linehan, 1993), por ejemplo.

- Reconozco que acelere mi intervención, y me equivoque, esto se debe a la forma en que me responde, lo cual no me permite pensar con claridad.

De esta manera combina la validación con el desafío, mostrando las consecuencias de la conducta en el terapeuta y a la vez validando la percepción del paciente (Linehan, 1993).

### **FASE III.**

En esta fase y última lo que se pretende consolidar el compromiso hacia el camino del cambio.

## **Recapitulación.**

El primer paso en esta última fase de la intervención consiste en resumir la situación actual del paciente, tal y como ha sucedido hasta el momento, el objetivo en este momento se trata de resumir tantas razones para el cambio como sea posible mientras se reconoce la resistencia o ambivalencia del paciente (Miller & Rollnick, 1999). Esta recapitulación permite la preparación para la transición en las etapas del cambio y prepara para la aplicación directa de preguntas claves (Miller, 2002). Se expone ejemplos de recapitulación.

- Un resumen de las percepciones personales del paciente sobre el problema tal y como se expresa en sus afirmaciones automotivadoras.
- Un resumen de la ambivalencia del paciente, incluyendo lo que sigue considerando como positivo o atractivo de la conducta-problema.
- Una revisión de todos los datos objetivos que usted tiene con respecto a la presencia de riesgos y problemas.
- Una repetición de todos los indicadores que el paciente ha referido sobre el deseo, la intención o la consideración de cambiar.
- Su propia evaluación de la situación del paciente, particularmente en temas en los que coincide con las preocupaciones propias de éste.

## **Preguntas claves.**

Estas preguntas claves se aplican inmediatamente después de la recapitulación, sin embargo, se puede utilizar a lo largo de todo el proceso, estas se formulan en forma de preguntas abiertas, aquí no se les pregunta lo que tiene que hacer, sino más bien lo que quiere hacer, estas se deben aplicar cuando el sujeto se encuentra en el punto álgido de la

conciencia del problema, es decir, se utiliza con el fin de reforzar las afirmaciones automotivadoras, esto hace que el paciente hable y piense en el cambio (Miller & Rollnick, 1999).. Ejemplo de preguntas:

- ¿Qué es lo que cree que hará?
- Ahora debe ser incómodo para usted ver todo esto... ¿Cuál es el siguiente paso?
- ¿Qué es lo que usted cree que tiene que cambiar?
- ¿Qué podría hacer? ¿Qué opciones tiene?

### **Información y consejo.**

Es común como señala Miller, & Rollnick, (1999) que en esta fase el paciente pida consejos al terapeuta, sin embargo, no es útil que el terapeuta indique lo que es conveniente hacer, hay que recordar que la decisión del cambio depende del paciente, lo cual se relaciona a la intervención sobre la solución de problemas que indica Linehan (1993), lo mismo que continuamente se debe validar la decisión del paciente, solo encaminándolo, por lo tanto es beneficioso dirigirse de esta manera como plantean Miller, (2002):

- Me gustaría darle algunas ideas, pero no quiero interferir en su pensamiento creativo, y usted es el único experto en sí mismo.

Si el paciente insiste en un consejo se puede brindar de una manera no personal, permitiendo que se ajuste a la situación (Miller & Rollnick, 1999), ejemplo:

- No sé si esto le servirá o no, pero le puedo dar una idea de lo que ha sido útil para otras personas en su situación.
- Todo lo que puedo darle, por supuesto, es mi opinión. Usted es realmente el único que tiene que decidir si le resulta útil o no.

- Algunas personas han... (hacer la sugerencia). Me pregunto si esto le sería de utilidad a usted.

Una tercera opción consiste en ofrecer no uno, sino una serie de opciones, Miller, (1985) citado por (Miller & Rollnick, 1999). Ejemplo:

- Bien, realmente no existe manera alguna que vaya bien para todo el mundo. Le daré los diferentes enfoques que otras personas han utilizado con éxito, y usted decide cuál de ellos le irá mejor.
- Déjeme describirle una serie de posibilidades, y usted me dirá cuál de ellas tiene más sentido para usted.

**Negociar un plan.** Después de la aplicación de las técnicas ya expuestas, es posible que empiece a surgir un compromiso hacia el cambio, por lo que es conveniente negociar ese compromiso, para lo cual se requiere un plan de acción, el desarrollo de este plan es una negociación que consiste en: establecer los objetivos, considerar las opciones y establecer un plan (Miller & Rollnick, 1999).

a). Establecer los Objetivos. Una forma de proporcionar el cambio es creando una discrepancia entre los objetivos personales y el estado actual, como ya se mencionó en la fase anterior, por lo tanto es conveniente establecer objetivos claros hacia dónde dirigirse, es probable que los objetivos del paciente sean contrapuestos a los que el terapeuta espera, en este caso es conveniente ofrecerle una serie de posibilidades (Miller & Rollnick, 1999).

Para iniciar esta parte se puede utilizar preguntas claves como por ejemplo:

- ¿Cómo le gustaría que cambiarán las cosas?
- ¿Qué es lo que quiere cambiar?
- Si usted pudiera conseguir con éxito lo que ahora quiere, ¿qué es lo que cambiaría?

Es conveniente realizar un trabajo conjunto hacia los objetivos que quiere dirigirse, y enfatizar en los cuales se muestre más entusiasta el paciente (Miller & Rollnick, 1999). Es posible que busque objetivos muy amplios, por lo mismo es importante proponerle unos objetivos que son útiles para su bienestar (Butler, Miller, & Rollnick, 2008). Ejemplo:

- ¿En qué grado podría ser su vida diferente, si usted siguiera esta idea y lo dejara todo de una vez?
- Usted ha comentado qué le gustaría reducir lo que toma, por lo tanto hablemos sobre esto durante unos instantes. ¿Cómo cree que esto le iría a usted?

Antes de continuar al siguiente paso es necesario analizar si el objetivo planteado y seleccionado es el correcto, además si existe preocupación por parte del paciente sobre el mismo (Miller & Rollnick, 1999). El siguiente paso sería cómo el paciente podría actuar una vez conseguido el objetivo.

b). Considerar las Opciones de Cambio. El siguiente paso consiste en considerar los diferentes métodos para poder conseguir el cambio deseado, para esto se puede comentar conjuntamente con el paciente una serie de opciones para conseguir los cambios deseados, es decir, se le presenta un menú de opciones en donde el paciente escoge la que desea seguir, se debe preguntar al paciente si tiene alguna duda en cada opción, se debe dejar al final la negociación (Miller & Rollnick, 1999). A medida que se avanza en las diferentes opciones pregúntele al paciente que sería lo mejor que pasaría con cada alternativa, es también una alternativa para revisar si el paciente decide no hacer nada y analizar los resultados probables (Miller & Rollnick, 1999). Por ejemplo.

- Le gustaría hacer algo respecto a no sentirse solo durante la noche, de manera que no tuviera que sentarse a pensar sobre tomar drogas para sentirse más tranquilo. ¿Qué tipo de cosas podría hacer en su lugar? ¿Cómo cree que le resultarían?

c). Llegar a un Plan. Finalmente el planteamiento de los objetivos lleva directamente a la negociación de un plan de acción para el cambio (Miller & Rollnick, 1999). En esta etapa resulta útil que considere los diferentes pasos que podría el paciente realizar para alcanzar los objetivos deseados.

METAS DE CAMBIO	ACCIONES A DESARROLLAR (QUE-CUANDO-COMO-CON QUIEN-EN DONDE)

**Tabla 17. Metas de cambio (Miller, & Rollnick, 1999).**

**Establecer un compromiso.**

Como indican Miller & Rollnick, (1999), después del planteamiento de los objetivos y la aceptación del plan esto conducirá a realizar los pasos necesarios para conseguirlo, en esta etapa se debe provocar un acuerdo verbal, con una simple pregunta se puede obtener un si ¿es lo que quiere hacer? es conveniente que este compromiso se haga público, se puede realizar haciéndolo con los compañeros de hospitalización, o se puede pedir al paciente que escriba una carta dirigida a la familia en donde expresa sus decisiones en cuanto a cambiar, o también puede compartir el plan que va a seguir o el compromiso adquirido con otros miembros del equipo técnico del área de adicciones, pero la misma se pedirá que sea validada, de ese modo reforzará la idea que el paciente ha tomado la

decisión correcta. De acuerdo a Miller, & Rollnick, (1999) “mientras se comente con más personas el plan, más se fortalecerá el compromiso de cambio”.

Una forma de comprobar si el compromiso del cambio ha sido aceptado es que el paciente empiece a realizar pequeñas acciones que le permitan realizar los avances deseados, como por ejemplo tomar la medicación, realización de tareas, cumplimiento de normas, sin embargo, los pacientes tienden en mucho de los casos a mantenerse ambivalentes (DiClemente, & Hughes, 1990) citado por (Becoña, 2010), es por ello importante recordar que las técnicas de la EM son aplicables en todo momento.

## **CONCLUSIÓN.**

Como ya se señaló con anterioridad al inicio de la descripción del protocolo de intervención el programa propuesto va dirigido a pacientes con personalidad límite consumidores de sustancias, cuyo objetivo es motivar para el trabajo en su conducta adictiva y conductas asociadas a la misma y su personalidad, pero no se busca modificar rasgos disfuncionales, por el contrario se trata de conseguir un nivel de motivación o alcanzar una etapa que permita el trabajo de conductas disfuncionales, por este motivo no se enfatizó completamente en la Terapia Dialéctica Conductual de Linehan, (1993) la cual está destinada al trabajo en la conductas propias de la personalidad límite, por el contrario como base fundamental se emplea la Entrevista Motivacional de Miller, & Rollnick, (1999) siendo esta técnica que permitirá el trabajo en la motivación del paciente, también cabe indicar que ciertas intervenciones propias de esta técnica se relacionan a la técnica propuesta por Linehan (1993).

## CAPITULO V

### RESULTADOS Y ANÁLISIS.

#### RESULTADOS.

Después de la aplicación del reactivo RCQ – TV los datos que arrojan son interesantes, ya que de acuerdo a los resultados de la primera evaluación, se evidencia que no existe pacientes que se consideren dentro de la etapa de acción, por ende la muestra se distribuye entre la etapa contemplativa (35%) y precontemplativa (65%), siendo esta última la que se encuentra en mayor proporción. Los resultados se muestran en la Tabla 18

		Etapa del proceso de cambio según Prochaska & Diclemente, evaluación inicial		Total
		Contemplación	Precontemplación	
Tipo de Sexo	Femenino	1	2	3
	Masculino	6	11	17
Total		7	13	20

Tabla 18. Tipo de Sexo del investigado, evaluación inicial (Macancela, 2015).

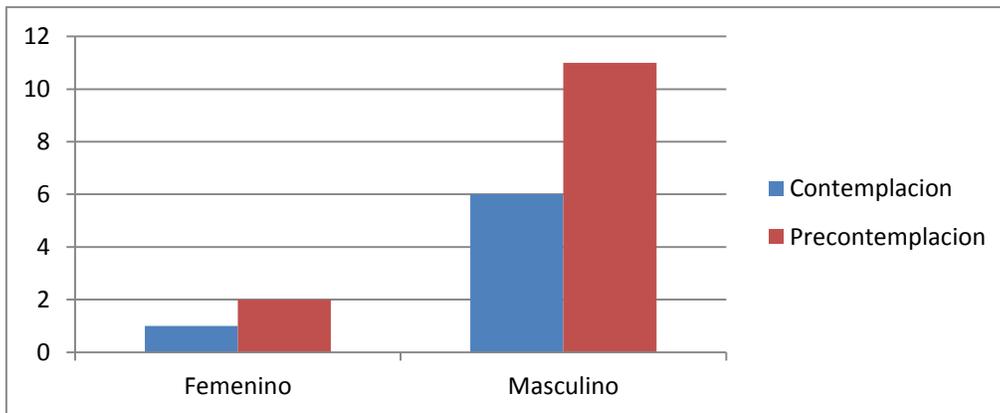


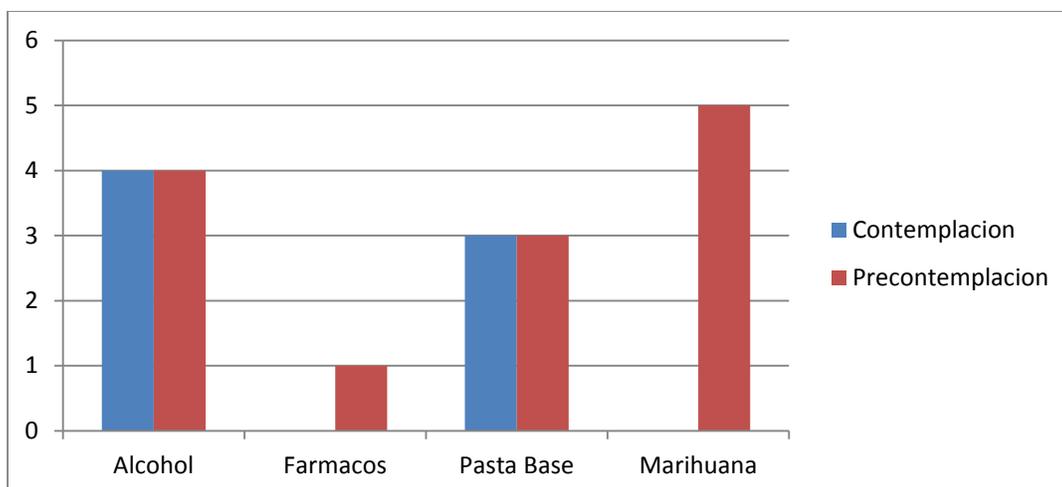
Figura 5. Tipo de sexo, evaluación inicial (Macancela, 2015).

Como se observa en la Tabla 18 se halló con relación al sexo femenino 2 casos dentro de la etapa precontemplativa y 1 caso en contemplativa, por el contrario en cuanto al sexo masculino se encontró 11 en precontemplación y 6 en contemplación.

El siguiente punto a tomar en consideración es la sustancia de elección para el consumo en donde la muestra se divide en el estado precontemplativa con un total de 13 pacientes y en el estado contemplativo 7. Dentro del primer estado marihuana es la sustancia que más sujetos se encuentran atravesando el primer estadio motivacional, en segundo lugar alcohol, tercero pasta base y por último fármacos, por el contrario dentro del estadio de contemplación alcohol es la sustancia que se repite, y pasta base de cocaína en segundo lugar. Los resultados se observan en la Tabla 19

		Etapa del proceso de cambio según Prochaska & Diclemente, evaluación inicial		Total
		Contemplación	Precontemplacion	
Sustancia de elección del consumo	Alcohol	4	4	8
	Fármacos	0	1	1
	Pasta Base de Cocaína	3	3	6
	Marihuana	0	5	5
Total		7	13	20

**Tabla 19. Tipo de sustancia, evaluación inicial (Macancela, 2015).**



**Figura 6. Tipo de sustancia, evaluación inicial (Macancela, 2015).**

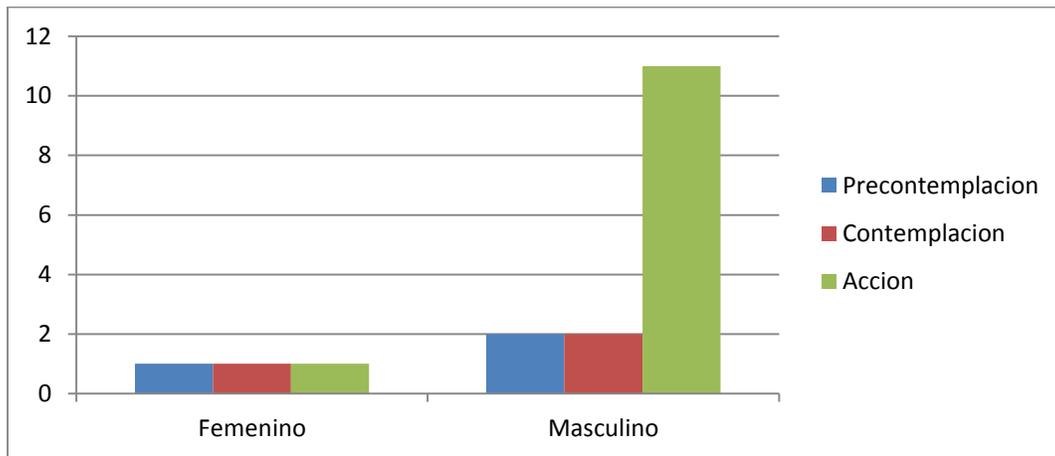
A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del test RCQ – TV se realizó la intervención motivacional a los sujetos seleccionados.

### **RESULTADOS DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL.**

En cuanto a la relación del sexo de los sujetos investigados con referencia a la etapa precontemplativa se encontró una persona del sexo femenino (1) dentro de este estadio y dos del masculino (2). En la segunda etapa (contemplación) se obtuvo un caso dentro del sexo femenino (1) y cuatro en cuanto a los varones (4). Por último en la etapa de acción los datos arrojados dan como resultado un caso del sexo femenino (1) y 11 casos del masculino. Los resultados se exponen en la Tabla 21.

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Tipo de Sexo del investigado	Femenino	1	1	1	3
	Masculino	11	4	2	17
Total		12	5	3	20

**Tabla 20. Tipo de sexo, tras la EM (Macancela, 20150).**



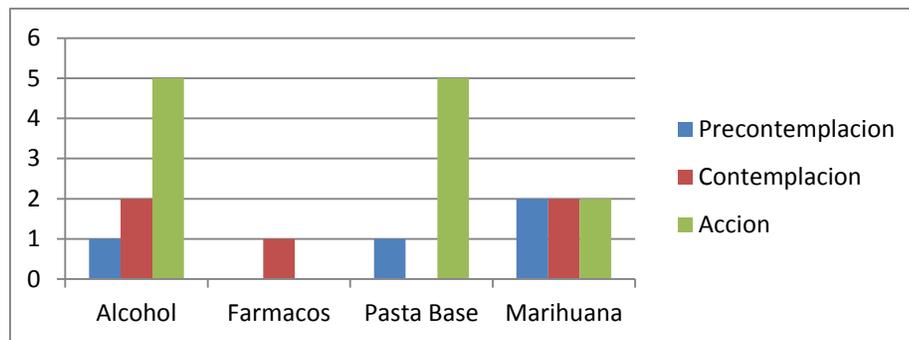
**Figura 7. Tipo de sexo, tras la EM (Macancela, 2015).**

El siguiente cuadro a analizar es con referencia a la sustancia de elección de los pacientes, en primer lugar con el consumo de alcohol existen 1 caso que se encuentra en la etapa de precontemplación, 2 en contemplación y 5 en acción. En cuanto a los fármacos existe la presencia de 1 caso en esta etapa. Por el contrario pasta base de cocaína existe 1 sujeto que se mantiene en la etapa de precontemplación y 5 en la de acción y por ende 0 casos en la de contemplación. Por ltimo en cuanto al consumo de marihuana la distribución de los casos se da con referencia a la etapa precontemplación 1, contemplación 2 y acción 2. Los resultados se observan en la Tabla 22.

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Sustancia de elección del consumo	Alcohol	5	2	1	8
	Fármacos	0	1	0	1
	Pasta Base de Cocaína	5	0	1	6
	Marihuana	2	2	1	5

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Sustancia de elección del consumo	Alcohol	5	2	1	8
	Fármacos	0	1	0	1
	Pasta Base de Cocaína	5	0	1	6
	Marihuana	2	2	1	5
Total		12	5	3	20

**Tabla 21. Tipo de sustancia, tras la EM (Macancela, 2015).**

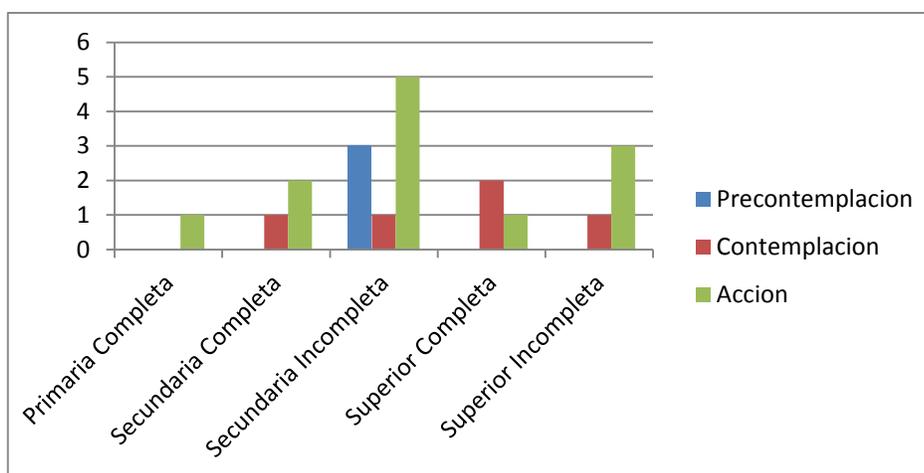


**Figura 8. Tipo de sustancia, tras la EM (Macancela, 2015).**

Dentro de la escolaridad de los sujetos investigados se halló con referencia a primaria incompleta 1 caso dentro de la etapa de acción. En cuanto a secundaria incompleta 9 casos distribuidos en 3 dentro de precontemplación, 1 en contemplación y 5 en acción, siendo este último el número que más se repite dentro de la misma etapa. En secundaria completa existen 3 casos 1 en contemplación y 2 en acción. En superior incompleta existen 4 casos, los mismos que están intercambiados 1 en contemplación y 3 en la etapa acción. Por ultimo con relación a la escolaridad superior completa existen la presencia de 3 casos 2 en la etapa contemplativa y 1 en la etapa acción. Los resultados se exponen en la Tabla 23.

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Escolaridad	Primaria Completa	1	0	0	1
	Secundaria Completa	2	1	0	3
	Secundaria Incompleta	5	1	3	9
	Superior Completa	1	2	0	3
	Superior Incompleta	3	1	0	4
Total		12	5	3	20

**Tabla 22. Escolaridad, tras la EM (Macancela, 2015).**



**Figura 9. Escolaridad, tras la EM (Macancela, 2015).**

## ANÁLISIS.

### DATOS DE CORRELACIÓN.

De acuerdo a los datos obtenidos después del análisis de los resultados se encontró que en cuanto a la variable tipo de sexo como efecto una puntuación  $X=1,307^a$  que equivale a una puntuación  $p=,520$  que indica la existencia de una relación negativa, al igual que la variable edad, ya que existe una puntuación de  $X=23,111^a$  que corresponde a una

puntuación  $p=,395$ . De la misma manera sucede con las siguientes variables edad en la que inicia el consumo con las puntuaciones  $X=2,103^a$  lo que hace referencia a una puntuación  $p=,717$ ; con la variable sustancia de elección de consumo sucede de la misma manera encontrándose puntuación  $X=5,964^a$  que corresponde a una puntuación  $p=,427$ ; la siguiente variable es días de utilización de la sustancia con las siguientes puntuación  $X=2,504^a$  que equivale a una puntuación  $p=,868$ ; se continua con la variable escolaridad que indica una puntuación  $X=7,602^a$  que corresponde a una puntuación  $p=,473$ . Las variables ya expuestas obtienen como resultado una relación negativa, por el contrario la única variable que brinda una relación positiva se encuentra en ocupación que se obtuvo una puntuación  $X=14,121^a$  que equivale a una puntuación  $p=,028$ ; es decir esta puntuación se encuentra por debajo del valor 0,05, las anteriores están por encima del valor ya descrito. A continuación se presenta las diferentes tablas en donde se describe las diferentes variables con sus correspondientes datos y resultados, además de las correlaciones.

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Tipo de Sexo del investigado	Femenino	1	1	1	3
	Masculino	11	4	2	17
Total		12	5	3	20

**Tabla 21. Tipo de sexo, tras la EM (Macancela, 2015)**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,307 <sup>a</sup>	2	,520
Razón de verosimilitudes	1,201	2	,548
N de casos válidos	20		

**Tabla 23. Correlación, tipo de sexo (Macancela, 2015).**

X=1,307<sup>a</sup> que equivale a una puntuación p=,520 que indica la existencia de una relación negativa

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplación	
Sustancia de elección del consumo	Alcohol	5	2	1	8
	Fármacos	0	1	0	1
	Pasta Base de Cocaína	5	0	1	6
	Marihuana	2	2	1	5
Total		12	5	3	20

**Tabla 22. Tipo de sustancia, tras la EM (Macancela, 2015)**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,964 <sup>a</sup>	6	,427
Razón de verosimilitudes	7,145	6	,308
N de casos válidos	20		

**Tabla 24. Correlación, tipo de sustancia (Macancela, 2015)**

Existe una puntuación de X=5,964<sup>a</sup> que corresponde a p=,427, que de la misma manera que el punto anterior, indica una relación negativa.

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Escolaridad	Primaria Completa	1	0	0	1
	Secundaria Completa	2	1	0	3
	Secundaria Incompleta	5	1	3	9
	Superior Completa	1	2	0	3
	Superior Incompleta	3	1	0	4
Total		12	5	3	20

**Tabla 23. Escolaridad, tras la EM (Macancela, 2015).**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,602 <sup>a</sup>	8	,473
Razón de verosimilitudes	8,505	8	,386
N de casos válidos	20		

**Tabla 25. Correlación, escolaridad (Macancela, 2015).**

La puntuación de este tabla  $X=7,602^a$  lo que hace referencia a una puntuación  $p=,473$  de esta forma también se hace evidente una relación negativa.

		Etapa del proceso de cambio después de la entrevista motivacional			Total
		Acción	Contemplación	Precontemplacion	
Ocupación	Empleado Privado	4	2	0	6
	Empleado Publico	3	2	0	5
	Estudiante	0	0	2	2

Ninguna	5	1	1	7
Total	12	5	3	20

**Tabla 26. Ocupación, tras la EM (Macancela, 2015).**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,121 <sup>a</sup>	6	,028
Razón de verosimilitudes	11,989	6	,062
N de casos válidos	20		

**Tabla 27. Correlación, ocupación (Macancela, 2015)**

Por último la tabla relacionada a la variable ocupación la puntuación  $X=14,121^a$  que equivale a una puntuación  $P=,028$ , siendo esta la única variable que se encuentra una relación positiva en el análisis de datos.

## CONCLUSIONES GENERALES

De acuerdo a los datos obtenidos después del análisis de los resultados se encontró que las variables ya expuestas obtienen como resultado una relación negativa, por el contrario la única variable que brinda una relación positiva es ocupación que se obtuvo una puntuación  $X=14,121^a$  que equivale a una puntuación  $p=,028$ ; es decir esta se encuentra por debajo del valor 0,05, las anteriores están por encima del valor ya descrito.

A pesar de lo expuesto durante la investigación y en los datos ya exhibidos anteriormente en las diferentes tablas se encontró que la entrevista motivacional es un instrumento importante que sirve para aumentar la motivación de los pacientes con personalidad límite, debido a que en primera instancia se aplicó el test de RCQ – TV, para medir el estadio de cambio, encontrándose varios participantes en el estado de Precontemplación (13) y contemplación (7), de esta manera también se cumplió el objetivo de evaluar el nivel de motivación. Una vez realizado este procedimiento y aplicado el programa diseñado para pacientes consumidores de sustancias con personalidad límite y revalorados con el test ya descrito se encontraron datos interesantes, es decir, se dio un incremento en el nivel motivacional, ya que de cierta manera las personas a quienes se les aplicó el programa se sienten durante el proceso aceptados y no juzgados, lo que proporciona un ambiente empático y permite analizar las diferentes opciones que tiene en cuanto a su comportamiento, de la misma manera pueden analizar los beneficios o consecuencias de su posible cambio, por lo tanto varios sujetos que fueron miembros de esta investigación avanzaron hacia la etapa de acción, en donde se permitieron realizar diferentes actividades para trabajar en su conducta adictiva, tales como trabajo en los pasos o toma de medicación, a esto se suma el análisis de las consecuencias de su consumo,

como resultado de ello en las diferentes tablas de resultados se observa que existen 12 casos que han avanzado a la etapa de acción, por el contrario se han mantenido en la etapa de contemplación y precontemplación 5 y 3 casos respectivamente, sin embargo, cabe indicar que sujetos que se encontraban en el estadio precontemplativo prosperaron a la etapa de contemplación, pero esto no permitió analizar completamente las consecuencias de su conducta y por lo tanto tomar acciones de cambio.

Cabe señalar que las personas que no avanzaron desde la etapa de precontemplación son las que presentaban rasgos muy marcados de personalidad límite (trastorno de personalidad), en donde las fluctuaciones de su estado, la continua ambivalencia, los intentos autolíticos, la impulsividad marcada y alteración de la autoimagen, sentimientos de vacío e idealización y devaluación de los familiares quienes lo ingresaron en el Hospital, no permitió un análisis adecuado de su conducta adictiva, es por ello el poco avance hacia las etapas en donde le permita un mejor resultado en su conducta y que implique la realización de comportamientos pro cambio, por el contrario se mantuvieron su conducta adictiva.

También se observó que la entrevista motivacional sirve como un instrumento terapéutico inicial, mas no como el único que permita el avance, ya que se requiere el reforzamiento continuo con relación a los avances conseguidos, además se necesita de otras técnicas terapéuticas para abordar situaciones propios de la adicción y de la personalidad límite, de esta manera se puede incrementar el trabajo en las conductas que se desea cambiar.

A pesar de todo lo indicado se concluye que la Entrevista Motivacional es un valioso instrumento a la hora de trabajar en los primeros estadios del proceso de hospitalización

con pacientes consumidores de sustancias y personalidad límite, ya que este ayuda a trabajar en las etapas motivacionales de la personas, la cual ayuda a incrementarla y propicia un estado de compromiso, sin embargo, también se observó durante el proceso que los rasgos disfuncionales de personalidad límite son un obstáculo para el avance terapéutico, es por eso que se requiere de un abordaje especializado para esta patología, pero también se requiere de un abordaje motivacional inicial. Por lo tanto se considera que esta técnica es factible de ser aplicada en las personas ya descritas.

## **RECOMENDACIONES.**

Después de haber analizado los datos y revisado la investigación se considera importante como recomendaciones tanto para futuras investigaciones, como también para mejorar el tratamiento motivacional es necesario el trabajo en sesiones de seguimiento, como ya se expuso anteriormente los estados motivacionales de los pacientes con problemas de adicciones y personalidad límite es muy fluctuante, por lo tanto para obtener mejores resultados se requiere que se planifique más sesiones no solamente iniciales, las cuales se utilizará como una forma de reafirmar los cambios que se vayan consiguiendo a lo largo del proceso, pero tomando siempre en consideración que puede variar su estado motivacional.

Dentro de las recomendaciones también se requiere la utilización de reactivos más finos, es decir que puedan brindar datos más exactos, ya que el utilizado es susceptible de sesgos por parte de los participantes.

Por último se recomienda el empleo del protocolo diseñado en pacientes ambulatorios, ya que los sujetos de esta investigación se encontraban hospitalizados y eso puede determinar también el mejoramiento en el estado motivacional del paciente, por lo tanto para futuras investigaciones se considera importante abordar este punto.

## **BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

Aldo, N., & Stagnaro, J. (2004). Personalidad normal y patológica y Trastorno Borderline de la Personalidad: un enfoque histórico-nosográfico. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*.

Anderson, B., Hayaki, J., Lassar, J., Herman, D., & Stein, M. (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*.

Andión, O., Ferrer, M., & Prat, M. (2011). Patología Dual: Trastorno Límite de la Personalidad. *Manual de Trastornos Adictivos: Segunda Edición*.

Andrade, D., & Ramírez, M. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev Latino-am Enfermagem*(13), 813-818.

Arias, F. (2010). Las Adicciones. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.

Association, A. P. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Estador Unidos.

Becoña, E. (2010). Las Adicciones. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.

Beesley, D., Leveridge, M., & Stoltenberg, C. (2005). Relationship of attachment style to personality factors. *Contemporary Family Therapy*.

Butler, C., Miller, W., & Rollnick, S. (2008). Motivational Interviewing in health care. En C. Butler, W. Miller, & S. Rollnick, *Motivational Interviewing in health care: Helping patients change behavior*. Sao Paulo: ARTMED.

CONSEP. (2012). Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años. *Informe de investigacion 2012*.

D'Amico, E., & McCarthy, D. (2006). Escalation and initiation of younger adolescent's substance use: The impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health*.

Dawe, S., & Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.

Dawe, S., Gullo, M. J., & Loxton, N. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*.

Dick, D., Kaprio, J., Latendresse, S., Pulkkinen, L., Rose, R., & Viken, R. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.

DSM - IV - TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

DSM - 5. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Fernández-Hermida, J. (2007). Estadios de Cambio, Entrevista y Terapia Motivacional. *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*.

García, A. (2006). La Terapia Dialéctico Comportamental. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Pedagogía*.

García, T., Martín, F., & Otín, R. (2010). Tratamiento Integral del Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

Gonzalez, A., Mosquera, D., & Van de Hart, O. (2010). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Persona*.

Gordon, L., G. M., citados por Iraurgi, E., & Llorente, J. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado a la desabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*.

Hasin, D., Keyes, K., & Pilowsky, D. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*.

Hesselbrock, V., & Ohannessian, C. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse. *The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. Journal of Adolescence Health*.

Hettema, J., Miller, W., & Steele, J. (2008). Entrevista Motivacional. *RET: Revista de Toxicomanias*.

Iraurgi, I., & Llorente del Pozo, J. (2010). El Proceso de Cambio en las Adicciones. *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*.

Karol, L., & Jeannette, L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*(19), 13-25.

Keegan, E. (2004). Abordaje cognitivo del Trastorno Límite de la Personalidad. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*.

Linehan, M. (2006). Treating borderline personality disorder: The dialectical approach. *New York: Guilford Press*.

Lizasoain, I., & Lorenzo, P. (2003). Características farmacológicas de las drogas recreativas. *Adicciones*.

López, A. (2010). La Entrevista Motivacional en las Conductas Adictivas. *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*.

Marroquin, M. (2002). La empatía redimencionada: la compleja evolución de un concepto. *Universidad Pontificia*.

Martínez, J., Robles, L., & Trujillo, H. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. *Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.*

Mateu, C., & Benito, A. (2012). Trastorno Límite de la Personalidad. *Patología Dual.*

Miller, W. (2002). La entrevista motivacional. En W. Miller, & C. Yahne, *La Entrevista Motivacional: Preparación para el cambio.* New Mexico: Paidós Iberica.

Miller, W., & Rollnick, S. (1999). La Entrevista Motivacional. En W. Miller, & S. Rollnick, *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de las conductas adictivas.* Paidós Iberica.

NIDA. (2008). La ciencia de la adicción. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento.*

NIDA. (2013). Tendencias nacionales. *DrugFacts.*

Pérez, L. (2011). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría Uruguaya .*

Peruga, A., Ricón, A., & Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en América. *Organización Panamericana de la Salud.*

Piko, B., & Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors.*

Roberts, E., Roberts, C., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence.*

Rodríguez, F., Sirvent, C., & Villa, M. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema.*

Slucki, D., & Wikinski, M. (2004). Una Aproximación Psicoanalítica a las Personalidades Límite. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*.

Thomasius, R., Sack, P., & Schindler, A. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*.

**ANEXOS.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER TRATADO CON FINES  
INVESTIGATIVOS (APLICACIÓN DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL)**

Yo,..... con cedula de  
ciudadanía N° ..... certifico que he sido informado satisfactoriamente  
acerca de los motivos y propósitos del tratamiento, y el beneficio que tendrá para mi enfermedad.  
He sido explicado en que consiste el tratamiento y las actividades que se llevaran a cabo.  
Consiento que se realicen los procedimientos y tratamientos necesarios. Comprendo plenamente  
los beneficios y los riesgos del mismo. Se me ha informado de la confidencialidad acerca de la  
información que proporcione para el tratamiento y el respeto que existirá hacia mis creencias  
religiosas. Comprendo que puedo anular este consentimiento informado el momento que crea  
conveniente o considere necesarios. Declaro que la información facilitada es fidedigna, lo  
contrario podría perjudicar el tratamiento.

Acepto la aplicación del tratamiento indicado.

**Firma de quien consiente**

**Nombre**.....

**Cedula N°**.....

## FICHA INDIVIDUAL

### DATOS INDIVIDUALES.

Edad.....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento.....

Lugar de procedencia.....

Nivel de instrucción.....

Ocupación.....

Edad de inicio de consumo.....

Tipo de sustancia.....

### Frecuencia de consumo

Tod  los días de la semana

Casi  dos los días

3 a 4  ías

2 a 3  ías

1 a 2  ías

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consumo de alcohol en edad de 15 años .....	21
Tabla 2. Categorización del uso de alcohol por sexo.....	23
Tabla 3. Categorización del uso de alcohol a nivel nacional por edad .....	23
Tabla 4. Categorización del uso de inhalantes a nivel nacional.....	24
Tabla 5. Categorización del uso de marihuana por edad a nivel nacional .....	25
Tabla 6. Categorización del uso de base de cocaína por edad a nivel nacional .....	26
Tabla 7. Categorización del uso de cocaína por edad a nivel nacional.....	26
Tabla 8. Diferencia entre confrontación, de la negación y la EM.....	69
Tabla 9. Diferencia entre el entrenamiento en habilidades y la EM.....	70
Tabla 10. Diferencia entre el enfoque directivo y la EM.....	71
Tabla 11. Tipos de variables.....	81
Tabla 12. Tipo de sexo del investigado.....	84
Tabla 13. Sustancia de elección de consumo.....	85
Tabla 14. Escolaridad.....	85
Tabla 15. Ocupación.....	86
Tabla 16. Balance decisional.....	97
Tabla 17. Metas de cambio.....	109
Tabla 18. Tipo de sexo, evaluación inicial.....	111
Tabla 19. Tipo de sustancia, evaluación inicial.....	112
Tabla 20. Tipo de sexo, tras la EM.....	113
Tabla 21. Tipo de sustancia, tras la EM.....	114
Tabla 22. Escolaridad, tras la EM.....	116
Tabla 23. Correlación, tipo de sexo.....	117
Tabla 24. Correlación, tipo de sustancia.....	118
Tabla 25. Correlación, escolaridad.....	119
Tabla 26. Correlacion ocupación tras la EM.....	119
Tabla 26. Correlación, ocupación.....	120

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipo de sexo .....	84
Figura 2. Sustancia de elección.....	85
Figura 3. Escolaridad .....	86
Figura 4. Ocupación.....	87
Figura 5. Tipo de sexo, evaluación inicial .....	111
Figura 6. Tipo de sustancia, evaluación inicial .....	113
Figura 7. Tipo de sexo, tras la EM.....	113
Figura 8. Tipo de sustancia, tras la EM .....	115
Figura 9. Escolaridad, tras la EM.....	116

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 1 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ - TV	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se permite la expresión de las consideraciones por las que fue ingresado, esto se aborda mediante la escucha reflexiva.	Inicia abordando las diferentes consideraciones que existen por parte de su familia para haber sido ingresado, sin embargo, considera que requiere de un tratamiento, pero posiblemente lo podía haber realizado de manera ambulatoria. Se envía balance decisional.
Se analiza el balance decisional enviado, durante la misma se analiza punto por punto expresado por el paciente.	Al iniciar análisis de tarea el paciente empieza a considerar las consecuencias negativas que ha tenido la sustancia sobre sí, además indica la necesidad de tratamiento.
Se establece metas a alcanzar durante el proceso.	Se inicia considerando las necesidades de plantearse metas, a las que se plantea las mismas. Se termina sesión.
Se re - aplica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 2 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ - TV	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se inicia abordando la razón por la que se encuentra ingresado y la visión sobre este punto.	Inmediatamente el paciente considera la necesidad de recibir un tratamiento y de haber tomado la decisión de estar ingresado, pero también se hace notorio ambivalencia en cuanto a las decisiones a tomar, ya que considera que sería conveniente reducir el consumo. Se envía tarea.
Búsqueda de afirmaciones automotivacionales, mediante el análisis de balance decisional.	Inmediatamente el paciente indica que ha considerado la necesidad de cortar completamente el consumo tras haber realizado la tarea, a pesar de ello se siente que está perdiendo su libertad, por lo mismo se centra las decisiones en sí y se le permite considerar cuales son las indicadas para sí mismo.
Se aborda decisiones tomadas en cuanto a su conducta adictiva.	Paciente indica que ha tomado decisiones sobre su consumo, para lo mismo trabajará activamente sobre el mismo durante la hospitalización.
Se re - aplica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

### CASO. 3

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ - TV</b>	<b>Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.</b>
<b>Se aborda la visión del paciente sobre el ingreso.</b>	<b>Indica sobre consumo problemático, y la dificultad en la decisión para dejarlo, de la misma manera aborda dificultades en el manejo de sus emociones y considera a estos como ocasionadores de su ingestas, así mismo se siente poco comprendido por sus familiares. Se envía tarea.</b>
<b>Se analiza el balance decisional enviado, se escucha empáticamente y permite que no se invaliden las emociones del paciente.</b>	<b>Se hace evidente emociones fluctuantes tanto de ira, como de tristeza, lo que impide las consideraciones sobre su conducta, se busca analizar balance, pero al poco tiempo indica malestar, ya que se siente rechazado por familiares, a pesar de ello indica necesidad de mejorar.</b>
<b>Análisis de balance decisional.</b>	<b>Al estar el paciente en mejores condiciones emocionales y permitir la reflexión se avanza en el análisis del balance, durante el mismo considera la importancia de trabajar en su consumo, pero también indica otras</b>

	<b>necesidades de ser abordadas.</b>
<b>Planteamiento de objetivos</b>	<b>Se considera el planteamiento de metas a seguir durante el proceso y como alcanzarlas, en donde indica el trabajo con su familia.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

### CASO. 4

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se permite la expresión de las consideraciones por las que fue ingresado, esto se aborda mediante la escucha reflexiva.	Inicia abordando el desacuerdo al encontrarse hospitalizado, lo mismo que se permite expresar, sin embargo, se encamina mediante para lograr respuestas automotivacionales, pero presenta dificultad en ver las consecuencias generadas del consumo, por lo mismo se envía tarea de balance decisional.
Se analiza el balance decisional enviado, durante la misma se analiza punto por punto expresado por el paciente.	Al abordar al tarea enviada el paciente empieza analizar las consecuencias generados por el consumo problemático, durante el abordaje de las mismas se hace evidente preocupación por el consumo, a lo que considera la necesidad de cambiar.
Se establece que cambios desea realizar o toma en consideración en su conducta	Considera la necesidad de cambiar ciertas conductas que ha mantenido y han estado afectando su salud y relaciones familiares, por lo mismo se establece metas de cambio.
Se re replica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 5 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se inicia abordando la preocupación de la familia para ingresarlo.	Considera las preocupaciones de su familia como reales, per exageradas, ya que no existe una clara necesidad, además se siente como incomprendido y poco aceptado por los miembros del grupo, se permite la expresión de este punto.
Se realiza conjuntamente con el paciente balance decisional, con el fin de analizar los pros y contras de su conducta.	A pesar de realizar la tarea continua en la idea que su familia es quien orilla a su conducta porque se siente incomprendido, se evidencia fluctuaciones en su estado de ánimo y dificultad en el control de la ira, las mismas que también atribuye al consumo de sustancias.
Se propone metas de cambio.	Tras el análisis de su conducta se propone realizar pequeñas pautas de cambio en su conducta para avanzar en el mejoramiento de sus relaciones familiares, a lo que acepta.
Se re - aplica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

### CASO. 6

---

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.</b>	<b>Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.</b>
<b>Se aborda expectativas y consideraciones sobre el ingreso, por medio de la escucha empática.</b>	<b>Paciente con deseos de abandonar la institución, debido a la dificultad en el control de impulsos y la conflictiva con las normas, ya que le desagrada recibir indicaciones, lo mismo que le genera malestar, y esto se mantiene, pero también se hace evidente cierto deseo de cambio. Se envía tarea.</b>
<b>Se analiza balance decisional.</b>	<b>Se inicia con el análisis de balance, en donde se va considerando que las consecuencias positivas en realidad son irreales, por el contrario las negativas se encontraban minimizadas, ya que las mismas son más graves de lo que había considerado. Se hace evidente afirmaciones automotivacionales.</b>
<b>Se propone metas de cambio.</b>	<b>Tras la última sesión el paciente ha empezado a realizar ciertas conductas favorables, como la toma de medicación, durante la sesión indica encontrarse deseoso de trabajar en su conducta, a lo que manifiesta el deseo de incorporarse a terapias grupales. Se establece</b>

	<b>compromisos.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 7 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se inicia abordando la preocupación de la madre para ingresarlo	Indica tener trato con la madre, ya que este va atravesar un proceso de 15 días. También aborda que su consumo de THC, se debe al rechazo del padre, en donde se evidencia sentimientos fluctuantes hacia el mismo, durante este momento se hace evidente labilidad, e inmediatamente irritabilidad. Se da por terminada sesión.
Escucha empática.	Se permite la expresión del paciente, en donde se hace notorio nuevamente fluctuaciones en cuanto al apego con el padre, durante las mismas indica que el consumo de THC no está siendo beneficioso, ya que ha impedido mantener una buena relación con la madre.
Se fortaleza afirmaciones automotivacionales mediante balance decisional.	Se realiza con el paciente balance decisional, en donde claramente puede analizar las consecuencias nocivas de su consumo, y las implicaciones en las diferentes áreas en las que se desenvuelve, indica nuevamente necesidad

	<b>de trabajar en las mismas.</b>
<b>Planteamiento de metas a alcanzar.</b>	<b>Dentro de las metas planteadas por el paciente, se encuentra la decisión de continuar con el tratamiento hospitalario por los 3 meses, decisión que hace conocer a su madre.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 8 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.</b>	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
<b>Se inicia abordando la decisión para haber ingresado.</b>	Indica el encontrarse preocupado por la forma en la que se encontraba consumiendo, de la misma forma indica dificultades atravesadas con su esposa y fluctuaciones en su estado de ánimo que han sido obstáculos en su relación. Se envía tarea.
<b>Se analiza balance decisional.</b>	Paciente inicia indicando que no desea tomar medicación, porque se siente afectado por la misma, no se invalida esta decisión y se pide que hable con su médico tratante. Se analiza tarea en donde rápidamente ve las consecuencias negativas de su consumo, durante el mismo proporciona frases automotivacionales.
<b>Se propone metas de cambio.</b>	Se inicia considerando cual será el siguiente punto a seguir, en donde indica haber hablado con su médico tratante, sobre medicación, considera que es necesario para su tratamiento, se establece este como un

	<b>compromiso..</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

### CASO. 9

---

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.</b>	<b>Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.</b>
<b>Se aborda cual es la razón por la que se encuentra ingresado en Hospital.</b>	<b>Indica sobre dificultades presentadas por el padre, además de tomar al proceso de hospitalización como un desafío hacia el mismo, dentro de ellas habla sobre consumo y como ha afectado su vida como cantante, pero no considera la necesidad de cambiar algo en su conducta.</b>
<b>Se realiza conjuntamente con el paciente balance decisional.</b>	<b>Maximiza la conducta disfuncional de los padres, principalmente del progenitor, pero tiende a minimizar la suya, tiende a tornarse irritable por la decisión tomada, no se puede realizar balance.</b>
<b>Se busca realizar balance decisional.</b>	<b>Continúa con fluctuaciones del estado de ánimo, principalmente haciéndose manifiesto ira, y labilidad. Continúa sin considerar la necesidad de trabajar en su consumo de alcohol.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 10 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.</b>	<b>Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.</b>
<b>Paciente que se encuentra en reingreso, por lo mismo se aborda cuáles son las razones por las que retomo el consumo y fue reingresado.</b>	<b>Indica que debido al rechazo que recibe del padre, quien es consumidor de alcohol, lo mismo que le genera sentimientos de tristeza y desemboca en cortes, nuevamente utilizo fármacos que su madre se administra, para paliar estos síntomas, considera que tiene depresión y se siente poco querido.</b>
<b>Se realiza conjuntamente con el paciente balance decisional, con el fin de analizar los pros y contras de su conducta.</b>	<b>Se realiza balance con el paciente en donde se analiza las consecuencias de la recaída y de la sobriedad, manifestando la necesidad de mantenerse sobrio, sin embargo también continuamente indica que la conducta de su padre es un limitante para la misma, pero indica el deseo de buscar mejoría.</b>
<b>Se propone metas de cambio.</b>	<b>Continúa manifestando malestar por la conducta del padre, además de abordar de forma secundaria su consumo problemático de fármacos. Se propone metas a seguir para avanzar en sus preocupaciones.</b>

**Se re - aplica test RCQ – TV.**

**Se termina intervención y se aplica test.**

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 11 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda el por qué se encuentra ingresada	Se observa a la paciente irritable, principalmente con la decisión tomada por la madre, con quien tiene sentimientos ambivalentes, inmediatamente niega la necesidad de tratamiento en cuanto a su consumo de marihuana.
Se realiza conjuntamente balance decisional, para considerar las consecuencias de consumo.	No se aborda directamente el tema de consumo, pero tras entablar esta problemática la paciente, se realiza balance, en donde a pesar de encontrarse consecuencias negativas en mayor proporción a las positivas niega la necesidad de tratamiento.
Escucha empática.	Se inicia sesión permitiendo la expresión de la paciente, pero esta se torna irritable y rechaza la intervención, se da por terminado entrevista motivacional.
Se re - aplica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 12 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda cuáles son las razones por las que se encuentra ingresado y dentro de ellas se analiza las motivaciones para el cambio.	Paciente quien indica haber ingresado voluntariamente, ya que se encontraba preocupada por la forma en la que se encontraba consumiendo pasta base, dentro de esta preocupación manifiesta las diferentes razones para conseguir el cambio, principalmente determinado por su madre quien es un motivador para avanzar en el proceso.
Se realiza balance decisional, con el fin de conseguir afirmaciones automotivacionales.	Paciente aborda motivaciones para el cambio y analiza cuáles son sus objetivos y de qué manera estas se perderían si el consumo continuará o se diera una recaída, además abarca con facilidad las consecuencias negativas generadas del consumo y considera que las positivas son superficiales.
Establecimiento de objetivos.	Dentro de los objetivos a largo plazo, se considera que se debe trabajar objetivos a corto plazo, en donde considera como objetivo principal el trabajo en irritabilidad, la cual se encuentra muy presente en su

	<b>comportamiento.</b>
<b>Se reáplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 13 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.</b>	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
<b>Se aborda cuáles son las motivaciones para el ingreso y dentro de estas se busca afirmaciones automotivacionales.</b>	Indica que se encuentra presionada por su trabajo, se siente poco comprendido por sus jefes y demás familiares, lo que le genera malestar y esto es lo que origina el consumo de alcohol, de la misma forma presenta ideas de daño. Dentro de estas preocupaciones se encamina si al abandonar el consumo sus relaciones mejorarían. Se envía tarea.
<b>Se analiza balance decisional, con el fin de buscar afirmaciones automotivacionales.</b>	Dentro del análisis que se realiza, la paciente considera como un determinante negativo en su vida el consumo de alcohol, por lo mismo considera como positivo el abandono de las sustancias y el abordaje sobre este punto.
<b>Establecimiento de compromisos.</b>	Paciente abarca varios objetivos a alcanzar durante el proceso de hospitalización, dentro de ellos se encuentran mejorar relaciones interpersonales, autoestima y cumplimiento de tareas propuestas por el

	<b>CRA.</b>
<b>Se reáplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 14 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda la razón por la que se encuentra hospitalizado.	Indica rápidamente que se encuentra por su propia iniciativa a pesar de presentar dificultades en su trabajo, además indica ya conocer el programa de tratamiento y por lo mismo podrá trabajar en su conducta adictiva.
Se realiza conjuntamente balance decisional, para considerar las consecuencias de consumo.	A pesar de realizar el balance y analizar adecuadamente las consecuencias negativas del consumo indica que estas situaciones ya las conocían y sabe que las mismas son motivaciones para no retomar la conducta adictiva.
Búsqueda de establecimiento de compromisos.	Indica paciente que conoce cuales son los objetivos que está persiguiendo y considera que está trabajando activamente en los mismos.
Se reaplica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 15 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
<b>Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.</b>	<b>Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.</b>
<b>Se aborda las consideraciones por las que se encuentra ingresado en el hospital.</b>	<b>Indica que se debe al consumo de marihuana, el mismo que su familia no comprende a pesar de ser este un método para poder controlar su ira y tendencias a la tristeza, lo que también ocasiona que se aislé, ya que esta le permite socializar y sentirse normal. Se envía tarea.</b>
<b>Se analiza balance decisional enviado para trabajar en las consecuencias generadas por el consumo.</b>	<b>Dentro de las consecuencias se observa la misma cantidad tanto de pros como de contras del consumo de marihuana, dentro de las positivas se encuentran sesgadas por ideas relacionadas al mejoramiento de síntomas afectivos, por el contrario las negativas se relaciona a consecuencias generadas sobre los demás. Durante este análisis se hace evidente afirmaciones automotivacionales.</b>
<b>Establecimiento de objetivos.</b>	<b>Se resume afirmaciones obtenidas en la sesión anterior, en donde le permite al paciente recordar y avanzar desde este punto, siendo el mismo quien considera que</b>

	<b>se requiere mejorar ciertos aspectos de su conducta, pero no completamente.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 16 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda las razones por las que fue ingresado.	Indica rápidamente que se encuentra atravesando su tercer ingreso, considera que su familia es quien requiere de tratamiento, más su conducta es una consecuencia de su comportamiento. Informa que se siente rechazado y señalado por los mismos, siendo este el comportamiento que continuamente tiene con el paciente. Se envía tarea.
Análisis de balance decisional, mediante escucha empática.	Se analiza el trabajo enviado y se realiza a la vez un resumen de las perspectivas del paciente, en donde considera que requiere mejorar, pero a la vez continua abordando la necesidad de mejoramiento de la familia, además también sale durante la sesión resentimientos con el padre, por maltrato físico proporcionado durante gran etapa de su vida.
Escucha empática, análisis de comportamiento antes del consumo y en	Se continua desde el punto anterior, en donde el paciente considera que la conducta de su familia posiblemente mejoraría si el abandonaría el consumo

<b>que cambiaría si lo abandonará.</b>	<b>de sustancias, pero a la vez indica sentirse solo.</b>
<b>Se busca establecer objetivos terapéuticos para el trabajo en el proceso de hospitalización.</b>	<b>Considera plantearse objetivos personales, para mejorar su calidad de vida, en donde no abarca a su familia. Dentro de las mismas esta sus resentimientos, conducta infantil (poco manejo de emociones).</b>
<b>Se re- aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 17 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda el por qué se encuentra ingresado.	Paciente suspicaz ante la intervención, indica ser profesional en psicología, en donde manifiesta que sabe cómo se maneja el tratamiento. Dentro de su decisión de tratamiento aborda encontrarse motivado por el reciente fallecimiento de su madre, se hace evidente sentimientos de culpa, lo que genera irritabilidad.
Se realiza conjuntamente balance decisional, para considerar las consecuencias de consumo y buscar afirmaciones automotivacionales.	Se analiza las consecuencias de su consumo, en donde aborda generalmente negativas y generaliza como positiva el placer inmediato ocasionado por la sustancia, se hace evidente el conocimiento de las consecuencias dañinas sobre su salud y sobre sus relaciones interpersonales.
Escucha empática y establecimiento de objetivos.	Se permite la expresión del paciente, rápidamente indica la necesidad de empezar a trabajar activamente en su conducta adictiva, para lo mismo se plantea objetivos, en donde busca consejos del terapeuta, se brinda lluvia de ideas y se permite tomar decisiones

	<b>sobre las mismas.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 18 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ - TV	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se permite expresión y se aborda las razones por las que se encuentra hospitalizado.	Se evidencia irritabilidad y labilidad, indica que su familia le está haciendo un daño, conducta que se ha manifestado repetidamente, se ve a sí mismo como una víctima de la conducta del padre, quien es consumidor de alcohol. Considera que no necesita estar ingresado.
Se realiza y analiza balance decisional, con el objetivo de revisar las consecuencias tanto positivas como negativas.	Al abordar el análisis indica que aparentemente existen razones para abandonar el consumo, ya que este le ha distanciado de sus amistades y no le ha permitido mejorar en sus estudios, pero también considera que su familia es quien le orilla a esta conducta..
Resumen y búsqueda de afirmaciones automotivacionales.	Se inicia dando un resumen de la información proporcionada en la sesión anterior, durante esto considera que se siente atacado por su familia y demás terapeutas.
Se re - aplica test RCQ – TV.	Se termina intervención y se aplica test.

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 19 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda razones por las que se encuentra hospitalizado.	Considera como exagerada la decisión de su familia para encontrarse hospitalizado, indica el sentirse poco comprendido, y manifiesta el deseo de salir, con el compromiso de continuar con el tratamiento de forma ambulatoria. Se envía tarea.
Se analiza balance decisional enviado en la sesión anterior, se busca de esta forma afirmaciones automotivacionales.	Tiende a minimizar las consecuencias del consumo, indica que la marihuana es una sustancia beneficiosa en muchos aspectos, especialmente en el manejo de situaciones estresantes, sin embargo manifiesta que al abandonarlo mejoraría las relaciones familiares.
Se continua análisis de balance, acompañado de escucha empática.	Se inicia con resumen abordando la perspectiva sobre el consumo de marihuana y como este influye en las relaciones familiares, a lo que afirma que requiere de mejorar ciertas conductas para de eso modo minimizar el impacto sobre su familia, pero a la vez desea sentirse más comprendido.

<b>Se busca establecer compromisos.</b>	<b>Considera no sentirse listo para un cambio, por lo mismo se le indica que la decisión está en sus manos, lo mismo que tranquiliza al paciente.</b>
<b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b>	<b>Se termina intervención y se aplica test.</b>

## HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

CASO. 20 \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	EVOLUCIÓN
Recolección de información y aplicación de reactivo RCQ – TV.	Se aborda paciente y se le explica sobre la investigación, a lo que acepta y se procede a llenar las hojas respectivas.
Se aborda las razones por las que se encuentra en el Hospital.	Indica el haber mezclado la sustancia de consumo habitual (THC) con alcohol, lo que ocasiono que se torne agresivo con familiares, rompa objetos, dentro del análisis de estas conductas, indica que existen periodos en donde se torna agresivo, pero generalmente tiende a reaccionar consigo mismo. Se envía tarea.
Se analiza balance decisional, con el fin de buscar afirmaciones automotivacionales.	Se aborda las consecuencias negativas ocasionadas por el consumo, indica que estas están deteriorando sus relaciones sociales, las cuales aparentemente tienen un gran peso para el mismo, además de considerar a la sobriedad como un nueva oportunidad, pero a la vez se encuentra ambivalente, ya que considera a la marihuana como positiva.
Escucha empática y resumen de sesión anterior.	Se inicia resumen considerando las ambivalencias sobre la necesidad de cambio y los impedimentos para conseguir la misma, esto permite la expresión

	<p><b>del paciente, en donde considera que debería tomar ciertas acciones para mejorar su conducta, a la vez manifiesta sentimientos de culpa.</b></p>
<p><b>Se establece compromisos con el cambio y acciones a tomar.</b></p>	<p><b>Se aborda nuevamente con un resumen anterior, a lo que decide avanzar en el proceso de recuperación, dentro de ello el primer paso a considerar opta por enviar una carta a su familia haciéndoles conocer sobre la situación y los sentimientos de culpa por su comportamiento.</b></p>
<p><b>Se re - aplica test RCQ – TV.</b></p>	<p><b>Se termina intervención y se aplica test.</b></p>

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad... 20 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento... 10 - Junio - 1994 .....

Lugar de procedencia... Coenca - Checa .....

Nivel de instrucción... Secundaria incompleta .....

Ocupación... Pintor .....

Edad de inicio de consumo... 18 años .....

Tipo de sustancia... Alcohol, Marihuana .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: \_\_\_\_\_

N.C.: 1

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2					X	C 2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.				X		A 1					X	A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema		X				PC -1		X				PC -1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1			X			C 1
5. No hay nada malo en mi consumo.				X		PC 1		X				PC -1
6. Mi consumo es un problema a veces.					X	C 2					X	C 2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.					X	A 2					X	A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.				X		PC 1			X			PC 1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C 1					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1			X			A 1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)					X	A 2					X	A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.		X				PC -1	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.				X		PC 1		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.		X				C -1			X			C 1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1					X	A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	1+1+1+1+1	5
C Contemplación	2+1+2+1+1	7
A Acción	1+2+1+2+1	7
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1+1+1+2+1	4
C Contemplación	2+1+2+2+1	8
A Acción	2+2+1+2+2	9
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad.....36 años.....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento.....30 - Abril - 1978.....

Lugar de procedencia.....Cuzco.....

Nivel de instrucción.....Superior Incompleta.....

Ocupación.....Empleado Publico.....

Edad de inicio de consumo.....13 años.....

Tipo de sustancia.....Alcohol, Pasta base de cocaína.....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 2

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C +2	X					C -2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.					X	A +2				X		A +2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema	X					PC -2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C +2				X		C +2
5. No hay nada malo en mi consumo.	X					PC-2	X					PC-2
6. Mi consumo es un problema a veces.					X	C +2				X		C +2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A +1				X		A +2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.	X					PC -2	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C +1				X		C +2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica				X		A +1				X		A +2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente al consumo)				X		A +1				X		A +2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	X					PC -2	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.					X	C +2	X					C -2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.					X	A +2				X		A +2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 -2 -2 -2	-10
C Contemplación	+2 +2 +2 +1 +2	9
A Acción	+2 +1 +1 +1 +2	7
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 -2 -2 -2	-10
C Contemplación	-2 +2 +2 +2 -2	+2
A Acción	+2 +2 +2 +2 +2	+10
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 25 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento..... 18-Enero-1990 .....

Lugar de procedencia..... Chordeles .....

Nivel de instrucción..... Secundaria incompleta .....

Ocupación..... Trabajador pirado .....

Edad de inicio de consumo..... 17 años .....

Tipo de sustancia..... Alcohol, Pasta base .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 3

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL						RE-TEST					
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2					X	C +2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.				X		A 1					X	A +2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C 2		X				C -1
5. No hay nada malo en mi consumo.		X				PC -1	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.				X		C 1					X	C +2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A 1					X	A +2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.		X				PC -1		X				PC -1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2					X	C +2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica				X		A 1					X	A +2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)				X		A 1		X				A -1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.		X				PC -1	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1				X		C +1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.					X	A 2					X	A +2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2 -1 -1 -2 +2	0
C Contemplación	2 +2 +2 +1	7
A Acción	1 +1 +1 +1 +2	6
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 -1 -2 -1	-8
C Contemplación	+2 -1 +2 +2 +1	6
A Acción	+2 +2 +2 -1 +2	7
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad 22.....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento 06-11-1994.....

Lugar de procedencia Cuenca checa.....

Nivel de instrucción Secundaria incompleta.....

Ocupación Guarda Bosques.....

Edad de inicio de consumo 24 Años.....

Tipo de sustancia Alcohol.....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 4

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1						C 1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.				X		A 1				X		A 1
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2		X				PC 2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1				X		C 1
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2		X				PC 2
6. Mi consumo es un problema a veces.	X					C -2				X		C -1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.	X					A -2				X		A -1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2					X	PC 2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C 1					X	C 1
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica				X		A 1				X		A 1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)		X				A -1				X		A -2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	X					PC -2	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1					X	C 1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.	X					A -2					X	A -2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2 + 2 + 2 - 2 + 2	6
C Contemplación	1 + 1 - 2 + 1 + 1	2
A Acción	1 - 2 + 1 - 1 - 2	-3
Diagnóstico	Pre contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1 - 1 + 2 - 2 - 1	-3
C Contemplación	+2 + 1 + 1 + 2 + 2	8
A Acción	+2 + 1 + 2 + 2 + 2	9
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad... 28 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento... 5 Marzo - 1986 .....

Lugar de procedencia... Azoque .....

Nivel de instrucción... Secundaria .....

Ocupación... Artesano .....

Edad de inicio de consumo... 18 años .....

Tipo de sustancia... Alcohol .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: Juan Pablo...

H.C.: 5

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1				X		C 1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	X					A -2	X					A -2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema				X		PC 1		X				PC -1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1				X		C 1
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
6. Mi consumo es un problema a veces.				X		C 1					X	C 2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.		X				A -1		X				A -1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2		X				PC -1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo		X				C -1				X		C 1
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1		X				A -1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)	X					A -2		X				A -1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.				X		PC 1			X			PC 0
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.				X		PC 1		X				PC -0
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1				X		C 1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1				X		A 1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	1+2+2+1+1	7
C Contemplación	1+1+1+1+1	5
A Acción	-2-1-1-2-1	-7
Diagnóstico		

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1-1-1-1+0-1	-5
C Contemplación	1+1+2+1+1	6
A Acción	-2-1-1-1+1	-4
Diagnóstico		

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad.....22.....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento.....09 Septiembre 1992.....

Lugar de procedencia.....Cuenca.....

Nivel de instrucción.....Secundaria incompleta.....

Ocupación.....Carpintero.....

Edad de inicio de consumo.....14 años.....

Tipo de sustancia.....Marihuana, Cocaína, Base, alcohol.....

Frecuencia de consumo

Todos los días de la semana

Casi todos los días

3 a 4 días

2 a 3 días

1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO  
ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 6

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1				X		C 1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.		X				A -1					X	A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema				X		PC 1				X		PC 1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1					X	C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
6. Mi consumo es un problema a veces.		X				C -1				X		C 1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A 1				X		A 1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2		X				PC -1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo		X				C -1				X		C 1
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1				X		A 1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)				X		A 1					X	A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.		X				PC -1		X				PC -1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1				X		C 1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1					X	A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	1+2+2 -1+2	6
C Contemplación	1+1-1-1+1	1
A Acción	-1+1-1+1-1	-1
Diagnóstico	Reconocimiento	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	1+1-1-1-1	-3
C Contemplación	1+2+1+1+1	6
A Acción	1+2+1+1+2+2	10
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 21 años .....

Sexo. M  F

Fecha de nacimiento..... 15-02-1993 .....

Lugar de procedencia..... Zaroma .....

Nivel de instrucción..... Secundaria Completa .....

Ocupación..... Comerciante .....

Edad de inicio de consumo..... 16 años .....

Tipo de sustancia..... alcohol, marihuana, cigarrillo .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 7

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado		X				C -1		X				C -1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	X					A -2				X		A +2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1				X		C +2
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.				X		C 1	X					C -2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.	X					A -2				X		A +2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo		X				C -1				X		C +2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1				X		A +2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento ( ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)		X				A -1				X		A +2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.		X				PC -1	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2	X					PC -2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1				X		C +2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1				X		A +2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2 + 2 + 2 - 1 + 2	7
C Contemplación	-1 + 1 + 1 - 1 + 1	1
A Acción	-2 - 2 - 1 - 1 - 1	-7
Diagnóstico	Precontempla	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 - 2 - 2 - 2 - 2	-10
C Contemplación	-1 + 2 - 2 + 2 + 2	3
A Acción	+2 + 2 + 2 + 2 + 2	10
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 25 años .....

Sexo. M  F

Fecha de nacimiento..... 18/07/1989 .....

Lugar de procedencia..... Paute .....

Nivel de instrucción..... Primaria completa .....

Ocupación..... Mecánica industrial .....

Edad de inicio de consumo..... 12 años .....

Tipo de sustancia..... Alcohol, drogas, tabaco .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 8

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=¡Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2		X				C -1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.					X	A 2				X		A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C 2				X		C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.		X				PC-1 2	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.					X	C 2	X					C -2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A 1				X		A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.		X				PC -1		X				PC -1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C 1				X		C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica	X					A -2			X			A 1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)					X	A 2				X		A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.		X				PC -1	X					PC -1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2	X					PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X	X	C 2				X		C 1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.				X		A 1				X		A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2 -1 -1 -1 2	-1
C Contemplación	2 +2 +2 +1 +2	9
A Acción	2 +1 -2 +2 +1	4
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 -1 -1 -1	-7
C Contemplación	-1 +2 -2 +2 +1	2
A Acción	2 +2 +1 +2 +2	9
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad... 18 .....

Sexo. M  F

Fecha de nacimiento... 9 de Marzo 1996 .....

Lugar de procedencia... Síngon .....

Nivel de instrucción... Secundaria .....

Ocupación... Estudiante, Contante .....

Edad de inicio de consumo... 15 años .....

Tipo de sustancia... Alcohol, Cigarrillo .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL NUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 9 \_\_\_\_\_

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1				X		C 1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.		X				A -1		X				A -1
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2					X	PC 2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1				X		C 1
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2						PC 2
6. Mi consumo es un problema a veces.	X					C -2	X					C -2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.	X					A -2	X					A -2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2					X	PC 2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo		X				C -1		X				C -1
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica	X					A -2	X					A -2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento ( ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)	X					A -2	X					A -2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	X					PC -2	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2					X	PC 2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.	X					C -2	X					C -2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.	X					A -2	X					A -2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2-2+2	6
C Contemplación	1+1-2-1-2	-3
A Acción	-1-2-2-2-2	-9
Diagnóstico	Precontempla	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2-2+2	6
C Contemplación	1+1-2-1-2	-3
A Acción	-1-2-2-2-2	-9
Diagnóstico	Pre.	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad... 25 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento... 12 - Julio - 1984 .....

Lugar de procedencia... Loja .....

Nivel de instrucción... Secundaria Completa .....

Ocupación... Ganadero .....

Edad de inicio de consumo... 14 años .....

Tipo de sustancia... Fármacos, THC, Alcohol, Cannabis .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 10

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado	X	X				C -2					X	C 2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.				X		A 1			X			A 1
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2					X	PC 2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C 2					X	C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2					X	PC 2
6. Mi consumo es un problema a veces.					X	C 2					X	C 2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A 1			X			A 1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.		X				PC -1	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica				X		A 1		X				A -1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)				X		A 1					X	A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.					X	PC 2			X			PC 0
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.					X	C 2					X	C 2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.				X		A 1			X			A -1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2-1+2+2	7
C Contemplación	-2+2+2+2+2	6
A Acción	1+1+1+1+1	5
Diagnóstico	Precontempla	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2-2+0-1	1
C Contemplación	2+2+2+2+2	10
A Acción	1+1-1+2-1	2
Diagnóstico	Contempla	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 17 años .....

Sexo. M  F

Fecha de nacimiento..... 26 - noviembre .....

Lugar de procedencia..... Michoala .....

Nivel de instrucción..... Secundaria .....

Ocupación..... Estudiante .....

Edad de inicio de consumo..... 14 años .....

Tipo de sustancia..... alcohol, marihuana, lsd, hongos .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 11

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL						RE-TEST					
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado	X					C -2	X					C
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	X					A -2	X					A
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC +2					X	PC
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.	X					C -2	X					C
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC +2					X	PC
6. Mi consumo es un problema a veces.	X					C -2	X					C
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.	X					A -2	X					A
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC +2					X	PC
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo	X					C -2	X					C
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica	X					A -2	X					A
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)	X					A -2	X					A
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.					X	PC +2					X	PC
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC +2					X	PC
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.	X					C -2	X					C
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.	X					A -2	X					A

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	+2+2+2+2+2	10
C Contemplación	-2-2-2-2-2	-10
A Acción	-2-2-2-2-2	-10
Diagnóstico	Precontempl	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	+2+2+2+2+2	10
C Contemplación	-2-2-2-2-2	-10
A Acción	-2-2-2-2-2	-10
Diagnóstico	Pre	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 28 .....

Sexo. M  F

Fecha de nacimiento..... 5/20/1986 .....

Lugar de procedencia..... Maryland EE UU .....

Nivel de instrucción..... Superior Incompleta .....

Ocupación..... Ningun .....

Edad de inicio de consumo..... 16 .....

Tipo de sustancia..... Alcohol y PBC .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 17

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL						RE-TEST					
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa
1. Disruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2					X	C 2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.					X	A 2					X	A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema	X					PC -2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C 2					X	C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.				X		C 1	X					C -2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A 1					X	A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2					X	PC 2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1					X	A 2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento ( ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)				X		A 1					X	A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	X					PC -2	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.					X	C 2	X					C -2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.				X		A 1				X		A 1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 +2 -2 -2	-8
C Contemplación	2 +2 +1 +2 +2	9
A Acción	2 +1 -1 +1 +1	4
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 +2 -2 -2	-8
C Contemplación	2 +1 -2 +2 -2	2
A Acción	2 +2 +2 +2 +1	9
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad... 32 años

Sexo. M  F

Fecha de nacimiento... 14 de Agosto 1981

Lugar de procedencia... Cuenca

Nivel de instrucción... Superior

Ocupación... Negociante

Edad de inicio de consumo... 25 años

Tipo de sustancia... Alcohol

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 13

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1					X	C 2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	X					A -2			X			A 1
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.		X				C -1			X			C -1
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
6. Mi consumo es un problema a veces.	X					C -2			X			C 1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.	X					A -2			X			A 1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C 1					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica	X					A -2					X	A 2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)	X					A -2			X			A 1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.		X				PC -1		X				PC -1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1					X	C 2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1			X			A 1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2-1+2	9
C Contemplación	1-1-2+1+1	0
A Acción	-2-2-2-2-1	-9
Diagnóstico	Precontempla	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2-1-2-1-1	-7
C Contemplación	2+1+1+2+2	8
A Acción	1+1+2+1+1	6
Diagnóstico	contemplación	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 38 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento..... 24 - Enero - 1977 .....

Lugar de procedencia..... Azoques .....

Nivel de instrucción..... Superior incompleta .....

Ocupación..... Empleado Publico .....

Edad de inicio de consumo..... 14 años .....

Tipo de sustancia..... Alcohol .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 14

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2	X					C -2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.					X	A 2				X		A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema	X					PC -2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C 2				X		C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.				X		C 1	X					C -1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.				X		A 1				X		A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.	X					PC -2	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2				X		C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica					X	A 2				X		A 2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)	X				X	A -2				X		A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	X					PC -2	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
14. Algunas veces me preguntó si mi consumo de bebida está fuera de control.				X	X	C 1	X					C -2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.					X	A 2				X		A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2-2-2-2-2	-10
C Contemplación	2+2+1+2+1	8
A Acción	2+1+2+2+2	9
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2-2-2-2-2	-10
C Contemplación	-2+2-2+2-2	-2
A Acción	2+2+2+2+2	10
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 25 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento..... 25 - Abril - 1989 .....

Lugar de procedencia..... Caguca .....

Nivel de instrucción..... Superior incompleta .....

Ocupación..... Empleado Publico .....

Edad de inicio de consumo..... 14 años .....

Tipo de sustancia..... Marihuana .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 15

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL						Etapa	RE-TEST						Etapa		
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2			MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2				
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X		C						X		C	2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	X						A					X			A	1
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X		PC								PC	-1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X			C							X	C	2
5. No hay nada malo en mi consumo.					X		PC				X				PC	-1
6. Mi consumo es un problema a veces.		X					C					X			C	1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.		X					A					X			A	1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X		PC				X				PC	-1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X			C						X		C	2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X					A					X			A	1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)		X					A					X			A	1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.				X			PC				X				PC	-1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X		PC				X				PC	-1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.		X					C						X		C	2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X					A					X			A	1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2+1+2	9
C Contemplación	2+1-1+1-1	2
A Acción	-2-1-1-1-1	-6
Diagnóstico	Precontemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1-1-1-1-1	-5
C Contemplación	2+2+1+2+2	9
A Acción	1+1+1+1+1	5
Diagnóstico	Contemplación	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 25 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento..... 13 - Febrero - 1989 .....

Lugar de procedencia..... Cuzco .....

Nivel de instrucción..... Secundaria incompleta .....

Ocupación..... Hinguna .....

Edad de inicio de consumo..... 10 años .....

Tipo de sustancia..... Pasta Base .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

N.C.: 16

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1				X		C 1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.		X				A -1					X	A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema				X		PC 1		X				PC -1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.		X				C -1				X		C 1
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
6. Mi consumo es un problema a veces.				X		C 1	X					C -2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.		X				A -1					X	A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2		X				PC -1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1					X	A 2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)				X		A 1					X	A 1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.				X		PC 1		X				PC -1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2		X				PC -1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1					X	C 2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1					X	A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	1 + 2 + 2 + 1 + 2	8
C Contemplación	1 + 1 + 1 + 2 + 1	6
A Acción	-1 - 1 - 1 + 1 - 1	-3
Diagnóstico	Precontemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1 - 1 - 1 - 1 - 1	-5
C Contemplación	1 + 1 - 2 + 2 + 2	4
A Acción	2 + 2 + 2 + 1 + 2	9
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 30 años.....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento..... 24 Mayo - 1985.....

Lugar de procedencia..... Loja.....

Nivel de instrucción..... Secundaria completa.....

Ocupación..... Empleado público.....

Edad de inicio de consumo..... 14 años.....

Tipo de sustancia..... Alcohol.....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 17

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL						RE-TEST					
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	Etapa
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2					X	C 2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.				X		A 1					X	A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema	X					PC -2	X					PC -2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.					X	C 2				X		C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.					X	C 2					X	C 2
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.					X	A 2					X	A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.		X				PC -1	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica					X	A 2					X	A 2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)				X		A 1					X	A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	X					PC -2	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.	X					PC -2	X					PC -2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.					X	C 2					X	C 2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.					X	A 2					X	A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 -1 -2 -2	-9
C Contemplación	2 + 2 + 2 + 2 + 2	10
A Acción	1 + 2 + 2 + 1 + 2	8
Diagnóstico	Contemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-2 -2 -2 -2 -2	-10
C Contemplación	2 + 1 + 1 + 2 + 2	8
A Acción	2 + 2 + 2 + 2 + 2	10
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad..... 22 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento..... 15 - Noviembre - 1992 .....

Lugar de procedencia..... Cuenca .....

Nivel de instrucción..... Secundaria incompleta .....

Ocupación..... Ninguna .....

Edad de inicio de consumo..... 10 años .....

Tipo de sustancia..... Pasta Base .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL NUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 18

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1				X		C 1
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.		X				A -1		X				A -1
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2					X	PC 2
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1				X		C 1
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2					X	PC 2
6. Mi consumo es un problema a veces.		X				C -1		X				C -1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.	X					A -2	X					A -2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2					X	PC 2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C 1				X		C 1
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1		X				A -1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)		X				A -1		X				A -1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.				X		PC 1				X		PC 1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.				X		PC 1				X		PC 1
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.		X				C -1		X				C -1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1		X				A -1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2+1+1	8
C Contemplación	1+1-1+1-1	1
A Acción	-1-2-1-1-1	-6
Diagnóstico	Precontemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2+1+1	8
C Contemplación	1+1-1+1-1	1
A Acción	-1-2-1-1-1	-6
Diagnóstico	Precontemplación	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad.....25 años.....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento.....30 - Enero - 1989.....

Lugar de procedencia.....Cuzco.....

Nivel de instrucción.....Superior Completa.....

Ocupación.....Empleado Publico.....

Edad de inicio de consumo.....14 años.....

Tipo de sustancia.....Marihuana, alcohol.....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO



ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)

Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 19

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado					X	C 2					X	C 2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.		X				A -1					X	A -2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema					X	PC 2		X				PC -1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1					X	C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2	X					PC -1
6. Mi consumo es un problema a veces.	X					C -2				X		C 1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.		X				A -1				X		A 1
8. Yo soy un bebedor completamente normal.					X	PC 2				X		PC 1
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo					X	C 2					X	C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1				X		A 1
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)		X				A -1		X				A -1
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.				X		PC 1	X					PC -2
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.				X		PC 1	X					PC -2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1					X	C 2
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1				X		A 1

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	2+2+2+1+1	8
C Contemplación	2+1-2+2+1	4
A Acción	-1-1-1-1-1	-5
Diagnóstico	Precontemplación	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1-1+1-2-2	-5
C Contemplación	2+2+1+2+2	9
A Acción	2+1+1-1+1	4
Diagnóstico	Contemplación	

OBSERVACIONES:

FICHA INDIVIDUAL

DATOS INDIVIDUALES.

Edad... 26 años .....

Sexo. M  V

Fecha de nacimiento... 01 - Julio - 1988 .....

Lugar de procedencia... Casaca .....

Nivel de instrucción... Superior incompleta .....

Ocupación... Estudiante, Empleado privado .....

Edad de inicio de consumo... 17 años .....

Tipo de sustancia... Alcohol, THC, cocaína .....

Frecuencia de consumo

- Todos los días de la semana
- Casi todos los días
- 3 a 4 días
- 2 a 3 días
- 1 a 2 días

HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO

ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO (Test RCQ-TV)



Nombre: \_\_\_\_\_

H.C.: 20

Clave: MD=Muy en desacuerdo, D=desacuerdo, I=Inseguro, A=de acuerdo y MA=Muy de acuerdo.

Pregunta	TEST INICIAL					Etapa	RE-TEST					Etapa
	MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2		MD=-2	D=-1	I=0	A=1	MA=2	
1. Disfruto bebiendo pero algunos veces bebo demasiado				X		C 1	X					C -2
2. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.		X				A -1				X		A 2
3. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema				X		PC 1		X				PC -1
4. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.				X		C 1				X		C 2
5. No hay nada malo en mi consumo.					X	PC 2	X					PC -2
6. Mi consumo es un problema a veces.		X				C -1				X		C 1
7. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar, pero yo en realidad si estoy haciendo algo al respecto.		X				A -1					X	A 2
8. Yo soy un bebedor completamente normal.		X				PC -1	X					PC -2
9. Estoy analizando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo				X		C 1				X		C 2
10. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica		X				A -1				X		A 2
11. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en el momento (ya sea reduciendo o dejando completamente el consumo)		X				A -1				X		A 2
12. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.				X		PC 1		X				PC -1
13. No hay nada que en realidad necesita cambiar acerca de mi consumo.					X	PC 2	X					PC -2
14. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.				X		C 1				X		C 1
15. Estoy trabajando activamente con mi problema de consumo.		X				A -1				X		A 2

RESULTADO:

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	1+2-1+1+2	5
C Contemplación	1+1-1+1+1	3
A Acción	-1-1-1-1-1	-5
Diagnóstico	Precontemplan	

Etapa	Valores	Total
PC Pre-Contemplación	-1-2-2-1-2	-8
C Contemplación	-2+2+1+2+1	4
A Acción	2+2+2+2+2	10
Diagnóstico	Acción	

OBSERVACIONES: