



**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Escuela de Psicología Clínica**

**“Perfil de Personalidad de Pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias en una Comunidad Terapéutica”**

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

**Autora:** Jackeline Patricia Vallejo Pulla

**Directora:** Master Martha Cobos

**Cuenca – Ecuador**

**2015**

## Índice de Contenidos

Dedicatoria: _____	3
Agradecimiento: _____	4
Resumen _____	5
<b>1. Marco teórico</b> _____	<b>8</b>
La personalidad: prioridad en el avance de un tratamiento de deshabituación de sustancias _____	8
1.1. La personalidad: Modelos clásicos _____	9
1.2. La personalidad y la drogodependencia _____	13
1.3. Clasificación de los instrumentos de evaluación de la personalidad_	17
1.4. Modelos explicativos de la drogodependencia _____	19
1.5. Formas de tratamiento para la deshabituación de sustancias _____	21
1.6. Comunidad terapéutica: características y política de funcionamiento	22
<b>2. Investigación</b> _____	<b>25</b>
Diagnóstico y resultados de la evaluación de la personalidad en individuos con Trastorno de dependencia a sustancias mediante el MMPI-2_____	25
2.2. Metodología _____	25
2.3. Estudio de personalidad _____	28
2.4. Resumen de los resultados: _____	34
2.5. Discusión_____	34
<b>3. Propuesta terapéutica</b> _____	<b>36</b>
Bibliografía _____	39

**Dedicatoria:**

A mi hijo Dante

A David mi esposo, a mi madre Cecilia, a mis hermanos: Monserrath, Sebastián y Mishell.

**Agradecimiento:**

Al Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, al Proyecto Nueva Esperanza, a los pacientes que ayudaron en la investigación.

A mi maestra tutora Martha Cobos y a la Universidad del Azuay por formarme como una gran profesional de la salud mental.

## **Resumen**

La investigación describe un perfil de personalidad en 30 pacientes varones con drogodependencia. Se utilizó un instrumento de evaluación de personalidad (MMPI-2) con la finalidad de realizar una gráfica para observar cuáles son las escalas de personalidad con puntuaciones más altas. Las escalas clínicas más altas fueron desviación psicopática, hipocondría, histeria y depresión, estas corresponden a la personalidad antisocial y limítrofe. La importancia de conocer el perfil de personalidad radica en que permite proponer una terapia que tiene como fundamento el diagnóstico de la personalidad para abordar un tratamiento dentro de un programa de deshabitación de sustancias.

## ABSTRACT

This research describes the personality profile of 30 male patients with drug dependency. The MMPI-2 test for assessing personality was used in order to make a graph to know what personality scales have the highest scores. The highest clinical scales were psychopathic deviation, hypochondria, hysteria and depression which correspond to antisocial and borderline personalities. The importance of knowing the personality profile is that it enables us to propose a therapy based on the diagnosis of personality to recommend treatment in a substance cessation program.



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## Introducción

Este es un estudio de análisis de personalidad en pacientes que han sido diagnosticados Trastorno por Dependencia a Sustancias en dos comunidades terapéuticas; la una en el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón en la Unidad de deshabitación de sustancias llamado el “Centro Integral de Tratamiento para Adicciones Benito Meni” en la ciudad de Quito y el otro centro “Proyecto Nueva Esperanza” en la ciudad de Cuenca.

La investigación se realizó con el propósito de plasmar un perfil de personalidad en pacientes que presentaban problemas de consumo, que a partir de la personalidad se puede iniciar un tratamiento orientado a una terapia integral.

Dentro de nuestro país existen múltiples centros que ofrecen tratamiento a personas drogodependientes con diversos enfoques terapéuticos, hemos percibido la realidad de estos programas y la necesidad de investigar la personalidad para citar una propuesta en la que se integren aspectos individuales y colectivos de los pacientes que son parte de este proceso y que buscan mejorar sus estilos de vida.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que este trabajo se realizó pensando en que puede ayudar a los centros o programas enfocados en dar tratamiento a estos pacientes con problemas de dependencia y creemos firmemente que se deben incrementar nuevas políticas de tratamientos, por ejemplo que los internamientos deben ser voluntad del paciente, la religión, las actividades ocupacionales, que deben ser tratados por un equipo competente de profesionales, y sobre todo una terapia familiar, grupal e individual de acorde al funcionamiento psíquico de cada uno de ellos.

En el marco de la teoría evolutiva de Millon y el integracionismo que él propone, hemos planteado que los diferentes estados mentales de los pacientes tienden a buscar una adaptación; conjuntamente para la propuesta terapéutica tiene mucha utilidad la terapia cognitiva conductual de Beck. El estudio se realizó aplicando un test de personalidad llamado “Test Multifacético de la Personalidad de Minnesota” (MMPI-2) mediante entrevistas a 30 pacientes que estuvieron internos en un tratamiento por dependencia a sustancias, todos ellos hombres y de edades que variaban entre 18 a 47 años.

En el primer capítulo nos dedicamos a recordar las diferentes teorías y enfoques disciplinarios que han investigado la personalidad a la largo de la historia de la psicología; la utilidad que tienen es trascendental para entender el dinamismo, funcionalidad e individualidad de cada persona. También investigamos aspectos importantes de la drogodependencia y ¿Cuál es la relación entre la personalidad y la drogodependencia?, los instrumentos de evaluación que se han utilizado para estudiar la personalidad y los programas de tratamiento para personas con drogodependencias.

El segundo capítulo está dedicado al análisis de los resultados del test que se aplicó; es decir a la descripción de las diez escalas clínicas del MMPI-2 con sus puntajes en cada una de ellas, también se realizó la gráfica de perfil de personalidad tomando en cuenta los puntajes patológicos en cada escala y la corroboración de los resultados con otros estudios (discusión) y la conclusión de los resultados

En el último capítulo proponemos aspectos primordiales a la hora de tratar con pacientes drogodependientes; la propuesta terapéutica de acorde a la personalidad que describimos es en la hemos desembocado después de la investigación, creemos en una terapia integradora y humanista para estos pacientes.

Nuestro objetivo no es sopesar que tratamiento o programa es mejor, sino el enfoque en el creemos y pensamos que es más adecuado en el momento de dar terapia a pacientes con esta problemática, claro que tomando de muestra y ejemplo otros estudios realizados, no entramos en tema de discusión si es que la personalidad se da antes, durante o después del consumo, vemos que según el modelo de Millon existe una adaptación a nuevas situaciones. En conclusión proponemos una terapia basada en un diagnóstico de la personalidad con una reestructuración cognitiva.

## Capítulo I

### 1. Marco teórico

#### **La personalidad: prioridad en el avance de un tratamiento de deshabituación de sustancias**

##### **Introducción**

Los investigadores de la personalidad han dedicado mucho tiempo y esfuerzo para describir las diferencias individuales; los estudios se enfocaron en la dinámica de la personalidad y su desarrollo a lo largo de la vida. El comparar rasgos de personalidad de una persona con otra, nos permite describir un patrón predominante respectivamente y diferenciar a los tipos de personalidad.

En este capítulo citaremos los aportes más relevantes que se han investigado a cerca de la personalidad y su connotación con la drogodependencia su valor agregado y las diferentes modalidades más conocidas de las formas de tratamiento de deshabituación de sustancias que se usan como tratamiento.

## 1.1. La personalidad: Modelos clásicos

Encontramos una gama de teorías a lo largo de la historia de la psicología que todas ellas están ya muy conocidas, sin embargo, citaremos las más representativas, seremos lo más objetivos y sintéticos

### Autores y Fundamentación

#### Historia:

Ya los griegos estudiaron la personalidad, claro que no con estos términos sino que consideraban que cuando alguien se ponía máscaras cambiaban la personalidad o cambiaban de identidad.

#### ➤ *Empédocles*

Principio activo de los seres humanos; a través de la formulación de los componentes de la naturaleza: aire, tierra, fuego y agua; esto se le atribuye a en el siglo V. a.C (Engler, 1996)

#### ➤ *Hipócrates*

Los elementos de la naturaleza están representados en el cuerpo humano y se reflejan en sus humores: el aire son sus propiedades caliente y húmeda y su humor correspondiente es la sangre con un temperamento sanguíneo; la tierra con propiedades fría y seca y su humor la bilis negra con un temperamento melancólico; el fuego con sus propiedades caliente y seca y con su humor correspondiente bilis amarilla con un temperamento colérico; el agua son sus propiedades fría y húmeda con su humos correspondiente que es la flema y su temperamento correspondiente es flemático.

#### ➤ *Cicerón*

Define la personalidad con 4 significados: forma en como un individuo aparece frente a las demás personas. Papel que desempeñamos en la vida. Conjunto de cualidades que comprenden a un individuo. Sinónimo de prestigio y dignidad (se asigna el término de persona según el nivel social). (Engler, 1996)

#### Teoría conductual

➤ *Wilhelm Wundt*

Todavía no se emplea el término “personalidad” y encontramos que se dedican más al análisis de la conducta. En 1879 estableció en la universidad de Leipzig el laboratorio de psicología que en este se dedicarían a estudiar la conciencia, es decir, los estudios se enfocaron más en el análisis de la experiencia consciente; estos estudios fueron realizados con una fuerte influencia de la época por estudiar la mente humana ligada a las ciencias naturales, la física y la química (Pierce, 1962).

➤ *John B. Watson*

El autor realizó un análisis de la conciencia; fue prioritario estudiar todo lo que se podía ver, sentir, medir, registrarse. La esencia de sus estudios era la conducta por su objetividad contrapuesto a la conciencia que no se podía ver, ni sentir, ni experimentar. La personalidad es la acumulación de respuestas aprendidas o un sistema de hábitos. (Pierce, 1962).

➤ *Frederick Esckiner*

Afirmó que se puede controlar las conductas de los seres humanos tal como la de los animales, relaciona la conducta con el medio. Existen dos tipos de reforzamientos que consisten en presentar un estímulo que aumente la probabilidad de que la respuesta o disminuirla y esto se repita en el futuro, pueden ser positivos o negativos. Esckiner pensaba que el medio determina la conducta, las diferentes situaciones provocan distintos patrones de respuestas. (Cloninger, 2003)

### **Teoría psicodinámica:**

➤ *Sigmund Freud*

Freud postuló que el ser humano nace con un conjunto predeterminado de necesidades psicológicas. Las pulsiones o instintos son innatas y buscan gratificaciones inmediatas de las necesidades sexuales y agresivas esta parte de nuestra estructura de la personalidad, Freud la definió como la parte inconsciente o el ello, esta parte de nuestra mente nos impulsa a experimentar el placer y evitar el dolor.

Existe otra parte de nuestra personalidad que con influjo del entorno y principalmente por las experiencias hace que internalicemos los principios morales y con ellos las reglas que rigen a una sociedad, Freud lo llamo el súper ego o el ello.

Como última estructura tenemos el contacto con la realidad que implican la conexión con uno mismo y la capacidad para interactuar con el mundo, a esta parte se la llamó el ego o el yo. Freud considera que los materiales inconscientes se mantiene como tales y el ego o el yo trata de equilibrar las pulsiones sexuales y agresivas con las restricciones morales del súper ego o el súper yo. (Cloninger, 2003).

## **Teoría Humanista**

### ➤ Carl Roger

Carl Roger planteó que las percepciones subjetivas y el yo tienen un papel fundamental dentro de la personalidad. Para Roger cada persona vive dentro de su mundo subjetivo cada persona es potencialmente el mejor experto del mundo en sí mismo y tiene la mejor información sobre su propio ser.

“El organismo tiene una tendencia y lucha básica: actualizarse, mantenerse, mejorar” (Roger, 1951, pág 487). Para Roger las personas tienen una tendencia a la autorrealización, la actualización y la mejora del organismo.

### ➤ Abraham Maslow

Maslow sostenía que estudiar la salud y madurez psicológicas eran la base para las generalizaciones sobre la naturaleza humana; enumera las siguientes características autoactualizantes: mejor percepción de la realidad y relaciones más agradables con ella misma, aceptación de uno mismo y de los demás, espontaneidad, concentración en el problema en contraposición al egocentrismo, la necesidad de privacidad, autonomía, sensación de aprecio permanente, experiencias místicas, sentimientos de afinidad con los demás, relaciones interpersonales más profundas, la estructura del carácter democrático, discriminación entre lo bueno y lo malo, sentido del humor, creatividad para la autoactualización, resistencia a la aculturación. La autoactualización no es una carencia de problemas, sino un cambio de problemas transitorios o irreales a los problemas reales. (Maslow, 1968 pág 115).

### ➤ Erick Erickson

El yo es el principal elemento de la personalidad y la base para el desarrollo; los seres humanos tienen la capacidad de desarrollar ocho virtudes a través de las diferentes etapas del desarrollo del ser humano como son la esperanza, voluntad propósito, competencia, fidelidad, cuidado, sabiduría y amor. El individuo ira logrando una verdadera integridad del yo en la vida adulta. (Cloninger, 2003)

### ➤ Erick Fromm

Formula que los individuos no podemos resolver los problemas en su totalidad y estos conflictos generan dicotomías históricas y existenciales y que estos son los principios básicos de nuestro comportamiento

Fromm identificó en el ser humano cinco necesidades básicas: relaciones con las demás personas vs narcisismo; vida creatividad vs destructividad; hermandad vs incesto; individualidad vs conformidad; y racionalidad vs irracionalidad.

## **Teoría de los rasgos**

### ➤ *H. J. Eysenck*

En 1987 Eysenck extendió sus estudios de la personalidad hacia la conducta anormal en donde estudio rasgos caracterizados por la neurosis; también estudió como rasgo dimensional la introversión – extroversión.

Eysenck también describe a la personalidad en otra dimensión que es la estabilidad emocional frente a la neurosis; es decir personas muy equilibradas emocionalmente, calmadas contrariamente las personas hipersensibles, ansiosas, inquietas.

### ➤ *Gordon Allport*

.....un rasgo es un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado que tiene la capacidad de hacer que muchos estímulos adquieran equivalencias funcionales y de iniciar y guiar formas constantes de conducta de adaptación y expresión (Allport, 1937 pág 295). La personalidad está formada y determinada por una estructura de rasgo particular.

## **Teoría cognitiva**

### ➤ *Albert Bandura*

Bandura afirma que somos el reflejo de nuestro entorno, consideraba a la personalidad como una interacción entre el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza acercarse a los cognitivista. (Bandura, 1986)

### ➤ *Alfred Adler*

Refirió que el individuo es sobre todo un ser social, pero se centra en la individualidad de cada persona y niega la universalidad de las metas, dice que la personalidad se desarrolla de forma intuitiva a partir de la experiencia

personal; la forma de nuestra personalidad se debe a las interacciones y el ambiente social. (Cloninger, 2003)

## **Modelo evolutivo de Millon**

### ➤ *Theodore Millon*

Incluye aspectos cognitivos, conductuales y biológicos y aspectos derivados de perspectivas interpersonales. Esta visión parte del modelo de aprendizaje biosocial. La integración es una de las características básicas de este modelo pues resacata aspectos positivos de otras teorías y esto beneficia al querer conocer la estructura básica de la persona como también su dinámica y cambio.

Las Técnicas de estudio de la personalidad según la teoría integradora: Inventario multiaxial clínico. (Millon, 1996/1998). Ayuda a describir mejor a cada paciente.

Después del resumen y la breve descripción de los diferentes enfoques más representativos de la personalidad hemos concluido que las teorías que nos sirven para esta investigación son el Modelo evolutivo de Millon, incluye factores importantes que establecen la personalidad como son los cognitivos, conductuales, biológicos y un aprendizaje social (integrador); dentro de las drogodependencias este modelo es muy útil, él cita que el diagnóstico de la personalidad es la base para poder realizar un tratamiento y para nuestro estudio es de gran importancia abordar a las personas con problemas de consumo desde este enfoque evolutivo e integrador porque a partir de éste se conoce la dinámica de la personalidad y su funcionamiento (modelos cognitivos, conductas y rutinas, patrones biológicos propios de cada ser humano y de la etapa en la que se desarrolle, y uno de los factores más importantes que es la influencia del entorno social) para realizar un óptimo tratamiento.

No podemos dejar de lado la importancia técnica que nos ha dejado Eysenck con su teoría de los rasgos, es de los primeros autores que describe rasgos de personalidad diferenciando uno de otro; dentro de la drogodependencia existen personalidades que son más propensas para el consumo; es decir tiene mucho que ver con la dimensión social que describe Eysenck (1987) , los nueve factores de esta dimensión son la sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, buscador de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia (espontaneidad) y aventurero; estos factores se relacionan con las personas que consumen según su grado de satisfacción o prefieren ir en busca de nuevas sensaciones; de igual forma en el neroticismo no existe un control de sus emociones, lo que en un drogodependiente no se encuentra; para terminar no podemos dejar de lado la impulsividad y agresividad que describe Eysenck en el psicotismo y que es predominante en las personas con problemas de consumo.

## **1.2. La personalidad y la drogodependencia**

La psicología de la personalidad intenta explicar el funcionamiento de la persona normal. Paralelamente, desde el ámbito de la psiquiatría, se ha estudiado la personalidad patológica y se han elaborado sistemas de diagnóstico y clasificación categoriales y descriptivos, utilizados por la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS (2005), que consideran distintos grupos de signos y síntomas para identificar un trastorno de personalidad.

Los trastornos de la personalidad, según el DSM-IV-TR (American Psychiatry Association, 2002) y, (DSM-V:, 2013) se definen como modos de comportamiento, profundamente enraizados y duraderos, que consisten en reacciones inflexibles a situaciones personales y sociales de muy diversa naturaleza. Suponen desviaciones extremas o significativas de las percepciones, de los pensamientos, de las sensaciones y en particular de las relaciones con el entorno. Estas desviaciones; deben manifestarse en más de uno de los siguientes aspectos: las cogniciones, es decir, formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los hechos o situaciones. Además, las modificaciones de la personalidad son adquiridos en la edad adulta como consecuencia de situaciones de stress severos o prolongados, de un aislamiento extremo del entorno, de trastornos psiquiátricos severos, de enfermedades, de lesiones cerebrales o del abuso y la dependencia de sustancias psico-activas.

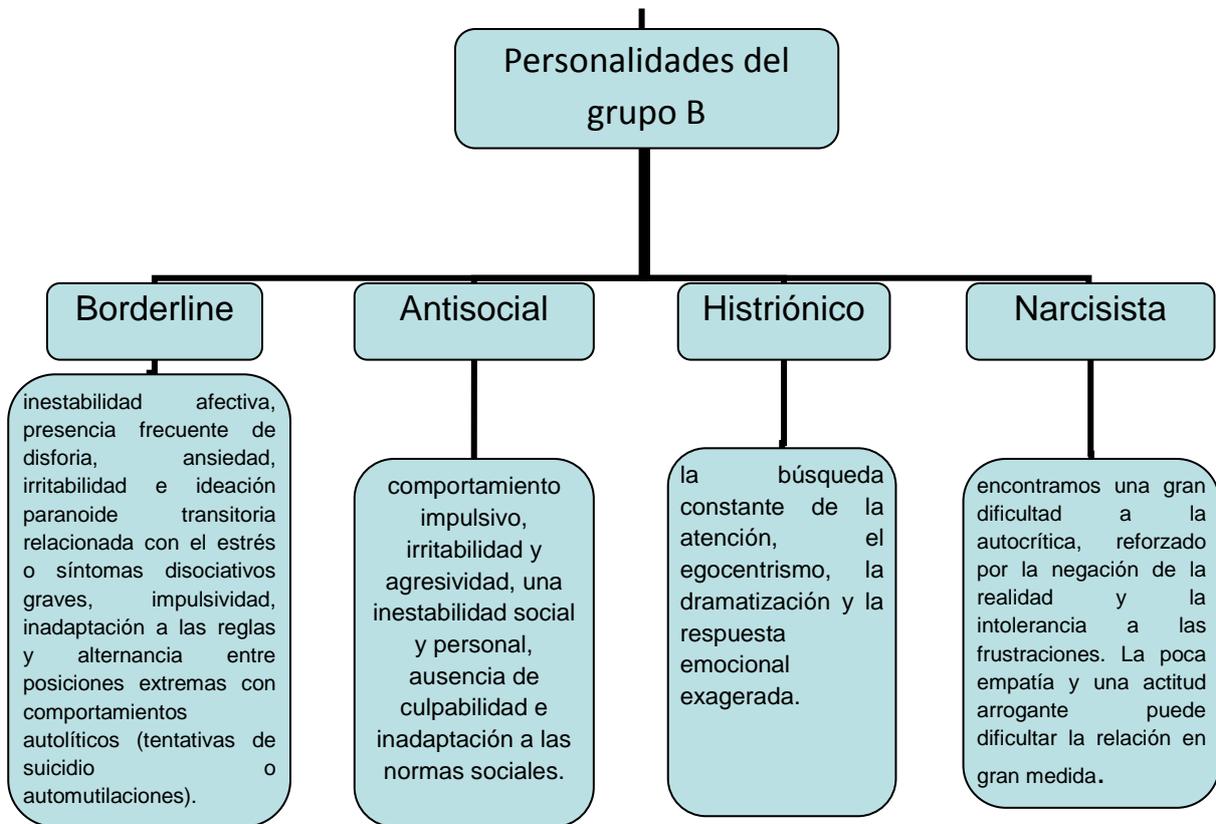
Según diferentes estudios epidemiológicos, hasta el 80% de las personas con adicción tendrían un diagnóstico psiquiátrico no relacionado con el abuso de sustancias. (Martínez & Alonso Sanz, 2003)

Uno de los principales puntos en la investigación en los trastornos relacionados con sustancias ha sido la búsqueda de una tipología adictiva en la personalidad de los pacientes. En la actualidad no se puede hablar de personalidad adictiva pero es probablemente en las llamadas personalidades impulsivas, dramáticas y básicamente problemáticas recogidas en el grupo B del DSM V, es decir en las personalidades antisocial, límite o borderline, narcisista e histriónica. Skinstad y Swain (2001) y San (2004) concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al grupo B.

De entre todos los patrones de personalidad disfuncional, los más relacionados con el consumo de sustancias son aquéllos que se basan en dimensiones de impulsividad, lo que puede ser entendido a partir de la vulnerabilidad para consumir sustancias, sin medir el riesgo que significa su uso, y caer en la adicción tras el consumo (Bolinches F, 2002 pág 216) . Los modelos de

personalidad que se encuentran en este grupo se encuentra resumido en la figura 1.

Figura 1. Personalidades del grupo B. Tomado de (Bolinches F, 2002)



Los tipos de personalidad se relacionan con el consumo por todos los factores descritos antes, no por eso podemos decir que todas las personas con estos rasgos o trastornos de personalidad deben tener necesariamente un problema de consumo, pero si una predisposición al mismo.

La drogodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica. (Espada, 2003)

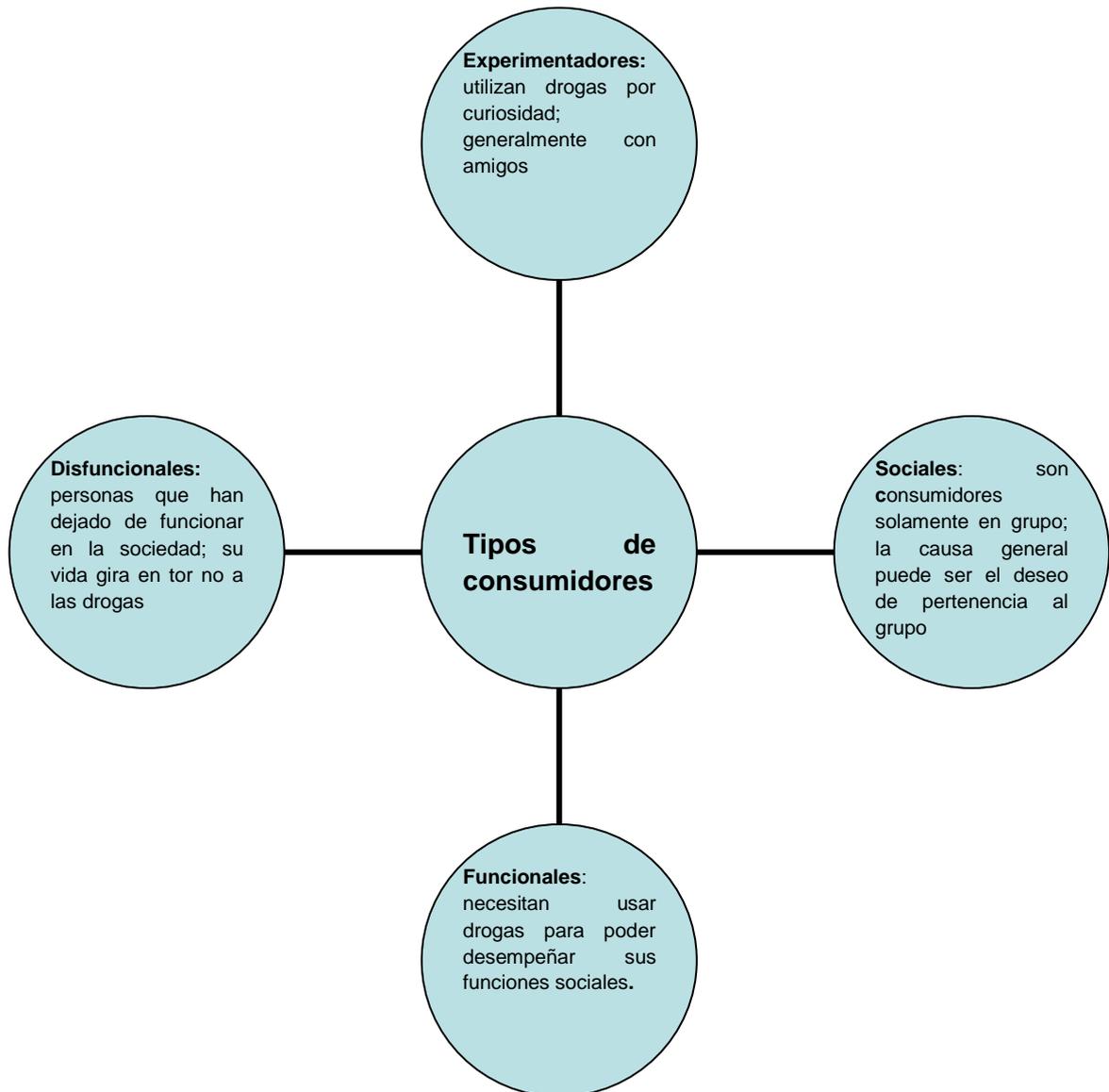
Los factores que influyen para la farmacodependencia son:

- Falta de control sobre los impulsos
- Poca tolerancia a la frustración.
- Resentimiento ante figuras de autoridad.
- Agresividad.

- Dependencia emocional.
- Ansiedad, miedo, depresión.
- Factores Psicodinámicos.

Dentro de la farmacodependencia existen diversos tipos de consumidores que son: los experimentadores, los sociales, los funcionales y los disfuncionales que los describiremos en la figura 2.

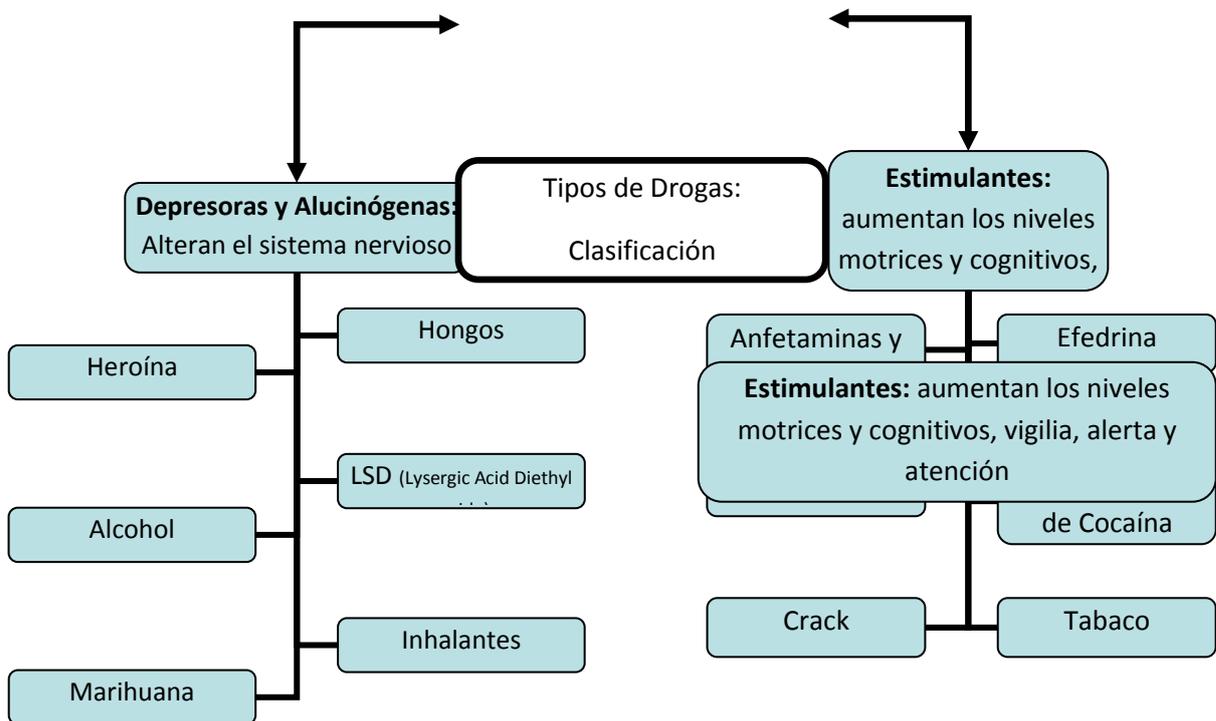
Figura 2. Tipos de consumidores. Tomado de Conde, Ustárroz, Landa, & López-Goñi, 2006



La clasificación de las drogas están ya bastante descritas y sabemos que básicamente afecta el sistema nervioso central, afectando diferentes funciones como la conciencia, el pensamiento, las ideas, la percepción, el comportamiento; es por eso que se clasifican en drogas depresoras del sistema nervioso central y estimulantes, que según la descripción de la

Organización Mundial de Salud (O.M.S) en 2005 se han clasificado a las drogas psicoactivas según sus efectos. En la siguiente figura se encuentra sintetizado la clasificación de las drogas psicoactivas también tomado de la guía sobre drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en España.

Figura 3. Clasificación de las drogas. Tomando de la O.M.S 2005 y del Plan Nacional sobre Drogas en España 2009.



### 1.3. Clasificación de los instrumentos de evaluación de la personalidad

La personalidad al igual que otras áreas del ser humano ha sido construida a través de la observación de la conducta humana, lo cual ha hecho que existan diversos tipos de medición de la misma. A través de la historia y las necesidades que se han dado en la misma, han existido diversos estudios con el objetivo de construir principios prácticos y determinativos que puedan ser aplicados a la mayoría de la población con diferentes enfoques; el análisis del comportamiento del hombre nos conduce a descubrir la faz intelectual y la faz caracterológica.

Conocemos que los instrumentos de evaluación de la personalidad se han desarrollado con más énfasis en la primera y segunda guerra mundial, pero no podemos de lado el primer intento por evaluar la personalidad que fue la “Hoja de Datos Personales” incrementada por Woodworth en 1917 para el ejército norteamericano que tenía por objetivo desplazar a los soldados neuróticos.

A continuación se describirán los instrumentos que evalúan la personalidad:

*Métodos Subjetivos:* Hacen referencia a un autoanálisis o simplemente a una autobiografía; es decir descubrirse a sí mismo analizando si posee o no determinadas aptitudes o cualidades, tendencias, diferentes situaciones, etc.; la fiabilidad de los resultados dependerá del grado de sinceridad con que el paciente ha llenado el test en este grupo de encuentra el gran Inventario de Personalidad Multifacético de Minnesota (M.M.P.I) o el test de la autobiografía de Murray, también tenemos el Inventario de Benreuther el cuestionario de Eysenck y el cuestionario de Cattell entre otros podemos mencionar también los test de Heuyer. (González, 2007)

Tabla 1. Instrumentos de evaluación de la personalidad. Tomado de Fierro 2008

<b>Instrumentos de Evaluación de la personalidad</b>
<p>a. Evaluación de una sola dimensión (enfoque monorasgo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Autoconciencia (Scheler y Carver, 1985)</li> <li>• Escala de Autoestima (Rosenberg, 1985; versión castellano de Burns, 1900)</li> <li>• Escala de Lugar de control (Rotter 1966); lugar interno de control</li> </ul>
<p>b. Evaluación estructural completa (enfoque multirasgo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eysenk Personality Questionnaire (Eysenck 1964/1978); factores de neurotismo, extraversión y psicotismo.</li> <li>• Cuestionario Big Five (Caprara y otros 1993/1995) factores de energía, afabilidad, tensión, estabilidad mental, apertura mental.</li> <li>• Inventario de Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) (Millon, 1997)</li> <li>• Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989)</li> </ul>

*Métodos Objetivos:* En estos tipos de test se pone en manifiesto algún rasgo del carácter como por ejemplo; el test de comportamiento por Decroly, los test de Hans Henning, el test de asociación de C. G. Jung, el test de Szondi, entre otros he citado a los que sobresalen. (Colom Marañón, 1995)

*Métodos Proyectivos:* Este grupo es muy representativo porque es de los que más se ha utilizado ya que en el proceso el sujeto incorpora sus propios procesos espirituales, ya sean pensamientos, sentimientos, voluntad, miedos, conflictos, traumas, entre otros, como por ejemplo; el dibujo libre, las láminas de test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática de Murray, el test de juego de títeres de Madeleine, el test del garabato, el HTP de Buck y Warren, el juego libre, entre otros. (Stern Erich y Creegan, 1987).

Según Ordoñez, Bobes, Rodríguez, Paino, Gonzalez, & Portilla, (1994) que han realizado estudios de personalidad por varios años en España, los instrumentos más utilizados en los diferentes estudios de evaluación de la personalidad del drogodependiente han sido el EPI y EPQ (Eysenck, 1970) y el MMPI (Hattaway y McKinley, 1951).

#### **1.4. Modelos explicativos de la drogodependencia**

Existen factores importantes de muestra personalidad que nos hacen más vulnerables o propensos a caer en las adicciones hacia las drogas.

**Factores de riesgo individuales:** actitudes, creencias, valores; auto concepto y autoestima; autocontrol; la experimentación;

##### *La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975).*

Es una teoría muy influyente para comprender la drogodependencia, los autores hacen relación la conducta desde la actitud y las creencias del sujeto, introduciendo elementos intermedios para explicar adecuadamente dicha relación; por ejemplo; tener intención de consumir es la “causa” más inmediata del consumo.:¿Qué provoca la intención de consumo?. Dos son las variables responsables:

- Las actitudes hacia el consumo
- Las normas subjetivas sobre el mismo.

(Laespad, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

##### *Teoría del Autorrechazo. (Kaplan, 1996).*

Kaplan ha elaborado un modelo explicativo de la conducta desviada aplicable al consumo de drogas apoyándose en el concepto de autoestima; mantiene que la conducta respondería a una necesidad autocompensatoria del sujeto ante una escasa autovaloración. (Laespad, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

##### *Teoría vinculada al neuroticismo de Eysenck (1980)*

Eysenk sugirió que el rasgo del neuroticismo es la clave para diferenciar a las personas con problemas de adicción; esta dimensión incluye: ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, baja autoestima, tensión. (Pedrero & Rojo, 2008)

**Factores de riesgo relacionales:** la escuela; amigos; ocio, noche, fines de semana, diversión, dinero; la familia; aceptación del consumo de drogas de familia y amigos.

□ *Modelo de desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985).*

Hawkins y Weiss (1985) desarrollaron una teoría con orientación sociológica; se plantea que la vinculación social, familiar, escolar y religiosa tiene una función decisiva en consumo. El consumo de drogas y otras conductas desviadas serían el síntoma de una débil vinculación con estas instancias convencionales, mantenida a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno. (García, 1992)

□ *El modelo de ecología social de Kumpfer y Turner (1990 1991).*

Para Kumpfer y Turner (1991-1992) la causa subyacente del consumo experimental de drogas es el estrés en general; en particular el estrés relacionado con la escuela toma al consumo como forma de hacer frente al estrés que provoca un ambiente hostil y poco gratificante.

□ *Teoría multietápica del aprendizaje social. (Simons, Conger y Withbeck. 1988).*

Esta teoría integra factores a la hora de explicar la conducta de consumo: el autoestima, las habilidades de afrontamiento y los factores relativos a la familia y amigos. Distinguen entre las variables que tienen más importancia en el inicio del consumo y variables que influyen más en el mantenimiento del mismo. El consumo habitual de drogas vendrá determinado por el consumo en la familia, en los amigos, por el malestar emocional del propio sujeto y su pérdida en habilidades de afrontamiento. (Laespad, Iraurgi, & Aróstegi, 2004).

□ *Modelo Evolutivo de Millon (1990)*

Theodore Millon en su modelo integra diversos enfoques psicológicos; el aprendizaje social, sustratos biológicos y consideraciones evolutivas, dentro de la drogodependencia Millon (1994) sostiene que la adicción es una manifestación de los déficits estructurales del individuo, y se basa en tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos? Y ¿cómo actúa para poder optar por ellos? El refuerzo buscado podría ser la persecución del placer o la evitación de dolor, ese refuerzo podría ser buscado

en sí mismo o en los otros y el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. (Pedrero E. , 2008).

Este modelo de Millon es muy integrador y muy válido desde el punto de vista holístico, pone atención a expresiones de la naturaleza es decir a las manifestaciones no psicológicas que son adaptativas, y a las expresiones psicológicas; dentro de las adicciones las personas pierden control de sus impulsos y van en la búsqueda del placer inmediato, este es el que más se acentúa conforme a nuestra investigación.

**Factores de riesgo sociales:** Conocimiento, accesibilidad y publicidad sobre las drogas.

□ *Teoría del aprendizaje social. Bandura (1986).*

El ambiente social juega un papel determinante dentro de las drogodependencias ya que tiene una influencia directa dentro de los factores que determinan los modelos de conducta (Bandura, 1986).

### 1.5. Formas de tratamiento para la deshabitación de sustancias

Existen diversos tipos de programas de deshabitación de sustancias.

La deshabitación es modificar una conducta aprendida; desaprender, en este caso dejar de consumir alguna sustancia estupefaciente.

España tiene muchos estudios realizados en este ámbito de la drogodependencia, podemos distinguir dos tipos de tratamiento:

- Tratamiento ambulatorio
- Tratamiento con redes de apoyo

(Conde, Ustároz, Landa, & López-Goñi, 2006)

<b>Ambulatorio</b>	<b>Tratamiento con redes de apoyo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación: conciencia del paciente del problema de consumo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivación: conciencia del paciente del problema de consumo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con un terapeuta y profesionales afines.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con un terapeuta y profesionales afines; tiene redes de apoyo que pueden variar dependiendo la hospitalización.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento es ambulatorio; es decir una vez por semana, dependiendo la necesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento es en un hospital del día; el paciente se encuentra internado en un</li> </ul>

	lugar determinado a largo plazo.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un seguimiento y modelos de prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un seguimiento luego del alta del tratamiento y modelos de prevención de recaídas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento puede enfocarse en diferentes modelos terapéuticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento puede enfocarse en diferentes modelos terapéuticos.</li> </ul>

Tabla elaborada por Jackeline Vallejo.

Si vemos no existen otra diferencia que no es la del internamiento del paciente, veremos a continuación dos programas de tratamientos con redes de apoyo (son las más utilizados y conocidos).

### **Comunidad Terapéutica**

El modelo de tratamiento de Comunidad Terapéutica es tratar a la persona en su totalidad (psíquica, familiar, social); es decir se vive un proceso educativo que impulsa a descubrir cuáles son las causas que impulso a consumir sustancias; a través de comunidades o grupos conformados por personas con los mismos problemas; estas comunidades se desarrollaron inicialmente para solucionar el abuso de sustancias, y se han visto ampliadas en torno a una gran variedad de servicios adicionales relacionados con la familia, la educación, la formación vocacional, y la salud médica y mental.

### **Alcohólicos y Narcóticos Anónimos**

El propósito de los grupos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos, es compartir con los miembros “su experiencia, fortaleza y esperanza unos con otros para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse de su adicción. Un ejemplo, alcohólicos anónimos fue fundado en Estados Unidos por dos alcohólicos Bill y Bob, que dedujeron que la mejor manera de enfrentar la abstinencia era con la premisa de que solo un alcohólico podía ayudar y comprender a otro alcohólico. Este ideario basado en los doce pasos se ha propuesto para tratar otro tipo de adicciones; estos pasos están basados en la espiritualidad, en un poder sobrenatural (“en mis fuerzas no tengo poder para hacerlo, existe un poder superior que lo hace”) (Pascual, 2009)

#### **1.6. Comunidad terapéutica: características y política de funcionamiento**

Las Comunidades terapéuticas se divulgaron en los años 60 (Estados Unidos 1958) como tratamiento para el consumo de drogas y dependencia, su estructura en un principio fue más empírica (Mas-Bagà, 2006) ahora cuenta con diversos estudios científicos que ha hecho que crezca y se popularice este tipo de tratamiento; sin embargo en los Estados Unidos se ofrecen tratamientos

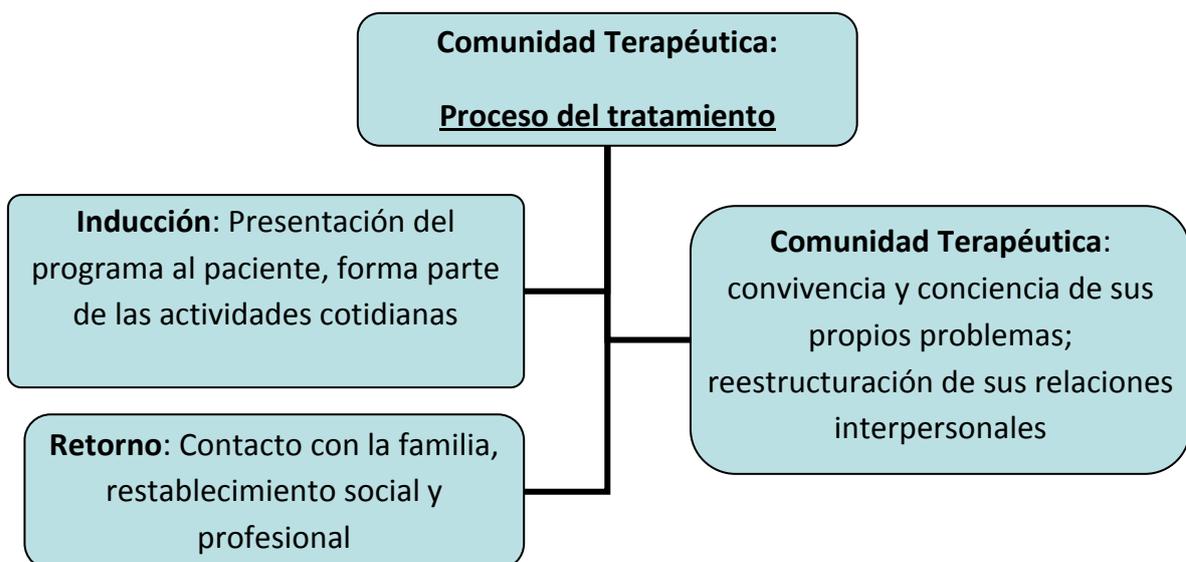
para trastornos de alimentación, entre otros, con un lineamiento de comunidad terapéutica.

La comunidad terapéutica se ha caracterizado, desde su origen en Inglaterra a mediados de los 40s, por el intento de integrar en programas comunitarios de trabajo, a diversos tipos de sujetos bajo tratamiento institucional (pacientes de hospitales, prisiones, reformatorios, etc.) no necesariamente con problemas de adicciones, sino con diversos problemas mentales, la finalidad era integrarlos con el personal y otras personas o grupos vinculados. A finales de los 50s, el programa de comunidad terapéutica dirigido por Maxwell Jones en el Hospital Belmont de Inglaterra, se planteaba cuatro características definitorias: democratización, permisividad, comunalismo y confrontación con la realidad. (Campos, 2006)

Dentro de los tratamientos para adicciones en su comienzo fueron dirigidas por personas recuperadas o establecidas con ganas de ayudar a gente con problemas similares

El tratamiento cuenta de tres etapas; Inducción, Comunidad propiamente dicha y Retorno.

Figura 4. Comunidad terapéutica: proceso de tratamiento Tomando de López, 1995.



Vemos que el proceso de tratamiento es muy dinámico y el tiempo del mismo puede variar entre un mínimo de tres meses y dependiendo la problemática de cada paciente, ya que cada ser es totalmente individual; si bien, el maestro George de León se dedicó muchos años de su vida académica a unir la teoría con la práctica de las Comunidades Terapéuticas el dice que ; ..... "no hay dos comunidades iguales; como comprobarán, hay una gran coincidencia en lo que a procesos se refiere" (León, 2004 pág 21). Esto quiere decir que los

lineamientos tratan de ser los mismos pero la convivencia y la practica varian y por ende los tratamientos y las experiencias no son las mismas.

En el C.I.T.A.B.M tuve la oportunidad de hacer mis practicas por un año y percibir de cerca un programa de estos que lo detallaré a continuación; contaban con un equipo técnico terapéutico que constaba de un varios psicólogos, un psiquiatra, un terapeuta ocupacional, enfermeras, una terapeuta familiar, trabajadora social y varios pasantes de diferentes áreas del que yo formaba parte. Contaban con una casa con todas las comodidades para vivir, con un número máximo de participantes de 15 personas entre hombre y mujeres. De lunes a viernes tienen una rutina de actividades; en la mañana tienen su reunión matutina (tiene una estructura y la dirige un participante) a la que asisten todos los participantes y el equipo técnico, tienen actividades ocupacionales (libre expresión, recreación, deporte, obligaciones personales); y diferentes terapias grupales, todas estas dirigidas por profesionales; tienen un horario semanal de terapia individual y familiar, dependiendo la parte del tratamiento en la que se encuentre. Lo más relevante es que al inicio del tratamiento los pacientes firman un compromiso y la voluntariedad del mismo; en esta etapa entran en desintoxicación y pasan a ser parte del programa dependiendo del craving (deseo o necesidad de consumir). Algo motivante es que a la iniciación todos sustituyen su nombre por hermano y un adjetivo o sustantivo que lo describa o algo que anhele ser o llegar a tener, incluido el equipo terapéutico, por ejemplo yo era hermana paciencia y me encargaba de dar dar terapia educacional de diferentes y diversos temas.

Como mencionamos anteriormente las comunidades terapéuticas se unen a través de su modelo teórico y su metodología, pero ninguna comunidad se parece a otra; el cambio individual proviene del impacto global de la vida en comunidad y las características que tenga cada una debido a los diferentes tipos de personas que acuden a ellas, a la experiencia del personal, la edad del programa, filosofía y recursos, las diferencias en las creencias y el estilo de liderazgo podrían también tienen un gran influjo en el tratamiento. (León, 2004)

Los objetivos de las comunidades terapéuticas es dar a la personas con problemas de adicción un lugar donde puedan tener un alejamiento y ruptura con las drogas; una premisa es la toma de conciencia de que el problema no es la droga, sino la propia persona y una de los elementos más importantes es la motivación al cambio a nivel personal y reconocer la problemática de cada individuo por parte de los profesionales. (Marchant, 2010)

## CAPITULO II

### 2. Investigación

#### **Diagnóstico y resultados de la evaluación de la personalidad en individuos con Trastorno de dependencia a sustancias mediante el MMPI-2**

En este capítulo se describe el estudio de la personalidad que analiza y evalúa un perfil de personalidad de los pacientes que han sido diagnosticados Trastorno por dependencia de Sustancias.

Para ello se busca cumplir los siguientes Objetivos específicos:

- Analizar, mediante el MMPI, el tipo de personalidad que reincida en pacientes que presentan un trastorno de dependencia de sustancias
- Describir patrones repetitivos de rasgos de personalidad que tengan en común los pacientes (después del análisis de los test).
- Proponer un modelo terapéutico.

#### **2.2. Metodología**

##### Descripción de la muestra:

La muestra estuvo compuesta por 30 pacientes; 15 del Centro Integral de Tratamiento Para Adicciones Benito Menni y 15 Centro Nueva Esperanza, todos ellos hombres que acudieron en busca de un tratamiento a estas Comunidades Terapéuticas; y que cumplen con los siguientes criterios:

- a) Estos pacientes fueron diagnosticados Trastorno por consumo y dependencia de sustancias según los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994);
- b) Ingresaron voluntariamente en los centros de redes de apoyo.
- c) Pacientes comprendidos en las edades de 18 a 47 años.
- d) Sexo masculino
- e) Tres meses de inclusión en un programa de deshabitación de sustancias

Con estos criterios finalmente se obtuvo la siguiente muestra: 30 pacientes de edades comprendidas entre 18 y 47 años con una media de 30,87; todos de sexo masculino, 12 casados, 12 solteros, y 6 divorciados, a continuación se describe en las tablas

*Tabla 1. Características del estado civil*

		Frecuencia (N=30)	%
Válidos	soltero	12	40,0
	casado	12	40,0
	divorciado	6	20,0
	Total	30	

*Tabla 2. Características de la edad*

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		30,87
Mínimo		18
Máximo		47

Procedimiento:

1. Solicitud de autorización al director del hospital Sagrado Corazón en Quito al Dr. Erickson Toscano y al Dr. Cristian Delgado director del Proyecto Nueva Esperanza
2. Autorización del grupo de pacientes a ser evaluados
3. Realización de la Historia Clínica Selección de pacientes
4. Aplicación del MMPI como instrumento de evaluación de la personalidad, luego de la desintoxicación; es decir a la tercera semana después del ingreso
5. Análisis de los resultados
6. Redacción del documento final

Técnica:

1. Se utilizó la Historia Clínica del paciente para confirmar el diagnóstico de personalidad.
2. Se utilizara el MMPI 2 (Hathaway & MCKinley, 2000) que es un instrumento objetivo de personalidad más utilizado e investigado en el mundo, con más de 10.000 referencias de investigación publicadas. El MMPI se ha utilizado con pacientes psiquiátricos en ambientes de hospitalización y de servicio externo, pacientes en contextos médicos generales, adolescentes en las escuelas, internos en prisiones, individuos en unidades para el tratamiento por consumos de alcohol y drogas, personal militar y solicitantes de trabajo en escenarios industriales; también se ha introducido a más de 50 idiomas.

Cada escala mide diferentes aspectos:

- Hipocondría: Esta escala nos revela los problemas somáticos o psicósomáticos de los pacientes; es decir, preocupaciones por la salud.
- Depresión: En esta escala se puede diferenciar a los pacientes que tienen rasgos depresivos y con ellos todas sus características como por ejemplo sentimientos de desánimo, pesimismo, entre otros.
- Histeria: A través de esta escala podemos reconocer a sujetos que presentan quejas físicas con una negación de su propia vida, es decir negación de ansiedad social, necesidad de afecto, lasitud, quejas somáticas e inhibición de la agresión.
- Desviación Psicopática: Esta escala describe sintomatología antisocial; es decir personas que tienen problemas serios con la ley, frialdad social, discordia familiar y alienación social.
- Masculinidad-Feminidad: Esta escala sirve para reconocer problemas de identidad sexual.
- Paranoia: Esta escala nos ayuda a diferenciar estados o condiciones paranoicas de los pacientes; es decir, una marcada sensibilidad a mal interpretar las intenciones de los otros.
- Psicastenia: En esta escala podemos ver preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, también se refleja ansiedad y estrés generalizados, culpa y depresión e impulsividad.
- Esquizofrenia: Si bien podemos descartar o comprobar algún tipo de esquizofrenia es muy complicado saber a ciencia cierta, lo que el test nos da pautas para saber si presentan pensamientos extraños, experiencias inusuales y experiencias sensoriales extrañas.
- Hipomanía: En esta escala vemos rasgos asociados a episodios maníacos o trastorno maníaco-depresivo como por ejemplo ambición desmedida, extraversión y altas aspiraciones.
- Introversión Extraversión social: Aquí podemos diferenciar a personas con extraversión social y los contrario que serían introvertidos con reservas sociales que prefieren pasatiempos solitarios y ausencia de asertividad social.

## 2.3. Estudio de personalidad

### ■ Resultados del estudio

#### Variables relacionadas con el consumo

Tabla 3. Características relacionadas con la sustancia de consumo

Sustancia	Frecuencia	%
Alcohol	14	46,7
marihuana	3	10,0
base de cocaína	9	30,0
cocaína	4	13,3
Total	30	100,0

Por lo que se refiere a consumo vemos que el alcohol es la sustancia que más predomina en los pacientes de la muestra; es decir 14 consumen alcohol, 3 marihuana, 9 base de cocaína y 4 cocaína.

#### **Variables de Personalidad:** *Variables de las escalas básicas*

A continuación se muestran los resultados de las diez escalas básicas: Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación Psicopática (Pd), Masculinidad Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc) Hipomanía (Ma) e Introversión social (Si)

Tabla 4. Escala Hipocondría

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Ausencia preocupaciones somáticas <40	5	16,7
Pequeñas preocupaciones somáticas 40-59	19	63,3
Preocupaciones Somáticas 60-80	6	20,0
Total	30	100,0

Escala 1.Hs: Vemos que 19 de 30 pacientes han mostrado pequeñas preocupaciones en cuanto a su salud, pero cabe destacar de 6 muestran problemas o quejas de salud (exageración de problemas físicos, trastornos del sueño, falta de energía, quejas variables y múltiples) y 5 no muestran quejas somáticas.

*Tabla 5. Escala Depresión*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Ausencia de desórdenes emocionales < 40	3	10,0
Conformismo consigo mismo 40-50	8	26,7
Depresión moderada 60-70	17	56,7
Depresión clínica >70	2	6,7
Total	30	100,0

Escala 2 D: Observamos que 17 pacientes reflejan depresión moderada, 8 están conformes consigo mismos, 2 padecen depresión clínica y 3 no presentan desórdenes emocionales.

*Tabla 6. Escala Histeria*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Socialmente aislado y reservado (rígido) < 40	4	13,3
Lógico, sensato 40-59	8	26,7
Síntomas somáticos, sugestionable 60-80	16	53,3
Considerar conversión, elevada sugestionabilidad >80	2	6,7
Total	30	100,0

Escala 3 Hy: Vemos que 16 personas presentan síntomas somáticos con tendencia a la sugestionabilidad, 8 son lógicos sensatos, 4 son socialmente aislados y 2 considerable conversión.

*Tabla 7. Escala Desviación Psicopática*

		Frecuencia	%
Válidos	Responsable, persistente 40-59	6	20,0
	Problemas familiares, impulsivo, irritable, extrovertido, culpabilidad 60-75	20	66,7
	comportamiento antisocial, inestable, irresponsable	4	13,3
	Total	30	100,0

Escala 4Pd: En los resultados del test aplicado vemos que 20 de los pacientes a los que se les aplicó el test tienen problemas familiares, impulsividad; 4 pacientes presentan conducta antisocial y 6 son responsables y persistentes.

*Tabla 8. Escala Masculinidad Feminidad*

		Frecuencia	%
Válidos	Machista, agresivo, patrón tradicional de intereses masculinos < 40	10	33,3
	Práctico, realista, convencional 40-59	17	56,7
	Conflictos sobre la identidad sexual, afeminado 60-75	3	10,0
	Total	30	100,0

Escala 5Mf: Podemos analizar que 10 de los pacientes tienen un patrón tradicional de machismo; 17 son prácticos y convencionales; y 3 pacientes de la muestra tienen problemas con su identidad sexual; es decir carecen de intereses masculinos tradicionales.

*Tabla 9. Escala Paranoia*

		Frecuencia	%
Válidos	Probable psicosis paranoide <35	2	6,7
	Evasivo, egocéntrico, considerar psicosis 35-44	6	20,0
	Racional, pensamiento claro, cauto 45-49	7	23,3
	Suspica, airado, ausencia de control emocional 50-59	7	23,3
	Predisposición paranoide, suspica 60-70	7	23,3
	Considerar psicosis paranoide >70	1	3,3
	Total	30	100,0

Escala 6Pa: Observamos que 7 pacientes tienen predisposición paranoide y 7 no presentan un control emocional; 7 son claros y cautos, con pensamientos racionales y flexibles, 6 pacientes son evasivos e insatisfechos con una tendencia a la psicosis; 2 probables psicosis paranoide y 1 a considerar.

*Tabla 10. Escala Psicasteria*

		Frecuencia	%
Válidos	Ausencia de desórdenes emocionales, seguro de sí mismo <40	2	6,7
	Confiable, sincero, adaptable 40-59	12	40,0
	Ansiedad, moderada depresión, pesadillas, culpa, indeciso 60-75	15	50,0
	Trastornos del pensamiento, percepción defectuosa, fobias, culpa >75	1	3,3
	Total	30	100,0

Escala 7Pt: En nuestro estudio 15 presentan ansiedad, pesadillas, depresión y culpa; 1 posible trastorno del pensamiento, percepción defectuosa y fobias; 12

son confiables y adaptables; y 2 son seguros de sí mismo con ausencia de desórdenes emocionales.

*Tabla 11. Escala Esquizofrenia*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Prudente, concreto, práctico, sumiso	6	20
Adaptable, dependiente, buen equilibrio 40-59	14	46,7
Esquizoide de estilo libre, confuso, miedoso, pesadillas, fantasías, reservado 60-75	8	26,7
Posible trastorno Esquizofrénico > 75	2	6,6
Total	30	100,0

Escala 8Sc: Observamos que 14 pacientes son adaptables con equilibrio, 8 son de esquizoide libre y 2 posible trastorno esquizofrénico

*Tabla 12. Escala Hipomanía*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Confiado, responsable, prudente, sumiso, práctico <40	2	6,7
Sociable, amistoso, responsable, realista, equilibrado 40-59	16	53,3
Activo, enérgico, extrovertido, creativo, rebelde 60-69	11	36,7
Energía excesiva, ausencia de dirección, desorganización conceptual, poco realista, hablador, impulsivo 70-80	1	3,3
Total	30	100,0

Escala 9Ma: En los resultados podemos apreciar que 2 pacientes son confiados, responsables y prácticos; 16 son sociables, amistosos, realistas y equilibrados; 11 son activos, enérgicos, extrovertidos, creativos y rebeldes; 1 presenta energía excesiva, ausencia de dirección y poco realista; ninguno tiene posible trastorno bipolar.

*Tabla 13. Escala Introversión Social*

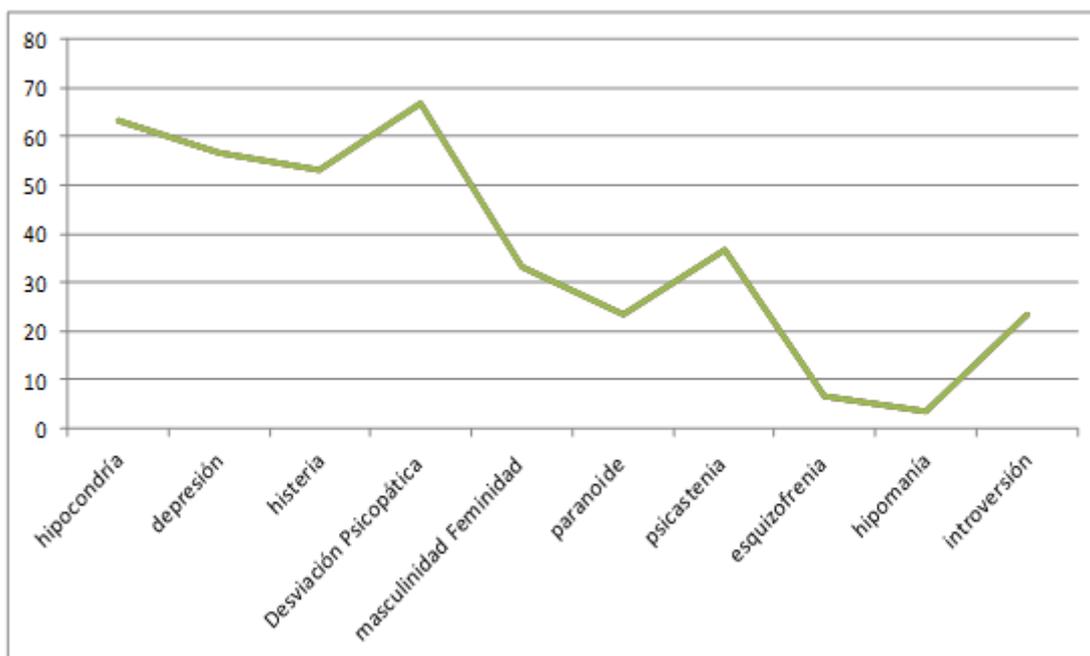
	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Extravertido, sociable, competitivo, seguro de sí mismo, manipulativo > 40	2	6,7
Activo, enérgico, amistoso, equilibrado, hablador 40-49	21	70,0
Introvertido, reservado, tímido, depresivo, ausencia de intereses y seguridad, sumiso 60-75	7	23,3
Total	30	100,0

Escala 0Si: Vemos que 21 de las personas de la muestra son extrovertidos; es decir activos, habladores, amistosos y enérgicos; 2 son competitivos, seguros de sí mismo y hasta manipuladores; 7 son introvertidos, reservados, depresivos con ausencia de intereses y sumisos.

## 2.4. Resumen de los resultados:

Dentro de nuestra investigación analizaremos las escalas más altas significativamente con problemas (puntuaciones anormales) y la relación que tengan con el tipo de personalidad.

Tabla 14. Perfil de personalidad según las puntuaciones más altas



## 2.5. Discusión

El MMPI nos ayudó a ver cuáles son los rasgos de personalidad que tiene cada individuo que fue aplicado el test.

Debemos ser claros y diferenciar que no todas las personas que acuden a un tratamiento de internamiento por problemas de consumo han sido diagnosticados trastorno de personalidad; sin embargo vemos que en estudios realizados existen prevalencia entre trastorno de personalidad y dependencia a sustancias, que de cada cuatro pacientes tres presentan un trastorno de personalidad y el más recurrente es el antisocial, seguido por el límite (pasivo-agresivo); (Fernández-Montalvo, López, Landa, Illescas, Iñaki, & Zarzuela, 2004).

Por ejemplo vemos en un estudio hecho por Pedrero, Eduardo (2012) en el Instituto de Adicciones de la Universidad de Santiago de Compostela que utilizando el cuestionario de Millon (MCMI-II) concluyó que existe una gran prevalencia entre las personas con problemas de abuso de drogas y los

trastornos Antisocial y Límite de personalidad: éstos son los dos trastornos cuya prevalencia es habitualmente mayor en muestras de adictos. (Pedrero Pérez, López Durán, & Fernández del Río, 2012).

Según la guía de interpretación del MMPI de la universidad de Buenos Aires (UBA), se observan en personas que consumen drogas síntomas hipocondríacos, indecisión y ansiedad; son socialmente extrovertidos, careciendo de habilidades para relacionarse con el sexo opuesto. Sienten rebeldía hacia su núcleo familiar pero no expresan estos sentimientos, a menudo están insatisfechos, son pesimistas, demandantes, irascibles, agresivos y resistentes a la psicoterapia tradicional.

Con los estudios realizados y toda la información que se ha obtenido queda en duda si la personalidad varía con relación al consumo; es decir, estuvo antes o después.

## CAPITULO III

### 3. Propuesta terapéutica

Millon a través de teoría evolutiva nos dice que lo esencial para iniciar un tratamiento es conocer su personalidad; es decir, su estructura y su dinámica para poder comprender cuál es su funcionamiento (Cárdenal, Sánchez, & Tallo, 2007).

La asociación entre trastorno de personalidad y abandono terapéutico es muy relevante ya que el 72 % que han sido diagnosticados abandonan el tratamiento, a pesar de ello es de suma importancia diagnosticar la personalidad, esto para una precisa práctica clínica con cada paciente.

Entendemos que personalidad normal es la que se puede adaptar más fácilmente a diferentes cambios en su entorno; es decir, sus patrones son más flexibles; por el contrario los patrones son menos flexibles con tendencias a caer en círculos viciosos en las personalidades patológicas. (Millon 2002). Esto no afirma que las personas que consumen algún tipo de sustancias tengan personalidad patológica.

Millon y Davis (1998) proponen un tratamiento más acentuado para cada caso y recoger e integrar diferentes perspectivas *“Nuestra tarea como terapeutas no es ver cómo podemos combinar modelos discordantes de técnicas terapéuticas, sino unir el patrón integracionista que caracteriza a cada paciente y entonces seleccionar los objetivos y las tácticas de tratamiento que representan óptimamente este patrón”* (pág. 189).

Basándonos en el Modelo evolutivo de Millon podemos deducir que los modelos de la personalidad son adaptables y cambiantes es por eso que proponemos una terapia particular y objetiva apoyándonos en el conocimiento global de una persona, a continuación citaremos la terapia cognitivo conductual para las personalidades del grupo B según Beck (1995)

- **Personalidad Límitrofe:** se caracteriza por la impulsividad, gran variedad de síntomas somáticos y la inestabilidad de sus estados de ánimo, problemas de autoestima que lo llevan a percibir al mundo como malo y peligroso generando cuadros de ansiedad; para esto primero debemos ganarnos su confianza y tener cuidado en nuestro lenguaje ya que ellos tienden a idealizar y desacreditar con facilidad, deberemos trabajar sobre sus pensamientos dicotómicos, la asertividad emocional y fortalecer sus sentimientos de identidad.
- **Personalidad Antisocial:** se caracteriza por la ausencia de culpa y falta de control de sus impulsos son incapaces de ponerse en el lugar de otra persona, no miden consecuencias, no cumplen con sus obligaciones y rompen o no acatan normas ni reglas establecidas es por eso que debemos

desarrollar un interés por entender las consecuencias de sus actos en el aspecto moral y social, trabajar con técnicas de empatía y las luchas de poder

- **Personalidad Histriónica:** se caracteriza por su excesiva emocionalidad y su tendencia a llamar la atención para recibir elogios y aprobaciones ya que esperan que el resto los amen y satisfagan sus necesidades cayendo en la manipulación por eso debemos tener cuidado en no involucrarnos emocionalmente con este tipo de pacientes trazándonos metas y trabajar un aspecto a la vez, trabajar sobre sus pensamientos difusos, distinguir la fantasía de la realidad, tener control sobre sus impulsos mediante cuadros comparativos de ventajas y desventajas, otro punto importante es trabajar sobre las habilidades y asertividad sociales conjunto con la autoeficacia canalizando positivamente sus expresiones exageradas (teatro, novelas, deportes).
- **Personalidad Narcisista:** se caracteriza por su elevada autoestima y su desvalorización hacia el resto con el egoísmo que es propio de ellos, es por eso que debemos trabajar sobre su grandiosidad y la evaluación que tiende hacer al resto de personas, un autocontrol emocional y sobre todo una empatía (intercambio de roles).

Es por eso que el tratamiento dentro de un programa de deshabituación de sustancias, debe orientarse al estilo de personalidad que predomine en cada paciente, pero esto no quiere decir que cada uno tendrá un tratamiento por separado, por lo contrario, se encuentran en una comunidad en donde los problemas son un denominador común entre ellos, pero si hay que resaltar que deberán tener un diferente trato dentro de la terapia individual, en la terapia ocupacional y en la terapia familiar; teniendo un tratamiento mancomunado dentro de la terapia grupal, este modelo se aplica mucho dentro de las comunidades terapéuticas, en la Comunidad Terapéutica de Trastornos de Personalidad de la Clínica San Miguel, España su equipo técnico corrobora cuatro aspectos básicos que definían la filosofía de la unidad: comunalismo (entendido como un reparto igualitario de roles y tareas entre el personal y los residentes y una fuerte focalización en las interacciones grupales), democratización, confrontación con la realidad y permisividad (Díaz, Serván, & Posada, 2013).

## **CONCLUSIONES**

Luego del estudio del Perfil de Personalidad de Pacientes Drogodependientes en una Comunidad Terapéutica podemos concluir que los resultados obtenidos en el MMPI-2, muestran que el número de personas a las que se les aplicó el test se encuentran en el lineamiento de personalidad del grupo B (antisocial, limítrofe). Estos datos fueron corroborados con las historias clínicas de los pacientes.

Vemos que las escalas más altas son cuatro, desviación psicopática que se interrelaciona con un Perfil de Personalidad Antisocial; hipocondría, depresión e histeria que pertenecen al Perfil de Personalidad Limítrofe.

Por ello se debe tener en consideración las pautas a seguir cuando se trabaja con estos tipos de personalidad, aspecto importante dentro del tratamiento.

## Bibliografía

- Allport, G. (1937). *Personalidad: una interpretación Psicológica*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1986). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A. (1995). *Principios Generales de la Terapia Cognitiva en los Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Bolinches F, D. V. (2002). *Personalidades impulsivas y trastorno por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. Trastornos adictivos*. España.
- Campos, A. (2006). Investigación Participativa: Reflexiones a cerca de sus fundamentos metodológicos y de sus aportes al desarrollo social. *Ponencia presentada en el seminario Internazionale Sulla Ricerca-Azione e la Ricerca Sociale* (págs. 130-146). Roma: Cuadernos de Agroindustria y Economía Rural.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México : Pearson Edicación .
- Colom Marañón, B. R. (1995). *Test, Inteligencia y Personalidad*. Madrid: Ediciones Pirámid S,A.
- Conde, I. L., Ustárrroz, J. T., Landa, N., & López-Goñi, J. J. (2006). Deshabitación de drogas y funcionamiento. *Fundación Proyecto Hombre Navarra*, 10.
- DSM-V., A. A. (2013). *Diagnostic and statistical Manual of mental*. Washington: DC: APA.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: Mcgraw-Hill.
- Espada, J. G. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. . *Papeles del Psicólogo*, 9-17.
- Eysenck, H. (1987). *Personalidad y Diferencias Individuales*. Madrid: Pirámide.
- Fierro, A. (2008). Bienestar personal, adaptación social y factores de la personalidad: Estudios con las escalas Eudemon. *Clínica y Salud 2006*, vol 17, 297-318.
- García, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis vol 13*, 413-422.
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Hathaway, S., & MCKinley, J. (2000). *MMPI2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2)*. Madrid: TEA Ediciones S.A.
- Laespad, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al consumo de drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de CAPV*. Deusto: Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto).

- León, G. d. (2004). La Comunidad Terapéutica y las Adicciones: Teoría, Modelo y Método . En G. d. León, *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones: Teoría, Modelo y Método* (pág. 502). Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- López, M. F. (1995). *Quiero Vivir, Comunidad Terapéutica de Colombia*. Bogotá: San Pablo.
- Marchant, N. (2010). La Comunidad Terapéutica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 11.
- Martínez, M., & Alonso Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *ADICCIONES*, vol 15, Nº 2, 145/158.
- Mas-Bagà, M. (2006). La REBT en una Comunidad Terapéutica . *Revista de Toxicomanías* , 1-8.
- Maslow, A. (1968). *Psicología de hoy*. New York: Brooks/cole.
- Millon, T. (1996/1998). *Desordenes de la Personalidad más allá del DSMIV*. Nueva York: Masson.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). Trastornos de la Personalidad más allá del DSM-IV. En T. Millon, & R. Davis, *Trastornos de la Personalidad más allá del DSM-IV* (pág. 189). Barcelona: Masson.
- Ordoñez, E., Bobes, J., Rodríguez, F., Paino, S., Gonzalez, M., & Portilla, G. (1994). Evaluación de la personalidad de los drogodependientes. Vía parenteral en una muestra asturiana. *AN: Psiquiatría Vol 9. Nº6*, 256-260.
- Pascual, F. (2009). La autoayuda en drogodependencias en el. *Revista Española*, 124-127.
- Pedrero, E. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diferentes modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista Peruana de drogodependencias. Análisis e investigación*, 18-49.
- Pedrero, J., & Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudios con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. Nº12*, 251-261.
- Pierce, E. (1962). Bases contrastantes de la Psicología. *Conductismo y Fenomenología*, 57-68.
- Roger, C. (1951). *Terapia centrada en el cliente*. Boston: Houghton Mifflin.
- Sánchez, H. E., Tomás Gradolí, V., & Morales, G. E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico. *Trastornos Adictivos*, 159-66.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sanz, J. y Larrazábal, A. (2002). Comorbilidad de dependencia de cocaína y trastornos de personalidad. *Implicaciones clínicas y pronósticas. En III Congreso Virtual de*

*Psiquiatría*, Interpsiquis 2002. Recogido el 2 de octubre del 2003 en <http://www.psiquiatría.com/articulos/adicciones/5592/>.

Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64

Sterm Erich y Creegan, R. F. (1987). *La Observación y los test de Psicología Clínica*. Argentina: Paidós.