

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del título de: PSICÓLOGA

**TEMA:
ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
Y RECAÍDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES QUE HAN
FORMADO PARTE DEL PROCESO DE INTERNAMIENTO EN LA UNIDAD
DE C.I.T.A.B.M. (CENTRO INTEGRAL DE TRATAMIENTO DE
ADICCIONES BENITO MENNI) PERTENECIENTE AL INSTITUTO
PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN.**

**AUTORAS:
ERIKA GABRIELA PASQUEL ANDRADE
LIZETH SILVANA PROAÑO ORTIZ**

**DIRECTOR:
MARIO MÁRQUEZ TAPIA**

Quito, julio del 2013

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO
DEL TRABAJO DE GRADO**

Nosotros Erika Gabriela Pasquel Andrade y Lizeth Silvana Proaño Ortiz autorizamos a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaramos que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad las autoras.

Quito, julio 2013.

Erika Gabriela Pasquel Andrade
CC: 172273496-7

Lizeth Silvana Proaño Ortiz
CC: 171660497-8

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres que con su ejemplo y sus consejos han sido los pilares principales en los que me he apoyado. A toda mi familia por su ayuda oportuna y desinteresada.

A mi Hermana Ginna por estar siempre presente e involucrada en cada fase importante en mi vida. A Fernanda Lima y Eduardo Jiménez que gracias a su constante apoyo y comprensión logré superar algunos obstáculos en mi vida.

Erika Gabriela Pasquel Andrade.

Dedico el presente trabajo a todas las personas que me acompañaron en este camino y me brindaron su apoyo incondicional.

A todos quienes con sus conocimientos aportaron en mi formación y me brindaron la oportunidad de entrar en un mundo nuevo para poder percibir con otra mirada a la vida.

Lizeth Silvana Proaño Ortíz.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas, quienes brindándonos los conocimientos y experiencias contribuyeron a la realización de este trabajo y nos dieron su apoyo y respaldo para poder acceder a la información; al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, en especial al Equipo Terapéutico de la Unidad de CITABM, por todo su apoyo enseñanzas y calidad humana.

A nuestros mentores por introducirnos en el camino del conocimiento, generando y despejando dudas y motivarnos a seguir en el camino infinito del saber.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
LA ADICCIÓN, RECAÍDA Y TRATAMIENTOS.....	3
1. Conceptos básicos	3
1.1 Tolerancia	4
1.2 Abstinencia	5
1.4 Recaída.....	6
1.5 Consideraciones Generales sobre la adicción en nuestro medio.....	8
1.5.1 Programas de Tratamiento para adicciones	10
1.5.2 Antecedentes de la Comunidad Terapéutica para tratamiento de adicciones	12
1.5.3 Tratamiento Ambulatorio	13
CAPÍTULO II	14
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	14
2.1 Etiología de los trastornos de Personalidad.....	14
2.1.1 Para el Psicoanálisis.....	14
2.1.2 Para la Teoría Cognitivo-Conductual.....	16
2.2 Evaluación de Personalidad.....	17
2.2.1 Entrevista	17
2.2.2 Test Proyectivos.....	18
2.2.3 Test Psicométricos	19

2.2.4 Inventario multifásico de personalidad II (MMPI II)	21
2.3 Visión desde la Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad	28
2.3.1 Personalidad Patológica.....	30
2.3.2. Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad (DSM-IV-TR /CIE-X).....	32
2.3.3 Diagnóstico Diferencial	33
2.3.4 Epidemiología.....	34
2.3.5 Comorbilidad	34
2.3.6 Grupos de Trastornos de Personalidad	36
a) Trastorno Esquizoide	36
b) Trastorno De Personalidad Esquizotípico	38
c) Trastorno Paranoide De La Personalidad	39
2.3.6.2 Perfiles Cognitivos Y Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Personalidad pertenecientes al Grupo B (Dramáticos, emotivos o erráticos: Antisocial, Narcisista, Histriónico y Límite de la personalidad).....	40
Tabla # 6 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad del Grupo B.....	41
a) Trastorno Antisocial	42
Pronóstico y Prevalencia.....	43
b) Trastorno Histriónico.....	43
Pronóstico y prevalencia.....	46
Estudios sobre relaciones con el Eje I:	47
c) Trastorno De Personalidad Límite.....	48
Características del Trastorno	49

d) Trastorno Narcisista.....	51
De acuerdo al DSM-IV-TR la prevalencia va en torno al 1% de la población en general aumentando el porcentaje de 2 a 26 % en la población clínica, siendo en su mayoría hombres.	52
a) Trastorno Dependiente.....	55
b) Trastorno De Personalidad Por Evitación	56
c) Trastorno obsesivo-compulsivo.....	57
d) Trastorno Pasivo-Agresivo.....	59
2.3.6.4. Trastorno De Personalidad No Especificado	60
CAPÍTULO III.....	61
(CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES BENITO MENNI)	61
3.1 Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Unidad C.I.T.A.B.M.....	61
3.1.1 Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	61
3.1.2 Ubicación Geográfica	62
3.1.3 Organigrama	62
3.1.4 Historia y Descripción de CITABM.....	63
3.1.5 Descripción Ambiente Físico.....	70
CAPÍTULO IV	72
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	72
CAPÍTULO V.....	81
RESULTADOS.....	81
5.1 Resultados Obtenidos	82

5.1.1 Simbología Utilizada	85
5.3 Tipo de Trastorno de Personalidad que proporcionalmente posee mayor número de recaídas, dentro de la muestra estudiada	96
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES.....	100
LISTA DE REFERENCIAS	101
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla # 1 Especificaciones en curso para la dependencia de sustancias.....	8
Tabla # 2 Puntuaciones T en escalas que puntúan un valor similar.....	24
Tabla # 3 Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad.....	33
Tabla # 4 Comparación de las Clasificaciones Actuales de los Trastornos de la Personalidad	35
Tabla # 5 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad Grupo A.....	38
Tabla # 6 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad del Grupo B.....	40
Tabla # 7 Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad Grupo C.....	54
Tabla # 8 Perfil Cognitivo del Trastorno de Personalidad Pasivo- Agresivo.....	59
Tabla # 9 Entrevista A Dr. Germán Mármol, Neuropsicólogo y Coordinador de Centro CITABM.....	67
Tabla # 10 Entrevista a Dr. Ibáñez. Médico Psiquiatra.....	68
Tabla # 11 Entrevista a Dra. María Belén Menéndez. Psicóloga Laboral. Lic. En Trabajo Social y Máster en Terapia Familiar Sistémica.....	69
Tabla # 12 Entrevista a Mará Belén Torres. Psicóloga Clínica.....	69
Tabla # 13 Entrevista a Lic. Liliana Vallejo. Terapeuta Ocupacional.....	70
Tabla # 14 Flujograma del proceso de investigación.....	79
Tabla # 15 Flujograma de la Investigación.....	80
Tabla # 16 Tabla de Resultados obtenidos.....	82
Tabla # 17 Simbología utilizada para los tipos de Trastornos de Personalidad.....	85
Tabla # 18 Tabla X2 para establecer la relación y significación estadística.....	85
Tabla # 19 Detalle de Trastornos de Personalidad y Recaída en la muestra estudiada.....	87

Tabla # 20 Tabla X2 para establecer relación y significación estadística entre Tratamiento Ambulatorio y Recaída	92
Tabla # 21 Tabla X2 para establecer relación y significación estadística entre Terapia Cognitiva Conductual y Recaída.....	94
Tabla # 22 Frecuencia de tipos de Trastorno de Personalidad en la población estudiada	96

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica # 1 Modelo del Proceso de Recaída.....	10
Gráfica # 2 Criterios diagnósticos para el Trastorno Esquizoide.....	37
Gráfica # 3 Criterios diagnósticos para el Trastorno De Personalidad Esquizotípico	38
Gráfica # 4 Criterios diagnósticos para Trastorno Paranoide de la Personalidad	39
Gráfica # 5 Criterios diagnósticos para el Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	44
Gráfica # 6 Criterios diagnósticos para el Trastorno Histriónico de la Personalidad	47
Gráfica # 7 Criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad.....	51
Gráfica # 8 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Narcisista de la Personalidad	53
Gráfica # 9 Criterios diagnósticos para el Trastorno Dependiente de la Personalidad.....	56
Gráfica # 10 Criterios diagnósticos para el Trastornos de la Personalidad por Evitación	57
Gráfica # 11 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo	58
Gráfica # 12 Porcentaje de los participantes que presentaron comorbilidad y de los que tienen Diagnóstico único.....	90
Gráfica # 13 Porcentaje de Recaídas en comparación de los que no recayeron	90
Gráfica # 14 Porcentaje de participantes que recibieron o no Tratamiento Ambulatorio.....	91
Gráfica # 15 Porcentaje de Participantes que recibieron o no Terapia Cognitiva Conductual	94
Gráfica # 16 Frecuencia de Grupos de Trastornos de Personalidad	97
Gráfica # 17 Porcentaje de los Tipos de Trastorno de Personalidad en Población Total y en Población con Diagnóstico de Trastorno de Personalidad.....	97

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo # 1 Mapa de ubicación geográfica Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón	105
Anexo # 2 Planos de C.I.T.A.B.M	106
Anexo # 3 Organigrama Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón-Unidad CITABM	107
Anexo # 4 Contrato Terapéutico, presentado a cada participante previamente a formar parte del programa.	108
Anexo # 5 Formato de entrevista telefónica	110
Anexo # 6 Fotografías.....	111
Anexo # 7 Semejanzas y diferencias entre los trastornos de personalidad	114

RESUMEN

Este trabajo se realizó con el fin de profundizar en la temática de las adicciones, a partir de su multicausalidad; tomando como referencia a los pacientes que han pertenecido al proceso de internamiento en el Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. Surgiendo el cuestionamiento de la relación que pudiera tener los Trastornos por consumo de Sustancias y Trastornos de Personalidad y su relación con la recaída.

Para esto, fue necesario el profundizar en la temática de la adicción, recaída y tratamientos (Comunidad Terapéutica principalmente) y los Trastornos de Personalidad, revisando en fuentes bibliográficas y otras fuentes información relacionada.

En búsqueda de conseguir los objetivos propuestos se tomó una muestra de 59 pacientes de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión, permitiéndonos de esta manera realizar las correlaciones respectivas para comprobar o descartar las hipótesis planteadas.

En el curso de la investigación se percató la importancia de relacionar con la recaída otros factores adicionales como, la frecuencia de los Trastornos de Personalidad, y los Trastornos de Personalidad de Tipo B, los cuales son los que mayor predominancia tienen en el estudio, para ampliar un poco más lo que abarca el tema.

Mediante cálculos estadísticos se permitió el análisis de las hipótesis y de otros factores relacionados, teniendo como resultado principal la falta de evidencia significativa que apoye las hipótesis planteadas, en base a ello se realizaron sugerencias a varias instancias que pueden ser tomadas para investigaciones futuras o situaciones relacionadas con el tema.

ABSTRACT

This work was performed in order to delve into the topic of addiction, from its multiple causes, with reference to patients who have been in the process of internment at the Center for Addiction Treatment Comprehensive Benito Menni, Sacred Psychiatric Institute Heart. Consider emerging questioning the relationship that could have the Substance Use Disorders and Personality Disorders and its relationship to relapse.

For this, it was necessary to delve into the subject of addiction, relapse and treatment (mainly Therapeutics Community) and personality disorders, reviewing literature and other sources related information sources.

Seeking to achieve the proposed objectives, a sample of 59 patients according to inclusion and exclusion criteria, thus allowing us to perform the respective correlations to prove or disprove the hypotheses.

In the course of the investigation he realized the importance of relapse related to additional factors such as the frequency of Personality Disorders, Personality Disorders and Type B, which are the most predominant in the study have to expand a little more what it covers the subject.

Through statistical calculations allowed the analysis of assumptions and other factors, resulting in the prolonged absence of meaningful evidence to support the hypothesis, it is based on suggestions made by various authorities that can be taken for the future research or situations related to the topic.

INTRODUCCIÓN

La adicción es una problemática que implica múltiples talantes, por ende no se puede atribuir su origen a una sola causa; implicando a aspectos sociales, familiares, relacionales y económicos; dentro de la misma está contemplada la recaída, ésta ocurre cuando se ha dejado de consumir por un tiempo y se retorna a los patrones de consumo anteriores.

La relación con los Trastornos de Personalidad y la adicción se evidencian en los datos que refieren una alta tasa de coexistencia entre éstos y los Trastornos por consumo de sustancias, varios estudios han determinado que existe un porcentaje significativo de comorbilidad en pacientes con problemas de adicciones, en especial la presencia de Trastornos de Personalidad, de acuerdo con la N.I.D.A. (National Institute on Drug Abuse), este porcentaje corresponde del 30 al 50 % de los casos que presentan Trastornos relacionados con sustancias. Surgiendo el interés de averiguar la frecuencia con que se presentan los Trastornos de Personalidad y las recaídas en la muestra, lo cual se expresa en los siguientes objetivos

General

Estudiar la relación entre Trastornos de Personalidad y recaída; en pacientes drogodependientes que han formado parte del proceso de internamiento, en la Unidad de C.I.T.A.B.M. (Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni) perteneciente al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Específicos

- Determinar la frecuencia de Trastornos de Personalidad y recaídas en participantes que han formado parte del proceso de internamiento de la unidad de C.I.T.A.B.M.

- Comprobar por medio de una investigación retrospectiva si aquellos pacientes con Trastorno de Personalidad tienen mayor tendencia a una recaída en relación al grupo que tiene diagnóstico único (trastornos relacionados con sustancias, Eje I DSM- IV TR).
- Precisar el tipo de Trastorno de Personalidad que proporcionalmente posee mayor número de recaídas, dentro de la muestra estudiada.

Para el cumplimiento de los mismos fue preciso desarrollar los conceptos relacionados al tema de investigación, iniciando con el primer capítulo en el cual se describen los aspectos relacionados con los trastornos de sustancias, la recaída y los tratamientos afines al programa del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Posteriormente se explica en el segundo capítulo los Trastornos de Personalidad, exponiendo teorías sobre su posible origen, la evaluación de Personalidad y la descripción los mismos.

A continuación el tercer capítulo hace referencia al Centro de Tratamiento Adicciones Benito Menni, donde se detalla su historia, misión, visión, objetivos y descripción general del programa.

En el cuarto capítulo se relatan los procedimientos llevados a cabo en la investigación desde su inicio hasta su culminación y finalmente se concluye con los resultados donde se evidencian los datos recolectados y las conclusiones de los mismos en función de los objetivos planteados.

CAPÍTULO I

LA ADICCIÓN, RECAÍDA Y TRATAMIENTOS

1. Conceptos básicos

Los conceptos de adicción son diversos; muchas veces en el medio se puede, por desconocimiento, confundir el abuso de sustancia con la existencia de una dependencia a la misma, debido a la multiplicidad de definiciones. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la adicción, es:

Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.
(Hourmilougué, 2013)

Por otro lado, la adicción también se la define como un constructo multidimensional en el que se relacionan componentes subjetivos, fisiológicos, bioquímicos, conductuales, cognitivos y motivacionales, en el cual se produce un uso repetitivo y/o abusivo de una o varias sustancias que pueden estar relacionado con dependencia a éstas y que genera consecuencias negativas para el sujeto que consume y para su entorno inmediato.

El abuso de sustancias no es lo mismo que consumo, está más bien relacionado, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2002, pág. 225) con “Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar

clínicamente significativos [.....] Durante un período de doce meses o más, se produce un consumo recurrente de la sustancia en el que puede dar lugar al incumplimiento en las obligaciones del sujeto, participar en situaciones físicamente peligrosas, inmiscuirse en conductas ilegales y continuar el consumo a pesar de tener continuos problemas sociales"

Adjuntos a la problemática de la dependencia se adscriben dos fenómenos: tolerancia y abstinencia; la primera se genera tras la ingesta recurrente del agente psicoactivo y la segunda está relacionada con la reducción o cese del consumo de una sustancia.

1.1 Tolerancia

Es un fenómeno producido por la utilización constante de una sustancia a la misma dosis, teniendo su usuario la necesidad de una cantidad cada vez mayor para obtener el mismo efecto o el efecto deseado, ya que la misma cantidad que en un principio el sujeto probó dejará de ser tan eficaz como lo fue en un inicio. Los niveles de tolerancia de sujeto a sujeto y de sustancia a sustancia difieren; por ejemplo, la misma cantidad de sustancia inicial en un sujeto corpulento puede tener menor efecto en comparación de un sujeto delgado, de igual manera el nivel de tolerancia a los derivados de drogas estimulantes como los alcaloides y drogas depresoras como el alcohol difieren, pudiendo el sujeto administrarse cantidades que si lo hubiese hecho en un inicio hubieren resultado extremadamente tóxicas e incluso mortales(Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2002), esto puede convertirse en un factor de alto riesgo, ya que posterior a un largo tiempo de abstinencia el sujeto puede reiniciar el consumo por las dosis semejantes a aquellas que consumía previo a suspender, constituyendo un gran peligro ya que, el organismo puede haber perdido el punto de tolerancia de la sustancia desencadenando en la recaída una sobredosis que puede ser letal.

1.2 Abstinencia

Está relacionada con cambios comportamentales desadaptativos tras el cese de consumo de un psicoactivo, esto ocasiona un deterioro que a nivel clínico es bastante significativo en las áreas importantes de la actividad del individuo; presentándose una serie de síntomas tras la disminución de la concentración de la sustancia en el plasma sanguíneo posterior a haber desarrollado un hábito de consumo constante. El sujeto necesita de la sustancia o una muy similar para aliviar estos síntomas que generalmente son opuestos a los efectos del psicoactivo; esta sintomatología varía según la sustancia, produciendo generalmente los efectos contrarios a la intoxicación, generando un malestar por la descompensación. Por ejemplo: la abstinencia alcohólica, al ser el etanol un depresor del sistema nervioso central, provoca lo contrario, es decir una sobreexcitación del S.N.C. generando síntomas como agitación psicomotora; y, en contraposición, en la abstinencia a la cocaína y sus derivados provoca efectos depresores en el S.N.C. presentándose como síntoma la fatiga(Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2002)

1.3 Craving

La definición para este término no es única, yendo desde el deseo compulsivo por consumir la sustancia al pasar por la abstinencia hasta el deseo psicológico. Se “manifiesta a modo de pensamientos, imágenes y sensaciones asociadas a la respuesta ante la administración de droga, que podrían provocar de nuevo la conducta de consumo de droga... motivados en principio por el instrumental (p. e. parafernalia asociada a la droga), cuestiones sociales, emocionales y psicológicas”(De León, 2004, pág. 70). De acuerdo con Beck el craving es el deseo irrefrenable de consumir; éste aparece como la sensación subjetiva de lograr obtener el estado conseguido por la droga relacionada con el área física, emocional, social, que va más allá de la asociación de estímulo – respuesta, de acuerdo con el paradigma Pavloviano, constituyéndose como un factor de alto riesgo relacionado con la recaída.

1.4 Recaída

Es el retorno a patrones de consumo previos a la abstinencia de la sustancia, Beck propone como “recaída” al comportamiento de retorno total a las conductas relacionadas con el consumo de sustancias, es importante determinar el tiempo de remisión para poder establecer la existencia de recaída, para lo cual se toman en cuenta seis especificaciones de curso expuestas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y que se basan en el tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia, en función de la presencia o ausencia de los criterios para dependencia y abuso de sustancias.

El proceso de recaída según algunos autores como Marlatt y Gordon*¹ (1980) se atribuye factores como la capacidad del sujeto de resolver problemas, enfrentar situaciones complejas y al sistema de creencias que influirán en la decisiones que la persona tenga, por ejemplo, el pensar que no podrá detenerse luego de haber tenido un nuevo encuentro con la sustancia, retornando a los patrones de conducta previos a la abstinencia (en lo que Beck llamaría el paso del desliz a la recaída). Además, no se puede atribuir la recaída únicamente a factores internos, pues existen estímulos externos que pueden motivar al uso de una sustancia, por ejemplo, el encontrar en la calle al expendedor de droga, el pasar por algún lugar que le rememore la sustancia o el ver imágenes que se asocian directamente con la sensación de intoxicación.

Los programas de prevención de recaídas trabajan en ambos aspectos pretendiendo fortalecer la autoeficacia mediante, por ejemplo, el entrenamiento en conductas adaptativas a emplear si ocurren eventos de riesgo post alta o si el paciente se halla en situaciones estimuladoras al consumo.

¹ * Marlatt y Gordon desarrollaron un modelo teórico de Recaídas en pacientes drogodependientes (1980, 1985).

Se comprende a mayor profundidad el modelo del proceso de recaída propuesto por Marlatt y Gordon (1985), (ver gráfica#1) en el que el sujeto ante una situación de alto riesgo, relacionado con factores internos o externos, puede o no reaccionar con una respuesta de afrontamiento; en el caso que el sujeto tenga una respuesta adecuada incrementará su autoeficacia o percepción de autocontrol ante situaciones de riesgo, disminuyendo así la probabilidad de una recaída.

En el caso de que el sujeto no tuviera una respuesta de afrontamiento ante una situación de riesgo, disminuirá su autoeficacia y aumentarán las expectativas de los resultados positivos de la sustancia psicotrópica, provocándose el efecto de violación de la abstinencia, o lo que Beck llamará desliz, relacionado con la pérdida de control y predominancia de los sentimientos de culpa. Incrementando notablemente la probabilidad de recaída (ver Gráfica # 1).

Tabla # 1ESPECIFICACIONES EN CURSO PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

<p>Remisión Temprana Se considera los primeros doce meses posteriores a la dependencia, este período es de especial riesgo para que ocurran recaídas.</p>	<p>Remisión Sostenida Sin recaída posterior a los doce meses de remisión temprana.</p>
<p>Remisión Total Temprana Cuando no se cumplen los criterios de abuso o de dependencia durante 1-12 meses.</p>	<p>Remisión Total sostenida Se usa cuando no se ha cumplido ningún criterio de abuso o dependencia de la sustancia durante doce meses o más.</p>
<p>Remisión Parcial Temprana Se usa cuando se han cumplido uno o más criterios de abuso o dependencia durante 1-12 meses</p>	<p>Remisión parcial sostenida Se usa cuando se han cumplido uno o más criterios de abuso o dependencia durante un período de doce meses o más.</p>

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, págs. 222-223)

Es importante considerar que para la Comunidad Terapéutica la recaída es parte del proceso de recuperación; ésta sugiere que el participante aún deberá trabajar en algun/os aspectos de su vida a mayor profundidad.

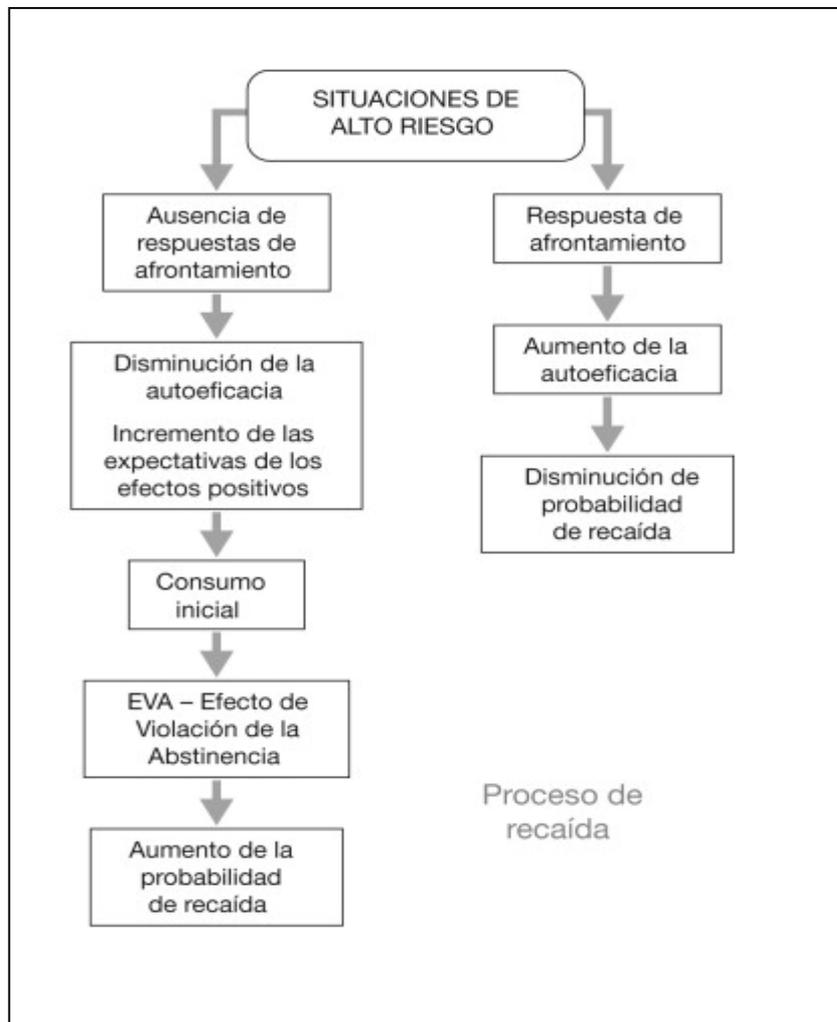
1.5 Consideraciones Generales sobre la adicción en nuestro medio

La adicción es una problemática que afecta dentro de nuestro país a aspectos sociales, familiares, relacionales o económicos. Los resultados de un estudio realizado por el C.O.N.S.E.P. (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas) demuestra que respecto a las drogas consideradas ilícitas “en los últimos cuatro años hubo un incremento del 6.1 por ciento al 10.5 en el 2008, siendo las más utilizadas la marihuana y la pasta de cocaína” (CONSEP, 2009); considerando que la utilización de psicoactivos no supone la presencia necesaria de adicción según los criterios anteriormente revisados.

Actualmente en el Ecuador no se dispone de una base de datos específica sobre los índices de dependencia a sustancias dentro del país. De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) encargado de los aspectos relacionados con la Salud Mental, nunca se ha dispuesto de esta información, y además informan no haber investigaciones actuales que se encarguen de la temática, quedando como única entidad que posee datos estadísticos relacionados al tema el C.O.N.S.E.P.

Gráfica # 1 Modelo del Proceso de Recaída

Por Marlatt y Gordon



(Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 215)

1.5.1 Programas de Tratamiento para adicciones

Para el tratamiento de adicciones han surgido varios programas como son AA (Alcohólicos Anónimos), NA (Narcóticos Anónimos) y la Comunidad Terapéutica, la cual comprende a la adicción desde la influencia de múltiples variables que interactúan constantemente, tomando en cuenta lo cultural-social, familiar, individual y, dentro de éste último; las emociones, la conducta, la cognición y lo espiritual. (De Leon, 2004).

La Comunidad Terapéutica para las adicciones surge desde aportes de los grupos antes mencionados y de la propuesta antipsiquiátrica de comunidades terapéuticas para tratamiento de “pacientes”. No existe, como establece Georges de Leon^{2*}, una sola metodología de la Comunidad Terapéutica para adicciones, ésta se ha ido formando de acuerdo a las influencias de otras propuestas como Synanon y Daytop.

A diferencia de los grupos de autoayuda, la modalidad de comunidad terapéutica pese a su dinamismo tiene como principal característica el internamiento de sus integrantes y la exigencia de que éstos estén en total sobriedad. Su funcionamiento se basa en la presión que ejerce el grupo sobre el individuo para obtener cambios en la conducta general de cada residente y en la posibilidad de apostar al cambio de la conducta de los otros, lo cual tiene un efecto positivo sobre variables como la percepción de control, autoconcepto, etc. (De Leon, 2004).

La Comunidad Terapéutica ha sido utilizada principalmente por las líneas Cognitiva Conductual y Sistémica, a pesar de esto no se cierra a otro tipo de tendencias.

Es en sí es un ambiente controlado y súper estructurado, en donde toda la comunidad aporta para la recuperación, se convierte en una microsociedad, no se postulan jerarquías, éstas vendrán de la estructura que alcance cada sujeto. Postula que cada acto deberá ser terapéutico.

La Comunidad Terapéutica considera que el consumo de sustancias es un síntoma, no el problema en sí; por tanto ve a la persona integralmente considerado:

² * George de León autor del libro “La Comunidad Terapéutica” en el cual sintetiza la teoría, el modelo y la metodología propia de ésta.

- Sistema comportamental.
- Área emocional- Afectiva.
- Intelectual-Espiritual.
- Habilidades interpersonales.

Por lo tanto, propone que la persona trabaje en esos pilares conjuntamente, bajo un modelo Transdisciplinario en el cual puede constar de: Terapia Ocupacional, psicoterapia individual, familiar y grupal, psiquiatría, etc. Para que la persona adquiriera límites personales, desarrollo y crecimiento.

1.5.2 Antecedentes de la Comunidad Terapéutica para tratamiento de adicciones

Si bien existen otros programas para trabajar la problemática del consumo dañino de sustancias, se ha visto necesario el centrar nuestra atención en el tema de Comunidades Terapéuticas para adicciones, pues es una metodología que las autoras del presente trabajo percibimos que ha generado resultados. Si bien, en inicio, no había estudios relacionados, dado que la implementación de esta práctica era bastante nueva, en la actualidad se ha ampliado el marco académico, Georges de Leon es quien se ha centrado en describir ampliamente la metodología usada en este programa.

Quizás “Synanon” sea la precursora de las Comunidades Terapéuticas, ésta fue creada por un grupo de alcohólicos en recuperación que tomaron elementos de los grupos de A.A. y que vieron la importancia de la presión grupal como factor importante en la recuperación; consolidándose de a poco como una unidad formal que trataba ya no sólo con personas que tenían problemas con el consumo de alcohol sino también, ampliando su asistencia a otros quienes consumían diversas sustancias.

Por su parte El “Proyecto Hombre” es probablemente la Comunidad Terapéutica más grande de habla hispana y de la cual se ha pretendido generar réplicas a nivel mundial; “nace en 1985 para ofrecer soluciones en materia de tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias y otras adicciones. [...] Trabaja tres áreas fundamentalmente: la prevención del consumo de drogas en diferentes ámbitos, la rehabilitación y reinserción de las personas drogodependientes.”(Proyecto Hombre: Prevención y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones). Dentro de los programas para prevención se incluye la participación en la creación de programas para jóvenes promoviendo actividades alternativas de ocio, la participación en desarrollo de programas educativos, realización de talleres, conferencias, foros y debates, además del trabajo conjunto con entidades públicas sobre plan de drogas, entre otros.

En cuanto a los otros dos puntos el trabajo en el tratamiento de adicciones se refiere al internamiento en la Comunidad Terapéutica, donde conjuntamente el compartir con otras personas genera un apoyo mutuo para alcanzar objetivos que tal vez por sí mismos serían muy difíciles de conseguir, trabajando en la parte emocional, conductual y cognitiva, preparándolo para su posterior inserción en la sociedad de manera gradual sostenida con acompañamiento ambulatorio fortaleciendo su autonomía para poder mantenerse en sobriedad. Este modelo ha servido como ejemplo a seguir en Ecuador, generando comunidades terapéuticas, constituidas de acuerdo a las diversas condiciones y a las características poblacionales.

1.5.3 Tratamiento Ambulatorio

Posterior al proceso de internamiento en el programa, el tratamiento consiste en el compromiso por parte del participante, los terapeutas y el médico tratante en un trabajo conjunto asistiendo a terapias posteriores con el objetivo de fortalecer los nuevos hábitos adquiridos. Éste consiste en sesiones de psicoterapia, Terapia familiar Sistémica, sesiones grupales basadas en prevención de recaídas y Psiquiatría.

CAPÍTULO II

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

2.1 Etiología de los trastornos de Personalidad

2.1.1 Para el Psicoanálisis

El psicoanálisis nos ayuda a entender la complejidad de la mente humana, es así que Freud empezó estudiando las enfermedades mentales para terminar luego por interesarse en sus causas; en sus estudios sobre la histeria descubrió que muchos síntomas tienen una causa que empieza en los primeros años de vida. Para esto Freud recurre a su primera tónica de consciente, preconscious e inconsciente, una forma de explicar que la conciencia era una pequeña parte de la vida mental y que el inconsciente es una actividad mental a la que no se tiene acceso fácilmente pero que maneja mucho de los comportamientos del sujeto.

Freud consideraba que este modelo no basta para explicar la profundidad de la psique, es así que recurrió a su segunda tónica, de Superyó, el Yo y el Ello. La psique siempre estaba en conflicto, las demandas del Ello no podían ser satisfechas totalmente ya que hay una ley (Superyó), que hace que esos placeres se posterguen o que no se los pueda satisfacer y que el Yo del sujeto es el encargado de lidiar y escoger cual es la mejor opción.

Para Freud el Ello es algo que se forma desde el nacimiento y a medida que el sujeto crece, el Yo se forma junto con las demandas del ambiente y sus autoridades (superyó). Según esta teoría el Yo está en constante conflicto con estas fuerzas o instancias, puede fragmentarse para unirse nuevamente. Es aquí en donde surgen escisiones profundas principalmente en el Yo, por ejemplo un Trastorno Paranoide podría estar relacionado con la autovigilancia y delirio de observación proveniente del Súper Yo. "Los enfermos mentales son como estructuras agrietadas y rotas... Podemos deducir entonces que el Yo en los estados de angustia de

despersonalización, se deforma tolerando daños en su unidad o disociándose"(Ustarroz, 2008).

Freud consideraba que el sujeto tiene que pasar por varias etapas en su infancia, y como éstas se manejen, tendrán su consecuencia en la vida del sujeto. Es así que en su libro Tres Ensayos de una Teoría Sexual, Freud observó que los niños buscan placeres sexuales que no provienen de los genitales sino de otra parte del cuerpo y que empiezan casi desde el nacimiento y continúan por el resto de la vida; la reacción de sus padres o personas a cargo en estas etapas y como el niño maneja estas reacciones tienen efecto en la vida posterior del sujeto.

Freud consideraba que la fijación o la regresión a una de estas etapas psicosexuales es lo que principalmente acompaña a los Trastornos mentales y rasgos de carácter, los cuales están directamente relacionados con los Trastornos de Personalidad , éstos dificultan la vida del sujeto y han sido desarrollados a partir de la descomposición de la estructura del Yo.

Es decir, los rasgos de personalidad están directamente relacionados con las pulsiones, éstos son fijaciones difíciles de modificar y se repiten de manera compulsiva, provocando una inercia psíquica. Esto afecta al comportamiento y a la conducta, es decir a la vida del sujeto, provocándole malestar. A diferencia de estos rasgos, el síntoma está representado por rasgos parciales, que se caracterizan por una mayor plasticidad ante los cambios. Para trabajar con el síntoma se le analiza a través de considerarlo como del retorno de lo reprimido, de igual modo que por ejemplo lo es el chiste, el contenido onírico, el lapsus, el acto fallido y la Transferencia.

2.1.2 Para la Teoría Cognitivo-Conductual

Para la teoría cognitiva conductual, hay procesos tácitos pero no tienen ni la división tópica ni los contenidos freudianos; al hablar de trastornos de personalidad hablamos de repertorios de conductas disfuncionales, las cuales parten de esquemas disfuncionales que han reemplazado a los funcionales; la fuente principal de estas conductas es la distorsión atributiva aprendida, la cual se caracteriza por acciones basadas en la relación de causa y efecto, valorando las situaciones de una manera deformada.

Los esquemas disfuncionales están directamente relacionados con lo que ha llamado Beck una "vulnerabilidad cognitiva" en el sujeto, referente a una predisposición a utilizar estrategias inadecuadas caracterizadas por ser rígidas y extremas; a esto se suma una predisposición genética, hechos traumáticos vivenciados e influencias negativas de otros. A pesar de ser disfuncionales se propone que para el sujeto son de alguna manera funcionales, por ejemplo han sido recompensadas o reforzadas socialmente.

Estos esquemas disfuncionales son los responsables de que el sujeto genere juicios a priori de los sucesos vividos, que tienda a equivocarse ante determinadas situaciones y procesen inadecuadamente la información, lo cual suele mostrarse cómo un patrón repetitivo y compulsivo difícil de controlar y que generen efectos afectivos, fisiológicos, conductuales e interpersonales con capacidad para interrelaciones entre sí y bucles.

También se ha considerado que existen características innatas, que son ciertas pautas conductuales o temperamentales, podrían llamarse "tendencia, a", las cuales están presentes desde el nacimiento, y son reforzadas por la sociedad con la influencia de personas clave y experiencias vividas.

Por tanto, las conductas disfuncionales surgen a partir de la crianza, la predisposición genética y las experiencias vividas; es decir la organización cognitiva es individual, ésta influencia en el procesamiento de la información en la concepción sobre sí mismo y sobre los demás. La distorsión de estas interpretaciones incide en las creencias disfuncionales, adquiriendo un significado personalizado, considerando que las creencias tienen significados y que están organizadas en jerarquías de significados moldeando la información exterior a los esquemas desadaptativos.

En la etiología de los Trastornos de Personalidad es útil comprender la herencia filogenética, entendida como la historia evolutiva de un grupo de organismos relacionados dentro de lo cual se puede considerar los instintos básicos como la supervivencia, la reproducción.

Estas estrategias primitivas fueron adaptativas en algún momento y son utilizadas de forma exagerada o están hiperatrofiadas en un proceso de aprendizaje; por ejemplo la autonomía vs. La dependencia, estaría relacionado con el Trastorno de Personalidad dependiente.

2.2 Evaluación de Personalidad

La tarea de evaluar personalidad es compleja, y depende muchas veces de la preparación y experiencia de quien evalúa, se lo hace a partir del uso de observación, entrevista y test psicométricos o proyectivos.

2.2.1 Entrevista

Es una técnica utilizada para recolectar datos dentro de una investigación, a diferencia de una conversación común, se centra en la obtención de información, dirigida por el entrevistador hacia el interlocutor quien es en este caso el informante. Existen tres tipos de entrevista:

- Entrevista Estructurada. Se caracteriza por estar elaborada con anterioridad, guiando al entrevistado en el tema, reenfocándole gentilmente sobre el mismo el mismo en caso de desviarse.

- Entrevista Semiestructurada. Se sabe lo que se va a indagar, utiliza preguntas abiertas permitiendo la amplitud de respuesta entretejiendo la información obtenida en función de lo que se desea averiguar.

- Entrevista No Estructurada. No existen lineamientos previos (Pelaez, et. al. s/a) Va surgiendo conforme se realiza y ninguno (entrevistado, entrevistador) sabe a priori los temas que se destacan o surgen.

En el ámbito clínico son empleadas las entrevistas estructuradas y semiestructuradas para poder determinar signos y síntomas que pudieran dar cuenta de presencia o ausencia de patología. Dentro de las entrevistas estructuradas se encuentran las entrevistas diagnósticas por ejemplo la "Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional". La cual consiste en la exploración de categorías diagnósticas que pudieran indicar "Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV-TR y la CIE-10" (Sheehan. et. al.1999)(Enfatizando que dentro de esta clasificación se encuentran los Trastornos relacionados con sustancias).

2.2.2 Test Proyectivos

Están basados en una serie de estímulos, generalmente ambiguos o poco estructurados, que según la hipótesis proyectiva de Frank (1939) al ser presentados a los sujetos la percepción de los mismos reflejará las características de personalidad.

Existen algunos criterios de clasificación de estos test, como la propuesta por Frank a continuación:

“Constitutivas, El sujeto proyecta sobre un material o forma amorfa o sobre un campo parcialmente estructurado, por ejemplo el Test de Rorschach.

Interpretativas, El sujeto interpreta una situación o un estímulo mostrado, por ejemplo el test de CAT.

Catárticas, El sujeto descarga en el estímulo o situación sus afectos o sentimientos, por ejemplo juguetes y arcilla.

Constructivas, El sujeto a partir de estímulos construye situaciones, por ejemplo el test del mosaico.

Refractarias, El sujeto muestra aspectos de su comportamiento, por ejemplo el test grafológico.”(Vives, 2005. p. 37- 38).

2.2.3 Test Psicométricos

Estos test se fundamentan en la medición basándose en la psicometría, que es “un campo metodológico que incluye teorías, métodos y usos de la medición psicológica” (Aliaga. Psicometría: Test Psicométricos confiabilidad).

El test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo reacciones que puedan registrarse (Rey 1913). Los mismos que para ser aplicados además de ser estandarizados, es decir idénticos para la población, deben tener una confiabilidad y validez aceptables.

- Validez

Se refiere a las respuestas que el test arroja, corresponde a una medida acertada de los valores que el test pretende medir. Existen diferentes categorías de validez:

De contenido. El instrumento posee contenidos adecuados para medir determinados valores. No mide otras cosas de las que dice medir, ni se limita a medir menos de lo que se pretende.

De constructo. Se refiere a la existencia de un concepto teórico que respalde en instrumento de medición. Por ejemplo si mide personalidad debe medir únicamente ese constructo de acuerdo con el marco teórico del que proceda.

Predictiva. Mide el grado de eficacia que tiene el test para evaluar y pronosticar un criterio. Por ejemplo: pronostica puntuaciones en otros test aun no administrados o rendimientos cuantitativos en tareas aún no desempeñadas, y lo hace con un cierto margen de certeza/error.

Concurrente. Es consistente con otros procedimientos de medida como registros de observación, pruebas psicofisiológicas, otros test psicométricos, etc.

Validez Convergente: Permite tener la valoración de hechos actuales.

Otras medidas: Consistencia interna no se contradice a sí mismo ni sus conclusiones.

- Confiabilidad

Determina si la prueba o test mide los valores para los cuales fue creada, si en ausencia de determinados factores que puedan influir en el individuo evaluado al ser tomada nuevamente no se obtengan los mismos valores, quiere decir que la prueba no es totalmente confiable, es decir un test para que sea totalmente fiable debe dar las mismas puntuaciones al haber re aplicado al mismo sujeto bajo las mismas condiciones en que se aplicó la primera vez el test., sino ha habido incidencia de variables clave entre ambas tomas.

2.2.4 Inventario Multifásico de personalidad II (MMPI II)

Es un instrumento de medición usado especialmente para el diagnóstico y plan de tratamiento de enfermedades mentales.

Este test es la modificación del primer Inventario Multifásico de Personalidad publicado en el año 1943, esta revisión estuvo a cargo de la Universidad de Minnesota en 1989 teniendo una revisión posterior en el año 2001 con actualizaciones realizadas en el año 2003. Se lo emplea en el ámbito clínico para evaluar factores de personalidad, sirviendo también como herramienta para la selección de personal en cargos para seguridad pública como policía, bomberos, etc.

Descripción

Fue creado por Hathaway S.R. y McKinley J.C. y adaptado al español por Alejandro Ávila Espada y Fernando Jiménez en la Universidad de Salamanca. Consta de 567 preguntas con un tiempo de aplicación que oscila entre sesenta a noventa minutos, debe ser aplicado, corregido e interpretado por un profesional que previamente haya recibido un entrenamiento en este test y que de preferencia sea Psicólogo o Psiquiatra.

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, si se aplica en grupo es posible, de acuerdo al número de integrantes, sea preciso la presencia de otro evaluador; siendo cauteloso en cuanto la postura y gestos que realice mientras se toma la evaluación ya que por ejemplo el colocarse muy cerca de un sujeto puede estar interpretado como pretensión de ver lo que la persona responde; es por ello que hay que manejar una postura relajada evitando permanecer por mucho tiempo en un mismo sitio.

Consta de un cuadernillo que contiene todos los ítems, hojas de respuesta y de corrección que permitirán la corrección manual y mecanizada habiendo también la posibilidad de realizarla con plantillas informáticas, para ello es preciso llenar las respuestas en el ordenador o ingresarlas manualmente y, por último, hojas de perfil en las cuales se recolecta de forma gráfica las respuestas permitiendo colocarlas en los baremos de las 28 escalas. En la versión informática se pueden colocar las demás escalas.

La aplicación del test se debe dar en una ambiente confortable, tranquilo, libre de distracciones para el sujeto, de preferencia que tenga un escritorio y un sillón cómodo, aunque a veces no es posible ello lo óptimo es velar porque la persona no sea interrumpida mientras realiza el cuestionario, ya que ello pudiera incidir en los resultados del mismo, especialmente en los aspectos de validez.

Se ha visto necesario restringir su aplicación a personas que tengan determinado nivel de escolaridad, para que puedan responder efectivamente los ítems. Su manual en base a estudios realizados, sugiere que se tome en cuenta un nivel de lectura de octavo grado debido a la complejidad de algunas preguntas.

Para la corrección del test se debe primero separar de acuerdo al sexo (debido a la escala Mf que difiere para cada género), se señalan las respuestas que se han marcado doblemente y aquellas que no se han contestado, la suma de este tipo de respuestas se las coloca en el espacio de puntuación interrogante. De igual manera las primeras plantillas de corrección son utilizadas para verificar el grado de validez que ha tenido la aplicación del test; si se realiza manualmente se coloca la plantilla sobre la hoja de respuestas contando las respuestas coincidentes e ignorando aquellas respuestas que se marcaron doblemente.

El perfil se compone de escalas clínicas y escalas de contenido, a parte de las escalas de validez, las puntuaciones directas se anotan en la parte de abajo del perfil, existen algunas escalas que se deben corregir con la fracción k "Las fracciones de k que deben añadirse son: 0,5K a Hs; 0,4K a Pd; 1K a Sc y 0,2K a Ma" (Butcher, et. al.,2009, p. 29).

Dentro del perfil se usa una codificación aparte de las abreviaciones de cada escala poniendo un número para cada una "Hs se convierte en 1; D en 2; Hy en 3; Pd en 4; Mf en 5; Pa en 6; Pt en 7; Sc en 8; Ma en 9; y Si en 0" (IDEM, P. 31). Para poder realizar un perfil se debe colocar el número correspondiente a la escala con puntuación más alta hasta la de menor puntuación y por último se coloca a las escalas de validez. Si existen puntuaciones iguales o que difieran en un punto se señalan y se colocan símbolos de elevación de 10 puntos en puntuación T o puntuación estándar, esta es el indicador de la diferencia entre el valor de una muestra particular y la desviación estándar.

Tabla # 2 Puntuaciones T en escalas que puntúan un valor similar

** = 100- 109	- = 60-64
* = 90-99	/ = 50-59
" = 80-89	: = 40-49
´ = 70-79	# = 30-39
+ = 65 - 69	29 e inferiores se colocan a la derecha de #.

(Butcher, Williams, Archer, Tellengen, & Ben-Porath, 2009, pág. 32)

La utilización de escalas sirve para encontrar perfiles similares con mayor facilidad.

La interpretación del MMPI 2 se la realiza a partir de los datos reflejados en el perfil clínico, se debe tomar en cuenta la validez del protocolo, considerando la puntuación interrogante y las omisiones de los ítems, siendo éstos indicadores de que algo sucedió en la aplicación; por ejemplo, al haber un gran número de puntuaciones en blanco puede significar que el nivel de lectura del individuo es inferior al nivel requerido para completar el test, cuando el número de omisiones es mayor a treinta el perfil se considera invalidado.

Para poder realizar hipótesis interpretativas el manual de este test propone tomar en cuenta tres aspectos: "la aceptabilidad de las puntuaciones del perfil, que está determinada por los indicadores de validez; la elevación absoluta de las escalas componentes frente a las normas incorporadas en los baremos de puntuaciones T; y las configuraciones relativas de estas puntuaciones dentro del perfil individual"(Butcher, Williams, Archer, Tellengen, & Ben-Porath, 2009, pág. 35).

La actitud presentada por el entrevistado es un punto importante en la evaluación de personalidad; se debe prestar atención también al conjunto de ítems y concadenarlos con lo que se conoce sobre la historia personal. Averiguar si alguna respuesta resultó mayormente significativa para el sujeto respecto a los demás ítems, conjuntamente con la combinación de elevaciones en las escalas suplementarias son factores que contribuyen al momento de establecer hipótesis interpretativas.

A continuación se describirá resumidamente las escalas de este test, contenidas en el manual de interpretación:

Puntuaciones de validez

Escala L: presenta elevaciones cuando el sujeto ha contestado pretendiendo posiblemente causar una "buena impresión" o deseabilidad social, es decir ha dado respuestas que no corresponden a su realidad y se contradicen, de igual manera las puntuaciones muy bajas en esta escala puede reflejar una tendencia por demostrar una condición desfavorable de sí mismo.

Escala F: Las altas puntuaciones en esta escala sugiere que la persona contestó al azar, tiene un nivel de patología alto o su nivel de lectura es bajo, para determinar si está relacionado el índice con la falta de cooperación para completar el test se relaciona esta escala con las puntuaciones en FB o "Puntuación F back" (posterior), llamada así por la localización de los ítems en el cuadernillo experimental" (Butcher, Williams, Archer, Tellengen, & Ben-Porath, 2009, pág. 39), si existe elevación en ambas será preciso indagar las razones.

Escala K: Se relaciona con la percepción de la imagen que el individuo tiene de sí mismo, las puntuaciones altas en ésta se deberían analizar conjuntamente con el contexto y la historia vital del sujeto, descartando la posibilidad de que hubiera cierta resistencia ante el test, por lo cual sus respuestas se verían sesgadas.

Además de estas escalas existen tres escalas adicionales de validez: Fb la cual es complementaria de la escala F, TRIN que mide inconsistencia ente respuestas verdadero, y VRIN que mide inconsistencia de las repuestas variables, éstas se utilizan como auxiliares de las escalas principales para descartar la invalidación de la prueba.

Escalas clínicas

Escala 1 Hs Hipocondría, existen 32 ítems que evalúan esta escala está relacionada con la tendencia de manifestar problemas somáticos.

Escala 2 D Depresión, esta escala no solo mide factores relacionados con depresión clínica, además de ello presta atención a factores propios de personalidad como “hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y autocastigo” (Butcher, Op Cit., p. 45).

Escala 3 Hy Histeria de conversión, lo componen 60 ítems, mide tendencia a presentar malestar somático, inhibición.

Escala 4 Pd Desviación Psicopática, sus cincuenta ítems están creados para medir la dificultad para distinguir o seguir las normas sociales y morales.

Escala 5 Mf Masculinidad- Feminidad, se la creo para distinguir diferencias principales en cuanto a cuestiones de género se refiere, como por ejemplo roles y concepciones sociales.

Escala 6 Pa Paranoia, refleja la tendencia que el sujeto puede tener para mal interpretar las señales o acciones de los otros.

Escala 7 Pt Psicastenia, mide importantes componentes del trastorno obsesivo compulsivo.

Escala 8 Sc Esquizofrenia, los ítems relacionados miden presencia de pensamientos y experiencias extrañas, dificultad para el control de sí mismo.

Escala 9 Ma Hipomanía, consta de 46 ítems los cuales miden capacidad de la persona para sujetarse o seguir normas sociales, “aceleración psicomotriz, imperturbabilidad y auto-envanecimiento”(Butcher, Williams, Archer, Tellengen, & Ben-Porath, 2009, pág. 53).

Escala 0 Si Introversión social, sus 69 ítems fueron diseñados para medir tendencias relacionadas con la facilidad de socialización o las tendencias a permanecer en solitario y realizar actividades de esta forma.

Adicional a éstas están las escalas suplementarias que sirven para poder interpretar de mejor manera los resultados de la prueba: Estas miden ansiedad, represión, recursos propios del sujeto que le servirán durante un proceso terapéutico, capacidad para controlar impulsos y agresividad, el nivel de tolerancia del sujeto ante situaciones adversas, responsabilidad frente a propias acciones, inadaptación al medio, nivel de autoconfianza, estrés postraumático, potencial de adicción, problemas matrimoniales, reconocimiento de presencia de adicción.

La importancia de la descripción de este test reside en que es el principal instrumento de valoración que sirve como complemento para poder admitir a la persona dentro del programa de tratamiento, además de la valoración diagnóstica con la cual que el test puede contribuir.

2.3 Visión desde la Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad

El elemento fundamental constitutivo de la personalidad es el “esquema cognitivo”. Los esquemas “son las estructuras cognitivas que organizan la conducta; las “creencias” y las “reglas” representan el contenido de los esquemas y consecuentemente determinan el contenido del pensamiento, el afecto y la conducta. Fenómenos tales como los pensamientos automáticos son considerados productos del esquema (Beck, et. al., 1995). Esto es algo similar a la formulación de los constructos personales de acuerdo con George Kelly (1995, Pág. 68).

Los esquemas están organizados según sus funciones:

Cognitivos: Se relaciona con la abstracción, el recuerdo y la interpretación.

Afectivos: Generación de sentimientos.

Motivacionales: Deseos

Instrumentales: Nos preparan a la acción

De control: se relacionan con la auto-observación y la dirección de nuestras emociones.

De acuerdo al concepto antes mencionado de esquema “la personalidad puede concebirse como una organización relativamente estable compuesta por sistemas y modalidades” (Beck, et. al., 1995, p. 69), siendo los esquemas la unidad básica del procesamiento de información, dirigen la atención determinando lo focalizado y lo descartado, también la percepción (en el caso específico de los Trastornos de Personalidad está relacionado con interpretar como favorable o desfavorable la información ambigua) y la memoria (grabando, conservando y evocando con mayor facilidad la información que sea consistente con el contenido de los esquemas). Por lo tanto los esquemas están relacionados con la conducta del sujeto la cual inicia frente a los estímulos ambientales que darán como resultado una respuesta adaptativa o desadaptativa.

En el libro de Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad se plantea la hipótesis: “Los prototipos de nuestras pautas de personalidad pueden derivarse de la herencia filogenética. Las “estrategias” genéticamente determinadas que facilitaron la supervivencia y la reproducción fueron presumiblemente favorecidas por la selección natural”(Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 54).

Y refiere que: “En sí los procesos de la personalidad se forman y operan al servicio de la adaptación” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 54).

La terapia cognitiva conductual propone trabajar conjuntamente con el “síntoma” y a la vez con esquemas relacionados con éste, los cuales se han formado a partir de las experiencias (elementos afectivos, cognitivos y conductuales) y contienen creencias y reglas; a partir de esto surgen los pensamientos automáticos que estarán ligados al síntoma. Propone que existen varios tipos de esquemas activados o no activados, los cuales están formados jerárquicamente en distintas categorías.

Los rasgos de personalidad para Aaron Beck^{3*} son los esquemas básicos en cada ser humano y “representan en consecuencia estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales” (Beck et. al. 1995, pág. 55). Son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional desadaptativo o un malestar subjetivo. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, pág. 766).

³ * Aaron Beck, nació en 1921; Psiquiatra Estadounidense y profesor; es considerado como el padre de la Terapia Cognitiva.

En los trastornos de personalidad “Los esquemas más idiosincráticos, disfuncionales, desplazan a los más adaptativos, orientados a la realidad, en funciones tales como el procesamiento de la información, el recuerdo y la previsión”. (Beck et al, 1995, p. 56) Las creencias disfuncionales son extremas, dominantes y rígidas, se cree están influenciadas por la predisposición genética, por la influencia de otras personas o debido a hechos traumáticos. Para Millon*⁴ los trastornos de personalidad tienen características enraizadas que se imponen de forma profunda y automática por lo cual al sujeto le cuesta percibirlo como un problema.

2.3.1 Personalidad Patológica

Por su parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR se propone que un trastorno de personalidad es:

Un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o a principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002, pág. 765)

Beck y otros proponen que los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad son casos complicados para tratar. Para reconocer la existencia de un Trastorno de Personalidad se debe considerar lo siguiente:

- 1) Síntomas egosintónicos: pueden acudir a tratamiento por algún otro problema pero no consideran que las características de su personalidad les afecten a sí mismos ni a los demás o, en otras palabras, sus características de personalidad les parecen totalmente aceptables cuando en realidad afectan en gran medida a otras personas o a sí mismos.

No suelen aceptar sus errores, ni están dispuestos a cambiar.

⁴ Theodore Millon, nació en Brooklyn en 1928, Psicólogo estadounidense pionero en la investigación de la personalidad y sus Trastornos.

- 2) Les resulta complicado a estos pacientes verse a sí mismos de otra forma; pueden referir por ejemplo que "siempre han sido así y no pueden cambiar". El paciente o un familiar afirman que determinada conducta desadaptativa ha sido "siempre" característica del sujeto.

El proceso terapéutico puede ser interrumpido sin ninguna razón aparente. Generalmente no existe conformidad suficiente o suficientemente continua con el proceso terapéutico.

Determinadas características del trastorno de personalidad pueden ser útiles para el paciente y por ello puede generarse la reactancia al cambio.

El diagnóstico del trastorno de la personalidad, para la plena comprensión de la naturaleza del problema es importante esclarecer el concepto de sí mismo y de los demás y las creencias del sujeto. Estos componentes cognitivos forman parte del procesamiento de la información y al ser activados desencadenan la estrategia correspondiente.(Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 57)

Se proponen dos problemas para el cambio: Para Di Giuseppe^{5*} son "las dificultades para cambiar paradigmas", para lo cual recomienda "utilizar explicaciones de las consecuencias de una alternativa no distorsionada"; mientras que para Freeman^{6*} existe otro problema que tiene que ver con los beneficios a corto plazo que proporcionan los esquemas desviados a las personas, pero que a largo plazo se vuelven un problema para la cotidianidad del sujeto, ante lo cual establece que no es tan accesible ser tratado, sin embargo, puede recurrirse a permitir que el paciente

⁵ * Giuseppe Nicolò, especialista en Psiquiatría y Psicoterapeuta en Roma.

⁶ Arthur Freeman, investigador, escritor, ha publicado más de 70 libros; es certificado en Psicología Cognitiva Conductual por la Sociedad Americana de Psicología.

logre algunas ganancias inmediatas y establecer una relación cooperativa de confianza y apoyo.

2.3.2. Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad (DSM-IV-TR /CIE-X)

Es importante considerar que “Los criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-X y los criterios generales del DSM-IV para los Trastornos de la personalidad son iguales en líneas generales” (DSM-IV- TR) los cuales se describen a continuación en la tabla 3.

Los trastornos de personalidad se los ha agrupado de acuerdo a sus manifestaciones conductuales (ver tabla 4).

De igual manera existen diferencias en cuanto a la clasificación específica de la CIE-X y DSM-IV, por lo cual se ha visto necesaria la comparación de los mismos (ver tabla 5).

Tabla # 3 Criterios Diagnósticos Generales para Trastorno de Personalidad

<p>A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).3. Actividad interpersonal.4. Control de los impulsos <p>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</p> <p>C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>. 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.</p> <p>E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</p> <p>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo</p> <p>A: Extraños o Excéntricos: Trastorno Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico de la personalidad.</p> <p>B: Dramáticos, emotivos o erráticos: Límite, Antisocial, Narcisista e Histriónico de la personalidad.</p> <p>C: Ansiosos y temerosos: Dependencia, Trastorno por Evitación y Obsesivo-Compulsivo de la personalidad.</p>
--

(Fuente : DSM IV; CIE-X) (Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

2.3.3 Diagnóstico Diferencial

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones normalmente menos tempranas en el desarrollo de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o enfermedades cerebrales. (Organización Mundial de la Salud, 1999, pág. 248)

2.3.4 Epidemiología

“Los datos disponibles permiten aproximar una prevalencia de 5-15% de trastorno de la personalidad en la población general, sin una diferencia clara entre los sexos. Los trastornos de la personalidad son de 5 a 10 veces más frecuentes que la esquizofrenia y los trastornos afectivos y tan frecuentes como los trastornos de tipo neurótico” (Consejo Nacional de España). Cuando las condiciones sociales mejoran se disminuye la prevalencia de Trastornos de Personalidad. De igual manera, los rasgos son atenuados con la edad en algunos casos, por ello se atribuye que tienen un carácter dinámico y madurativo.

2.3.5 Comorbilidad

Existe una complicación en cuanto a los trastornos que se encuentran combinados con el eje II, pues estas personas no suelen aceptar su problema en sí. Esto se evidencia desde la concurrencia a la terapia, ya que son referidos en su mayoría por familiares o por cuestiones legales más no acudir prácticamente nunca por cuenta propia; ubicando el problema en puntos centrales relacionados con ciertos comportamientos mas no en el trastorno de personalidad en sí.

Acerca de los pacientes que tengan este diagnóstico y que conjuntamente abusen de sustancias Beck propone que su patrón de consumo será más compulsivo y más rígido; y posiblemente tendrán mayor riesgo de recaer después de un tiempo de abstinencia. También algunos casos han demostrado que la comorbilidad puede estar relacionada con la adherencia al tratamiento ya que varios pacientes han logrado mantenerse al margen de la sustancia a la cual eran adictos pero no han podido implicarse de una manera óptima al tratamiento, por esto Beck recomienda que el terapeuta debe ser cauteloso con respecto al pronóstico a largo plazo del paciente.

Tomando en cuenta esto se postula que "Es importante que el terapeuta haga un diagnóstico exhaustivo de cada paciente con abuso de sustancias, de manera que

podamos prever las dificultades asociadas con el tratamiento de los trastornos de personalidad" (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 357).

Tabla # 4 Comparación de las Clasificaciones Actuales de los Trastornos de la Personalidad

CIE -10		DSM-IV	
		GRUPO I	
Paranoide	F60.0	Paranoide	301.00
Esquizoide	F60.1	Esquizoide	301.00
No equivalente		Esquizotípico	302.22
		GRUPO II	
Disocial	F60.2	Antisocial	301.70
No equivalente		Narcisista	301.81
Histriónico	F60.4	Histriónico	301.50
Impulsivo	F60.30	Límite	301.84
Límite	F60.31		
		GRUPO III	
Anancástico	F60.5	Obsesivo-compulsivo	301.40
Dependiente	F60.7	Dependiente	301.60
No equivalente		Pasivo-agresivo	301.84
Ansioso	F60.6	Evitativo	301.82

Fuente: (<http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tper.htm>).

Respecto a las adicciones, cuando existe la presencia de trastornos pertenecientes al eje II la terapia se ve afectada. Como recomendación Beck propone hablar con el paciente sobre la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, las metas y expectativas; además tomar en cuenta las estrategias que serán utilizadas.

También se recomienda que el terapeuta sea muy cuidadoso al realizar el diagnóstico, ya que algunos "rasgos" de personalidad pueden producirse como resultado de un tiempo largo de consumo; para esto se recomienda indagar qué rasgos de personalidad están presentes durante largos periodos de tiempo de abstinencia, entre los episodios de consumo de drogas.

Para identificar la presencia de trastornos de personalidad en los pacientes con abuso de sustancias, se requiere de una evaluación cuidadosa de las creencias y los patrones de conducta del paciente cuando se encuentra libre de drogas y compararlos con las creencias y conductas que son activadas por las sustancias psicoactivas. Una regla intuitiva que hay que seguir sería que las similitudes entre las creencias y las acciones cuando se están tomando drogas y cuando se está libre de su influencia, sugieren una alta probabilidad de que existe un trastorno en el eje II(Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999, pág. 361).

Para evaluar las creencias del paciente cuando está bajo la influencia de drogas se pueden utilizar técnicas como: informes de terceras personas, ejercicios de recuerdo libre de imaginación con respecto al consumo y otros.

Para justificar el diagnóstico de trastorno de personalidad también es importante considerar que éste le cause a la persona sufrimiento o le traiga conflictos con otras personas o con la sociedad, aún cuando tales sufrimientos fueran minimizados, negados, atribuidos a causas extrínsecas, etc.

2.3.6 Grupos de Trastornos de Personalidad

Puede establecerse unos datos correspondientes entre un trastorno específico de la personalidad y formas habituales de pensar, por ejemplo:

Los trastornos de la personalidad narcisista, obsesivo-compulsivo, paranoide o incluso antisocial pueden aparecer como compensaciones al miedo (es decir como resultado de una sensación de caos, manipulación o victimización), como consecuencia del refuerzo de las estrategias correspondientes por parte de otros, o en virtud de ambos factores (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 82).

También está relacionado con la identificación de conductas o cogniciones disfuncionales con alguna persona de la familia. A continuación se explicarán los grupos de Trastornos de Personalidad, perfiles cognitivos y criterios diagnósticos.

2.3.6.1 Perfiles Cognitivos y Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Personalidad pertenecientes al Grupo A (Extraños o Excéntricos: Trastorno Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico)

Tabla # 5 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad Grupo A

Tno. Paranoide				
Concepción de sí mismo:	Concepción de los demás:	Creencias	Estrategia:	Afecto:
<p>“Rectos y maltratados por los demás” Se perciben como equitativos, nobles y sensibles. Su temor principal es ser secretamente controlado y discriminado.</p>	<p>Mentirosos, manipuladores. Consideran que quieren humillarles, discriminarlos de un modo oculto.</p>	<p>1.Nucleares: “No se puede confiar en los demás”, 2.Condicionales: “Si no tengo cuidado me manipularán o se aprovecharán de mí”, “Si la gente actúa amistosamente, es porque trata de usarme”, “Si las personas parecen distantes, ello demuestra que son hostiles”. 3.Instrumentales: “Mantente en guardia”, “No confíes en nadie”.</p>	<p>Están siempre en guardia, cautelosos y suspicaces, buscan indicios que revelen “motivos ocultos” de los otros al enfrentarlos provocan realmente la hostilidad que creían percibir.</p>	<p>Cólera y ansiedad por el supuesto abuso Esto suele ser motivo de asistir a terapia.</p>
Tno. Esquizoide				
Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Creencias	Estrategia	Afecto
<p>Solitarios e independientes</p>	<p>Son intrusos que pueden acorralarlos</p>	<p>1.Nucleares “Las relaciones con los demás son terribles” “La presencia de los otros, puede interferir en mi libertad” 2.Condicional: “Si no soy lo suficientemente independiente no podré ser feliz” 3.Instrumentales: “No tengo que acercarme mucho”</p>	<p>Mantenerse alejarme</p>	<p>Mientras se mantienen distantes no suelen presentar distimia. Si se ven obligados a relacionarse presentan ansiedad. Los otros podrían percibir que no poseen sentimientos intensos.</p>

Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 5 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad Grupo A

Tno. Esquizotípico				
Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Creencias	Estrategia	Afecto
Están estrechamente relacionados con el comportamiento extraño, son desconfiados.	Los ven como amenazantes .	<p>1. Nucleares "Me siento como un extraño en un ambiente espantoso"</p> <p>2. Condicionales: "Si me acerco demasiado a la gente, voy a salir mal parado"</p> <p>3. Instrumentales: "A veces lo que siento dentro de mí indica lo que va a suceder" "Las relaciones son peligrosas"</p>	Mantenerse al margen.	Puede presentar ansiedad social ante situaciones sociales normales. Afecto disarmónico, caracterizado por aplanamiento.

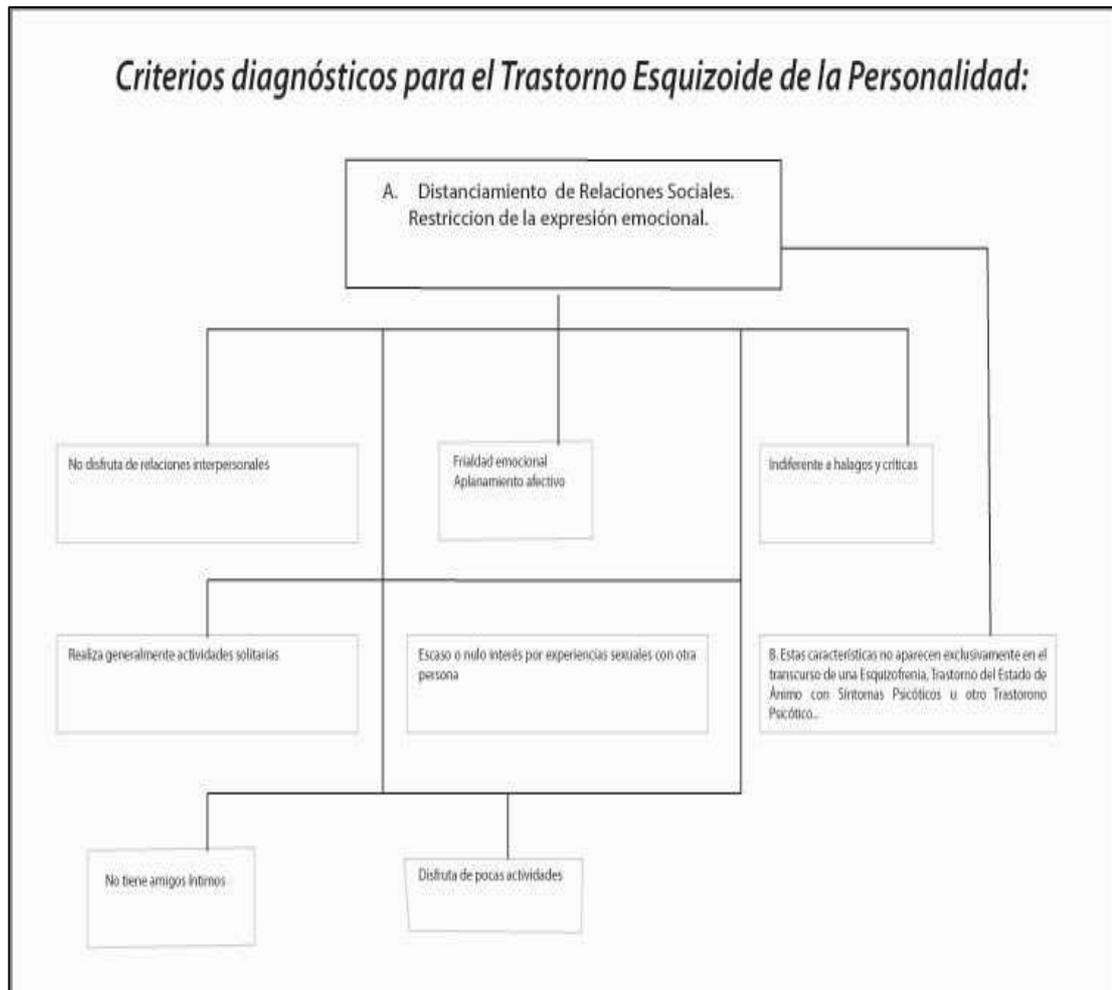
Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

a) Trastorno Esquizoide

Consideran tener una “personalidad autónoma” con lo cual están dispuestos a finalizar cualquier relación con tal de lograr su “autonomía”, prefieren no pertenecer a un grupo, sino realizar sus actividades solas.

Estrategias Típicas: Hiperdesarrolladas se considera la autonomía y el aislamiento; las infradesarrolladas son la reciprocidad e intimidad; la palabra clave la usada para definir este trastorno es " aislamiento".

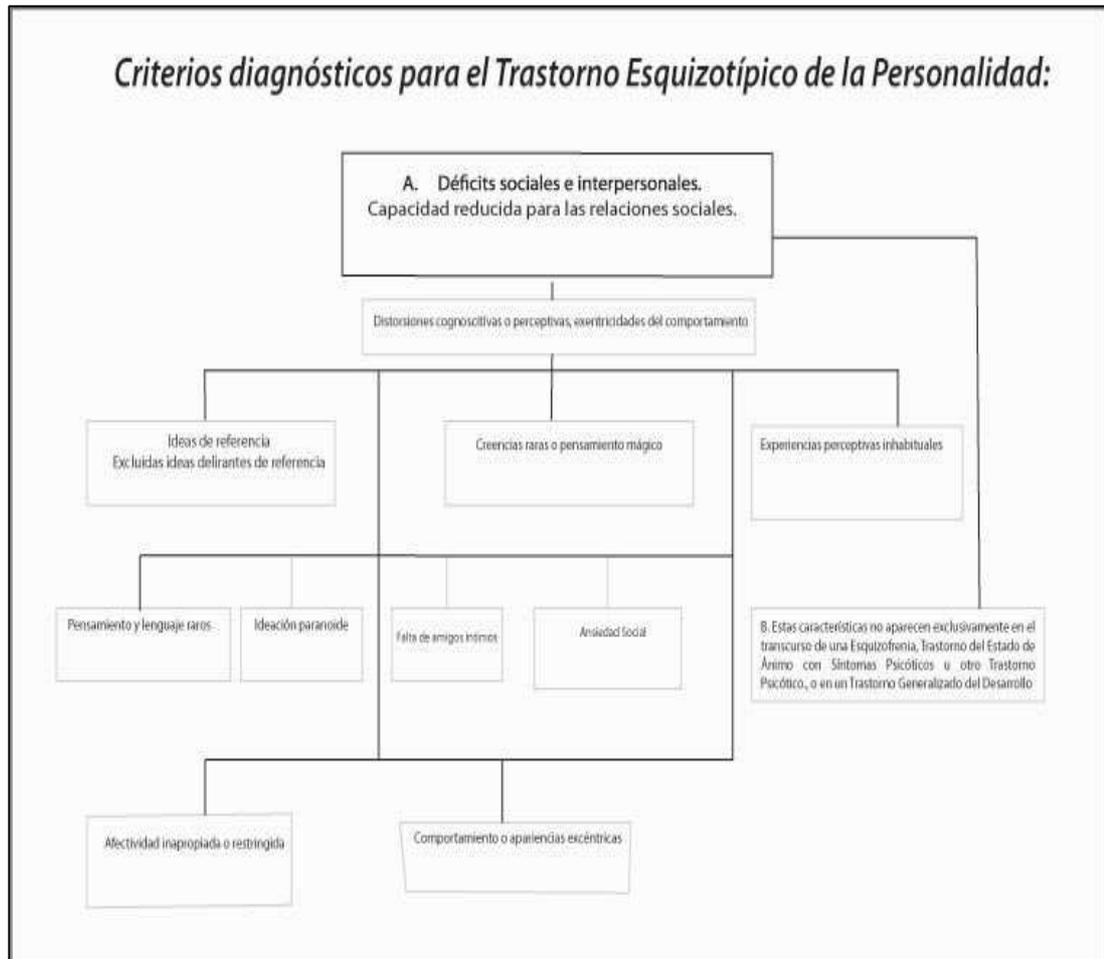
Gráfica # 2 Criterios diagnósticos para el Trastorno Esquizoide



Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

b) Trastorno De Personalidad Esquizotípico

Gráfica # 3 Criterios diagnósticos para el Trastorno De Personalidad Esquizotípico

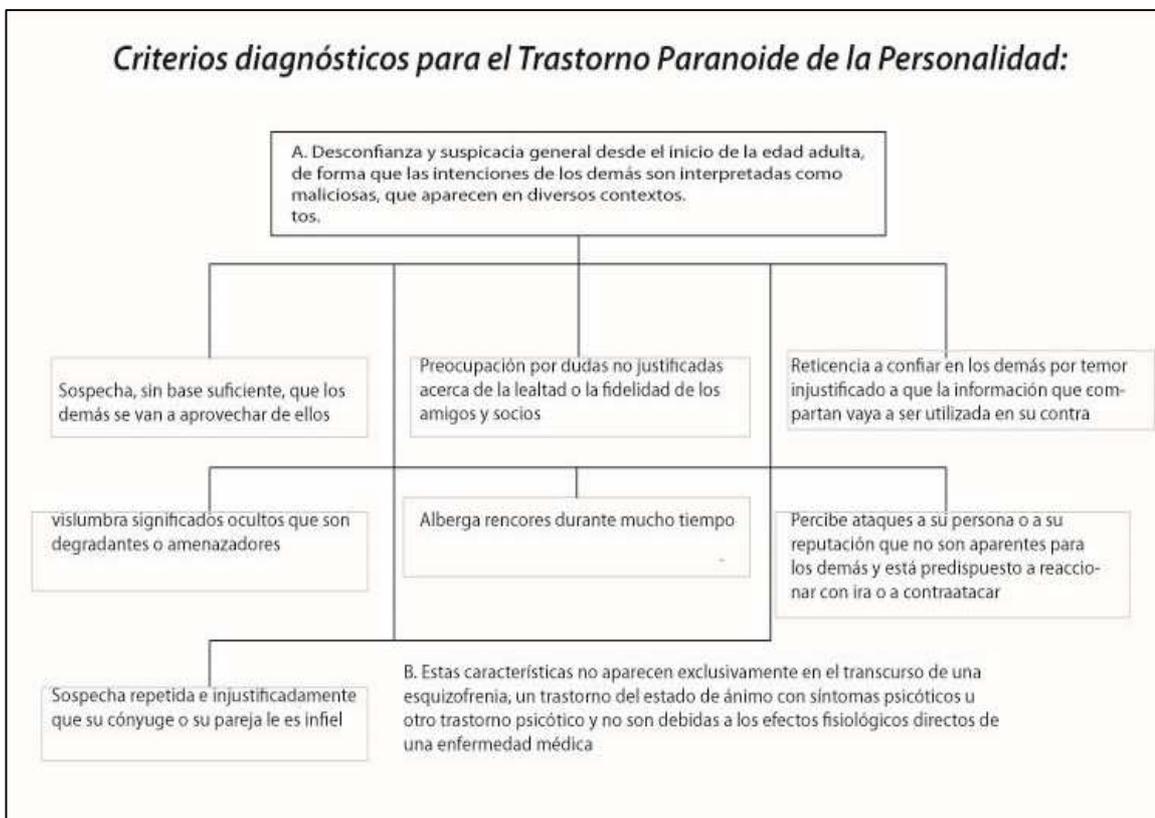


Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

c) Trastorno Paranoide De La Personalidad

Puede ser provocado porque la persona vivió varias experiencias desde temprana edad de engaño, manipulación o traición de acuerdo con teorías planteadas. Existen a su vez estrategias típicas que caracterizan a este trastorno entre estas están las hiperdesarrolladas como lo son la suspicacia, desconfianza y la vigilancia y entre las menos desarrolladas se encuentran la aceptación, la serenidad y la confianza, tomando como palabra clave para describir este trastorno la "desconfianza".

Gráfica # 4 Criterios diagnósticos para Trastorno Paranoide de la Personalidad



Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

2.3.6.2 Perfiles Cognitivos Y Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Personalidad pertenecientes al Grupo B (Dramáticos, emotivos o erráticos: Antisocial, Narcisista, Histriónico y Límite de la personalidad).

Los cuales se encuentran descritos a continuación en la siguiente página.

Tabla # 6 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad del Grupo B

Tno. Límite				
Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Creencias	Estrategia	Afecto
Inestabilidad, dudas respecto de quién es, y hacia dónde va.	Muy o poco valiosos, de acuerdo a ello son tratados. Están dispuestos a abandonarles.	<p>1. Nucleares: "El mundo es peligroso y malo" "Soy impotente y vulnerable" "Soy intrínsecamente inaceptable"</p> <p>2. Condicionales: "Si hago prevalecer mis deseos sobre los de los demás, ellos me abandonarán" "Si realmente me conocieran, nadie me amaría o querría estar cerca de mí"</p> <p>3. Instrumentales: "Debo someter mis deseos a los deseos de los otros"</p>	De consistente a conducta impredecible caracterizada por la impulsividad. Pueden tener conductas autolíticas.	Patrón de cambios rápidos que va de humor normal a ira intensa, excitación o euforia.
Tno. Antisocial				
Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Creencias	Estrategia	Afecto
Solitarios, fuertes y autónomos. Suelen justificar el sufrimiento de otros con la creencia de que ellos mismos han sido maltratados violar las reglas es normal, y/o deseable.	Explotadores y por tanto mercedores de ser explotados o como débiles y vulnerables por lo cual está bien que sean víctimas.	<p>1. Nucleares: "Tengo que cuidar de mí mismo" "Debo ser el agresor o seré la víctima"</p> <p>2. Condicionales: "Si no presiono (o manipulo, exploto, ataco) a los demás, nunca obtendré lo que merezco"</p> <p>3. Instrumentales: "Pegar primero" "Tómalo, te lo mereces"</p>	Dos clases: -Manifiesta ataca, roba y defrauda. -Más sutil "de guante blanco" miente, estafa, explota, engaña por medio de manipulaciones.	Cólera por la injusticia que le supone que otras personas tengan lo que el antisocial supone que él merece.

Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 6 Perfil Cognitivo de los Trastornos de Personalidad del Grupo B

Tno. Narcisista				
Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Creencias	Estrategia	Afecto
Se consideran únicos con un status especial. A su juicio están por encima de las reglas que rigen a los otros.	Se consideran “por encima del promedio, los otros serán sus vasallos o partidarios”. Intentan frecuentemente tener la admiración de los demás como prueba de su grandiosidad y para mantener su status.	<p>1.Nucleares: “Soy especial y merezco privilegios”, “Soy superior a los demás y ellos tienen que reconocerlo”.</p> <p>2.Condicionales: “Si no reconocen mi status hay que castigarles y para mantenerlo debo someterles”.</p> <p>3.Instrumentales: “Trata constantemente de insistir en tu superioridad y en demostrarla”.</p>	Reforzar el propio estatus y ampliar el dominio personal. Tienden a ser competitivos con quienes pretenden tener su mismo estatus. Suele recurrir a la manipulación para lograr lo que quieren.	Cólera cuando los otros no respetan su status, frustración, pueden caer en la depresión cuando sus estrategias fallan.
Tno. Histriónico				
Concepción de sí mismo	Concepción de los demás	Creencias	Estrategia	Afecto
Encantadores merecedores de atención	Los ven favorablemente mientras logren atraer su atención y su afecto. Forman alianzas sólidas siempre y cuando sean el centro de atención. Su autoestima depende de la opinión del resto. Sus pensamientos suelen basarse en impresiones y actúan en un modo globalizador.	<p>1.Nucleares: “En el fondo carezco de atractivos”. “Para ser feliz necesito que me admiren”.</p> <p>2.Compensatorias: “Merezco que me quieran y admiren soy entretenido e interesante”.</p> <p>3.Condicional: “Si no cautivo a la gente, no soy nada”.</p> <p>4. Instrumentales: “Puedo confiar en mis sentimientos”. Teatraliza para expresar desesperación o frustración.</p>	Ser demostrativo y teatral, tener encanto y cuando no consiguen la atención que quieren, sienten que se los ha tratado con injusticia y se pueden vengar con estallidos de mal genio pudiendo recurrir al llanto, conductas autolíticas.	Jovialidad, alegría, buen humor. Ansiedad por el temor a ser rechazados. Frustración que puede terminar en cólera o tristeza.

Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

a) Trastorno Antisocial

Se han realizado estudios con gemelos que indican que existen factores genéticos que predispone al apareamiento de Trastorno de Personalidad Antisocial, sin embargo se desconoce aún si los factores son predisponentes del Trastorno de personalidad en sí o sí son predisponentes de algunos rasgos específicos de la personalidad, existen además otras investigaciones neurológicas que indicarían la existencia de daño a nivel del lóbulo frontal además de existir un problema en el metabolismo del sistema serotoninérgico.

Existen dos hipótesis importantes a respecto: “a) El nivel basal de activación cortical es más bajo de lo normal, lo que llevaría a estos sujetos a buscar estimulación con el fin de normalizarlos; b) los TAP presentan disfunciones del sistema límbico, que estaría asociadas con las alteraciones emocionales, la incapacidad para inhibir respuestas ante la amenaza de castigo (relacionada, a su vez, con la ausencia de ansiedad en presencia de estímulos de miedo) y las dificultades para modular el comportamiento en función de los cambios en el sistema de recompensa-castigo”(Belloch & Fernandez, 2002, pág. 56).

Existen también estudios referentes al comportamiento psicosocial que proponen además que individuos que presentan Trastorno de Personalidad Antisocial comparten características similares en cuanto a factores de crianza como negligencia en los cuidados, abuso físico e historial de abuso de sustancias en el hogar de crianza, de acuerdo a ello existen entonces factores tanto biológicos como sociales que facilitarían el desencadenamiento de este T.P.

Las estrategias típicas hiperdesarrolladas que caracterizan este trastorno son la predación, explotación y la combatividad, las estrategias infradesarrolladas por otro lado son, la reciprocidad, la sensibilidad social y la empatía (Ver gráfica 5).

Pronóstico y Prevalencia

Las personas con este Trastorno pueden verse implicadas con el consumo de sustancias psicoactivas, tener problemas legales, ingresar a centro penitenciarios y estar expuestos a muertes violentas.

De acuerdo a investigaciones realizadas la prevalencia varía de población a población, sin embargo se muestra que existe una proporción de tres a uno, en la población general es decir por cada tres hombres hay una mujer con este trastorno Belloch, Fernández*⁷ (2002).

b) Trastorno Histriónico

Su origen puede estar relacionado con “la experiencia reiterada de recompensa al exhibicionismo-por ejemplo, al divertir a los otros para obtener aprobación y afecto” (Beck, et. al, 1995, p. 82). Suelen llamar la atención de los demás por medio de la exhibición y la teatralidad exagerando sus sentimientos para someter al resto provocándoles malestar. Esto también está relacionado a que ven las cosas de una manera romántica y fantasiosa en donde sus sentimientos son indispensables para que se produzca la conducta y son la prueba contundente de cualquier hecho. Exigen sostén, reconocimiento y aprobación de las otras personas, si no lo consiguen se muestran enfadados y suelen culpabilizar a otros de sus actos. La anhelada aprobación se pone como única posibilidad de adaptarse, pero no son adecuadas las herramientas para obtenerla; una de éstas podría ser la actitud estereotipada en torno al sexo. Utilizan la seducción, se muestran coquetos y suelen tener fantasías sexuales con las personas cercanas.

⁷ Belloch Amparo, Catedrática de Psicología, Área de Personalidad; Evaluación y Tratamiento en la Universidad de Valencia.

Fernández Héctor, Catedrático de Psicología Clínica en la Universidad de Belgrano de Buenos Aires.

Gráfica # 5 Criterios diagnósticos para el Trastorno Antisocial de la Personalidad



Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Las personas con Trastorno de Personalidad Histriónico buscan ser el centro de atención, para esto pueden exagerar los sentimientos o pensamientos, los cuales suelen carecer de autenticidad y/o profundidad, muchos de éstos están basados en generalizaciones y/o en un pensamiento dicotómico, omitiendo así detalles importantes; sus recuerdos suelen ser difusos. Según Shapiro^{8*} (1965) esto y una falta de experiencia a resolver para problemas podría causar dificultad al manejar situaciones estresantes o ansiógenas para la persona. Se presume que en su mente se

⁸ * David Shapiro. Phd Universidad del Sur de California, 1950. Estudios sobre Psicopatología y Psicología Clínica.

encuentran pocos esquemas bien desarrollados que se encargan de ordenar, clasificar y comparar los estímulos. Tienden a formular enunciados absolutos, como por ejemplo: "Estas cosas me pasan sólo a mí". Suelen vestir de un modo que atrae la atención, con colores brillantes, estilos sorprendentes y provocativos, un exceso de maquillaje y de tinte para el pelo (Beck, et. al., 1976).

Su lenguaje es dramático, utilizan expresiones intensas pudiendo pasar inmediatamente de un estado emocional agudo a conversar de cosas banales. Frecuentemente tienen poca habilidad en razonamiento lógico y en concentración. Ven a los otros como superficiales, egocéntricos; por esto mantienen conflictos en sus relaciones interpersonales y problemas para establecer vínculos duraderos. Frecuentemente suelen culpabilizar a los demás de sus dificultades, a pesar de esto buscan que los otros solucionen sus problemas, ya que consideran muchas veces a sus cercanos como íntimos amigos a pesar de que no lo sean. Se propone también que las personas que padecen este trastorno suelen mantener un estado de hiperalerta para captar ideas y estados de ánimo de quienes les rodean e impresionarlos. No suelen tratar de controlar su vida, sino "buscan controlar a quienes perciben que controlan su destino". (MarjorieCarevic Johnson, 2005)

Entre las complicaciones propias del trastorno están la alta probabilidad de consumo de sustancias, intentos autolíticos como una manera más de manipular y podría producirse un trastorno somatomorfo, entre otros. Es importante también considerar que las personas que padecen este trastorno muchas veces buscan innovar, vivir cosas nuevas, estimularse en gran medida y como consecuencia tener explosiones emocionales descontroladas, se caracterizan también por su poca tolerancia a la frustración y dificultad para afrontar las pérdidas.

Según Shapiro (1965) la personalidad histriónica presenta una cognición que tiene un propósito protector. La cognición de los histriónicos es notablemente vaga, difusa, global, impresionista, dispersa y superficial. Las personas con esta personalidad

tienden a minimizar la complejidad cognitiva siempre que le es posible. Su filtro defensivo-cognitivo les protege activamente de cualquier cosa demasiado precisa, objetiva, concreta o abstracta, razonada, lógica, sistemática, filosófica o existencial.

Las estrategias típicas hiperdesarrolladas que caracterizan este trastorno son, la vaguedad y el exhibicionismo, por el otro lado las menos desarrolladas son, el control, la reflexión y la sistematización.

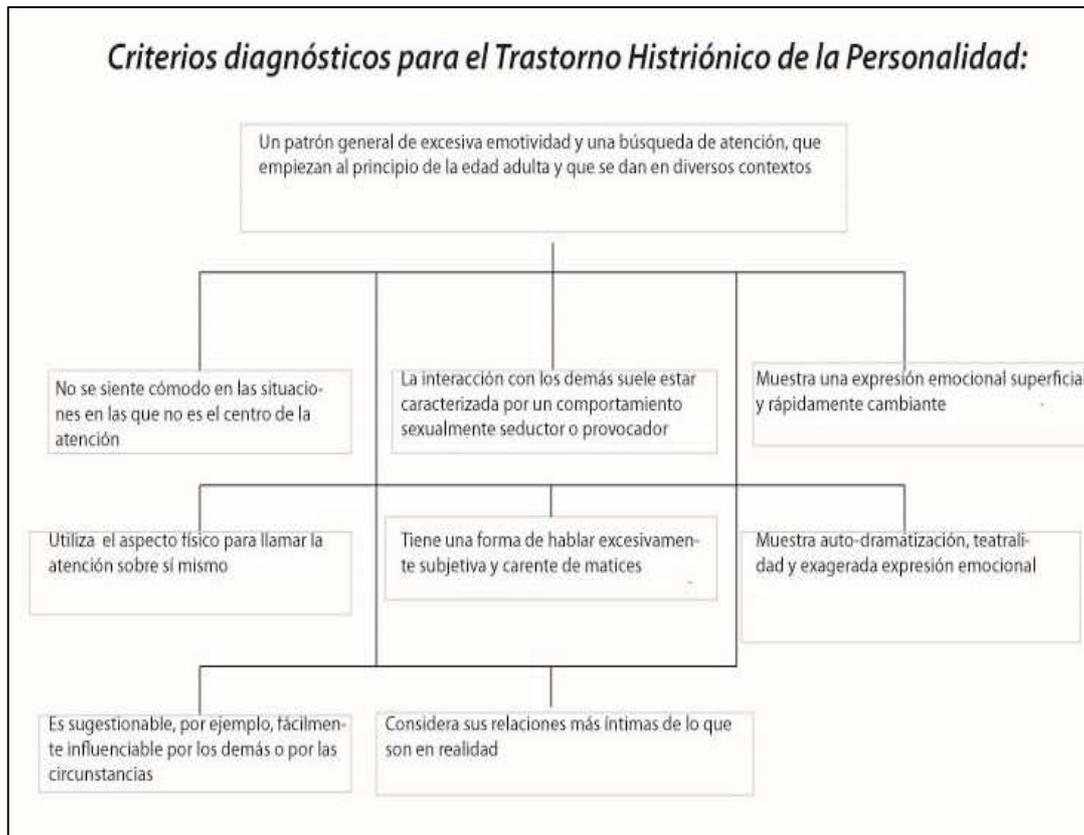
En conclusión las personas con este Trastorno suelen tener miedo al rechazo, lo cual está relacionado directamente con sus creencias, su posición débil en el mundo y un sentido difuso de sí mismas, provocado por un estilo de cognición vago, global, es decir, al no ser capaces de recordar sus sentimientos y acciones de forma detallada les cuesta tener una visión realista de sí mismas.

Pronóstico y prevalencia

Los síntomas propios del trastorno al parecer disminuyen con la edad, pero las personas que lo padecen suelen presentar algún trastorno asociado como consumo de sustancias, promiscuidad, problemas legales.

Según el DSM-IV-TR en poblaciones generales la prevalencia oscila entre un 2 y 3% aumentando hasta un 10 % en pacientes atendidos en centros hospitalarios de salud mental, sin tener mayor diferencia en cuanto al género.

Gráfica # 6 Criterios diagnósticos para el Trastorno Histriónico de la Personalidad



Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Estudios sobre relaciones con el Eje I:

Un estudio realizado por Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz y Akistal (1986), relacionando el THP con personalidad antisocial y trastorno por somatización, encontraron que tales trastornos se superponen considerablemente en los individuos; la relación más fuerte es la que existe entre el THP y la personalidad antisocial. Además, el THP modera la relación entre la personalidad antisocial y el trastorno por somatización. En razón de esto hay autores que sugieren la posibilidad de los individuos histriónicos desarrollen una personalidad antisocial si son varones y un trastorno por somatización si son mujeres. (MarjorieCarevic Johnson, 2005).

c) Trastorno De Personalidad Límite

Linehan propuso como parte de la teoría conductual Dialéctica el origen del Trastorno de Personalidad Límite por medio de la relación entre sujeto vulnerable versus entorno invalidante; es decir el sujeto crece en un ambiente no adecuado que interfiere en la expresión de las emociones, lo cual provoca una auto-invalidación, experimentando así sus emociones como no adecuadas, por ejemplo “siento mucha tristeza, pero no debo sentir esto”.

Existe una tendencia a distorsionar sus emociones, es decir tiende a presentar dificultades en identificar y vivenciar sus emociones. Convirtiéndose en un círculo vicioso, ya que el sujeto frecuentemente exagera sus emociones para obtener reconocimiento externo, y como respuesta a esto el ambiente externo lo percibe como exagerando e invalida su respuesta; con lo cual suelen provocarse constantes estados de crisis, la persona al ver sus recursos agotados demanda atención y ayuda de parte de los otros, entre éstos al terapeuta.

Para Millon, basado en la Teoría del Aprendizaje Social; explica que el sujeto con personalidad Limítrofe presenta un sentido poco coherente de su identidad, lo cual está claramente reflejado en sus metas poco claras e influye directamente en sus conductas, impulsos y expectativas.

Al mantener el sujeto estrategias poco coherentes para afrontar los problemas suele manejar de manera no adecuada su emotividad; surgiendo así un conflicto constante entre la dependencia y su auto-afirmación, esto se ve reflejado en mantener relaciones de dependencia hacia otras personas, lo cual genera cólera al no obtener las respuestas esperadas, esto afecta a la seguridad y protección tanto añorada de parte de los demás.

Características del Trastorno

Principalmente se caracteriza por inestabilidad en las relaciones personales, en la Autoimagen y en los afectos, lo cual puede estar representado por lo siguiente:

- Temor al abandono, lo cual está relacionado con el miedo a estar solos, por esto suelen tener relaciones intensas e inestables, pasan rápidamente de amar a odiar a alguien.

- Inestabilidad con respecto a la Autoimagen.

- Modificaciones bruscas en su visión del mundo y en sí mismos, esto se ve reflejado en cambios como en sus valores, creencias, expectativas a corto y largo plazo.

- Elevados niveles de ansiedad.

- Suelen tener historias de violencia, falta de cuidado en la infancia, lo cual les hace sentir vacíos y no merecedores de cuidados, al tenerlos suelen mostrarse solidarios; se puede generar en general por psicotraumas producidos en la niñez.

- Como respuesta a esto los sujetos con Trastorno Límite de personalidad suelen responder con ira, cólera expresado de una manera inapropiada e intensa.

Pronóstico y Prevalencia

Incrementa la probabilidad de que un sujeto padezca del Trastorno cuando tienen familiares que también lo tienen.

La mayor población que lo padece son las mujeres.

Se hace evidente a inicios de la edad adulta y los síntomas se atenúan con la edad.

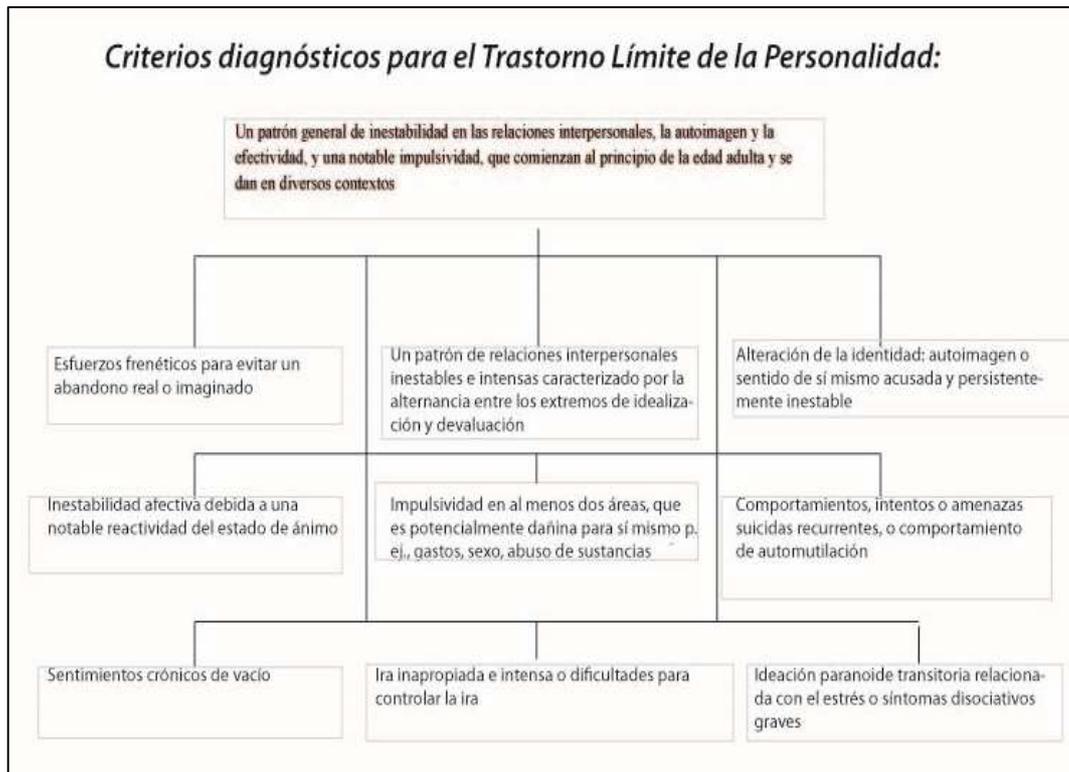
Según estudios realizados la prevalencia del Trastorno es “de alrededor del 2% de la población general, aproximadamente del 10% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados”(http://usuarios.discapnet.es/border/tlpdiag.html).

Complicaciones propias del Trastorno

Puede estar acompañado este Trastorno por trastornos del estado de ánimo como Depresión, por Trastornos Alimentarios, abuso o dependencia a sustancias, Trastornos de Ansiedad.

Conductas impulsivas que les afecta a sí mismo y a otros; también pueden llegar a confundir la realidad y tener momentos psicóticos breves o alucinaciones.

Gráfica # 7 Criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad



Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

d) Trastorno Narcisista

El origen de este TP es realmente desconocido, existiendo diferentes teorías al respecto una de ellas en la de Theodore Millon quien propone que el aparecimiento de este estaría relacionado con la crianza del sujeto en la que estaría expuesto a una sobrevaloración de sus capacidades y valores.

Para Beck en cambio su origen estaría relacionado con el surgimiento de esquemas cognitivos disfuncionales debido a la excesiva importancia prestada a las propias capacidades del niño por parte de sus cuidadores o también en respuesta como defensa de la propia estima a situaciones de rechazo, desprecio o desvalorización constante.

Otros autores proponen también en sus investigaciones que el origen de este trastorno estaría relacionado con factores de crianza y desarrollo de la persona en cuanto a experiencias primarias y en la interacción con los otros (experiencias gratificantes y desagradables) generando una dificultad en la regulación de la autoestima; las investigaciones respecto a este TP son realmente escasas quedando la discusión de su etiología en el surgimiento de especulaciones.

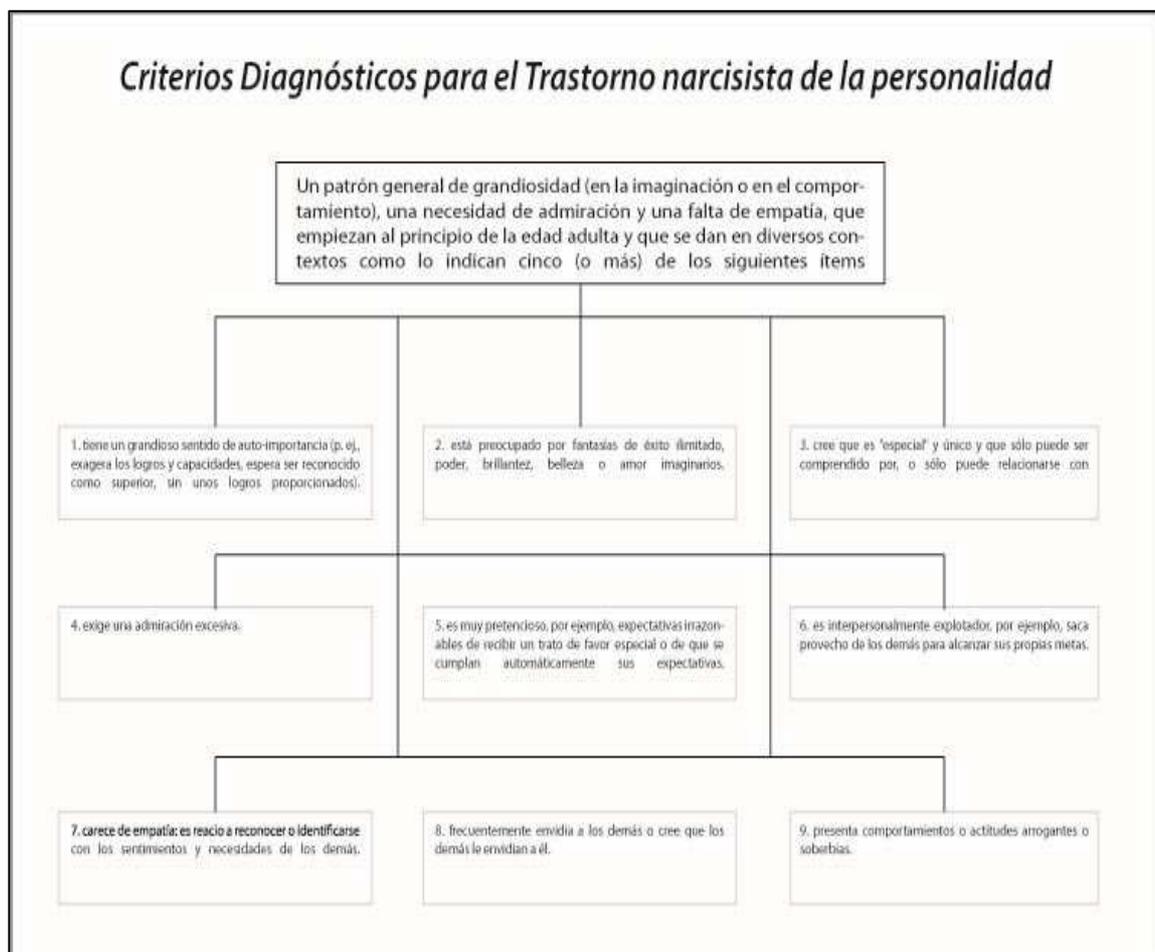
Beck describe algunas estrategias típicas que caracterizan este trastorno las cuales las describimos a continuación; hiperdesarrolladas, son la competitividad, y la autoexaltación, por otro lado las estrategias infradesarrolladas son la identificación grupal y el poder compartir.

Pronóstico y Prevalencia

De acuerdo al DSM-IV-TR la prevalencia va en torno al 1% de la población en general aumentando el porcentaje de 2 a 26 % en la población clínica, siendo en su mayoría hombres.

El transcurso de la edad puede ser un factor de complicación para este trastorno, pues por las características y las normas sociales referentes a la edad pueden generar problemas para su adaptación, puede asociarse con consumo de sustancias y tener comorbilidad con trastornos de personalidad del mismo grupo.

Gráfica #8 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Narcisista de la Personalidad



Fuente: (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)(Elaborado por Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

2.3.6.3 Perfiles Cognitivos Y Criterios Diagnósticos de los Trastornos de Personalidad pertenecientes al Grupo C (Ansiosos y temerosos: Dependencia, Trastorno por Evitación y Obsesivo-Compulsivo de la personalidad)

Tabla # 7 Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad Grupo C

Tno. Dependiente				
Concepción de sí mismo:	Concepción de los demás:	Creencias	Estrategia	Afecto
Desvalído, necesitado, débil, inútil.	Trata de estar cerca de una figura más fuerte que le ayude en aspectos como la supervivencia y a ser feliz. Esta figura se convierte en un “cuidador” a quien idealiza, viéndolo como generoso y justo.	<u>1.Nucleares:</u> “Estoy solo y desamparado” <u>2.Condicionales:</u> “Si me abandonan moriré” “Solo puedo estar bien si tengo a alguien cerca” <u>3.Instrumentales/auto-instrucción:</u> “No ofender a la figura protectora, ser sumiso y tener la mayor intimidad con esta persona”	“Cultivar una relación de dependencia, “subordinando se ante esta”	Ansiedad, preocupación por perder a la figura “fuerte” y si la pierde podría caer en depresión.
Tno. Por Evitación				
Socialmente incapaz e ineficaz.	Juzgadores, desinteresados, esquivos. Evita cualquier compromiso en el que pueda sentir rechazo o fracaso.	<u>1.Nucleares:</u> “No soy bueno...soy indigno...no merezco ser amado...” <u>2.Condicionales:</u> “si las personas se me acercan descubrirán quien soy y me rechazarán” <u>3.Instrumentales/auto-instrucción:</u> “Mejor me mantengo libre de compromisos”	Evitar llamar la atención en situaciones en las que podría ser evaluado. La persona puede no hacer ningún esfuerzo por mejorar por miedo al fracaso.	Disforia Ansiedad y timidez ante las relaciones sociales. Está relacionado con la carencia de los placeres que quisieran obtener en sus relaciones personales.

Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 7 Perfiles Cognitivos de los Trastornos de Personalidad Grupo C

Tno. Obsesivo-Compulsivo				
Cumple con sus actividades a cabalidad es competente. Considera que de él depende que se hagan bien las cosas y se percibe responsable de los demás. Muchos mantienen una imagen nuclear de sí mismos como “ineptos o desvalidos” y tienen un miedo intenso a verse superados o a no poder desempeñarse.	Como irresponsables, despreocupados, incompetentes. Frecuentemente les atribuyen varias tareas para después señalar sus debilidades.	<p>1.Nucleares: “Soy desorganizado o estoy desorientado” “Para sobrevivir necesito orden y reglas”</p> <p>2.Condicionales: “Cualquier defecto hará que me derrumbe” “Si fallo soy un fracaso”</p> <p>3.Instrumentales: “Debo ser yo quien controla” “Prácticamente tengo que hacer todo a la perfección” “Tienen que hacerlo a mi manera” “La gente deberá trabajar mejor y esforzarse más”</p>	Sistema de normas y reglas. Ejerciendo control sobre su conducta y la de los demás, puede ser desaprobándolos o ejerciendo un castigo. Le gusta criticar, controlar, evaluar y castigar.	Remordimientos, decepciones de sí mismo y de los demás. Sienten ansiedad al no poder cumplir las normas y pueden caer en depresión ante un “fracaso”.

Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

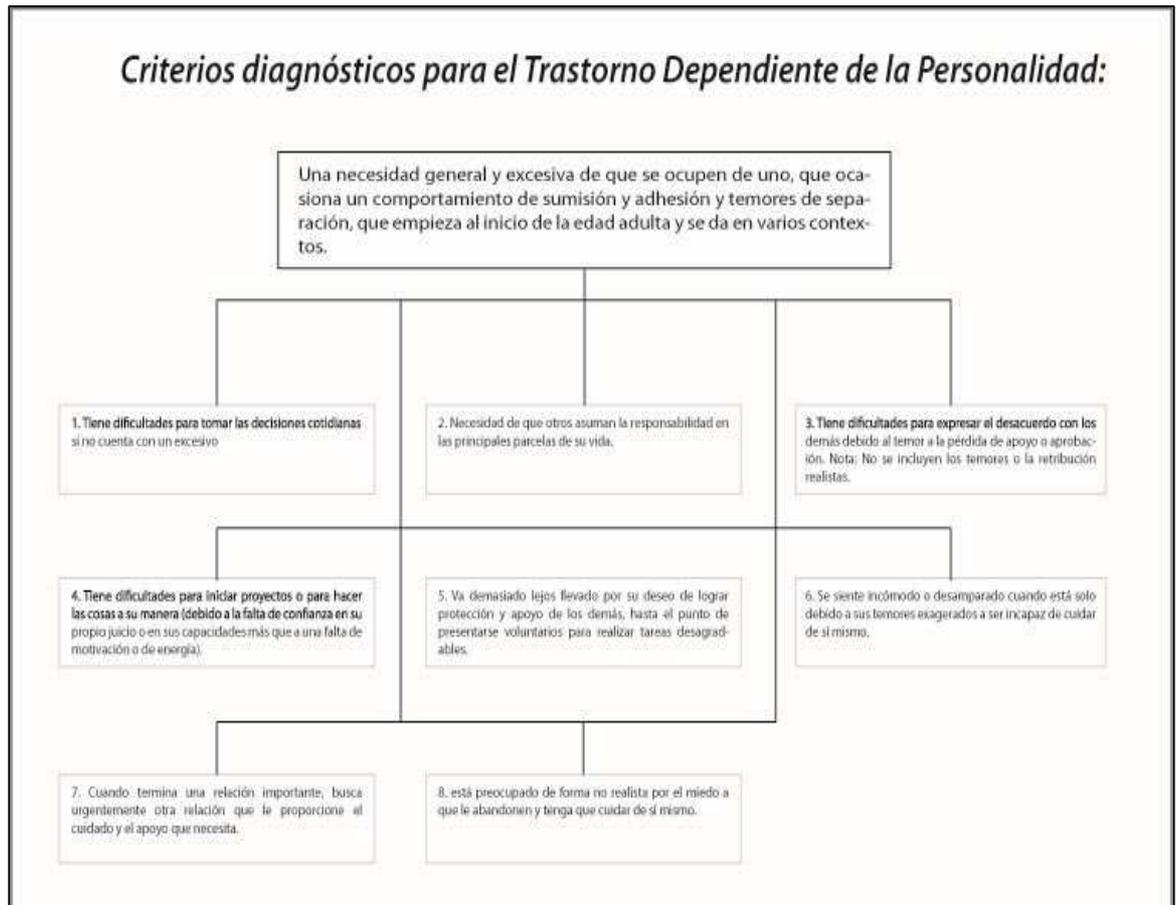
a) Trastorno Dependiente

Puede ser originado porque el sujeto vivió una “fijación fuerte de apego” (Beck et al, 1995, p.81) y esto pudo ser reforzado por otras personas cercanas.

Las Estrategias Típicas de este Trastorno son entre las hiperdesarrolladas, apego excesivo, búsqueda de ayuda y las infradesarrolladas, Movilidad y autosuficiencia. (gráfica # 9).

“El énfasis excesivo compensa la percepción de las deficiencias y el sentimiento de estar desvalido” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 88).

Gráfica # 9 Criterios diagnósticos para el Trastorno Dependiente de la Personalidad



Fuente:(Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) (Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

b) Trastorno De Personalidad Por Evitación

Su estrategia principal es la “evitación cognitiva” ya que evita identificarse con pensamientos que le causen malestar, pero a la vez está muy consciente de sus sentimientos penosos, es decir evita situaciones que le causan malestar y a la vez su mecanismo es la “evitación interna” (Beck, et. al., 1995, pág.96) desviando su atención o aparentemente no dándole tanta importancia a los problemas que enfrenta.

Las estrategias típicas hiperdesarrolladas de este trastorno son: evitación, inhibición y vulnerabilidad social; por otro lado las estrategias infradesarrolladas son: Gregarismo, y la autoafirmación.

Gráfica # 10 Criterios diagnósticos para el Trastornos de la Personalidad por Evitación



Fuente:(Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) (Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

c) Trastorno obsesivo-compulsivo

Puede producirse cuando el sujeto en su niñez vivió con pocas reglas y sin límites como “una manera de poner límites en un ambiente desordenado” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 81).

Las estrategias típicas que caracterizan este Trastorno son: aquellas como mayor desarrollo la sistematización, responsabilidad y control; y las menos evolucionadas, lo lúdico, y la espontaneidad.

Palabras clave: “control” y “se debe” “Estos individuos hacen una virtud del culto a los medios para alcanzar un fin, hasta tal punto que los medios se convierten en un fin en sí” (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995, pág. 87).

Gráfica # 11 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Personalidad Obsesivo-Compulsivo



Fuente:(Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) (Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

d) Trastorno Pasivo-Agresivo

El conflicto se produce entre el “deseo de conseguir ventajas que otorgan las autoridades y por otra parte el deseo conservar la autonomía” (Beck, et. al., 1995, p.86).

Dentro de las estrategias típicas de este trastorno se encuentran las mayoritariamente desarrolladas (Resistencia, autonomía, pasividad, sabotaje) y las menos desarrolladas (Intimidad, actividad, asertividad, cooperatividad).

Tabla # 8 Perfil Cognitivo del Trastorno de Personalidad Pasivo- Agresivo

Concepción de sí mismo:	Autosuficiente pero expuesto a abusos por parte de los otros. Vulnerable a que le controlen. Se siente atraído por las figuras u organizaciones de poder, pero a la vez busca aprobación y apoyo social.
Concepción de los demás:	Como figuras de autoridad, como exigentes, controladores y dominantes. Ven al resto de gente como intrusiva, ineficaz y despreocupada.
Creencias:	Nucleares: “Ser controlado por otros es intolerable” “merezo aprobación por todo lo que he hecho” “si sigo las reglas, pierdo mi libertad de acción” (Beck et al, 1995, p87) Condicionales: Instrumentales/auto-instrucción: Pospone una acción que una autoridad espera.
Amenazas:	Pérdida de aprobación y reducción de autonomía.
Estrategia:	Fortalecer la autonomía mediante la oposición a las figuras de autoridad, mientras se alía para obtener su simpatía. Tratan de evadir las reglas por medio de mentiras y manipulaciones, pero superficialmente son obedientes y están a favor de la figura de autoridad a menudo son pasivos. Frecuentemente prefieren actividades solitarias y evitan competir.
Afecto:	Cólera no expresada, relacionada con la rebeldía ante las reglas.

Fuente: (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1995)(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

2.3.6.4. Trastorno De Personalidad No Especificado

Este diagnóstico es utilizado cuando se presentan las siguientes circunstancias:

- Cuando la persona no reúne los criterios suficientes para determinado Trastorno de Personalidad, pero si presenta un deterioro significativo en las diferentes esferas de su vida.

- La persona cumple con dos o más trastornos de los mencionados anteriormente, también se lo llama Trastorno Mixto de la personalidad.

- Cuando se cumplen los criterios para un Trastorno de Personalidad que no pertenece a la clasificación propuesta, entre éstos puede estar: Trastorno Pasivo-Agresivo o Trastorno Depresivo de la Personalidad.

Es necesario considerar los criterios para un Trastorno de Personalidad, entre éstos deterioro social, familiar, laboral; opinión de familiares cercanos sobre el Trastorno, reconocimiento de síntomas.

Para ampliar más el tema referirse al anexo # 7 donde se describen las diferencias y semejanzas entre los tipos de Trastornos de Personalidad.

CAPÍTULO III

(CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES BENITO MENNI)

3.1 Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Unidad C.I.T.A.B.M.

3.1.1 Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón pertenece a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias, la cual fue fundada por “San Benito Menni”^{9*} quien tenía el lema “en el cuidado del enfermo caridad y ciencia se complementan”, actualmente tienen varios Institutos y Clínicas alrededor de todo el mundo.

Su propuesta principal, y en la cual es pionero, es la promoción, cura, rehabilitación y reinserción en la sociedad del paciente atendido, por medio de una atención integral y con el máximo respeto a los derechos humanos.

Así, el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, es una entidad privada que funciona desde hace más de treinta años en la ciudad de Quito, surge como una propuesta de asistencia humanitaria a personas que posean trastornos mentales, y se caracteriza por tener como visión y misión lo siguiente:

➤ VISION

La institución será modelo de atención integral y dará respuestas a las diferentes necesidades del momento, dando una atención de calidad y calidez, donde se implantan:

- La configuración de equipos de trabajo
- La resocialización y acompañamiento.
- Los programas de apoyo y ayuda familiar.
- Programas extrahospitalarios y el abordaje de prevención y promoción.

^{9*} Nació en Milán en 1841; Restauró la Orden Hospitalaria en España, y fundó en 1881, la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

- La investigación y docencia en las especialidades que les son propias en cada uno de los centros.
- Vivencia de la mística hospitalaria según el carisma de Benito Menni.

Todo esto bajo con el soporte y la asesoría de expertos, con tecnología, el compromiso y humanización de la atención.(Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón)

➤ **MISIÓN**

La misión se dirige a la prevención, cura y rehabilitación de los enfermos, teniendo en cuenta los principios morales y éticos, siendo lo principal la persona que sufre en su unidad y dignidad inviolables, debiendo estar subordinados todos los recursos asistenciales, la organización, la administración, el personal, etc. Esta misión se desarrolla sobre varios aspectos:

- Valores profesionales y personales de la Comunidad Hospitalaria.
- Servicio abierto a la comunidad y al entorno.
- Tecnología médico-psiquiátrica de vanguardia.
- Compromiso con el trabajo en equipo.
- Atención médico-psiquiátrica humanizada al servicio de una mejor calidad de vida de los enfermos.
- Dedicación preferente a los enfermos más desasistidos.
- Atención a todo enfermo, sin distinción de raza, religión, ideología, y clase social, dando preferencia a los pobres.(Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón)

3.1.2 Ubicación Geográfica

Se encuentra ubicado en la Avenida Manuel Córdova Galarza; Km 1 (Vía a la Mitad del Mundo) Quito Ecuador. (Ver anexo # 1)

3.1.3 Organigrama

Dentro de la organización del Instituto Psiquiátrico se encuentra el área de Psicología la cual abarca Terapia Familiar Sistémica, Terapia Individual y Pasantes de Psicología. Todos ellos trabajan conjuntamente en todo el hospital, teniendo mayor énfasis en CITABM ya que se maneja allí un trabajo

transdisciplinario con las áreas de: Psiquiatría, Terapia Ocupacional y Enfermería. Tomando en cuenta esta última se caracteriza por un carácter fluctuante, ya que el personal debe cumplir disposiciones según los turnos establecidos por la dirección de enfermería, lo cual puede ser una variable independiente dentro del tratamiento en CITABM influyendo por ejemplo en el cumplimiento de horarios.

Al pertenecer CITABM a un Instituto Psiquiátrico, es preciso tomar en cuenta que se vincula con otras áreas. Por ejemplo, con Ingresos ya que es allí donde en primera instancia el participante inicia su proceso con la desintoxicación de sustancias; se relaciona además con el área de Media Estancia al hacer uso de las instalaciones de lavandería y taller de Terapia Ocupacional ubicados en dicho lugar. Se encuentra reglamentado al igual que otras áreas por el Director Médico y la Dirección Administrativa. (Ver anexo # 2)

3.1.4 Historia y Descripción de CITABM

Hace 9 años se fundó CITABM teniendo como objetivo el brindar una ayuda terapéutica a quienes han perdido el control de sus vidas por el consumo de diferentes drogas que alteran el Sistema Nervioso Central realizando el trabajo en base a:

Misión:

Proporcionar servicios asistenciales estructurados y accesibles a la comunidad, que ayuden a controlar los problemas familiares, laborales y sociales debidos al consumo de alcohol y drogas, a través de un cambio personal que modifique las relaciones consigo mismo, con los demás y con el entorno; con técnicas ajustadas a las necesidades individuales, y en lo posible evitando la separación del ambiente laboral o educativo.

Objetivos:

- Ofrecer atención profesional, personalizada e integral a nuestros pacientes y sus familias.
- Acompañar al paciente en el proceso de reintegración social a través de su tratamiento y rehabilitación.

Acciones:

- Evaluación Psiquiátrica, psicológica, familiar y Clínica.
- Intervención en Crisis y desintoxicación.
- Inducción hacia el reconocimiento y control de abuso de sustancias.
- Orientación del participante hacia un mejor estilo de vida, vida familiar armoniosa, y satisfacción y productividad laborales.
- Seguimiento Ambulatorio. (Mármol, C.I.T.A.B.M., 2008)

El Centro trabaja bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, siendo así un espacio de convivencia y comunicación; actúa bajo un modelo de aprendizaje social para el paciente, su familia y todos los que pertenecen a la comunidad; cuenta con personal calificado y comprometido al manejo de adicciones.

Considerando esto, es importante recalcar que en esta Unidad se le llama “participante” al sujeto que es parte del programa, ya que se considera que es un partícipe activo de su proceso de recuperación y que sin su actuación constante no se podrá conseguir un verdadero cambio.

Esta unidad cuenta con un equipo de profesionales especializados en la materia, que aplican un programa que dura alrededor de 3 a 4 meses de internamiento, siempre que éste sea voluntario. Cada participante firmará un “Contrato Terapéutico” (ver

anexo # 4) ubicado en el cual se comprometerá él y su familiar en cumplir con las reglas y normas propuestas, en especial se resaltan normas cardinales, que son básicas para mantenerse dentro del programa:

- Sobre la utilización de violencia física.
- Sobre las relaciones sentimentales y sexuales entre participantes, pacientes de otras unidades y familiares de pacientes o con personal que labora en la Institución.
- Sobre el consumo o almacenamiento de sustancias (drogas) al interior del Centro.
- Sobre el Hurto dentro de la Institución.(ver anexo #4).

El programa abarca acciones como la intervención psiquiátrica, psicológica, familiar, hasta lograr la total reinserción del participante en la sociedad, considerando constantemente avances médicos, psicológicos y el contexto actual.

La finalidad del programa es que el participante retome el control de su propia vida, como resultado, el sujeto se propende a que no tendrá necesidad de consumir sustancias, dado que encontrará herramientas que están ajustadas a las necesidades individuales, las cuales permitirán obtener satisfacciones a largo plazo.

Se considera que la familia está también afectada por el consumo, es por ello que otro pilar importante en el programa es la Terapia Familiar Sistémica que trata temáticas propias de contexto familiar como Co-dependencia, roles, expectativas del tratamiento, etc.

El proceso está reforzado con otras intervenciones específicas, teniendo cada participante un proceso terapéutico individual donde trabajará la temática directa de la adicción lo cual le permite descubrir las causas de su consumo, adquirir herramientas psicosociales de afrontamiento de la presión de los grupos de consumidores, de manejo adecuado de las emociones intensas, etc. y poder llevar una mejor calidad de vida.

El centro cuenta con dos psicólogos de planta que se encargan de realizar psicoterapia individual, al menos una vez por semana con cada uno de los participantes; también realizan talleres y seminarios relacionados con el aspecto psicológico en la adicción y sesiones de entrenamiento en técnicas y herramientas para afrontarla.

Es importante recalcar que también el centro cuenta con la ayuda permanente de estudiantes de Psicología que cursan el último año en la Universidad Nacional de Chimborazo, quienes reciben tutorías, imparten algunos seminarios relacionados con psicoeducación y brindan constante apoyo y acompañamiento a los participantes del programa.

Además de ello, la intervención realizada se encuentra atravesada por el trabajo en Terapia Ocupacional, liderado por un profesional en salud ocupacional, quien se encarga de promover el mejoramiento y desarrollo de capacidades del individuo a través de diferentes actividades, entre estas: recreativas, deportivas, salidas culturales que son parte de la dinámica que tienen que cumplirse en el tiempo de internamiento.

Se explica a continuación desde la perspectiva de los profesionales el trabajo realizado en esta Área:

Tabla # 9Entrevista A Dr. Germán Mármol, Neuropsicólogo y Coordinador de Centro CITABM

Generalmente se ha puesto énfasis en la droga en el consumo, en la cantidad y en que el consumo es la causa de todos los problemas del individuo y de la familia, como tener a quien acusar de los problemas; pero el CITABM se centra en la persona, como decía un ícono de las Comunidades Terapéuticas Es la persona, no la droga, siendo así la comunidad busca encontrar el problema de la persona que le ha conducido a que tenga la necesidad de consumir drogas, generalmente se produce en la mayoría de casos la hipótesis de la automedicación tengo un dolor emocional, entonces uso sustancias para calmarlo o para manejar mi vida, siendo muy pocos casos los que obedezcan a una predisposición genética; es decir en la mayoría de casos es la persona la que tiene el problema. A diferencia de otros programas particularizamos la atención, Cada persona es un mundo diferente y diseñamos un programa para cada uno. Generalmente en otros lugares es una norma para todos, por ejemplo en el tiempo de internamiento o se les aplica la misma lógica todos son manipuladores, desordenados y tienen que aprender exactamente lo mismo. A diferencia de esto en este programa se busca el trabajar para que la misma persona encuentre recursos internos para mejorar su vida.

(Mármol, Menéndez, Torres, Ibañez, & Vallejo, 2011)

Tabla # 10Entrevista a Dr. Ibañez. Médico Psiquiatra

Resulta difícil establecer un concepto en pocas palabras de la adicción, ya que todas las patologías mentales incluidas las adicciones considero que son un proceso. Hay personas que tienen un problema de adicción más que adicciones en sí, porque cada persona es un caso único y nosotros lo mejor que podemos hacer es analizar a esa persona precisamente en forma individual y tratar de establecer que le ha llevado a tener esta conducta en especial.

La mayoría de los centros de rehabilitación en el país funcionan al margen, es decir con reglas, normas y procedimientos que no son ni probados científicamente, ni admisibles en algunos casos.

(Mármol, Menéndez, Torres, Ibañez, & Vallejo, 2011)

Tabla 11Entrevista a Dra. María Belén Menéndez. Psicóloga Laboral. Lic. En Trabajo Social y Máster en Terapia Familiar Sistémica

Muchos centros se manejan de manera individual, sin embargo la familia no entra en el proceso de recuperación y eso no está bien; cuando el participante posterior a internamiento regresa al mismo esquema familiar hay más opciones para una recaída o a deslíz, es decir cuando trabajamos también con la familia vamos a entender más cosas relevantes; por ejemplo su consumo no es como mucha gente lo piensa es porque tuvo deseos, ganas; sino podría ser por carencias afectivas dadas por las mismas familias de origen o nucleare; es decir son varios factores que se unen para que la persona presente la adicción, a parte de los síntomas de una disfunción familiar puede producirse el consumo de alguna sustancia, si manejamos los síntomas de lado y lado es más probable que la persona tenga menos opción a deslíz, a recaída y que las cosas vayan bien.

(Mármol, Menéndez, Torres, Ibañez, & Vallejo, 2011)

Tabla # 11 Entrevista a Dra. María Belén Menéndez. Psicóloga Laboral. Lic. En Trabajo Social y Máster en Terapia Familiar Sistémica

Hay muchas familias que hemos visto anteriormente que a pesar de que la persona haya hecho un proceso de tres meses y la familia haya trabajado también; influyen los roles, jerarquías y opciones que aunque la familia se convierta en un pilar fundamental para el cambio a veces hasta podría boicotear el trabajo porque no se hizo un proceso adecuado.

(Mármol, Menéndez, Torres, Ibañez, & Vallejo, 2011)

Tabla # 12 Entrevista a Mará Belén Torres. Psicóloga Clínica

La importancia de la psicoterapia individual radica en promover cambios, transformaciones cualitativas y cuantitativas de la personalidad, estos cambios tienen que ser a nivel cognitivo y conductual; y también de ideas y pensamientos distorsionados, ideas irracionales que también son bastante frecuentes.

Cuando hay voluntad del participante para realizar el tratamiento es mucho más fácil.

Cuando hablamos de causas el factor es multicausal, no solamente una razón, es por esto que el tratamiento tiene que ser integral, es por esto que hay diversos tipos de terapia: individual, familiar, ocupacional, psiquiátrica; es decir un equipo transdisciplinario.

Se propone cambiar el estilo de vida del paciente porque no es solamente el hecho de que deje de consumir, más bien es que debe cambiar todas las cosas que han estado relacionadas con el consumo y que le han estado afectando de alguna manera al paciente y a su entorno inmediato, con sus familiares generalmente.

(Mármol, Menéndez, Torres, Ibañez, & Vallejo, 2011)

Tabla # 13Entrevista a Lic. Liliana Vallejo. Terapeuta Ocupacional

La terapia ocupacional se basa en mantener ocupado al paciente pero con un objetivo y un fin, es decir al ver las capacidades, habilidades y destrezas de cada uno de los participantes; necesitamos fomentarlas para que ellos puedan lograr un máximo de independencia, es decir que mediante la ocupación puedan reintegrarse a la sociedad y a sus actividades diarias.

Esto es parte de la condición humana y la ocupación es necesaria para el bienestar físico y psicológico del paciente. Por medio de la ocupación se pretende que el participante pueda mejorar su estilo de vida, ya que en la ocupación nosotros trabajamos con actividades de la vida diría básicas, instrumentales, en esta última está el uso y manejo del dinero, el uso del tiempo libre. Por medio de esto el participante puede lograr tener un máximo de independencia en su vida y el control de ésta.

(Mármol, Menéndez, Torres, Ibañez, & Vallejo, 2011)

3.1.5 Descripción Ambiente Físico

La Unidad de CITABM cuenta con la siguiente indumentaria.(Ver anexo 2)

Primera planta: Sala de terapia equipada con pizarrón de tiza líquida, carteleras, sillas, sillones, televisión, equipo de sonido, mueble mixto (para películas, DVD, televisión y equipo de sonido).Cocina equipada para poder preparar los alimentos, vajilla, triturador de alimentos, lava platos y microondas. Comedor con capacidad para 25 personas con sus respectivas sillas. Gimnasio equipado con pesas para ejercitar brazos y piernas, caminadoras, bicicleta, balones de fútbol, espejo grande y equipo de sonido. Dos áreas de estudio equipadas con escritorio, mueble para libros y revistas, computador y sillas de escritorio. Oficina, la cual es utilizada por el equipo terapéutico, la misma posee un escritorio, sillas, computador, impresora y mueble para guardar documentos y equipos de oficina. Áreas verdes alrededor de la Unidad y un patio interno con mesones y bancas de exterior.

Segunda Planta. Área de juegos. Mesa de billa y mesa de ping pong con sus respectivos implementos. Cuatro dormitorios con closets y camas distribuidos para 20 personas, con cuartos de baño compartidos. Terraza con cordeles para secar la ropa.

Además de lo mencionado la Unidad de CITABM comparte los siguientes espacios con otras áreas del Instituto: lavandería, espacio donde cada participante se encarga de lavar sus prendas de vestir, una vez a la semana, como parte del programa. Polideportivo, el cual consta de dos canchas de básquet, una cancha de fútbol, pista de obstáculos, mesones y bancas de exterior. Huerto, es un espacio de terreno utilizado para la siembra y cosecha de productos orgánicos para el autoconsumo.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

La presente investigación se realizó siguiendo una serie de pasos, sin que el orden o secuencia sea estricta, sino más bien con suficiente apertura a los emergentes surgidos durante la misma.

- 1) **Formulación de las preguntas de Investigación:** Las preguntas de investigación son los cuestionamientos que se pretenden aclarar, demostrar o descartar, ayudando a formular el problema, pues a partir de estas se guiará hacia lo que se pretende conseguir con la investigación.

- 2) **Revisar literatura relacionada y estudios realizados:** Durante toda la investigación se realizó la revisión de información a través de bibliografía especializada, estudios realizados, entre otras fuentes. Averiguando los conceptos relacionados con el tema, las investigaciones similares que pudieran servir de guía para la investigación, con el objeto de recabar los datos suficientes para poder desarrollar de esta manera el marco teórico.

- 3) **Planteamiento de: Tema, objetivos y justificación de la Investigación:** El problema de investigación surge a partir de los conocimientos previos del tema, las necesidades y las dudas que nacen sobre el mismo.

Es importante definir los conceptos, pues estos conjuntamente con las preguntas darán los lineamientos de la investigación, justificando su relevancia, indicando la finalidad, y el aporte que dará como nuevo conocimiento, analizando además la viabilidad para su realización.

Los objetivos surgen a partir de las preguntas previas, como posibles respuestas de las mismas, prediciendo el resultado de la investigación, deben ser claros, y estar expresados en infinitivo.

- 4) Definir recursos para obtener información: Para ello fue preciso ver las posibilidades para poder obtener información, incluyendo material bibliográfico, documentos, accesibilidad a estudios y otra información relacionada con los datos para obtener la muestra.

- 5) Definir metodología y muestra (criterios de inclusión y exclusión): Tomando en cuenta el tema de la investigación, se revisó la metodología más idónea para su desarrollo considerando el método cuantitativo.

Por otro lado para delimitar la muestra no aleatoria se lo hizo a partir del número total de pacientes que han cursado por el proceso de internamiento durante el período septiembre 2010 hasta enero de 2012 en base a criterios de inclusión y exclusión los cuales se detallan a continuación:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que han formado parte del programa de internamiento de C.I.T.A.B.M.
- Quienes hayan firmado el consentimiento informado respecto a la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado
- Quienes tengan triple comorbilidad no formarán parte del estudio entendiéndose ésta cuando existe presencia de otros trastornos distintos a

los correspondientes al eje II como por ejemplo (Psicosis, Trastornos neurológicos, etc.).

- 6) Establecer la matriz de consistencia interna de las hipótesis: Tomando en consideración cada hipótesis se realizó esta matriz con el objetivo de evaluarla revisando el tipo de variables, su definición conceptual y operacional, el instrumento relacionado y la escala medida.
- 7) Proponer a la Institución la investigación y pedir autorizaciones respectivas: Dentro de este paso se presentaron documentos a los representantes del Instituto, explicando el tema y los objetivos de la investigación, solicitando los respectivos permisos institucionales para su realización y obtención de información interna.
- 8) Realizar consentimiento informado: Para lo cual se consideró el derecho del participante de confidencialidad de la información y además la importancia de permitir o no la revisión de ésta. Se especificó además que sus datos personales no serán expuestos en el presente trabajo, serán manejados solamente por las autoras.
- 9) Realizar entrevista semiestructurada: Se realizó la entrevista semiestructurada con la finalidad de obtener los datos relacionados con la recaída. Para lo cual consultamos la bibliografía respectiva, basándonos principalmente en los criterios del DSM-IV -TR.
- 10) Diseño de tabla de recolección de datos: Para el asentamiento de los datos obtenidos en la revisión de la información se elaboró una tabla para facilitar su recopilación, en la cual se especifican las diferentes variables con las que se

trabajó (recaídas, trastornos de personalidad, diagnóstico, tratamiento ambulatorio y terapia cognitivo conductual) teniendo en cuenta en su fase inicial los nombres de las personas para poder facilitar la recolección para su posterior ocultamiento en función de la confidencialidad.

11) Búsqueda de datos para los cuadros de salida: Se tomó en cuenta a los participantes que estuvieron internos en el período comprendido entre septiembre 2010 hasta enero de 2012, considerando los criterios de inclusión y exclusión nombrados anteriormente.

12) Contactar a los participantes que culminaron el programa por medio de entrevistas telefónicas para evaluar recaídas y buscar la autorización respectiva por medio del consentimiento informado.

Fue necesario contactar a los participantes del programa que salieron con el alta, para conocer sobre la existencia de recaída y sobre su asistencia al tratamiento ambulatorio. Para esto desarrollamos una entrevista semiestructurada y citamos a los participantes entrevistados al Instituto, con la finalidad de obtener el consentimiento informado.

No pudimos contactar a todos los participantes, por lo que se dificultó obtener el consentimiento informado, en especial por cambio de residencia, su distinta situación geográfica o porque atravesaban una recaída.

13) Revisión de normas APA (Salomone, 2006-2011): Revisamos con mayor profundidad las normas de American Psychological Association (APA), en las cuales comprobamos que al ser un estudio retrospectivo no es indispensable

obtener el consentimiento informado de cada uno de los participantes pertenecientes a la muestra.

A partir de esto, pudimos acelerar el proceso de recolección de datos, aunque para obtener información acerca de la recaída continuamos además de la revisión de las historias clínicas, con las entrevistas telefónicas a los participantes que culminaron el tratamiento de internamiento.

14) Incluir a los pacientes con consentimiento informado o sin él: Se incluyó a todos los participantes pertenecientes a la muestra expuesta en Tabla# 30 Tabla de resultados obtenidos, para tener una visión más general de los datos obtenidos y así poder investigar sobre los datos específicos de la investigación.

15) Definir frecuencia de los Trastornos de Personalidad dentro de la muestra estudiada, por medio de un estudio retrospectivo de las Historias Clínicas: Revisamos las Historias Clínicas de los participantes que culminaron el programa, pertenecientes a la muestra previamente delimitada. Para esto tomamos en cuenta el diagnóstico establecido al inicio, durante o después del internamiento, el cual se basa en las entrevistas clínicas, proceso de psicoterapia, desenvolvimiento en la Comunidad Terapéutica y las evaluaciones realizadas, destacándose entre estas últimas la aplicación del MMPI-2. El diagnóstico se maneja bajo los criterios la CIE 10.

16) Definir frecuencia de recaídas:

En las historias clínicas pudimos encontrar el registro de los pacientes que han venido al tratamiento ambulatorio, en algunas historias se recalca la existencia o no de recaída.

Con los participantes que no se encontró registro, hallamos los datos con las entrevistas telefónicas realizadas nombradas anteriormente. A pesar de esto no logramos reunir toda la información necesaria, para lo cual como complemento entrevistamos a los terapeutas asignados a estos pacientes; logrando así obtener toda la información necesaria para la investigación.

17) Por medio de los datos obtenidos analizar mediante cálculos estadísticos si la pregunta de investigación se cumple o no. Considerando la pregunta de investigación propuesta, así como las hipótesis explicadas en la Matriz de Consistencia Interna, realizamos los cálculos necesarios por medio de estadística descriptiva, los cuales fueron representados con tablas y gráficos. Se valoró la relación entre variables, utilizando el Chi (X^2), para evidenciar la significancia estadística en los datos analizados.

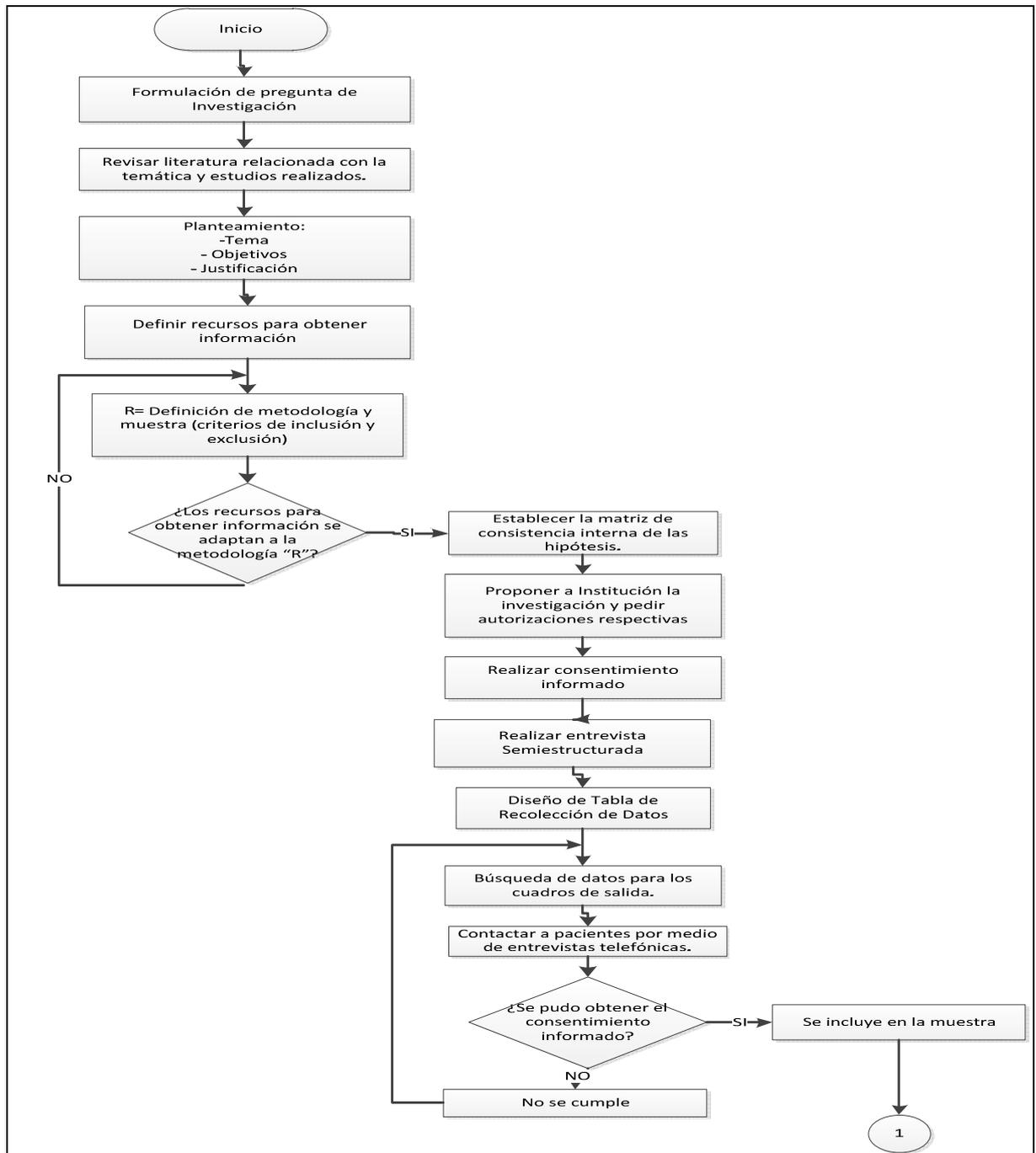
18) Definir que Trastorno de Personalidad tiene mayor número de recaídas: Calculamos la frecuencia de los Trastornos de Personalidad y el tipo de Trastorno predominante, con el fin de comprender en porcentajes la aparición de Trastornos de Personalidad en la muestra estudiada.

19) Investigamos sobre los tratamientos que el participante recibió durante y del internamiento: Como información adicional investigamos sobre la relación entre variables, éstas son la recaída con los siguientes tratamientos: Psicoterapia Cognitiva Conductual y el tratamiento ambulatorio.

Esto lo hicimos considerando la relevancia de estos tratamientos en el Instituto y además por la experiencia observada durante nuestras prácticas pre-profesionales de la influencia de éstos con la recaída.

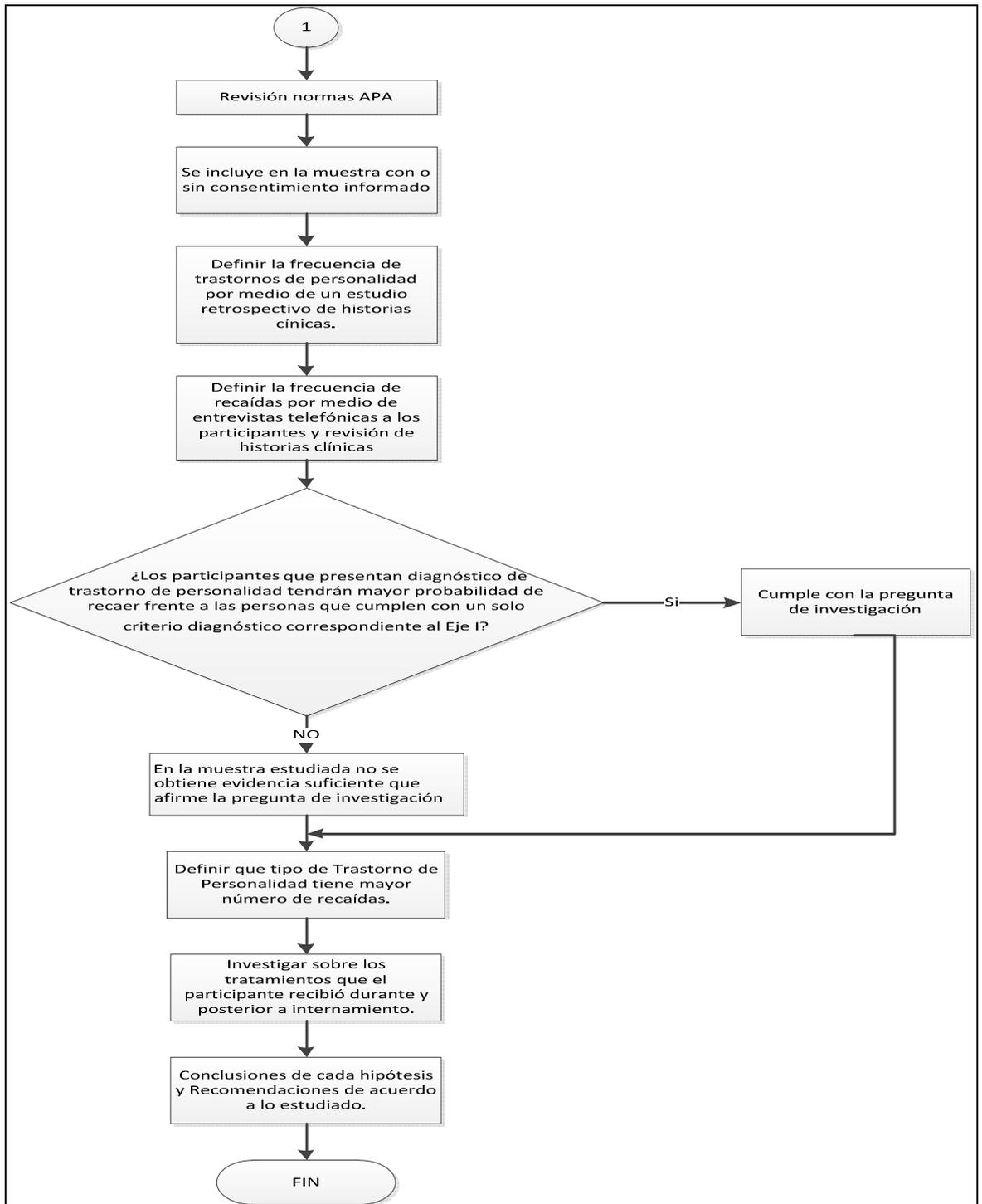
20) Realizar conclusiones de cada hipótesis y recomendaciones de acuerdo a lo estudiado: Analizando los datos obtenidos en la investigación, en conjunto con el marco teórico, la pregunta de investigación, las hipótesis planteadas y el alcance de los objetivos propuestos, obtuvimos conclusiones y recomendaciones, con lo cual sintetizamos los datos analizados y sugerimos recomendaciones específicas que surgieron a lo largo del trabajo realizado.

Tabla # 14Flujograma del proceso de investigación



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 15Flujograma de la Investigación



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Presentaremos los cálculos estadísticos descriptivos, los cuales serán representados por medio de tablas y gráficos. Establecimos las frecuencias de Trastornos de Personalidad, recaída; y calculamos la relación entre las variables propuestas por medio de la prueba estadística de la Chi o Ji cuadrada (X^2), para evidenciar la significación estadística de los datos obtenidos. Comprobamos por último si aquellos pacientes con Trastorno de Personalidad tienen en la muestra seleccionada mayor tendencia a una recaída en relación al grupo que tiene diagnóstico único (trastornos relacionados con sustancias, Eje I DSM- IV-TR).

Todo esto se hizo considerando la pregunta de investigación propuesta y las hipótesis planteadas en la matriz de consistencia interna de las mismas y en base a los objetivos planteados.

5.1 Resultados Obtenidos

Tabla # 16 Tabla de Resultados obtenidos

Participante	Diagnóstico	Personalidad Grupo			Recaída
		Tipo A:	Tipo B:	Tipo C:	
1.	F 19	0	1,2,3	0	1
2.	F 10	0	0	0	1
3.	F10	2	0	2	1
4.	F10	0	4	4	1
5.	F10	0	0	0	0
6.	F10	1	1	0	1
7.	F 19	0	0	0	1
9	F10	0	0	0	0
10.	F14	0	0	0	0
11.	F19	0	1	3	1
12.	F10	2	0	2, 3	1
13.	F14	1	3, 2	0	1
14.	F10	0	0	0	0
15.	F10	0	0	0	1
16.	F19	0	0	0	1
17.	F10	0	0	0	0
18.	F10	0	0	0	0
19.	F14	0	0	0	1
20.	F10	0	0	0	1
21.	F10	0	0	0	0
22.	F10	0	0	0	1

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 16 Tabla de Resultados obtenidos

Participante	Diagnóstico	Personalidad Grupo			Recaída
		Tipo A:	Tipo B:	Tipo C:	
23.	F10	0	0	0	1
24.	F10	0	0	0	1
25.	F10	3	3	0	0
26.	F10	0	0	0	1
27.	F10	0	4	0	0
28.	F19	3	0	3,4	1
29.	F10	0	0	0	1
31.	F14	0	0	0	1
32.	F10	0	0	0	1
33.	F19	0	1	0	1
34.	F14	0	0	0	1
35.	F14	0	0	0	0
36.	F 19	0	1,2	0	1
37.	F19	0	0	0	1
38.	F19	0	0	4	1
39.	F19	2	1, 2	0	1
40.	F10	0	1	0	0
41.	F10	0	1	3	0
42.	F12	0	0	0	0
43.	F14	0	0	1	1
44.	F19	1	0	0	1
45.	F 10	0	3	0	1

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 16 Tabla de Resultados obtenidos

Participante	Diagnóstico	Personalidad Grupo			Recaída
		Tipo A:	Tipo B:	Tipo C:	
46.	F 14	1	2	4	1
47.	F 10	0	0	0	0
48.	F 19	0	0	0	0
49.	F 10	0	0	0	1
50.	F 14	0	0	0	1
51.	F 19	0	1, 2	2	1
52.	F 19	1	3	3	1
53.	F 19	0	1	0	1
55.	F 19	0	2	4	1
56.	F 10	0	0	0	0
57.	F 10	0	0	0	0
58.	F 10	3	0	0	0
59.	F10	0	0	0	0

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

5.1.1 Simbología Utilizada

Tabla # 17 Simbología utilizada para los tipos de Trastornos de Personalidad

Tipo A: Trastornos de la personalidad Extraños o excéntricos	Tipo B: Dramáticos, emotivos o erráticos:	Tipo C: Ansiosos y temerosos:	Recaídas
Paranoide 1	Trastorno Límite 1	Trastorno por evitación 1	No: 0 Si: 1
Esquizoide 2	Antisocial 2	Obsesivo-Compulsivo 2	
Esquizotípico 3	Narcisista 3	Pasivo-agresivo 3	
	Histriónico 4	Dependencia 4	

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

5.2 Cálculo

Tabla # 18 Tabla X2 para establecer la relación y significación estadística

	Si recaída	No recaída	
Eje I (Trastornos relacionados con sustancias)	A 20 16.95	B 5 8.47	25
Eje II (Trastornos de personalidad)	C 19 22.47	D 15 11.52	34
	39	20	59

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

$$fe = \frac{TF \times TC}{GT} \quad A = fe = \frac{25 \times 39}{59} = 16.52 \quad B = fe = \frac{25 \times 20}{59} = 8.47$$

$$C = fe = \frac{34 \times 39}{59} = 22.47 \quad D = fe = \frac{34 \times 20}{59} = 11.52$$

$$x^2 = \sum \frac{(FO - Fe)^2}{Fe} A = \frac{(20 - 16.52)^2}{16.52} = \frac{12.11}{16.52} = 0.73 B = \frac{(5 - 8.47)^2}{8.47} = \frac{12.04}{8.47} = 1.4$$

$$C = \frac{(19 - 22.47)^2}{22.47} = \frac{12.04}{22.47} = 0.53 D = \frac{(15 - 11.52)^2}{11.52} = \frac{12.11}{11.52} = 1.05$$

$$x^2 = 0.73 + 1.42 + 0.53 + 1.05 = 3.73$$

Considerando esto se obtendrá el Grado de Libertad:

Gl = (número de filas-1) (número de columnas-1)

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

Los valores encontrados para X^2 (3.73) no superan el valor teórico propuesto en Tabla de la X^2 , el cual es un valor teórico crítico. Por lo tanto los valores no son estadísticamente significativos por tanto, en esta muestra no se encuentra evidencia para afirmar que la recaída se asocie significativamente con la presencia de Trastornos del eje II.

Posterior a esto pasaremos a la tabla y cálculos respectivos para la constatación de uno de los objetivos propuestos: Determinar la frecuencia de Trastornos de Personalidad y recaídas en participantes que han formado parte del proceso de internamiento de la unidad de C.I.T.A.B.M.

Como información adicional a los datos obtenidos indagamos también sobre los tratamientos que recibieron los participantes teniendo en consideración la relación de estos con la recaída, entre éstos el tratamiento posterior a internamiento o tratamiento ambulatorio y el tratamiento psicoterapéutico recibido durante y posterior a proceso de internamiento la variable será si recibieron o no Terapia Cognitivo-Conductual.

Tabla # 19Detalle de Trastornos de Personalidad y Recaída en la muestra estudiada

Participante	Trastorno de Personalidad SI =1 NO =0	Recaídas SI =1 NO =0	TratamientoAmbulatorio SI =1 NO =0	Terapia Cognitivo Conductual SI =1 NO =0
1.	1	1	0	1
2.	0	1	1	1
3.	1	1	0	0
4.	1	1	1	1
5.	0	0	1	0
6.	1	1	1	1
7.	0	1	1	1
8.	0	1	1	1
9.	0	0	0	1
10.	0	0	1	1
11.	1	1	0	1
12.	1	1	1	0
13.	1	1	1	1
14.	0	0	1	1
15.	0	1	0	0
16.	0	1	0	1
17.	0	0	0	0
18.	0	0	1	1
19.	0	1	1	1

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 19 Detalle de Trastornos de Personalidad y Recaída en la muestra estudiada

Participante	Trastorno de Personalidad SI =1 NO =0	Recaídas SI =1 NO =0	TratamientoAm bulatorio SI =1 NO =0	Terapia Cognitivo Conductual SI =1 NO =0
20.	0	1	0	0
21.	0	0	1	1
22.	0	1	0	1
23.	0	1	0	0
24.	0	1	0	0
25.	1	0	0	1
26.	0	1	0	0
27.	1	0	1	1
28.	1	1	1	1
29.	0	1	1	1
30.	1	1	0	0
31.	0	1	0	0
32.	0	1	0	0
33.	1	1	0	1
34.	0	1	1	1
35.	0	0	0	1
36.	1	1	0	0
37.	0	1	0	1
38.	1	1	1	1
39.	1	1	0	0

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

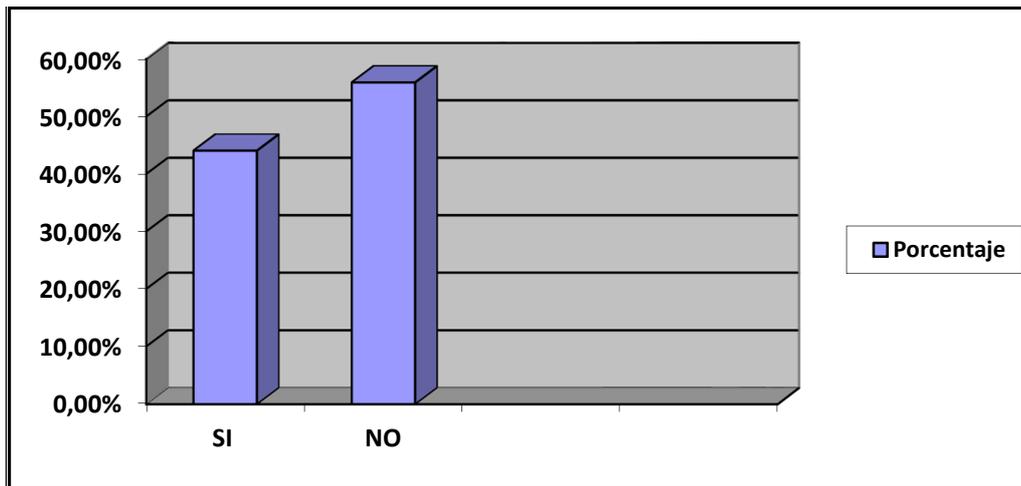
Tabla # 19 Detalle de Trastornos de Personalidad y Recaída en la muestra estudiada

Participante	Trastorno de Personalidad SI =1 NO =0	Recaídas SI =1 NO =0	Tratamiento Ambulatorio SI =1 NO =0	Terapia Cognitivo Conductual SI =1 NO =0
40.	1	0	1	1
41.	1	0	1	1
42.	0	0	1	1
43.	1	1	0	1
44.	1	1	0	1
45.	1	1	0	1
46.	1	1	0	0
47.	0	0	0	0
48.	0	0	1	1
49.	0	1	1	0
50.	0	1	1	1
51.	1	1	0	0
52.	1	1	0	0
53.	1	1	1	1
54.	0	0	1	0
55.	1	1	1	1
56.	0	0	1	0
57.	0	0	1	1
58.	1	0	1	1
59.	0	0	1	1

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

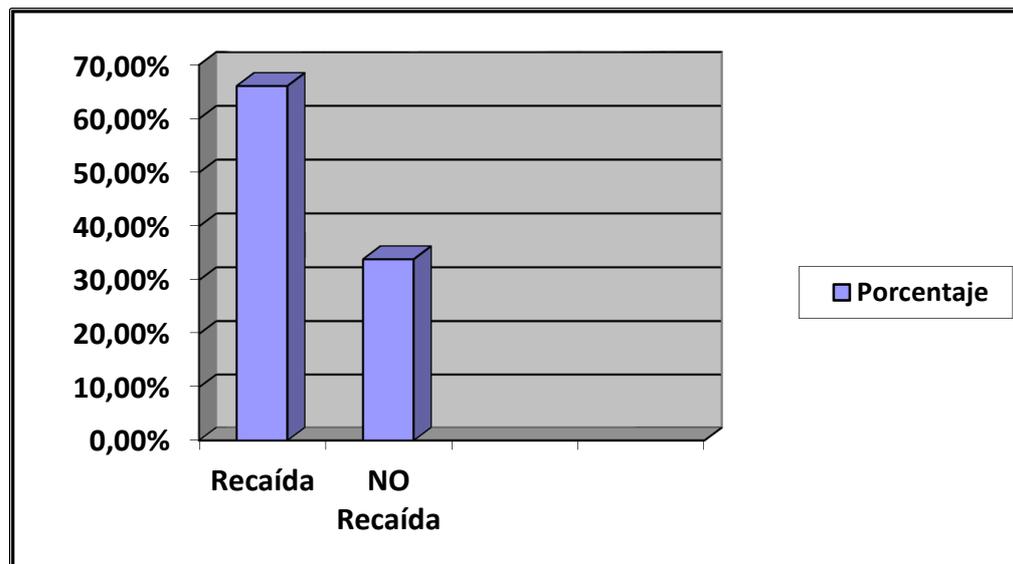
Es decir, el 44.06% de la población estudiada tiene diagnóstico de Trastorno de Personalidad y el 66.10% de la población estudiada recayó, lo cual está representado en las gráficas 12 y 13.

Gráfica # 12 Porcentaje de los participantes que presentaron comorbilidad y de los que tienen Diagnóstico único.



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

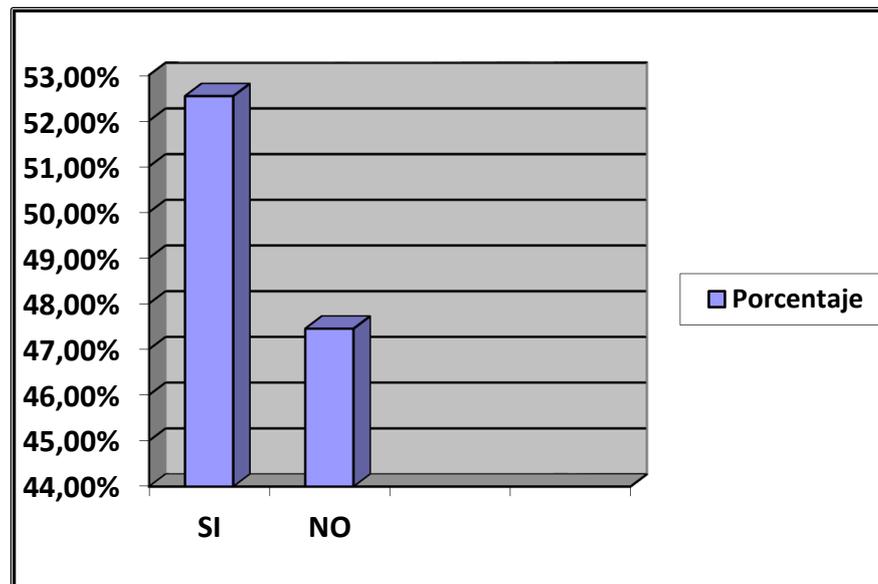
Gráfica # 13 Porcentaje de Recaídas en comparación de los que no recayeron



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Como información adicional a nuestro estudio buscamos la significación estadística entre los participantes que recibieron o no Tratamiento ambulatorio en relación con la recaída. Los datos encontrados se representan en la gráfica 14 y los cálculos realizados con X^2 la Tabla 25.

Gráfica # 14 Porcentaje de participantes que recibieron o no Tratamiento Ambulatorio



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 20 Tabla X2 para establecer relación y significación estadística entre Tratamiento Ambulatorio y Recaída

	Si Recaída	No Recaída	Total
Tratamiento Ambulatorio SI	A 16 20.49	B 15 10.50	31
Tratamiento Ambulatorio NO	C 23 18.50	D 5 9.49	28
Total	39	20	59

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

$$fe = \frac{TF \times TC}{GT} \quad A = fe = \frac{39 \times 31}{59} = 20.49 \quad B = fe = \frac{20 \times 31}{59} = 10.50$$

$$C = fe = \frac{39 \times 28}{59} = 18.50 \quad D = fe = \frac{20 \times 28}{59} = 9.49$$

$$x^2 = \sum \frac{(FO - Fe)^2}{Fe} \quad A = \frac{(16 - 20.49)^2}{20.49} = \frac{20.16}{20.49} = 0.98 \quad B = \frac{(15 - 10.50)^2}{10.50} = \frac{20.25}{10.50} = 1.92$$

$$C = \frac{(23 - 18.50)^2}{18.50} = \frac{20.25}{18.50} = 1.09 \quad D = \frac{(5 - 9.49)^2}{9.49} = \frac{20.16}{9.49} = 2.12$$

$$x^2 = 0.98 + 1.09 + 1.92 + 2.12 = 6.11$$

Considerando esto se obtendrá el grado de libertad

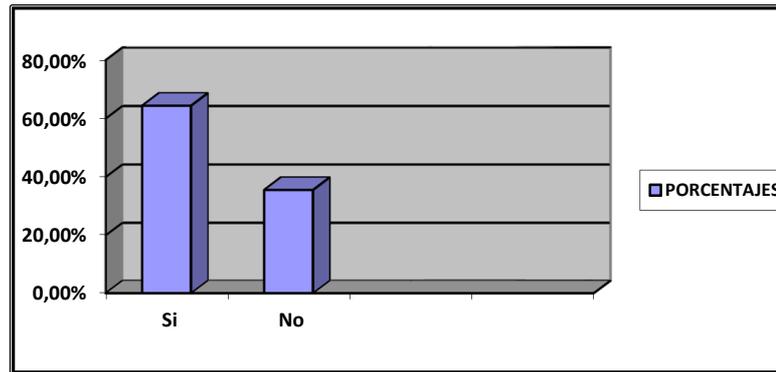
$$G1 = (\text{número de filas}-1) (\text{número de columnas}-1)$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

Los valores encontrados para X^2 (6.11) superan el valor teórico propuesto en Tabla de X^2 . Por lo tanto en esta muestra se encuentra evidencia para afirmar que la recaída se asocia significativamente con el hecho de que el participante recibió o no Tratamiento Ambulatorio.

También investigamos sobre la significación estadística en la relación entre la recaída y la recepción o no Terapia Cognitiva Conductual, (se realizan doce sesiones, una por semana durante el período de tres meses, aplicando técnicas de afrontamiento del craving, evaluación de situaciones de alto riesgo gatilladores, los estadios de cambio, análisis funcional de la conducta adictiva, desensibilización sistemática y análisis de distorsiones cognitivas) el porcentaje de participantes que recibieron este tipo de terapia es del 64.40%, lo cual está representado en la Gráfica 15, y los cálculos para comprobar su significancia estadística están representados en la Tabla 26.

Gráfica # 15 Porcentaje de Participantes que recibieron o no Terapia Cognitiva Conductual



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Tabla # 21 Tabla X2 para establecer relación y significación estadística entre Terapia Cognitiva Conductual y Recaída.

	Si Recaída	No Recaída	Total
Terapia Cognitiva Conductual SI	A 23 25.11	B 15 12.88	38
Terapia Cognitiva Conductual NO	C 16 13.88	D 5 7.11	21
Total	39	20	59

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

$$fe = \frac{TF \times TC}{GT} \quad A = fe = \frac{39 \times 38}{59} = 25.11 \quad B = fe = \frac{20 \times 38}{59} = 12.88$$

$$C = fe = \frac{39 \times 21}{59} = 13.88 \quad D = fe = \frac{20 \times 21}{59} = 7.11$$

$$\begin{aligned} x^2 &= \sum \frac{(FO - Fe)^2}{Fe} \quad A = \frac{(23 - 25.11)^2}{25.11} = \frac{4.45}{25.11} = 0.17 \quad B = \frac{(15 - 12.88)^2}{12.88} \\ &= \frac{4.49}{12.88} = 0.34 \end{aligned}$$

$$C = \frac{(16 - 13.88)^2}{13.88} = \frac{4.49}{13.88} = 0.32 \quad D = \frac{(5 - 7.11)^2}{7.11} = \frac{4.45}{7.11} = 0.62$$

$$x^2 = 0.17 + 0.34 + 0.32 + 0.62 = 1.45$$

Considerando esto se obtendrá el grado de libertad

Gl = (número de filas-1) (número de columnas-1)

gl= (2-1) (2-1) = 1

Los valores encontrados para X^2 (1.45) no superan el valor teórico propuesto en Tabla de X^2 . Por lo tanto los valores no son estadísticamente significativos. En esta muestra no se encuentra evidencia para afirmar que la recaída se asocie significativamente que los participantes hayan recibido o no Terapia Cognitiva Conductual.

5.3 Tipo de Trastorno de Personalidad que proporcionalmente posee mayor número de recaídas, dentro de la muestra estudiada

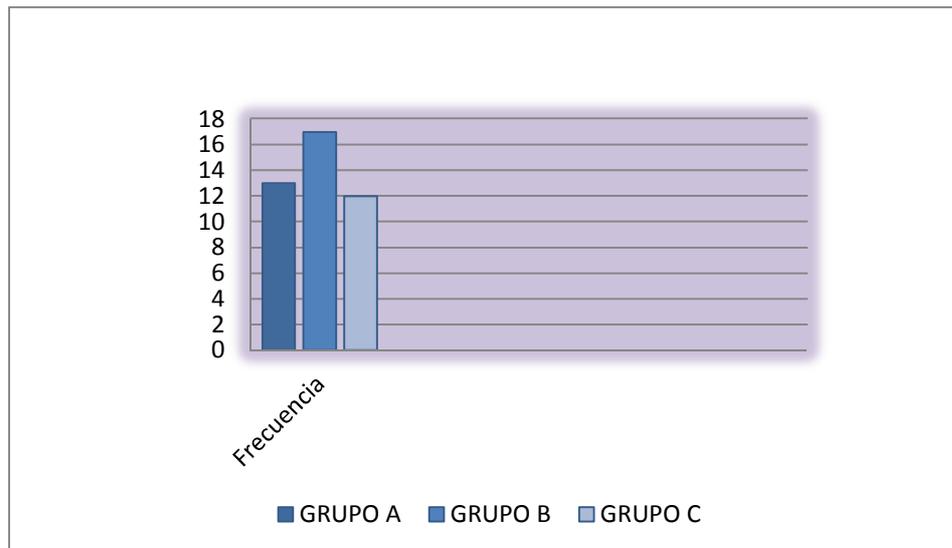
Tabla # 22 Frecuencia de tipos de Trastorno de Personalidad en la población estudiada

Trastorno de Personalidad	Frecuencia	% Dentro de la población estudiada	% Población con Diagnóstico de Trastorno de Personalidad
Grupo A	13	22.03%	50%
Grupo B	17	28.81%	65.38%
Grupo C	12	20.33%	46.15%

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

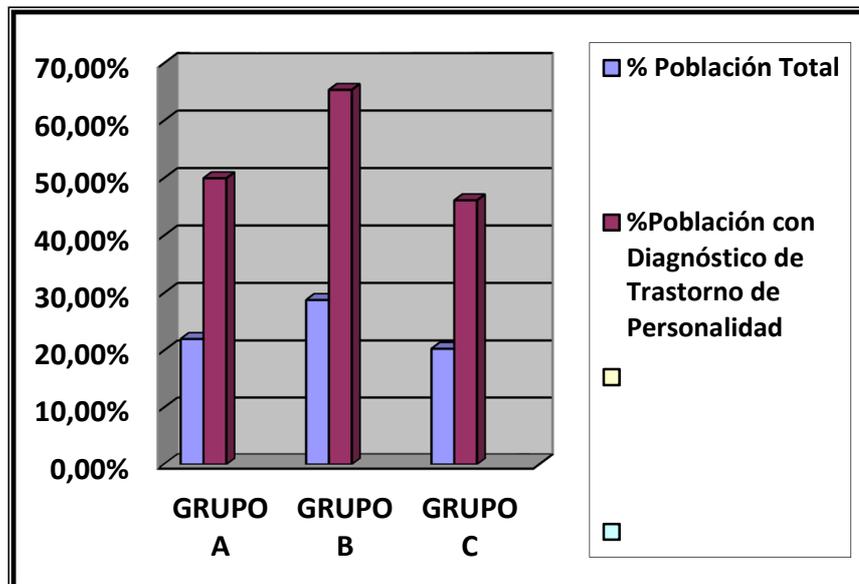
Por lo tanto los datos revelan que el Grupo B, llamado el Grupo de personalidad de “Dramáticos, emotivos o erráticos”(Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) son los que predominan en la muestra estudiada el subgrupo con mayor frecuencia de recaídas.

Gráfica # 16 Frecuencia de Grupos de Trastornos de Personalidad



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Gráfica # 17 Porcentaje de los Tipos de Trastorno de Personalidad en Población Total y en Población con Diagnóstico de Trastorno de Personalidad



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los datos obtenidos no existe evidencia significativa que apoye a la hipótesis que propone la existencia de mayor probabilidad de recaída en pacientes que presentan diagnóstico de Trastorno de Personalidad (Eje II DSM-IV TR) frente a las personas que cumplen con un solo criterio diagnóstico Trastornos relacionados con sustancias (Eje I DSM-IV TR). Por lo tanto no se puede afirmar para esta muestra que aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad tienen mayor tendencia a una recaída en relación al grupo que tiene diagnóstico único (Trastornos relacionados con sustancias).
- La frecuencia de Trastornos de Personalidad y recaídas en participantes que han formado parte del proceso de internamiento en relación al 100% de la población estudiada corresponde al 44.06% de diagnóstico de personalidad y 66.10% a recaída, por lo tanto se afirma que ésta es alta frente a la población que tienen diagnóstico único de acuerdo a la muestra estudiada.
- El Tipo de Trastorno de Personalidad que proporcionalmente (28.03%) posee mayor número de recaídas dentro de la muestra estudiada pertenece al Tipo B Dramáticos, Emotivos, y Erráticos (Trastorno Límite, Antisocial, Narcisista e Histriónico de la Personalidad).
- En relación a la muestra no se encuentra evidencia que afirme que el haber recibido Terapia Cognitivo Conductual esté asociada significativamente con la recaída.

- En relación a la muestra no se encuentra evidencia que afirme que el haber recibido Tratamiento Ambulatorio esté asociado o no con una recaída, siendo el 52.54 % de los participantes los que recibieron este tipo de Tratamiento.
- Podemos afirmar que no existen suficientes investigaciones en relación al tema de recaídas y Trastorno de Personalidad en nuestro medio.
- Podemos afirmar que la recolección de datos y el adecuado uso de las historias clínicas son una fuente importante para poder realizar un correcto diagnóstico y por ende un plan de tratamiento que se ajuste a cada caso.
- Se asevera que la Comunidad Terapéutica es un método útil para poder contener a las personas problemas de adicciones, desde su proceso inicial de desintoxicación hasta una posible recaída.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los investigadores interesados continuar con el estudio de las adicciones, considerando la investigación realizada, se podrá escoger una muestra más amplia y valorar la variación de los resultados obtenidos. En especial referirse a la Tabla# 27 en la cual se podrán encontrar datos útiles para comprender datos relacionados con la adherencia al tratamiento, factores a tomar en cuenta durante el proceso terapéutico como la personalidad y factores influyentes para una probable recaída, entre éstos el tratamiento ambulatorio.

LISTA DE REFERENCIAS

- National Institute of Mental Health.* (2 de diciembre de 2012). Obtenido de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>
- National Institute on Drug Abuse.*(10 de Enero de 2013). Obtenido de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-comorbilidad-entre-la-adiccion-y-otros-trastornos-mentales>
- Proyecto Hombre.* (12 de febrero de 2013). Obtenido de <http://proyectohombre.es/proyecto-hombre/>
- Aliaga, J. (15 de Febrero de 2013). *AulaWeb.* Obtenido de http://aulaweb.uca.edu.ni/blogs/kurbina/files/2011/06/test-psicometrico_confiabilidad-y-validez.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Barcelona: Masson, S.A.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1995). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad.* Barcelona: Paídos.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias* (tercera ed.). Barcelona: Paídos.
- Belloch, A., & Fernandez, H. (2002). *Trastornos de Personalidad.* Madrid: Síntesis.
- Butcher, J., Williams, C., Archer, R., Tellengen, A., & Ben-Porath, Y. (2009). *MMPI-2 en Pacientes Hispanos.* Mexico D.F.: El Manual Moderno.
- Butcher, J., Williams, C., Archer, R., Tellengen, A., & Ben-Porath, Y. (2009). *MMPI-2 Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adultos Manual.* Madrid: TEA.
- C.E.A.R. (20 de diciembre de 2012). *Libre de Adicciones.* Obtenido de http://www.libredeadicciones.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=9:ique-es-la-adiccion&catid=2:consejeria (Serie de informes Técnicos, ONU, números 116, 117, 1957)

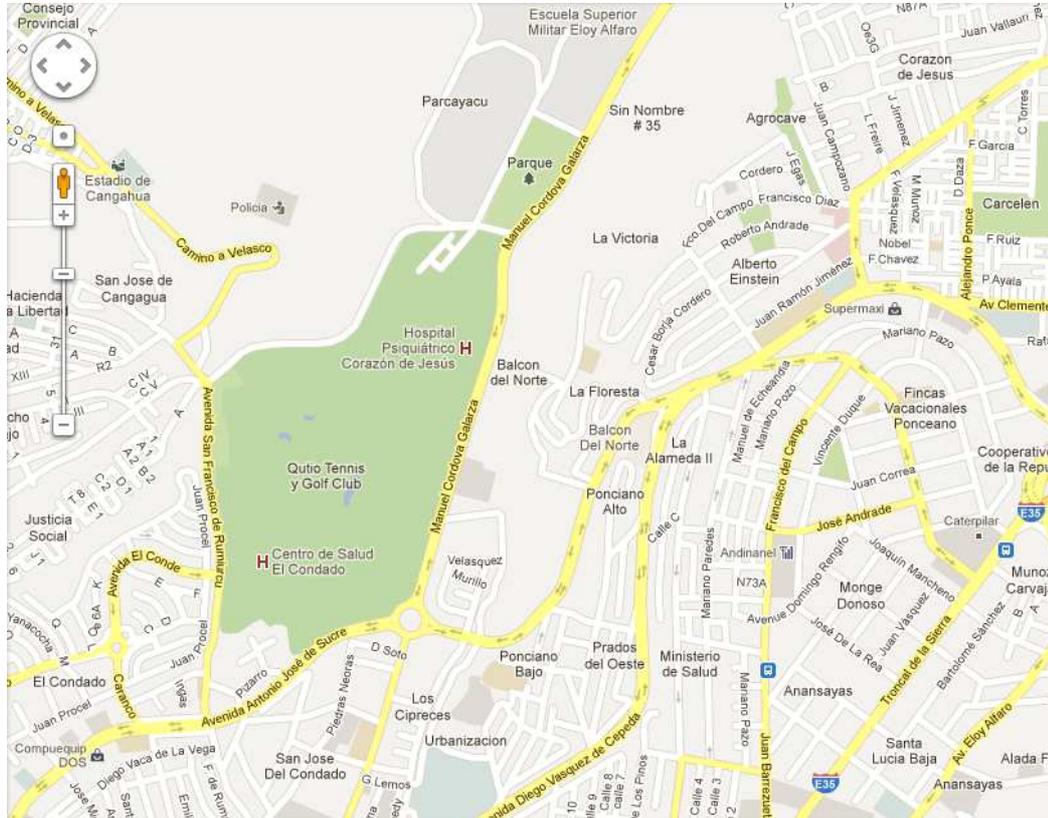
- Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Galindo Lara, G., & Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto*, Universidad Autónoma de Madrid, 19. Madrid.
- Carevic Jhonson, M. (02 de mayo de 2006). *Appsique*. Obtenido de <http://www.apsique.cl/wiki/Trastorno+de+personalidad+Histrionico>
- Casullo, M. (1999). *Aplicación del MMPI-2 en los Ámbitos Clínico, Forense y Laboral*. Mexico D.F.: Paídos.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., De Vicente, P., & Valderrama, J. (2003). Los Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias desde la Perspectiva de Psicopatología y las Neurociencias. *Trastornos Adictivos*, 7.
- CONSEP. (2 de marzo de 2010). *Cicad*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/ECUADOR%202009-2012.pdf
- CONSEP. (10 de enero de 2013). *CONSEP*. Obtenido de <http://www.consep.gob.ec/>
- De León, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones*. España: Desclee de Brouwer S.A.
- Diaz Marsá, M., & Fomvbellida Velasco, C. (18 de diciembre de 2013). *Consejo General de la Psicología de España*. Obtenido de <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tper.htm>
- Google. (3 de marzo de 2013). *Google*. Obtenido de <http://maps.google.com.ec/maps>
- Graña Gómez, J. L. (1994). *Conductas Adictivas. Teorías, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
- Hernández Sampieri, C., Fernández Collado, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: McGraw-Hill. Interamericana Editores S.A.

- Herrera, L., & Medina, A. (2004). *Tutoría de la Investigación Científica*. Ecuador: Dimerino.
- Hourmilougué, M. (15 de enero de 2013). *Temática de las Drogas - Adicciones*. Obtenido de <http://tematicadelasdrogas.blogspot.com/2008/07/qu-es-la-adiccion.html>
- Kuder, R. (2 de Febrero de 2013). *Universidad Rafael Landívar*. Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/4.pdf
- Mármol, G. (2008). C.I.T.A.B.M. *Construyendo Oportunidades de Vida*. Quito: Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.
- Mármol, G., Menéndez, M., Torres, M., Ibañez, J., & Vallejo, L. (Septiembre de 2011). En el Camino de la Cuerda Floja cualquiera puede caer. (A. G. C.I.T.A.B.M., Entrevistador)
- Martínez, J. (Enero de 2011). *Estudio Longitudinal sobre Calidad de Vida, craving y Ajuste Psicológico en pacientes Dependientes al alcohol. Variaciones en función de los Trastornos de Personalidad., Centro Provincial de Drogodependencias de Granada*. Granada.
- Mateu Hernández, C., Delegido, A., Ferrer Rebolleda, J., & Barea, J. (2010). Trastorno de Personalidad y Adicción a Opiáceo. Un estudio Descriptivo mediante spect en pacientes conPatología Dual. *Health and Addictions*, 21.
- Millon, T. (1973). *Psicopatología y Personalidad*. Chicago: Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Peláez, Rodríguez, & Ramírez. (3 de enero de 2013). *Universidad Autónoma de Madrid*. Obtenido de http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf

- Perris, C., & McGorry, P. (1998). *Psicoterapia Cognitiva para los Trastornos Psicóticos y de Personalidad* (Primera ed.). España: Desclée de Brouwer.
- Roca, E. (6 de mayo de 2013). *Página Personal de Elia Roca*. Obtenido de <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/>
- Rubio, G., López, M., Álamo González, C., & Santo Domingo, J. (2001). *Trastornos Psiquiátricos y Abuso de Sustancias*. Madrid: Panamericana.
- Ruiz De Alarcón. (13 de marzo de 2013). *Discapnet*. Obtenido de <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpdiag.html>
- Sheehan. (18 de Septiembre de 2012). *Fundación foro*. Obtenido de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- Sommer, B., & Sommer, R. (2001). *La Investigación del Comportamiento. Una Guía Práctica con Técnicas y Herramientas*. México: Oxford University Press.
- Taylor & Francis Group. (2008). *Addiction and the Medical Complications of Drug Abuse*. New York: Karch, M.D.
- Tenorio, J., & Sierra, J. (2000). Trastornos Duales. Tratamiento y Coordinación. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, 5.
- Ustarroz, D. (13 de enero de 2013). *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. Obtenido de <http://psi.usal.es/rppsm/nob2.asp>
- Valencia Mateu, C., Benito, A., Pena Garijo, J., & Barea, G. (s.f.). *Estudio sobre Aspectos Etiológicos de la Patología Dual, Unidad de Desintoxicación. Hospital Clínico Universitario de Valencia*.
- Vives, M. (2005). *Test Proyectivos: Aplicación al Diagnóstico y Tratamiento Clínico*. Universidad de Barcelona. España.
- Zabala Trías, S. (20 de Agosto de 2012). *Universidad de Alicante*. Obtenido de <http://web.ua.es/es/ice/documentos/redes/2012/asesoramiento/modelo-normas-apa-bibliografia.pdf>

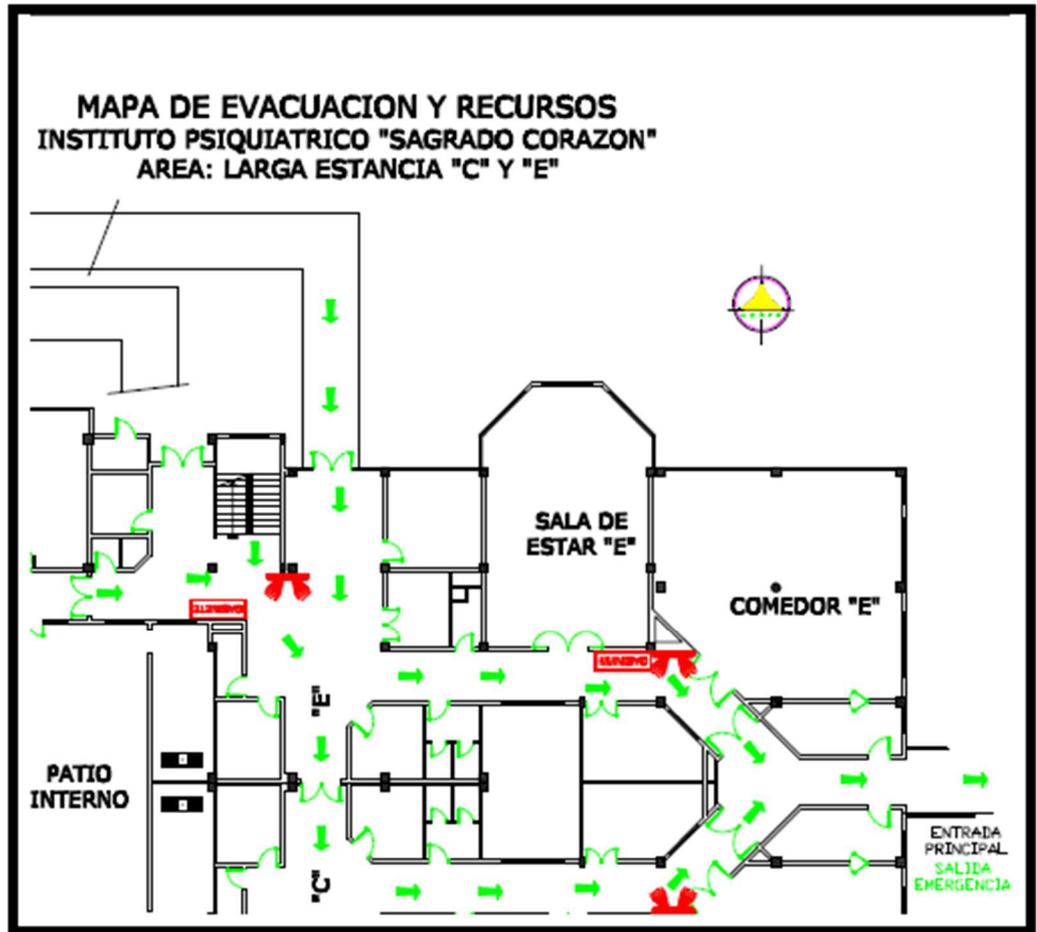
ANEXOS

Anexo # 1 Mapa de ubicación geográfica Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón



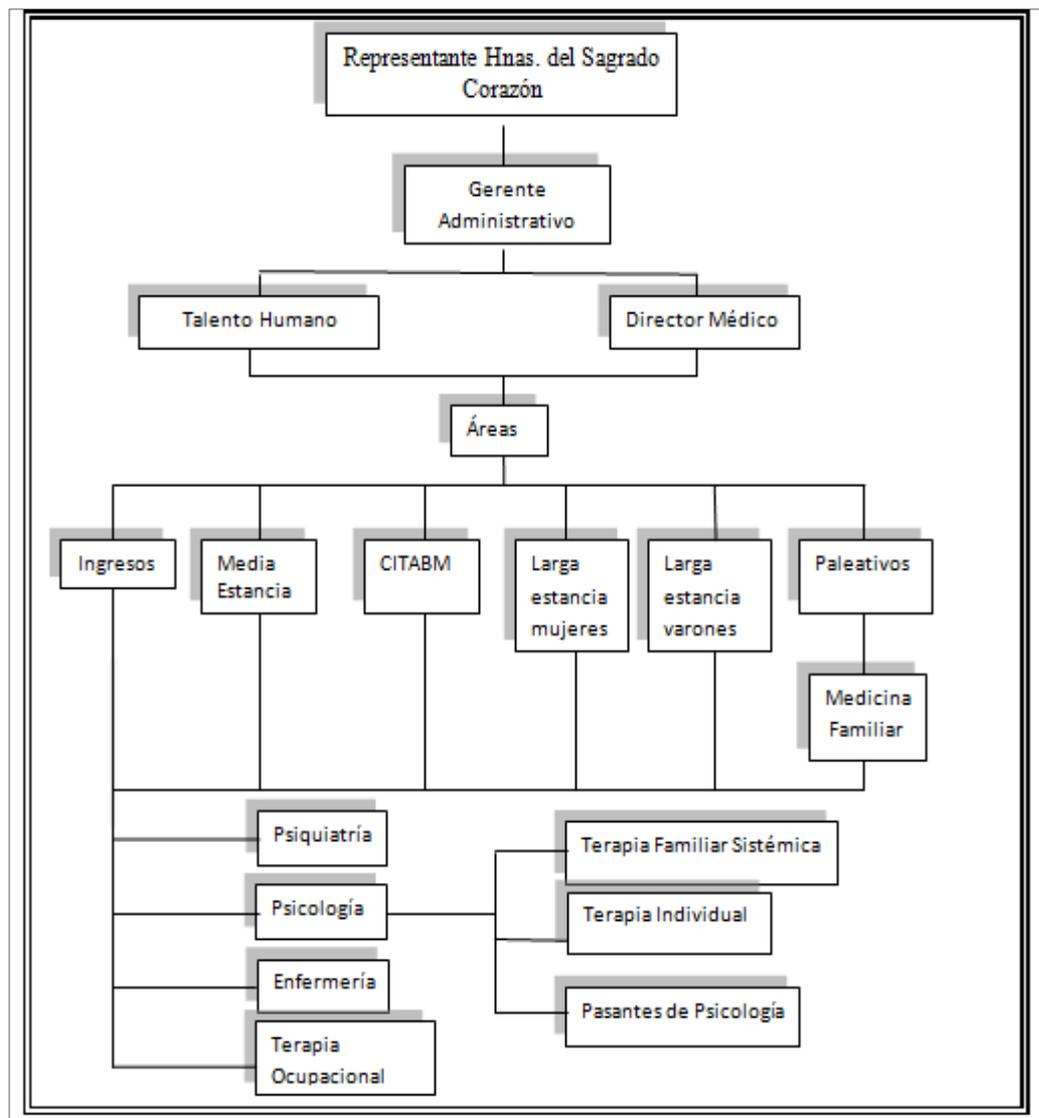
Tomado de: (google)

Anexo # 2 Planos de C.I.T.A.B.M



(Tomado de: Unidad de C.I.T.A.B.M.)

Anexo # 3 Organigrama Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón-Unidad CITABM



(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Anexo # 4 Contrato Terapéutico, presentado a cada participante previamente a formar parte del programa.

CONTRATO TERAPÉUTICO

1. El participante al aceptar entrar en el programa se compromete a trabajar durante un período no menor de dos meses.
2. El trabajo físico dentro de las etapas de recuperación es parte del proceso y es obligatorio sin remuneración para la participante.
3. El participante deberá tener autorización del equipo terapéutico y el conocimiento de los otros participantes para desplazarse en otras áreas del hospital.
4. Durante el tiempo de recuperación el participante no podrá pasar noches fuera del centro y los permisos que se otorguen estarán enmarcados dentro de un proceso de reinserción parcial cerca de la finalización de su proceso de internamiento y en casos de fuerza mayor.
5. Las relaciones afectivas entre participantes y/o familiares de los mismos no están permitidas.
6. El derecho a hacer o recibir llamadas telefónicas será otorgado pasados los tres primeros días de internamiento y están sujetas a su desenvolvimiento en este tiempo, el cual será evaluado por la comunidad en general.
7. La correspondencia enviada al participante deberá ser entregada al equipo terapéutico y ser inscrita dentro de un proceso de recuperación.
8. Está prohibido el préstamo de objetos personales en general y ropa entre las participantes y los facilitadores. La Institución no se hace responsable de tales préstamos.
9. No están permitidos los juegos de azar, ni apuestas de ningún tipo (dinero, objetos, privilegios, etc).
10. Situaciones por las que se da por terminada unilateralmente la permanencia de la participante en la comunidad:
 - Utilización de violencia física.
 - Relaciones sentimentales y sexuales entre participantes, pacientes de otras unidades y familiares de pacientes o con personal que labora en la Institución.
 - Consumo o almacenamiento de sustancias (drogas) al interior del Centro.
 - El Hurto dentro de la Institución.
11. La violencia verbal, vocabulario soez, jerga callejera, uso de sobrenombres peyorativos y discriminatorios tendrán consecuencias que podrían llegar al cese de su participación dentro del programa.
12. No se podrá sostener diálogos relacionados con el pasado (recrear) en cuanto al uso de sustancias fuera de los momentos trabajados con un facilitador.
13. Se sugiere el uso adecuado y discreto de prendas de vestir de los participantes y/o familiares en la Institución.

(Tomado de archivos de CITABM creado por Equipo Terapéutico)

Anexo 4 Contrato Terapéutico presentado a participantes C.I.T.A.B.M

14. Se debe respetar espacios individuales y los lugares indicados como restringidos dentro del Hospital y mostrar un comportamiento adecuado durante las visitas.
15. Se prohíbe el uso de radios, walkmans, discman, MP3, celulares u otro tipo de equipos de esta índole de uso personal, salvo una indicación dentro del proceso de recuperación.
16. Todo daño causado contra materiales e inmuebles de la Institución correrán a cargo de la participante y su familia.
17. Se prohíbe que las participantes guarden dentro de las habitaciones: Alimentos, medicamentos, o elementos de cocina; solo podrán tener agua y caramelos.
18. Prohibido el mostrarse en ropa interior en el centro o exhibirse dentro de la habitación sin ropa.
19. Los participantes siempre estarán en compañía de un miembro del equipo terapéutico y nunca en parejas entre participante masculino y femenino.
20. No se acepta portar armas u objetos corto punzantes.
21. Los cigarrillos serán manejados como una droga adictiva más, dentro del proceso de recuperación. Por lo cual se prohíbe terminantemente el ingreso de cigarrillos al centro.
22. Los participantes deberán realizarse exámenes de control de sustancias psicoactivas en el momento que el equipo terapéutico lo requiera.
23. Los participantes tendrán controles de closet en el momento que el equipo terapéutico lo requiera. (sorpresivamente).

PARTICIPANTE

.....

REPRESENTANTE

.....

COORDINADOR

.....

(Tomado de archivos de CITABM creado por Equipo Terapéutico)

Anexo # 5 Formato de entrevista telefónica

Formato de entrevista

Nombre: N. N.

1. Posterior al tratamiento usted ha experimentado la necesidad de consumir sustancias?

2. Ha consumido alguna sustancia después de salir de CITABM? (si la respuesta es NO se concluye la entrevista).

4. Si consume actualmente lo hace con el mismo patrón que antes de entrar en el programa?

3. Con qué frecuencia usted ha consumido sustancias en los últimos doce meses?

(Elaborado por: Erika Pasquel y Lizeth Proaño)

Anexo # 6 Fotografías



(Fotografía tomada de: Unidad de C.I.T.A.B.M, Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”,2011).



(Fotografía tomada de: Salida Terapéutica realizada con participantes de La Unidad de C.I.T.A.B.M, Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”,2011.)

Anexo # 6



(Fotografía tomada de: Salida Terapéutica realizada participantes de La Unidad de C.I.T.A.B.M, Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, 2011.)



(Fotografía tomada de: Salida Terapéutica realizada participantes de La Unidad de C.I.T.A.B.M, Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón”, 2011.)

Anexo # 7 Semejanzas y diferencias entre los trastornos de personalidad

Anexo # 7 Semejanzas y Diferencias entre los Trastorno de Personalidad

Trastornos Personalidad	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Antisocial	Límite	Histriónico	Narcisista	Por evitación	Por Dependencia	Obsesivo-Compulsivo
Paranoide		<p>El TP Esquizoide al igual que el paranoide, pueden ser catalogados como extraños, excéntricos, fríos y distantes. Buscan que las otras personas no se entrometan o no les hagan daño.</p> <p>En ambos TP suele incrementarse el craving por una sustancia al buscar experiencias que puedan disfrutar estando solos.</p> <p>Ideas relacionadas con "sospecha de los otros o del entorno"</p> <p>Lenguaje extraño.</p> <p>Tendencia al aislamiento.</p>	<p>El TP Esquizotípico al igual que el paranoide suelen presentar ideas relacionadas con "sospecha de los otros o del entorno"</p> <p>Lenguaje extraño.</p> <p>Tendencia al aislamiento</p>	<p>El TP Antisocial y el TP Paranoide Pueden ser provocados porque la persona vivió varias experiencias desde temprana edad de engaño, manipulación o traición.</p>	<p>El TP Límite y el TP Paranoide suelen presentar poca adherencia a tratamiento Psicológico</p>	<p>El TP Histriónico al igual que el TP Paranoide suelen mantener relaciones superficiales y/o deterioradas.1</p>	<p>El origen del TP Narcisista igual que el Paranoide puede estar relacionado como compensación al miedo o por el refuerzo realizado por otros durante la niñez.. Ambos pueden mostrarse perspicaces ante su entorno el narcisista cuando siente que se ha puesto en duda "su valía" y el Paranoide al suponer que otros le quieren hacer daño.</p>	<p>El TP por Evitación, al igual que el Paranoide suelen presentar Hipervigilancia ante potenciales amenazas del exterior y suspicacia respecto a los demás; ambos presenta vulnerabilidad social.</p>	<p>El TP Por Dependencia al igual que el Paranoide Tienen a interpretar de forma errónea y negativa las relaciones sociales, se mantienen hiperalertas ante éstas.</p>	<p>En el TP Obsesivo Compulsivo al igual que en el Paranoide puede presentarse como estrategia típica infradesarrollada a la espontaneidad. Ambos presentan desconfianza ante los demás el Obsesivo Compulsivo por considerar que los otros no realizaran "un buen trabajo" y el paranoide porque supone que "los demás tienen intenciones de hacerle daño".</p>
Esquizoide	<p>El TP Paranoide presenta ideación paranoide, suspicacia, e hipervigilancia lo cual le lleva a distanciarse de sus relaciones sociales, a diferencia del TP Esquizoide, que puede ser indiferente a los halagos o críticas de los demás.</p>		<p>El TP Esquizotípico al igual que el Esquizoide suelen Buscar que las otras personas no se entrometan en sus actividades, evitan que no les hagan daño. En estos trastornos suele incrementarse el craving por una sustancia al buscar experiencias que puedan disfrutar estando solos.</p>	<p>El TP Antisocial al igual que el Esquizoide suelen mostrarse bastante autónomos. Ambos presentan pocas o nulas relaciones interpersonales duraderas y poca o nula preocupación por lo que los demás dirán de ellos.</p>	<p>En el TP Límite al igual que en el Esquizoide predomina la incapacidad para mantener relaciones estrechas y duraderas.</p>	<p>El TP Histriónico al igual que el Esquizoide presentan incapacidad para mantener relaciones sociales estables. El TP Histriónico suele mantener este tipo de relaciones, siempre y cuando se consiga ser el centro de atención, en cambio el TP Esquizoide no le interesa relacionarse.</p>	<p>El TP Esquizoide al igual que el TP Narcisista poseen como estrategia típica Infradesarrollada la Identificación grupal, compartir.</p>	<p>El TP Por Evitación al igual que el Esquizoide presentan generalmente tendencia al aislamiento social e incapacidad para mantener relaciones íntimas. Suelen evitar cualquier compromiso o relaciones estrechas.</p>	<p>El TP Esquizoide al igual que el TP Por Dependencia tienden al aislamiento, en TP Esquizoide se muestra indiferente ante las relaciones sociales, mientras que el Dependiente presenta grandes sentimientos de inseguridad, lo cual le hace sentir mayor apego a personas cercanas.</p>	<p>En el TP Obsesivo-Compulsivo, al igual que en el Esquizoide existe poca expresividad de sentimientos.</p>
Esquizotípico	<p>El TP Paranoide se muestra suspicaz y sospecha de los otros en el TP Esquizotípico ocurre aquello en un aspecto más amplio de diferencias sociales, vinculado</p>	<p>En el TP Esquizotípico suele presentar distorsiones cognitivas y perceptivas, En el TP Esquizoide no ocurre esto a pesar de compartir los mismos síntomas negativos (aislamiento social,</p>		<p>En el TP Antisocial al igual que en el Esquizotípico, por la presencia de sus síntomas predomina una inadaptación social, lo cual les afecta en varios ámbitos de su vida.</p>	<p>Ni el TP Límite ni el Esquizotípico no presentan un conjunto propio de estrategias y creencias. Ambos como consecuencia de los síntomas propios del Trastorno tienden a presentar aislamiento</p>		<p>El TP Narcisista al igual que el Esquizotípico presentan tendencia a fantasear, el narcisista con referencia a ideas de grandiosidad, mientras que el Esquizotípico referente al pensamiento mágico.</p>	<p>Los síntomas propios de los TP Por Evitación y Antisocial suelen afectar en gran medida en las relaciones interpersonales, laborales y familiares.</p>	<p>El TP Por Dependencia al igual que el TP Esquizotípico suelen presentar ansiedad social, el primero al no encontrar cercana la figura de apoyo y el segundo</p>	<p>En el TP Obsesivo-Compulsivo, al igual que en el Esquizotípico existe dificultades para relacionarse con los demás</p>

Anexo # 7 Semejanzas y Diferencias entre los Trastorno de Personalidad

	muchas veces a presencia de distorsiones perceptivas y alteraciones del pensamiento.	afectividad embotada).			social y distorsiones perceptivas cognitivas				debido al aislamiento y sentimiento de inadecuación.	por síntomas propios de cada trastorno.
Antisocial	En el TP Paranoide pueden presentarse comportamientos antisociales siendo estos motivados por un deseo de venganza más no con la obtención de ganancias personales como sucede en el TP Antisocial.	Para el TP Esquizoide el contacto social es pobre debido a la falta de deseo y satisfacción al tener contactos sociales produciéndose el alejamiento de ellos. Para el TP Antisocial la dificultad de mantener relaciones personales duraderas o fracasar en roles que demandan responsabilidad como el de padre, va ligado a que su interés por establecer contactos sociales va en función de obtener beneficios personales; presentando muchas veces indiferencia por los sentimientos de los demás.	Una de las características del TP Esquizotípico es la tendencia al aislamiento e inadaptación social debido a ansiedad social y su tendencia a desconfiar, si desarrolla una relación íntima tenderá a rechazarla o distanciarla. El TP Antisocial las relaciones sociales duraderas son difíciles de mantenerlas debido a la falta de empatía con los demás.		En el TP Límite al igual que en el Antisocial suelen presentar las siguientes características: Un patrón común de violación de las normas sociales Emotividad excesiva. Tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevándolos a Comportamientos impulsivos. Poca tolerancia a la frustración. Tienen a actuar impulsivamente. Les cuesta aprender de los errores pasados. No suelen afrontar situaciones que causen estrés. Les cuesta establecer relaciones de confianza y duraderas. En conjunto con el consumo de sustancias, suelen mostrarse resistentes a los tratamientos propuestos. Se deberá trabajar con una psicoterapia adecuada y estructurada; y alertar al terapeuta de las posibles consecuencias. Suelen ser un reto para el terapeuta.	El TP Histriónico al igual que el TP Antisocial suelen presentar un patrón común de violación de las normas sociales Tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevándolos a Comportamientos impulsivos. Ambos presentan poca tolerancia a la frustración. El TP Histriónico al igual que el TP Antisocial suelen buscar diversas formas para manipular a los demás.	El origen del TP Antisocial y del Narcisista puede estar relacionado como compensación al miedo o por el refuerzo realizado por otros durante la niñez. Ambos suelen presentar tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos). El TP Antisocial al igual que el Narcisista suelen ser interpersonalmente explotadores, como sacando provecho de los demás para alcanzar sus propias metas	El TP Por Evitación al igual que el TP Antisocial podrían presentar como estrategia típica infradesarrollada la reciprocidad con las otras personas.		El TP Obsesivo Compulsivo al igual que el Antisocial pueden tener muy presentes las reglas y normas de determinado lugar, mientras el Obsesivo Compulsivo intenta cumplirlas a cabalidad el Antisocial tiende a romperlas o a manipularlas.

Anexo # 7 Semejanzas y Diferencias entre los Trastorno de Personalidad

<p>Límite</p>	<p>En el TP Paranoide las respuestas de ira y desconfianza pueden estar ligadas a ideación paranoide difiriendo del TP Límite, donde dichas respuestas son propias de la inestabilidad afectiva y el carácter imprevisible de su curso.</p>	<p>Dentro del TP Esquizoide el establecimiento de contactos social carece de interés. A diferencia del TP Límite donde si existe un interés por establecer relaciones sociales siendo estas inestables e inestables yendo desde la idealización hasta la devaluación, provocando por ello muchas veces que los otros se alejen.</p>	<p>El aislamiento social que se presenta en el TP Límite es secundario a sus accesos de ira y su inestabilidad emocional, y no por la falta de contacto social propia del TP Esquizotípico.</p>	<p>En el TP Antisocial la manipulación de los demás y la impulsividad está dirigida a la obtención de beneficios personales, mientras que en el TP Límite se genera aquello con la finalidad de llamar la atención de los demás.</p>	<p>El TP Límite y el TP Histriónico suelen presentar Emotividad excesiva. Tendencia al actin-out (exteriorización de sus rasgos), Comportamientos Impulsivos. También presentan poca tolerancia para afrontar la frustración. Es característico el pensamiento dicotómico e intentos autolíticos.</p> <p>En ambos casos suelen exagerar sus sentimientos, los cuales carecen de autenticidad y profundidad.</p> <p>Ambos suelen buscar ser estimulados y suelen responder con explosiones de descontrol.</p>	<p>El TP Narcisista, al igual que el límite se caracterizan por expresiones de emotividad excesiva. Tendencia al actin-out (exteriorización de sus rasgos), llevándoles a Comportamientos Impulsivos.</p>	<p>El TP Por Evitación, al igual que el Límite suelen presentar hipersensibilidad a la crítica o a ser rechazado.</p> <p>Suelen carecer de una red de apoyo significativa en momentos de crisis.</p> <p>Y ambos presentan generalmente pensamientos automáticos autolesionantes, los cuales suelen considerarlos verdaderos.</p>	<p>En el TP Por Dependencia, al igual que el límite existe en el fondo un temor a ser abandonado. En ambos puede presentarse como estrategia hiperdesarrollada la búsqueda de ayuda, generalmente el límite lo hará en los terapeutas y el Dependiente en la figura protectora de quien dependa.</p>	<p>En el TP Obsesivo Compulsivo, al igual que en el Límite suelen presentarse elevados niveles de ansiedad ante una crisis. Pueden caer en depresión ante un "fracaso".</p>
----------------------	---	---	---	--	--	---	--	--	---

Realizado por las Autoras: Erika Pasquel, Lizeth Proaño.

Anexo # 7 Similitudes y Diferencias entre los Trastornos de Personalidad

Histriónico	La exacerbación de sus experiencias en el TP Límite, van en función de su percepción de las relaciones con los demás considerando relaciones más íntimas de lo que son, en comparación con el TP Paranoide donde la distorsión de experiencias se relaciona con la desconfianza hacia los demás, percibiendo sucesos neutros como hostiles.	El TP Histriónico se caracteriza por la preocupación por atención a través de un comportamiento sexualmente seductor, mientras que en el TP Esquizoide existe una tendencia al aislamiento.	En el TP Esquizotípico hay una tendencia al retraimiento social, mientras que para el TP Límite existe especial interés en llamar la atención de los demás y ser el centro de atención.	El antisocial se involucra en comportamientos antisociales delictivos el histriónico no lo hace, a pesar de compartir la búsqueda de sensaciones, la imprudencia y la impulsividad.	A diferencia del TP Límite en el TP Histriónico raras veces se pueden identificar indicios rupturas afectivas airadas, tendencias autodestructivas o sentimientos crónicos de vacío y soledad.		Los TP Narcisista e Histriónico suelen presentar expresiones de emotividad excesiva. Tendencia al acting-out. Y comportamientos impulsivos. Ambos exigen apoyo y reconocimiento por parte de los demás y tienden a manipular al resto para conseguirlo. Presentan falta de empatía.	El TP Por Evitación y el TP Histriónico suelen restar importancia a problemas objetivos y relevantes.	El TP por Dependencia, al igual que el Histriónico presentan gran necesidad de aprobación de los otros.	El TP Obsesivo Compulsivo al igual que el Histriónico tienden a culpabilizar a los demás, el Obsesivo Compulsivo porque supone que "solo él lo hará bien" y en Histriónico por su poca capacidad de insight.
Narcisista	A diferencia del TP Paranoide en el TP Narcisista puede mostrarse receloso y suspicaz, pero únicamente cuando percibe ataques o dudas sobre su autovalía.	En el TP Esquizoide, se muestra indiferente antes los halagos o críticas de los demás, mientras que para el TP Narcisista espera ser reconocido, tiene gran sentido de autoimportancia.	Dentro del TP Esquizotípico se presentan creencias extravagantes, fantásticas y preocupaciones autísticas, dentro de las creencias que sostiene el TP Narcisista está la preocupación por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.	A diferencia del TP Antisocial el TP Narcisista no comparte como síntoma propio la impulsividad, el engaño, la agresión o presencia de comportamiento delictivo.	La autoimagen dentro del TP Narcisista es estable, es decir tiene una buena imagen de sí mismo, lo cual difiere del TP Límite donde la autoimagen suele verse comprometida.	En el TP Narcisista la persona se siente orgullosa de sus logros y capacidades, controla además su expresión emocional, en relación al TP Histriónico que se caracteriza por su inestabilidad emocional y su inseguridad respecto a su "valía" en otro rol distinto al de seductor.				El origen del TP Narcisista, al igual que del Obsesivo Compulsivo puede estar relacionado como compensación al miedo o por el refuerzo realizado por otros durante la niñez. Ambos tienden a hacer lo posible para no ser superados por otros.
Por evitación	Dentro del TP Por evitación el miedo a los demás, las sospechas, y la incomodidad en las relaciones interpersonales se debe al bajo nivel de autoconfianza y a la propia estimación de sí mismo, con relación al TP Paranoide que aquellos se produce por las expectativas	El TP Esquizoide se caracteriza por su indiferencia y poco interés de establecer contacto social, lo cual no ocurre en el TP Por evitación, donde el contacto social es deseado pero siente malestar intenso por su incapacidad para establecerlo.	Aparte del retraimiento social el TP Por evitación no presenta conductas extrañas ni ideas de referencia que si las presenta el TP Esquizotípico.	El TP Por evitación presenta miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo, mientras el TP Antisocial muestra total indiferencia frente a los pensamientos y sentimientos de los demás.	La dificultad relacionada con las interacciones sociales para el TP Límite se debe a su inestabilidad afectiva, mientras que para el TP Por evitación reside en su miedo a la crítica, desaprobación y rechazo.	El TP Histriónico se describe como seductor provocador, buscando ser el centro de atención en situaciones de interacción social, a diferencia del TP Por evitación que se inhibe ante estas situaciones.	El autoconcepto para el TP Por evitación es pobre, viéndose a sí como poco interesante e inferior a los demás; el TP Narcisista tiene un grandioso sentido de autoimportancia exigiendo admiración excesiva por ello.		El TP por Dependencia, al igual que el TP por Evitación están relacionados con Marcados miedos en relación al ámbito interpersonal, a la separación y temor al descontrol. Sentimientos de inadecuación e inferioridad.	El TP Obsesivo Compulsivo al igual que el TP Por Evitación suelen presentar marcados miedos en relación al ámbito interpersonal, a la separación y temor al descontrol.

Anexo # 7 Similitudes y Diferencias entre los Trastornos de Personalidad

	negativas referente al comportamiento de los otros.								Suelen depender de las personas de quienes son amigos. Necesidad de aprobación por los otros. Grandes sentimientos de inferioridad y dificultad para expresar los sentimientos. Ambos presentan una gran necesidad de reafirmación.	Ambos suelen criticar o juzgar a los otros.
Por Dependencia	Las relaciones interpersonales para el TP Paranoide se centran en su sensibilidad excesiva a la crítica y su reticencia en confiar en los demás, para el TP Por dependencia en cambio se da en pro de su necesidad desmesurada de ser protegido por los otros.	Para el TP Por dependencia las relaciones con interpersonales son excesivamente necesarias, mientras que para el TP Esquizoide carecen de importancia.	El TP Esquizotípico presenta escaso interés por relacionarse con otros, si llega a establecer una relación estrecha puede terminar distanciándose o rechazándola, mientras que para el TP Por dependencia en la interacción con el otro pretende encontrar el cuidado y apoyo que necesita.	Para el TP Por dependencia la opinión y consejo de los demás es requerida que a diferencia del TP Antisocial esta no le interesa.	A diferencia del TP Limite en el que las reacciones por abandono de los demás son de ira, en el TP Por dependencia tienen a aumentar su mansedumbre y sumisión.	El TP Histriónico centra su preocupación en conseguir la atención y en su apariencia, mientras que el TP Por dependencia busca desmesuradamente ser cuidado y apoyado por el otro.	Mientras que para el TP Narcisista existe una idea de grandiosidad, para el TP Por dependencia existe poca confianza de las propias capacidades.	La principal preocupación para el evitador es evadir la humillación y rechazo mientras que para el dependiente es que se hagan cargo de él.		El TP por Dependencia, al igual que el Obsesivo Compulsivo pueden presentar marcados miedos en relación al ámbito interpersonal, a la separación y temor al descontrol. En ambos existe el sentimiento de estar desvalido
Obs- Compl.	La falta de confianza en los otros en el TP Obsesivo-Compulsivo se da en función de la delegación de actividades por temor a que no las realicen a diferencia del TP Paranoide en que esta desconfianza generalizada y es percibida como maliciosa.	El desapego social del TP Obsesivo-Compulsivo tiene que ver con la incomodidad para expresar sus estados emocionales, mientras que para el TP Esquizoide se da por su incapacidad manifiesta de relacionarse.	El contacto social para el TP Esquizotípico es empobrecido con tendencias al retraimiento, para el TP Obsesivo-compulsivo la dificultad reside en la incomodidad para expresar estados emocionales.	A diferencia del TP Antisocial para el TP Obsesivo-Compulsivo existe preocupación por el cumplimiento de reglas y normas.	El TP Limite puede tener fracasos en sus tareas, debido a la ausencia de competencia social, laboral o educativa acorde, el individuo con TP Obsesivo-compulsivo tiene dificultad con el cumplimiento de sus tareas debido al carácter estricto de sus propias exigencias.	El principal interés de la persona con TP obsesivo-compulsivo es su preocupación por el orden, la puntualidad y la organización, la persona con TP Histriónica su interés se enfoca en el ser percibido por el otro, ser el centro de atención.	Para el TP Narcisista se puede dar la creencia de haber logrado la perfección, en relación con el TP Obsesivo-Compulsivo la idea de perfeccionismo no se lograra manteniéndose siempre en su búsqueda.	El desapego social de la persona con TP obsesivo-compulsivo se da debido a la preferencia de sus actividades laborales o de rendimiento sobre aquellas que tienen que ver con relaciones sociales, a diferencia del TP Evitativo que evade la interacción social por la angustia que ello le genera.	Mientras la persona con TP Por dependencia necesita del apoyo y protección del otro, incluso para poder tomar decisiones propias, el individuo con TP Obsesivo-Compulsivo es reticente a confiar en los otros al momento de delegar actividades por temor a que no las realicen bien.	

Realizado por las Autoras: Erika Pasquel, Lizeth Proaño.

Anexo # 7 Semejanzas y Diferencias entre los Trastorno de Personalidad

Trastornos Personalidad	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Antisocial	Límite	Histriónico	Narcisista	Por evitación	Por Dependencia	Obsesivo-Compulsivo
Paranoide		<p>El TP Esquizoide al igual que el paranoide, pueden ser catalogados como extraños, excéntricos, fríos y distantes. Buscan que las otras personas no se entrometan o no les hagan daño.</p> <p>En ambos TP suele incrementarse el craving por una sustancia al buscar experiencias que puedan disfrutar estando solos.</p> <p>Ideas relacionadas con "sospecha de los otros o del entorno"</p> <p>Lenguaje extraño.</p> <p>Tendencia al aislamiento.</p>	<p>El TP Esquizotípico al igual que el paranoide suelen presentar ideas relacionadas con "sospecha de los otros o del entorno"</p> <p>Lenguaje extraño.</p> <p>Tendencia al aislamiento</p>	<p>El TP Antisocial y el TP Paranoide Pueden ser provocados porque la persona vivió varias experiencias desde temprana edad de engaño, manipulación o traición.</p>	<p>El TP Límite y el TP Paranoide suelen presentar poca adherencia a tratamiento Psicológico</p>	<p>El TP Histriónico al igual que el TP Paranoide suelen mantener relaciones superficiales y/o deterioradas.ⁱⁱⁱ</p>	<p>El origen del TP Narcisista igual que el Paranoide puede estar relacionado como compensación al miedo o por el refuerzo realizado por otros durante la niñez.. Ambos pueden mostrarse perspicaces ante su entorno el narcisista cuando siente que se ha puesto en duda "su valía" y el Paranoide al suponer que otros le quieren hacer daño.</p>	<p>El TP Por Evitación, al igual que el Paranoide suelen presentar Hipervigilancia ante potenciales amenazas del exterior y suspicacia respecto a los demás; ambos presenta vulnerabilidad social.</p>	<p>El TP Por Dependencia al igual que el Paranoide Tienden a interpretar de forma errónea y negativa las relaciones sociales, se mantienen hiperalertas ante éstas.</p>	<p>En el TP Obsesivo Compulsivo al igual que en el Paranoide puede presentarse como estrategia típica infradesarrollada a la espontaneidad. Ambos presentan desconfianza ante los demás el Obsesivo Compulsivo por considerar que los otros no realizaran "un buen trabajo" y el paranoide porque supone que "los demás tienen intenciones de hacerle daño".</p>
Esquizoide	<p>El TP Paranoide presenta ideación paranoide, suspicacia, e hipervigilancia lo cual le lleva a distanciarse de sus relaciones sociales, a diferencia del TP Esquizoide, que puede ser indiferente a los halagos o críticas de los demás.</p>		<p>El TP Esquizotípico al igual que el Esquizoide suelen Buscar que las otras personas no se entrometan en sus actividades, evitan que no les hagan daño. En estos trastornos suele incrementarse el craving por una sustancia al buscar experiencias que puedan disfrutar estando solos.</p>	<p>El TP Antisocial al igual que el Esquizoide suelen mostrarse bastante autónomos. Ambos presentan pocas o nulas relaciones interpersonales duraderas y poca o nula preocupación por lo que los demás dirán de ellos.</p>	<p>En el TP Límite al igual que en el Esquizoide predomina la incapacidad para mantener relaciones estrechas y duraderas.</p>	<p>El TP Histriónico al igual que el Esquizoide presentan incapacidad para mantener relaciones sociales estables. El TP Histriónico suele mantener este tipo de relaciones, siempre y cuando se consiga ser el centro de atención, en cambio el TP Esquizoide no le interesa relacionarse.</p>	<p>El TP Esquizoide al igual que el TP Narcisista poseen como estrategia típica Infradesarrollada la Identificación grupal, compartir.</p>	<p>El TP Por Evitación al igual que el Esquizoide presentan generalmente tendencia al aislamiento social e incapacidad para mantener relaciones íntimas. Suelen evitar cualquier compromiso o relaciones estrechas.</p>	<p>El TP Esquizoide al igual que el TP Por Dependencia tienden al aislamiento, en TP Esquizoide se muestra indiferente ante las relaciones sociales, mientras que el Dependiente presenta grandes sentimientos de inseguridad, lo cual le hace sentir mayor apego a personas cercanas.</p>	<p>En el TP Obsesivo-Compulsivo, al igual que en el Esquizoide existe poca expresividad de sentimientos.</p>
Esquizotípico	<p>El TP Paranoide se muestra suspicaz y sospecha de los otros en el TP Esquizotípico ocurre aquello en un aspecto más amplio de diferencias sociales, vinculado</p>	<p>En el TP Esquizotípico suele presentar distorsiones cognitivas y perceptivas, En el TP Esquizoide no ocurre esto a pesar de compartir los mismos síntomas negativos (aislamiento social,</p>		<p>En el TP Antisocial al igual que en el Esquizotípico, por la presencia de sus síntomas predomina una inadaptación social, lo cual les afecta en varios ámbitos de su vida.</p>	<p>Ni el TP Límite ni el Esquizotípico no presentan un conjunto propio de estrategias y creencias. Ambos como consecuencia de los síntomas propios del Trastorno tienden a aislamiento</p>		<p>El TP Narcisista al igual que el Esquizotípico presentan tendencia a fantasear, el narcisista con referencia a ideas de grandiosidad, mientras que el Esquizotípico referente al pensamiento mágico.</p>	<p>Los síntomas propios de los TP Por Evitación y Antisocial suelen afectar en gran medida en las relaciones interpersonales, laborales y familiares.</p>	<p>El TP Por Dependencia al igual que el TP Esquizotípico suelen presentar ansiedad social, el primero al no encontrar cercana la figura de apoyo y el segundo</p>	<p>En el TP Obsesivo-Compulsivo, al igual que en el Esquizotípico existe dificultades para relacionarse con los demás</p>

Anexo # 7 Semejanzas y Diferencias entre los Trastorno de Personalidad

	muchas veces a presencia de distorsiones perceptivas y alteraciones del pensamiento.	afectividad embotada).			social y distorsiones perceptivas cognitivas				debido al aislamiento y sentimiento de inadecuación.	por síntomas propios de cada trastorno.
Antisocial	En el TP Paranoide pueden presentarse comportamientos antisociales siendo estos motivados por un deseo de venganza más no con la obtención de ganancias personales como sucede en el TP Antisocial.	Para el TP Esquizoide el contacto social es pobre debido a la falta de deseo y satisfacción al tener contactos sociales produciéndose el alejamiento de ellos. Para el TP Antisocial la dificultad de mantener relaciones personales duraderas o fracasar en roles que demandan responsabilidad como el de padre, va ligado a que su interés por establecer contactos sociales va en función de obtener beneficios personales; presentando muchas veces indiferencia por los sentimientos de los demás.	Una de las características del TP Esquizotípico es la tendencia al aislamiento e inadaptación social debido a ansiedad social y su tendencia a desconfiar, si desarrolla una relación íntima tenderá a rechazarla o distanciarla. El TP Antisocial las relaciones sociales duraderas son difíciles de mantenerlas debido a la falta de empatía con los demás.		En el TP Límite al igual que en el Antisocial suelen presentar las siguientes características: Un patrón común de violación de las normas sociales Emotividad excesiva. Tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevándolos a Comportamientos impulsivos. Poca tolerancia a la frustración. Tienen a actuar impulsivamente. Les cuesta aprender de los errores pasados. No suelen afrontar situaciones que causen estrés. Les cuesta establecer relaciones de confianza y duraderas. En conjunto con el consumo de sustancias, suelen mostrarse resistentes a los tratamientos propuestos. Se deberá trabajar con una psicoterapia adecuada y estructurada; y alertar al terapeuta de las posibles consecuencias. Suelen ser un reto para el terapeuta.	El TP Histriónico al igual que el TP Antisocial suelen presentar un patrón común de violación de las normas sociales Tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevándolos a Comportamientos impulsivos. Ambos presentan poca tolerancia a la frustración. El TP Histriónico al igual que el TP Antisocial suelen buscar diversas formas para manipular a los demás.	El origen del TP Antisocial y del Narcisista puede estar relacionado como compensación al miedo o por el refuerzo realizado por otros durante la niñez. Ambos suelen presentar tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos). El TP Antisocial al igual que el Narcisista suelen ser interpersonalmente explotadores, como sacando provecho de los demás para alcanzar sus propias metas	El TP Por Evitación al igual que el TP Antisocial podrían presentar como estrategia típica infradesarrollada la reciprocidad con las otras personas.		El TP Obsesivo Compulsivo al igual que el Antisocial pueden tener muy presentes las reglas y normas de determinado lugar, mientras el Obsesivo Compulsivo intenta cumplirlas a cabalidad el Antisocial tiende a romperlas o a manipularlas.

Anexo # 7 Semejanzas y Diferencias entre los Trastorno de Personalidad

<p>Límite</p>	<p>En el TP Paranoide las respuestas de ira y desconfianza pueden estar ligadas a ideación paranoide difiriendo del TP Límite, donde dichas respuestas son propias de la inestabilidad afectiva y el carácter imprevisible de su curso.</p>	<p>Dentro del TP Esquizoide el establecimiento de contactos social carece de interés. A diferencia del TP Límite donde si existe un interés por establecer relaciones sociales siendo estas inestables e intensas yendo desde la idealización hasta la devaluación, provocando por ello muchas veces que los otros se alejen.</p>	<p>El aislamiento social que se presenta en el TP Límite es secundario a sus accesos de ira y su inestabilidad emocional, y no por la falta de contacto social propia del TP Esquizotípico.</p>	<p>En el TP Antisocial la manipulación de los demás y la impulsividad está dirigido a la obtención de beneficios personales, mientras que en el TP Límite se genera aquello con la finalidad de llamar la atención de los demás.</p>	<p>El TP Límite y el TP Histriónico suelen presentar Emotividad excesiva. Tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos), Comportamientos impulsivos. También presentan poca tolerancia para afrontar la frustración. Es característico el pensamiento dicotómico e Intentos autolíticos.</p> <p>En ambos casos suelen exagerar sus sentimientos, los cuales carecen de autenticidad y profundidad.</p> <p>Ambos suelen buscar ser estimulados y suelen responder con explosiones de descontrol.</p>	<p>El TP Narcisista, al igual que el límite se caracterizan por expresiones de emotividad excesiva. Tendencia al acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevándoles a Comportamientos impulsivos.</p>	<p>El TP Por Evitación, al igual que el Límite suelen presentar hipersensibilidad a la crítica o a ser rechazado.</p> <p>Suelen carecer de una red de apoyo significativa en momentos de crisis.</p> <p>Y ambos presentan generalmente pensamientos automáticos autodenigrantes, los cuales suelen considerarlos verdaderos.</p>	<p>En el TP Por Dependencia, al igual que el límite existe en el fondo un temor a ser abandonado. En ambos puede presentarse como estrategia hiperdesarrollada la búsqueda de ayuda, generalmente el límite lo hará en los terapeutas y el Dependiente en la figura protectora de quien dependa.</p>	<p>En el TP Obsesivo Compulsivo, al igual que en el Límite suelen presentarse elevados niveles de ansiedad ante una crisis. Pueden caer en depresión ante un "fracaso".</p>
----------------------	---	---	---	--	---	--	--	--	---

Anexo # 7 Similitudes y Diferencias entre los Trastornos de Personalidad

Histriónico	La exacerbación de sus experiencias en el TP Límite, van en función de su percepción de las relaciones con los demás considerando relaciones más íntimas de lo que son, en comparación con el TP Paranoide donde la distorsión de experiencias se relaciona con la desconfianza hacia los demás, percibiendo sucesos neutros como hostiles.	El TP Histriónico se caracteriza por la preocupación por atención a través de un comportamiento sexualmente seductor, mientras que en el TP Esquizoide existe una tendencia al aislamiento.	En el TP Esquizotípico hay una tendencia al retraimiento social, mientras que para el TP Límite existe especial interés en llamar la atención de los demás y ser el centro de atención.	El antisocial se involucra en comportamientos antisociales delictivos el histriónico no lo hace, a pesar de compartir la búsqueda de sensaciones, la imprudencia y la impulsividad.	A diferencia del TP Límite en el TP Histriónico raras veces se pueden identificar indicios rupturas afectivas airadas, tendencias autodestructivas o sentimientos crónicos de vacío y soledad.		Los TP Narcisista e Histriónico suelen presentar expresiones de emotividad excesiva. Tendencia al acting-out. Y comportamientos impulsivos. Ambos exigen apoyo y reconocimiento por parte de los demás y tienden a manipular al resto para conseguirlo. Presentan falta de empatía.	El TP Por Evitación y el TP Histriónico suelen estar importancia a problemas objetivos y relevantes.	El TP por Dependencia, al igual que el Histriónico presentan gran necesidad de aprobación de los otros.	El TP Obsesivo Compulsivo al igual que el Histriónico tienden a culpabilizar a los demás, el Obsesivo Compulsivo porque supone que "solo él lo hará bien" y en Histriónico por su poca capacidad de insight.
Narcisista	A diferencia del TP Paranoide en el TP Narcisista puede mostrarse receloso y suspicaz, pero únicamente cuando percibe ataques o dudas sobre su autovalía.	En el TP Esquizoide, se muestra indiferente antes los halagos o críticas de los demás, mientras que para el TP Narcisista espera ser reconocido, tiene gran sentido de autoimportancia.	Dentro del TP Esquizotípico se presentan creencias extravagantes, fantásticas y preocupaciones autísticas, dentro de las creencias que sostiene el TP Narcisista está la preocupación por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.	A diferencia del TP Antisocial el TP Narcisista no comparte como síntoma propio la impulsividad, el engaño, la agresión o presencia de comportamiento delictivo.	La autoimagen dentro del TP Narcisista es estable, es decir tiene una buena imagen de sí mismo, lo cual difiere del TP Límite donde la autoimagen suele verse comprometida.	En el TP Narcisista la persona se siente orgullosa de sus logros y capacidades, controla además su expresión emocional, en relación al TP Histriónico que se caracteriza por su inestabilidad emocional y su inseguridad respecto a su "valía" en otro rol distinto al de seductor.				El origen del TP Narcisista, al igual que del Obsesivo Compulsivo puede estar relacionado como compensación al miedo o por el refuerzo realizado por otros durante la niñez. Ambos tienden a hacer lo posible para no ser superados por otros.
Por evitación	Dentro del TP Por evitación el miedo a los demás, las sospechas, y la incomodidad en las relaciones interpersonales se debe al bajo nivel de autoconfianza y a la propia estimación de sí mismo, con relación al TP Paranoide que aquellos se produce por las expectativas	El TP Esquizoide se caracteriza por su indiferencia y poco interés de establecer contacto social, lo cual no ocurre en el TP Por evitación, donde el contacto social es deseado pero siente malestar intenso por su incapacidad para establecerlo.	Aparte del retraimiento social el TP Por evitación no presenta conductas extrañas ni ideas de referencia que si las presenta el TP Esquizotípico.	El TP Por evitación presenta miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo, mientras el TP Antisocial muestra total indiferencia frente a los pensamientos y sentimientos de los demás.	La dificultad relacionada con las interacciones sociales para el TP Límite se debe a su inestabilidad afectiva, mientras que para el TP Por evitación reside en su miedo a la crítica, desaprobación y rechazo.	El TP Histriónico se describe como seductor provocador, buscando ser el centro de atención en situaciones de interacción social, a diferencia del TP Por evitación que se inhibe ante estas situaciones.	El autoconcepto para el TP Por evitación es pobre, viéndose a sí como poco interesante e inferior a los demás; el TP Narcisista tiene un grandioso sentido de autoimportancia exigiendo admiración excesiva por ello.		El TP por Dependencia, al igual que el TP por Evitación están relacionados con Marcados miedos en relación al ámbito interpersonal, a la separación y temor al descontrol. Sentimientos de inadecuación e inferioridad.	El TP Obsesivo Compulsivo al igual que el TP Por Evitación suelen presentar marcados miedos en relación al ámbito interpersonal, a la separación y temor al descontrol.