

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad de Psicología



Tesis en opción al Título Académico de
Máster en Psicología Médica

Título: Características psicológicas que favorecen la
rehabilitación del alcoholismo.

Autor: Lic. Pedro Julio Lugo Castillo

Tutor: DrC. Leonardo Rodríguez Méndez

Santa Clara,

Año 2013

Dedicatoria

A mi mamá: Recientemente fallecida. Dedicó su vida por entero a mí, su único hijo. Me enseñó la constancia, la fortaleza de crecerme ante las dificultades, la voluntad para resistir a pesar de todo, un modelo en todos los sentidos. No claudicó nunca, ni con el agotamiento de los años, ni en la enfermedad. Todo lo que soy y lo que he logrado ser, se lo debo a ella. ¡Qué en paz descanse!

A mi papá: Falleció siendo yo muy joven víctima de esta terrible enfermedad que es el alcoholismo. Principal motivación para dedicarme a la recuperación de pacientes alcohólicos. Lo califico como el mejor de los padres, yo vivía muy orgulloso de él. Creo que él hoy estuviera también muy orgulloso de mí y de lo que hago. ! Qué en paz descanse!

A mi familia: Por ser la principal fuente de sustento emocional, las personas que más quiero en este mundo. Porque gracias al sacrificio que han hecho por mí es que puedo culminar este proyecto.

Agradecimientos

La culminación de esta obra es el resultado de muchos esfuerzos reunidos, por lo que constituye una obligación agradecer a:

Mi familia: Esposa e hijas. La primera por su apoyo, entereza, buen juicio y capacidad para tomar decisiones y orientarme. Mis hijas son la fuente de inspiración y estímulo para vivir cada día, un regalo que disfruto como lo más hermoso que tengo en mí vida.

DrC. Leonardo Rodríguez Méndez (Pity): Por haber tenido la oportunidad de contar con su excepcional tutoría, dotada de una alta profesionalidad y el estímulo y seguridad para continuar.

Amarilys: ¡Qué talento, tenacidad y capacidad de análisis! Se ha convertido en imprescindible y de consulta obligada en metodología de la investigación.

Mis pacientes: Personas excelentes, de las que he aprendido mucho, sobre todo que siempre se puede hacer algo, que siempre hay esperanzas, que hay que confiar en lo mejor del hombre, que todos merecemos oportunidades y que en la constancia y la paciencia está la clave del éxito. Siempre les digo a ellos “: ... Mientras que el hombre continué vivo, no ha dicho su última palabra...” F. Dostoviesky

Lazara: Muy inteligente y hábil en el manejo del SPSS, incondicional y bien dispuesta.

Alis y Onelio: Por su apoyo, tiempo y preocupación por el procesamiento estadístico de los resultados.

Raquel: Por su esfuerzo y dedicación también en el procesamiento estadístico.

Maria: Por su contribución con las búsquedas en Internet, imprescindibles para este trabajo, además de la .presentación.

Yamilet: Por las correcciones e impresión del informe.

Yilién: Coordinadora del Equipo de Salud Mental, por su paciencia y disposición a apoyarme de manera incondicional.

Lidiuska y Yudania: Excelentes estudiantes de psicología quienes colaboraron en el proceso de evaluación de los casos.

En fin, a todos los que de una forma u otra han hecho posible la culminación de esta tesis.

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue caracterizar las particularidades psicológicas de un grupo de pacientes dependientes alcohólicos rehabilitados y un grupo de pacientes alcohólicos que recayeron, se establecieron las diferencias fundamentales desde el punto de vista psicológico y se determinaron las peculiaridades psicológicas que favorecieron la rehabilitación. Dichos pacientes asistieron al Centro Comunitario de Salud Mental del área de salud Santo Domingo en el período comprendido entre el mes de Marzo de 2006 y el mes de Diciembre de 2011.

Se realizó un estudio descriptivo y comparativo, utilizando para ello la entrevista semiestructurada, el Cuestionario de Indicadores Diagnósticos (CID), el RAMDI, el test de Completamiento de Frases Rotter y el Inventario de la Personalidad 16 PF de Catell para la obtención de la información.

Los resultados obtenidos se analizaron estadísticamente mediante técnicas incluidas en el SPSS 11.5, demostrando que existen factores afectivos motivacionales que actúan como fortalezas que propician el proceso de rehabilitación en la muestra en estudio. La existencia de conflictos intrapsicológicos en el área de la autoimagen y el autoconcepto; rasgos como la responsabilidad, la confianza en los demás y en sí mismo y la vocación por la familia y la sociedad se constituyen en un factor dinámico que propicia la intervención rehabilitatoria de los pacientes alcohólico dependientes.

Finalmente se proponen conclusiones y recomendaciones para desarrollar posteriores intervenciones psicoterapéuticas con pacientes alcohólicos, encaminados a su rehabilitación, al mejoramiento de su calidad de vida y para realizar futuras investigaciones en este campo.

Palabras claves: dependencia alcohólica, características psicológicas, rehabilitación del alcoholismo.

Abstract:

The objective of this research was characterized the psychological particularities of a group of rehabilitated alcoholic dependent patients and a group of alcoholic patients that could not be rehabilitated, psychological differences were established and psychological peculiarities were also determined taking into account that both favor the rehabilitation process. The two groups of patients assisted to Santo Domingo's communitarian mental health center in a period from March 2006 to December 2011.

A comparative quantitative study was done, it was used the semistructural interview, the diagnostic indicator questionnaire (DIQ), RAMDI, the Rotter complementary phrases completion Test and 16PF Castell personality inventory for the obtention of the information.

The results that were obtained were statistically analyzed through the SPSS technique, demonstrating that emotionally affective factors were acting as strength for the rehabilitation process. The existence of intrapsychological conflicts on the self-esteem and self-concept area, traits like personality, trust on others and family social vocation were constituted in a dynamic factor that makes possible the rehabilitatory intervention on the alcoholic dependent patients.

Finally, conclusions and recommendations were given to develop further psychotherapeutic interventions with alcoholic patients favoring their rehabilitation, improving their life development and paving the way for future investigations on the field.

Key words: alcoholic dependence, psychological characteristics, alcoholic, rehabilitation.

Índice

Introducción	6
Capítulo I. Fundamentación Teórica	12
1.1 Alcoholismo, un problema social y de salud.	12
1.2- El funcionamiento personal del paciente alcohólico.	25
1.3 – Aspectos dinámicos y motivacionales en el sujeto adicto.	38
Capítulo II. Diseño Metodológico	42
2.1 Concepción metodológica.....	42
2.2 Tipo de estudio.....	42
2.3 Diseño de la investigación.....	43
2.4 Operacionalización de las variables.	43
2.5 Descripción de la muestra.....	44
2.6 Descripción de las técnicas e instrumentos.	45
2.7 Descripción del escenario de estudio y los procedimientos:	50
2.8- Métodos para el procesamiento de la información.....	51
Capítulo III. Presentación y análisis de los resultados	52
3.1- Antecedentes evolutivos de la dependencia alcohólica.....	52
3.2 Caracterización psicológica de alcohólicos rehabilitados en comparación con pacientes que recayeron en el consumo.....	54
3.3 Análisis integrador de los resultados.	73
Conclusiones:.....	76
Recomendaciones:.....	77
Referencias Bibliográficas.....	78
Anexos	87

Introducción

En Cuba se trabaja fuerte para incrementar la salud y bienestar de todas las personas. El Sistema Nacional de Salud ha priorizado la Salud Mental de la población como uno de los objetivos a alcanzar en este esfuerzo. La Medicina Familiar y la Atención Comunitaria han venido desarrollando varios programas asociados a la Salud Mental entre los que se destaca el Programa de Prevención y Atención a la Conducta Alcohólica.

En la actualidad, existe el consenso mundial de que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas constituye un problema muy serio, y que los daños ocasionados por él afectan a todos por igual. El abuso en el consumo de bebidas alcohólicas vulnera la salud y el bienestar social del bebedor, y repercute en la sociedad en general. A pesar de esto, todo indica que son cada vez más las personas que consumen e inician el consumo a edades tempranas, con una tendencia mundial al incremento.

Los diagnósticos, drogadicciones, toxicomanías, fármaco - dependencias, abusos de sustancias, farmacofilias, o más modernamente desordenes relacionados con sustancias o trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, designan como sinónimos, al estilo de vida donde el consumo irresponsable de las drogas, cualquiera que sea la categoría, constituye la esencia, y su relevancia como problema de salud es tal, que en algunos países desarrollados supera en frecuencia y alcanza en mortalidad a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, sobre todo si tomamos en cuenta su importante papel en el origen de dichas afecciones. Su trascendencia actual y desafortunadas perspectivas inmediatas lo sitúan junto a las guerras y las hambrunas, entre los tres grandes flagelos de la humanidad al concluir el presente milenio y como el principal problema de salud en muchos países del primer mundo (González, 2006).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005, define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la

mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal, producida por la combinación de diversos factores: fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

En Cuba el 5% de la población mayor de 15 años de edad sufre tal padecimiento (índice que en otros países de nuestra región alcanza entre el 10 y el 15%); sin embargo, un número superior de cubanos ingiere bebidas alcohólicas de manera frecuente y embriagante, e integra el grupo de bebedores riesgo, con altas posibilidades de dañarse a sí y a otros (Pérez, 2007).

Los actuales indicadores globales de alcoholismo en Cuba, al sumar la prevalencia de abuso y dependencia de alcohol, derivados de un estudio nacional, donde se utilizó como criterio básico la positividad de tres o más de las cuatro preguntas del cuestionario de alcoholismo CAGE, se acercan a 4% en la población mayor de 15 años, cifra relativamente baja en comparación con otros países del área, aunque existe otro 10 % de habitantes con patrones de consumo alcohólico no recomendables, que los ubican como bebedores riesgo y cuyo pronóstico es desfavorable ya que la tendencia mundial es al agravamiento del problema (González, 2005).

Según reporte del Sectorial Provincial de Salud en Villa Clara (2010) existen en esta provincia, un total de 42 127 alcohólicos dispensarizados que representa un 5.15 % de la población total, de ellos 24 709 tienen un consumo riesgo, 11 085 un consumo perjudicial y 6 333 una dependencia alcohólica; el 6.23 % son mayores de 15 años y la tasa de morbilidad por año es de 775.5.

En el municipio Santo Domingo, con una base económica que históricamente se ha sustentado en la industria azucarera y sus derivados (dos CAI, una ronera, una destilería) y la industria alimenticia específicamente licorera (una cervecería), entre otros factores socioculturales, constituye la causa de que en

nuestro territorio con una población total de 54 076 habitantes, existan dispensarizados **1 758** consumidores riesgos y **1 139** alcohólicos (**953** consumidores perjudiciales y **286** con dependencia alcohólica), según datos estadísticos de la Sectorial Municipal de Salud, al cierre del 2011.

Según De Casarino y De Leonetti, 1992, citado en De Macedo, 2006, aseveran que para desarrollar la drogadicción es necesario la confluencia de tres factores: la droga, el medio facilitador o medio social y una persona con una estructura de personalidad vulnerable.

Desde la psicología de la salud se han señalado variables de naturaleza social, psicológica y médica determinantes o influyentes en las conductas de cumplimiento o adherencia a los tratamientos, pudiendo observarse tres grandes dimensiones de análisis: las características de la enfermedad, peculiaridades personales y/o factores psicosociales y la relación médico – paciente (Granados y Escalante, 1995).

El desarrollo de las concepciones sistémicas en las ciencias de la salud implica la atención al paciente desde puntos de vista cada vez más integrales, que abarquen sus síntomas o entidad nosológica, los factores psicosociales como la familia y la comunidad y los agentes individuales como la personalidad.

Aún siendo abundante la bibliografía sobre la dependencia y otros problemas asociados al mal uso y abuso del alcohol, es relativamente escasa la que enfoca este problema en función de las dimensiones de la personalidad de los pacientes.

El estudio de la personalidad sigue siendo un campo controvertido tanto desde la psiquiatría como desde la psicología. En la actualidad se sigue elaborando gran número de investigaciones sobre la personalidad basadas en modelos teóricos diferentes (biológicos, psicológicos, social) que explican la personalidad desde variados puntos de vista, a veces concluyentes y otras veces no, pero todos ellos nada despreciables. (Mateos y Mateos-Agut, 2005)

Últimamente, una de las áreas que genera gran interés entre los investigadores es el estudio de las características de personalidad en los individuo dependientes de sustancias psicoactivas. Las primeras aproximaciones al

estudio de la personalidad de estos sujetos intentaban delimitar o definir la existencia de una personalidad adictiva; sin embargo, hoy en día la mayoría de autores sostiene que no existe una personalidad típica, sino rasgos comunes a todos los fármacodependientes (Lahuerta y Lloret, 1994; Sánchez-Hervás y Ver Jano, 1996, citado en De Macedo, 2006).

En la práctica terapéutica con los alcohólicos, con mucha frecuencia se encuentra que los rasgos del carácter o de la personalidad se constituyen en barrera que dificulta el comienzo del tratamiento, el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica y el mantenimiento y fortalecimiento de la sobriedad al impedir el normal desarrollo del proceso rehabilitatorio, si bien es cierto que las anomalías del carácter están en estrecha relación con la enfermedad alcohólica.

Koldobsky (2010), destaca que la comorbilidad entre estos dos trastornos oscila entre un 50% a un 86%. Los niveles más graves de trastornos por el uso de sustancias se asocian a una patología del carácter (rasgos) más que a un trastorno de personalidad pleno.

Abordar las particularidades psicológicas que favorecen la rehabilitación del alcoholismo en pacientes alcohólicos rehabilitados con un año o más de sobriedad y en aquellos que una vez iniciado el tratamiento recaen, impulsa la realización de la presente investigación que se plantea como problema científico:

¿Qué características personológicas favorecen el proceso de rehabilitación en pacientes alcohólicos?

Motivados por esta interrogante decidimos realizar un estudio del problema desde posiciones científicas en busca de respuestas que pudieran satisfacer nuestras necesidades en la práctica en el trabajo con alcohólicos y cuyo objetivo general está encaminado a:

Determinar las características personológicas que favorecen la rehabilitación en pacientes alcohólicos.

Para dar cumplimiento al mismo nos trazamos como objetivos específicos.

Objetivos específicos:

- ❖ Caracterizar psicológicamente a alcohólicos rehabilitados con un año o más de de sobriedad con vistas a reconocer los factores que favorecen el proceso de rehabilitación.
- ❖ Caracterizar psicológicamente a pacientes alcohólicos en fase de recaída con vista a reconocer los factores personológicos que favorecieron el que reiniciaran el consumo.
- ❖ Comparar los resultados alcanzados en la exploración personológica entre los pacientes rehabilitados y los pacientes que recayeron con vistas a proyectar una mayor eficiencia en el proceso de rehabilitación de estos pacientes en el futuro.

El valor teórico de este estudio radica en que permitirá disponer de criterios diagnósticos en el orden psicológico además de los tradicionales ya conocidos, lo que supone una clarificación de los rasgos de personalidad implicados en la rehabilitación de los pacientes alcohólicos y da pie para futuros estudios relacionados con programas de intervención diferenciados para este tipo de pacientes

El valor metodológico reside en que el estudio entre otros aspectos aborda los rasgos de personalidad no clínicos, o sea el estudio de la personalidad normal, lo que resulta de mucha utilidad al psicólogo de la salud, cuando trabaja en tareas de intervención, conocer las características básicas de las personas hacia las que van dirigidas las acciones de cambio.

El valor práctico se haya en que al poder contar con criterios diagnósticos de orden psicológico se podrá disponer de un modelo de abordaje integral que permita evaluar las necesidades de los pacientes y de su proceso real de cambio, poder decidir qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pueden utilizarse en cada caso particular, y optar por las líneas de actuación más adecuadas. Esta investigación ha evidenciado indicadores psicológicos que no pueden ser soslayados en la rehabilitación del alcoholismo, la psicoterapia cualquiera que sea deberá estar necesariamente vinculada a la

psicocorrección de las anomalías de la personalidad y a la creación de un nuevo estilo de vida en estos sujetos

Teniendo en cuenta la estructura del informe, la memoria escrita se subdivide en:

Capítulo I: Constituye la fundamentación teórica de la investigación. Dispone de tres epígrafes, el primero relacionado con el alcoholismo como un problema social y de salud que aborda las consecuencias de la enfermedad en sus diferentes dimensiones. En el segundo epígrafe se describe el funcionamiento personal del paciente alcohólico, un tema de gran interés en la investigación sobre las adicciones es la búsqueda de diferencias en la personalidad entre quienes padecen este problema y quién no lo padece. En el tercer epígrafe se abordan los aspectos dinámicos y motivacionales en el sujeto adicto donde se develan los resortes internos que orientan al sujeto hacia el consumo indiscriminado de la sustancia.

Capítulo II: Contiene el diseño metodológico de la investigación. En este se define la concepción metodológica, el tipo de estudio utilizado, el diseño de la investigación, la operacionalización de las variables, descripción de la muestra, se describen las técnicas e instrumentos utilizados y el procedimiento llevado a cabo.

Capítulo III: Aborda la presentación y análisis de los resultados obtenidos en la investigación, en este se describen las particularidades de la personalidad en tanto rasgos y demás variables psicológicas asociadas al proceso de rehabilitación o de recaída.

Por último se establecen las conclusiones de la investigación, dando respuesta a los objetivos planteados en la misma y se proponen algunas recomendaciones teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

Capítulo I. Fundamentación Teórica

1.1 Alcoholismo, un problema social y de salud.

El uso de bebidas alcohólicas va estrechamente ligado a los acontecimientos sociales de nuestra civilización desde tiempos inmemorables. El alcohol (del árabe *alkuhl*) esencia o espíritu, es el producto de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad, cuando nuestros antepasados tuvieron la experiencia de beber el líquido resultante de la colección de lluvia en alguna irregularidad del tronco de un árbol, luego de haber caído en este depósito natural alguna fruta desprendida, que sufriera posteriormente, el proceso de fermentación (Rodríguez, 2009).

En su texto, Pons y Berjano (1999), señalan que los primeros escritos sobre el uso de la cerveza, el vino y otras bebidas alcohólicas se remontan a más de 5000 años, en Mesopotamia con los sumerios. La cerveza más antigua de Europa, elaborada a base de trigo, se consumía en Soria (España) hace 4.400 años, en plena Edad del Cobre. Sin embargo, el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta al siglo VII después de Cristo, aplicado al vino por los árabes, que lo habían aprendido de los alquimistas.

Refieren que inmediatamente que el ser humano es capaz, en su evolución adaptativa al medio, de descubrir una forma de almacenar líquidos en un recipiente, comienza la historia de las bebidas alcohólicas. Tan pronto como es descubierto el proceso de fermentación de ciertos líquidos azucarados procedentes de algunos granos y frutos, comienza el consumo de estas bebidas. El devenir histórico ha convertido al alcohol en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social, presente en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental. El alcohol es de hecho, la primera droga de la que los textos históricos se han referido en términos de abuso, varios miles de años antes de Cristo.

Más adelante señalan que el alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos. Sus efectos embriagantes fueron utilizados

como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos. Los egipcios son los inventores de la cerveza tres milenios antes de Cristo. Aún antes, la civilización de Mesopotamia conocía y utilizaba de otras bebidas fermentadas similares, citadas incluso en el código de Hammurabi, donde se prescribía la pena de ser arrojado al río para aquellos propietarios de locales de bebidas que permitieran la embriaguez de sus clientes.

En Cuba se manifiesta la tendencia mundial al aumento del consumo de alcohol (Olivera, Reselló, Maques y Lugo, 2005). Aunque se dan cifras de prevalencia inferiores a las de otros países, esta problemática preocupa al Ministerio del Interior, Organizaciones Políticas, de Masas y profesionales de la salud, con el consecuente desarrollo de investigaciones que profundicen en el conocimiento del tema.

Para desarrollar el concepto de alcoholismo comentaremos algunas de las definiciones más conocidas internacionalmente.

Jellinek, (1960), citado en Naveillan, (1981), expuso que la categoría alcoholismo incluye todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a los dos. Reconoce que su definición es vaga, pero afirma que se aproxima a una de tipo operativo y como ventaja obliga a determinar tipos de alcoholismo.

Por su parte, el Comité de Expertos de la OMS (2005), plantea que el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingesta de alcohol excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor. Agrega, además, que cuando cesa el consumo de alcohol hay síntomas de privación, que pueden ser graves. Si el consumo continúa durante un mes o más, se da por supuesto que existe adicción". Tal

como puede apreciarse, la definición general resulta muy vaga, y no permite deslindar con facilidad el uso normal del alcohol de los demás usos. Por otra parte, solo en el caso de la adicción parece indicarse su carácter de morbilidad al mencionar la dependencia física y emocional, los síntomas de privación de alcohol y una compulsión hacia la bebida.

Sobre el alcoholismo, González (2004), dice en un abordaje integral realizado sobre el tema, que considera que además de ser una enfermedad crónica y que causa daño en las personas desde el punto de vista biológico, psicológico y social, incluye tanto los casos en que la dependencia física ya se ha establecido, como aquellos que sin cumplir este criterio, satisfacen plenamente, en forma simultánea, los parámetros tóxicos y deterministas.

Precisamente, al tratar el tema del alcoholismo se coincide en esencia que el alcoholismo es una enfermedad crónica, que causa daños psicosociales en la persona; sin embargo cabe señalar que la definición dada por González (2004), con el que se comparte, es mucho más integral, pues en este quedan evidenciados otros aspectos, pues reconoce además que existen criterios tóxicos y deterministas que se relacionan con la pérdida de libertad ante el alcohol, es decir, la incapacidad del paciente para determinar hasta cuando tomar.

Según Bolet y Socarrás (2003) y González (2004), para valorar a un individuo como alcohólico se tienen en cuenta los criterios tóxicos y deterministas siguientes:

- ❖ No poder mantenerse dos días seguidos sin beber.
- ❖ No poder controlarse cuando se comienza a beber.
- ❖ Necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

Esto se considera como un alcoholismo primario, que es la entidad clínica que se caracteriza por la incapacidad del paciente de evitar esta conducta nociva. En esta enfermedad existe una falta de crítica o indiferencia ante las consecuencias de su consumo inadecuado, actitud explicada por la enfermedad de base o por la inexistencia de valores éticos, como es el caso del alcoholismo secundario.

González (2003), con el propósito de aplicar la premisa establecida del alcohol como droga modelo, valora las diferentes modalidades de comportamiento ante este.

Entre los comportamientos normales ante las bebidas alcohólicas están la abstinencia y el consumo social.

- ❖ Abstinente histórico: el que nunca ha tomado en su vida.
- ❖ Abstinente actual: el que lleva 6 meses sin tomar.

El consumo social califica al ajustado a normas adecuadas de cantidad, frecuencia y momento de ingestión, e incluye:

- ❖ Bebedor social discreto: el que bebe en situaciones excepcionales, que no pasan de 5 veces al año, sin llegar al estado de embriaguez.
- ❖ Bebedor social moderado: en el que la ingestión es mayor, pero sin pasar del equivalente a $\frac{1}{4}$ de botella de ron dos veces a la semana, ni presentar más de un estado de embriaguez ligero mensual.

De superarse estos indicadores de cantidad y frecuencia el sujeto será calificado como:

- ❖ Consumidor riesgo: se considera una modalidad de tránsito, que de continuar la tendencia ascendente de consumo conducirá a las modalidades anormales de conducta ante el alcohol. Cumple los criterios (a) y (d) y dentro de este último el aloetiquetado.

Comportamientos anormales ante el alcohol:

Están representados por un continuo que se inicia con el consumo dañino o perjudicial y que concluye con la dependencia alcohólica:

- ❖ Consumo perjudicial: se identifica por la presencia de efectos nocivos biológicos, psicológicos o sociales, inherentes al consumo de alcohol, estos últimos cuando son reiterativos y relevantes. Cumple los criterios (a), (b) y (d) y dentro de este último el autoetiquetado.
- ❖ Dependiente alcohólico: se expresa por la pérdida de libertad del consumidor ante el tóxico, que paulatinamente lo va esclavizando. Cumple todos los criterios.

Criterios operativos para identificar los comportamientos ante el alcohol:

- a) Criterio de cantidad y frecuencia: más de 12 estados de embriagues en el año, o 3 o más a la semana el equivalente a $\frac{1}{4}$ de botella de bebida fuerte, 5 botellas de cerveza y 1 de vino.
- b) Criterio de nocividad o toxicidad: trastornos del nivel biológico (enfermedades de todo tipo), trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, pérdida de la memoria) y trastornos sociales (conflictos familiares, judiciales, en el trabajo, entre otros).
- c) Criterio de dependencia o esclavitud: pérdida de control, incapacidad de abstinencia (no poder estar más de 2 días sin beber) y la necesidad cotidiana del alcohol.
- d) Criterio de etiquetado: el autoetiquetado (el más frecuente, califica la valoración de amigos y familiares sobre el patrón de consumo) y el autoetiquetado (de mucho más valor por expresar crítica de enfermedad).

Bolet y Socarrás (2003), refieren que la línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el abusivo, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión.

Por otro lado hay varios factores que interaccionan para contribuir al daño causado por el consumo de alcohol, habida cuenta de tres elementos que configuran los hábitos de bebida: volumen ingerido a lo largo del año, volumen

que consume en una sola ocasión, y entorno y circunstancias en que bebe (OMS, 2005).

Según Simonovis, Piras, Delgado, Pulido y Llatas (2007), el consumo social es una tendencia en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino hay tendencia del consumo de bebidas alcohólicas en edades comprendidas entre 40 y 50 años. La prevalencia de consumidores riesgosos son superiores en el sexo masculino, abarcando todos los rangos de edades, existiendo una tendencia a la disminución de la prevalencia con la mayor edad en ambos sexos. El consumo riesgo o perjudicial se observa en el sexo masculino, con tendencia a ser inferior con mayor edad, en el sexo femenino no se observa esta tendencia. La dependencia al alcoholismo es superior en el sexo masculino, con prevalencia en el rango de edades de 25-59 años.

Los problemas de salud asociados al alcohol han cobrado proporciones alarmantes, hasta hacer de su consumo uno de los más importantes riesgos sanitarios de todo el mundo. Según la OMS (2005), se trata del principal factor de riesgo en los países desarrollados con baja mortalidad y el tercero en los países subdesarrollados.

Alfonso, 1997; Bolet y Socarrás, 2003; González, 1994; González, 1995; González, 1996; González, 1998; González, 2002; González, 2003; González, 2005; González, 2006; León y Barrientos, 2002; del Río y Abreu, 2003; Sandoval y Hernández, 2004; Ugarte, 2007, han aportado datos de interés sobre esta adicción, la atención específica a la misma, cómo detectar y vencer esta adicción y los daños que ocasiona a la salud el consumo de alcohol, como sustancia depresora del Sistema Nervioso Central, en lo adelante SNC, que disminuye el autocontrol e impide el adecuado funcionamiento de los procesos psíquicos, y causa la muerte o morbilidad en todas las edades.

Evrard (2010), señala que el espectro de la enfermedad inducida por el alcohol oscila desde el síndrome fetal alcohólico hasta la cirrosis hepática. El consumo de alcohol es considerado como uno de los tres grandes enemigos de la salud

junto con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Afecta casi todos los órganos del cuerpo humano, así como el buen funcionamiento de la actividad sexual.

En relación a ello, Otero (2008), expone que el alcohol determina disfunciones sexuales, y si el consumo es excesivo y mantenido puede producir serias lesiones en órganos responsables de la respuesta sexual. Existe dificultad o imposibilidad de que un hombre logre la erección cuando se encuentra en estado severo de embriaguez. Las bebidas alcohólicas son depresoras de la función sexual en personas normales que ocasionalmente beben en exceso, el efecto depresor transitorio sobre el SNC, sobre el cerebro, médula espinal, actúa como bloqueador de los reflejos que determinan en gran parte la erección y la eyaculación.

Según informe de la OMS (2002), el alcohol produce, además, síntomas como insomnio, pesadillas, convulsiones, dolor de cabeza, depresión con conductas suicidas, celos, alucinaciones, delirium tremens, cambios en la memoria y en las capacidades intelectuales del enfermo alcohólico. El flujo sanguíneo cerebral del hemisferio frontal derecho aumenta por los efectos del alcohol y produce euforia. El consumo excesivo de alcohol deteriora las células del cerebro, las cuales, a diferencia de otras células no pueden reemplazarse, interviene en la libertad de elegir la forma de actuar y transformar las pautas del sueño, por lo que pudiera afirmarse que disminuye la capacidad del individuo para hacer frente al estrés.

Por otra parte, Martínez (2005), expone que el alcohol tiene un efecto bifásico sobre el cuerpo, lo cual quiere decir que sus efectos cambian con el tiempo. Inicialmente, el alcoholismo generalmente produce sensaciones de relajación y alegría, pero el consumo posterior puede llevar a tener visión borrosa y problemas de coordinación. Las membranas celulares son altamente permeables al alcohol, así que una vez que el alcohol está en el torrente sanguíneo, se puede esparcir en casi todos los tejidos del cuerpo. Tras el consumo excesivo, puede aparecer la inconsciencia y a niveles extremos de consumo pueden llevar a un envenenamiento por alcohol y a la muerte (con una concentración en la sangre de 0.55% (aproximadamente 5 gramos de

alcohol por litro de sangre) podría matar a la mitad de los afectados por parada cardiorrespiratoria tras afectación bulbar). La muerte puede también ser causada por asfixia si el vómito, un resultado frecuente de la ingesta excesiva, obstruye la tráquea y el individuo está demasiado ebrio para responder. Una respuesta apropiada de primeros auxilios a una persona inconsciente y ebria es ponerla en posición de recuperación. Cuando el alcohol llega a la sangre (entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido) se produce una disminución de los azúcares presentes en la circulación, lo que provoca una sensación de debilidad y agotamiento físico. Lo anterior es debido a que el alcohol acelera la transformación de glicógeno (una sustancia que se encarga de almacenar el azúcar en el hígado) en glucosa y ésta se elimina de forma más rápida.

Este autor refiere que otra acción del alcohol, es que inhibe a la vasopresina que es una hormona sintetizada por el hipotálamo y luego liberada por la neurohipófisis. Esta hormona es la responsable de mantener el balance de los líquidos en el cuerpo, ordenando al riñón que reabsorba agua de la orina. Si la función de la vasopresina falla, el riñón empieza a eliminar más agua de la que ingiere y provoca que el organismo busque el agua en otros órganos. Esto provoca que las meninges (membranas que cubren el cerebro) pierdan agua y por tanto aparezca el dolor de cabeza.

El ser humano no es violento por naturaleza. No obstante, la relación entre consumo de alcohol y conductas violentas constituye un problema social que a menudo tiene repercusión legal, y se ha ido incrementando en numerosas partes del mundo hasta, incluso, ser asumidas por algunas personas y grupos humanos como parte de la vida cotidiana, sea en forma resignada o como expresión de airadas protestas. Los efectos del alcohol sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central afecta directamente la conciencia, la que nos permite razonar sobre nuestra propia existencia y reflejar, de manera adecuada, la realidad circundante, por lo que el consumo de alcohol puede promover alteraciones en las percepciones e ideas de las personas que han ingerido esta sustancia, lo que influye de modo negativo en sus relaciones con los demás y en la comprensión cabal de las circunstancias vividas. También puede ocurrir desinhibición, pérdida de control emocional, ruptura de

códigos ético-morales y de las buenas costumbres de convivencia, lo que facilita la aparición de la violencia (Sandoval, 2010).

Tras un consumo reciente y elevado de alcohol suelen aparecer trastornos de la conducta. Los problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol afectan no solo a los bebedores, sino a los que lo rodean y a la sociedad en su conjunto. Dentro de estos trastornos podemos mencionar la desinhibición de impulsos sexuales o agresivos, actitud discutidora, labilidad afectiva, deterioro de la atención o juicio, todo lo cual interviene en el funcionamiento laboral, familiar o social (González, 2004).

En el 2006, González refiere que bajo la influencia del alcohol ocurre una verdadera decapitación de la región prefrontal del cerebro, y el consecuente bloqueo de los valores, principios y virtudes de los seres humanos. El consumo irresponsable de alcohol puede hacer que una persona sea violenta, que afecte la estabilidad familiar y que se asocie a ello la violencia intrafamiliar.

Núñez (2008), considera que el alcoholismo es una conducta negativa que se ha generalizado en todo el mundo, considerándose como uno de los factores que contribuyen al uso de la violencia en las relaciones entre las personas.

Más tarde, en el 2009, Fernández explica que el primer signo de alarma lo percibe la familia por los desajustes que observa en el bebedor. Empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, maltrato infantil y a su pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor poco a poco se margine, no perciba los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, en ocasiones se producen cambios temperamentales que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes.

Facundo (1998) y Sandoval (2001), consideran como funciones y roles más afectados dentro de la familia la pérdida de prestigio y autoridad, desprotección a los miembros de la familia, violencia, insatisfacción de necesidades, aplicación incorrecta de métodos educativos, manifestaciones antisociales, el

no desarrollo de valores morales positivos, la búsqueda de aceptación en grupos no positivos, entre otros.

La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.

Comas (1985), afirma que la palabra droga puede referirse a muchas sustancias, y sin embargo sólo parecen serlo aquellas calificadas culturalmente como tales. Por lo tanto, la conceptualización del término droga está más influenciada por circunstancias socioculturales de un determinado momento histórico que por las cualidades y efectos de un determinado producto en el organismo. Es precisamente en este contexto cultural, donde se ubica la problemática de la conceptualización del alcohol como droga.

Este autor refiere que al hablar de las drogas muchas veces no se piensa en las llamadas drogas institucionalizadas, es decir, en las sustancias cuya presencia y consumo están plenamente integrados en las pautas de comportamiento de la sociedad, aquellas que gozan del respaldo de la tradición histórico-cultural y cuya producción, venta y consumo no están penalizados. Pocas veces, en nuestra cultura, al hablar de las drogas, nos referimos al alcohol, al tabaco o al café, dado que se nos presentan como productos de uso común, aunque sean clasificables farmacológicamente como drogas en función de sus acciones sobre el organismo y sean capaces de crear toxicomanías más o menos severas.

Llopis, Pons y Berjano (1996), plantean que la polémica parece siempre centrarse, de manera parcial y por tanto errónea, en las sustancias no integradas, en las no pertenecientes al acervo cultural de referencia, es decir en aquellas que son consideradas exóticas dentro del sistema cultural de valores. Como consecuencia, el consumidor de ciertas drogas carentes de aceptación social, será etiquetado en muchas ocasiones como un delincuente, o en el mejor de los casos como un “desviado”, mientras que con el consumidor de drogas institucionalizadas, caso del alcohol, la sociedad será más permisiva y más benevolente.

Recientemente, a raíz de la 58 Asamblea Mundial de la OMS, se declara como el factor de riesgo de mayor importancia para enfermar el uso indebido de alcohol en la región de América Latina. Esta categoría incluye tanto, los efectos del alcohol en quienes padecen de alcoholismo en cualquiera de sus formas clínicas, como los problemas derivados de la influencia alcohólica embriagante en sujetos no enfermos de alcoholismo, y también los problemas vinculados al uso irresponsable, inoportuno o transgresor de prohibiciones médicas bien establecidas (González, 2012)

A continuación el mismo autor comenta que el uso indebido de alcohol en sujetos no alcohólicos implica mayores costos sociales globales que los vinculados al uso indebido en pacientes alcohólicos. También se identifica el uso indebido de alcohol como el principal riesgo para la salud entre los veintisiete indicadores monitoreados por la OPS en nuestra región, hecho destacado sobre todo en los países de baja mortalidad y natalidad.

González (2012), considera que en todo el tercer mundo, la repercusión global de dichas conductas inadecuadas ante el alcohol (alcohólico y no alcohólico) tiene una significación médico-social comparable al paludismo, el sarampión o el dengue. En EUA, se vincula a doscientas mil muertes al año, veinticinco mil de ellas por fatalidades del tránsito, a ciento cincuenta mil personas de todas las edades que padecerán graves invalideces físicas o psíquicas, y a mil trasplantes hepáticos, así como al nacimiento, cada año, de trescientos cincuenta mil niños bajo el efecto del alcohol y otras drogas

Atendiendo ahora a las acciones que el producto genera sobre el organismo, nos encontramos con las definiciones que gozan de un prestigio más elevado en el concierto internacional, al menos dentro del campo de las ciencias biológicas. Así, Kramer y Cameron (1975), en su Manual sobre dependencia de las drogas, realizado por encargo de la O.M.S, apuntan una definición de droga que podemos considerar como clásicamente utilizada y admitida. Desde esta perspectiva, droga sería toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones. Sin embargo, una definición como ésta no nos serviría para delimitar el concepto sociocultural del alcohol como droga, puesto que, como ya hemos apuntado, aún siendo esta sustancia

incluible en la definición -el alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, muy pocas personas partícipes de nuestra cultura, afirmarían que “alguien se está drogando” cuando se encuentra bebiendo cerveza, vino o algún licor destilado.

Las dificultades para conceptualizar el alcohol como una droga, estarían enraizadas en la consideración, culturalmente consensuada, de que droga es aquella sustancia extraña al propio grupo sociocultural de referencia, que es tomada de forma clandestina o semiclandestina por elementos marginales de la sociedad –dadas sus características de rechazo social del propio producto-, cuyo consumo compulsivo es considerado como “enfermedad” o “vicio” y su comercialización o intercambio está penada por las leyes al uso (Ruíz, 2010).

El alcoholismo es uno de los problemas de la sociedad contemporánea que merece un análisis científico por los factores con que este se relaciona, entiéndase factores que lo propician y consecuencias. El alcohol no es solo la drogadicción más generalizada, sino que además abre las puertas para el consumo de otras sustancias tóxicas.

La más relevante toxicomanía a nivel mundial es el alcoholismo. En Cuba constituye un problema social que pone en peligro nuestras conquistas porque ejerce una influencia negativa directa en la familia y en la formación de niños y adolescentes.

El criterio tóxico se refiere al daño biológico, psicológico y social inherente a la ingestión inadecuada del mismo. La intoxicación etílica es quizás una de las pocas intoxicaciones que la inmensa mayoría de la población ha sufrido. Cualquier sustancia que provoque euforia, acostumbramiento, hábito, síntomas de dependencia y de abstinencia puede considerarse una toxicomanía, y a la persona sometida a la misma un toxicómano (González, 2006).

Según este autor, las toxicomanías no se limitan a configurar enfermedades propias de ciertos grupos identificables, sino también que por poderosas razones económicas tienden a difundirse en todas las esferas sociales. Es casi imposible evitar el acceso de la droga al público “especialmente el alcohol”.

La CIE-10, categoría que describe la adicción a sustancias psicótropas que causan daño por su uso abusivo y su poder adictógeno al estilo de vida, costumbres y hábitos en los consumidores de dicha toxicomanía, las desglosa en:

F10.0 Intoxicación aguda.

F10.1 Consumo Perjudicial.

F10.2 Síndrome de dependencia.

F10.3 Síndrome de abstinencia.

F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium

F10.5 Trastorno psicótico.

F10.6 Trastorno amnésico.

F10.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F10.8 Otros trastornos mentales o por comportamiento.

Tras la ingesta de alcohol se producen a corto plazo una serie de efectos o síntomas, dependientes de la dosis ingerida aunque afectan otros factores individuales.

1- Fase de euforia y excitación. Tasa de alcoholemia: 0,5 g/L. Locuacidad, euforia, desinhibición, conducta impulsiva y agresiva.

2- Fase hipnótica o de confusión. Tasa de alcoholemia: 2 g/L. Irritabilidad, agitación, somnolencia, cefalea, disartria, ataxia, dismetría, náuseas y vómitos.

3- Fase anestésica o de estupor y coma. Tasa de alcoholemia: 3 g/L. Lenguaje incoherente. Disminución marcada del nivel de conciencia (obnubilación y coma) y del tono muscular. Incontinencia de esfínteres. Dificultad respiratoria.

4- Fase bulbar o de muerte. Tasa de alcoholemia: 5 g/L. Shock cardiovascular. Inhibición del centro respiratorio. Parada cardio-respiratoria y muerte.

En la actualidad el alcohol forma parte de nuestra vida social y cultural, y en general se observa una excesiva permisividad en el consumo, e incluso abuso de bebidas alcohólicas. Por un lado se intenta otorgar a las bebidas alcohólicas un valor nutritivo, estimulante o incluso protector de la salud, y por el otro se observa un rechazo social al abuso (Chávez, Gerez y Vázquez, 2007).

No obstante, se piensa que desde una posición holística en la comprensión del funcionamiento personal, tal regularidad impulsiva y compulsiva en el consumo recurrente y desmedido del alcohol en estas personas poseen en su base la movilización o activación de factores dinámicos y motivacionales muy ligados a las características personológicas del sujeto en cuestión.

1.2- El funcionamiento personal del paciente alcohólico.

Según De Casarino y De Leonetti (1992), citado en De Macedo, 2006 para desarrollar la farmacodependencia es necesario la confluencia de tres factores: la droga, el medio facilitador o medio social y una persona con una estructura de personalidad vulnerable.

A partir de lo anterior, sin dudas resulta útil enfocar las adicciones desde diferentes ámbitos y dimensiones de expresión y determinación: biológica, psicológica, interrelacional y macro-social, ya que para entender como surgen y se desarrollan se requiere analizar los componentes internos y externos implicados y valorar, en consecuencia, como proceder para la rehabilitación (García, 2010).

Aunque de acuerdo a los objetivos de este trabajo se enfatizará en la dimensión psicológica o personológica.

¿Tiene la drogodependencia una predisposición psicológica? ¿Es posible saber si alguien usará drogas a lo largo de su vida estudiando los rasgos de su personalidad?

Aunque la actitud más extendida entre los especialistas es la de no encasillar a las personas que abusan de sustancias, hay estudios que demuestran la

existencia de constantes psicológicas que subyacen en una personalidad adictiva (Perrone, 1999).

La misma autora señala que un tema de gran interés en la investigación sobre las adicciones es la búsqueda de diferencias en la personalidad entre quienes padecen este problema y quién no lo padece. Estos datos serían de enorme interés, tanto para el tratamiento de las personas afectadas como para la prevención y detección precoz de conductas de riesgo. A su vez enuncia un sistema de creencias que subyace a la personalidad adictiva y que explican el proceso hacia la drogodependencia cuando hay un ambiente favorable:

- ❖ La perfección es posible.
- ❖ Yo debo tener el poder: éxito, riqueza, etc.
- ❖ Yo debería conseguir lo que quiero YA.
- ❖ Yo debería estar libre de dolor.
- ❖ La vida debería estar libre de esfuerzo.

La imposibilidad de cumplir con ese sistema de creencias hace que se produzcan distorsiones del tipo de:

- ❖ Yo no soy bastante.
- ❖ Soy incapaz de tener incidencia en el mundo.
- ❖ Los sentimientos son peligrosos.
- ❖ La imagen lo es todo.
- ❖ Yo debería satisfacer mis necesidades indirectamente.

Como resultado, la autora propone los siguientes rasgos que, según ella, subyacen en la personalidad adictiva. Entre ellos se encuentran la escasa tolerancia a la frustración, las dificultades para expresar los sentimientos, el adormecimiento emocional y la falta de fronteras. También cita los sentimientos de soledad y pertenencia, la dificultad para ligar presente y futuro (proyectos

utópicos), la avidez de poder y control y una pseudo-identidad acompañada por el vacío interior.

Últimamente, una de las áreas que genera gran interés entre los investigadores es el estudio de las características de personalidad en los individuos dependientes de sustancias psicoactivas. Las primeras aproximaciones al estudio de la personalidad de estos sujetos intentaban delimitar o definir la existencia de una personalidad adictiva; sin embargo, hoy en día la mayoría de autores sostiene que no existe una personalidad típica, si no rasgos comunes a todos los adictos (Sánchez-Hervás y Ver Jano, 1996; Lahuerta y Lloret, 1994, citado en Mateos y Mateos- Agut, 2005).

En este mismo estudio se precisa que las variables de personalidad que se han relacionado con el consumo de drogas, de acuerdo con Zavaleta (2001), son: búsqueda de sensaciones, conflicto de identidad, poca tolerancia a la frustración, rasgos antisociales, impulsividad, autoestima y autoconcepto inadecuados, sentimientos de culpa, miedo o temores irracionales, tensión, ansiedad asociada a sentimientos de inferioridad e inadecuación, entre otros (Mateos y Mateos- Agut, 2005)

Rodríguez, Baldo y Cardoso (2000), obtienen como resultado que el carácter introvertido fue el que predominó en un estudio descriptivo transversal. A los sujetos clasificados como consumo perjudicial y dependencia alcohólica se les aplicó el inventario de personalidad de Eysenck que identifica rasgos psicológicos de la personalidad. En una muestra de 34 alcohólicos 28 poseían dicho rasgo para un 82,35 %, para un valor de $p < 0,05$, altamente significativo.

Inglés y otros (2006), dan cuenta de otro estudio cuyo objetivo fue proporcionar una visión general de algunas de las variables de personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) asociados al consumo de drogas legales en una muestra de adolescentes españoles de enseñanza secundaria (ES) a partir del inventario de personalidad de Eynseck.

Los datos obtenidos permiten concluir que el consumo de alcohol se relaciona con puntuaciones en extraversión y psicoticismo, aunque únicamente se

identifica como factor de riesgo la extraversión en adolescentes del segundo ciclo de Enseñanza Secundaria.

Según Eysenck , extraversión y neuroticismo constituyen variables predictoras del consumo de tabaco. Definió a los sujetos extrovertidos como personas sociales que anhelan la excitación y la búsqueda de sensaciones nuevas, fáciles de aburrir y con una fuerte tendencia a evitar la monotonía, planteó la posibilidad de que las personas extravertidas fuman porque se aburren y desean elevar su nivel cortical de excitación, mientras que las personas neuróticas consumen estas sustancias para reducir sus tensiones y ansiedades (Eysenck, 1994, citado en Inglés y otros, 2006). Las razones expuestas por Eysenck respecto al consumo de tabaco podrían aproximarse a las proporcionadas para el consumo de alcohol en su relación con la variable extraversión. Así, se ha observado que bajas dosis de alcohol tienen un efecto excitatorio en las vías neuronales dopaminérgicas, lo que sugeriría que el alcohol representa una acción farmacológica de recompensa, por lo que la búsqueda de éste se considera como una clase especial de conducta de exploración (Cloninger, 1986 citado en Inglés y otros, 2006).

Koldobsky, (2010), apunta que los niveles más graves de trastornos por uso de sustancias se asocian a una patología del carácter (rasgos) más que a un trastorno de personalidad pleno.

Fernández (2009), refiere la relación entre rasgos de personalidad, motivaciones y tipo de consumo.

-Timidez, inseguridad y dependencia afectiva: la motivación es "pasar el rato", y lo que justifica el consumo es el aburrimiento.

-Baja tolerancia a la frustración, sentimientos de culpa e inferioridad: la motivación es huir y lo que justifica el consumo es el evadirse de la realidad.

-Conformismo, búsqueda de sensaciones: la motivación es para experimentar y la justificación del consumo es el desafío.

A lo largo de los últimos años distintas investigaciones clínicas avalan la hipótesis de que existen rasgos característicos que definirían la personalidad

del alcohólico, mientras que otros autores, no menos numerosos, defienden que el conjunto de rasgos observados podrían ser debidos a los efectos directos del alcohol sobre la biología, la capacidad operacional y relacional del sujeto y su entorno, pero que remitirían tras suspenderse el consumo de alcohol (Casariego, Morera, Henry, Valenciano, Bello y Cuesta, 1995, citado en Mateos y Mateos-Agut , 2005).

Los mismos autores hacen referencia al modelo psicobiológico de la personalidad de Robert C. Cloninger, que integra la personalidad en los componentes: biológico y psicológico y ofrece una especial utilidad porque permite discriminar entre los aspectos más vinculados al aprendizaje (carácter) y aquellos con mayor sustrato biológico (temperamento).

En los resultados de un estudio basado en el Inventario de Temperamento y Carácter (T.C.I.) de Cloninger, aparecieron diferencias significativas y consistentes en dos rasgos: búsqueda de novedad, mayor en adictos, y autodirección, mayor en población general.

Búsqueda de novedad: Se define como la tendencia heredada a responder fuertemente a estímulos nuevos y señales ambientales de recompensa, así como la evitación de la monotonía y el castigo. Las personas con alta puntuación en este rasgo tenderían a comportarse de forma inquieta y desordenada, responder impulsivamente y requerir estimulación permanente, mostrando gran dificultad para adaptarse a rutinas sociales y a mostrar los comportamientos que se espera de ellos en su entorno relacional. Este rasgo se ha encontrado fuertemente relacionado con la actividad del neurotransmisor cerebral dopamina a su vez consistentemente implicado en las conductas adictivas.

Autodirección: se define como la habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a cada situación, de acuerdo con sus propias metas y valores. Las personas que puntúan bajo en este rasgo tenderían a presentar una pobre autoestima, una tendencia a estados depresivos y ansiosos fundamentalmente en una pobre capacidad para determinar sus objetivos vitales y obrar en consecuencia. La definición de este rasgo muestra una enorme similitud con las denominadas funciones ejecutivas

de los lóbulos frontales del cerebro, encargados del control y planificación del comportamiento, establecimiento de metas y toma de decisiones.

En cuanto a descartar o afianzar la idea de la existencia de unos rasgos característicos de las personalidades alcohólicas. Los autores asumen que las diferencias encontradas entre ambos grupos indican que pudieran separarse los perfiles de personalidad de nuestros alcohólicos y la población no clínica estudiada, si bien insisten en la idea de que no se pudo valorar la influencia directa del alcohol en estos sujetos, por acción directa y permanente o a largo plazo del alcohol sobre la estructura cerebral o por las necesidades de readaptación al estado de abstinencia un mes después de abandonar su consumo.

Según los autores las diferencias encontradas apuntan a que los adictos, por una parte, mostrarían una tendencia a la toma de decisiones rápidas e irreflexivas, que, a pesar de conllevar consecuencias negativas, se repetirían una y otra vez, compulsión a la repetición, y, por otra, una tendencia a desarrollar una conducta desorganizada, no dirigida a metas, con pobre asunción de responsabilidades derivadas de las propias decisiones, inadecuada gestión de los recursos disponibles y un sentido general de incoherencia entre la propia concepción de sí mismo, las metas establecidas y las estrategias utilizadas para alcanzarlas.

La consulta de otros estudios similares realizada por los autores, parece indicar que, en alguna medida, estos rasgos preceden a la adicción, siendo la impulsividad una de las variables más estudiadas como predisponerte al consumo temprano y desorganizado de sustancias, y la autodirección el producto de un incompleto o inadecuado proceso de educación y aprendizaje.

Sin embargo, los autores agregan que las diferencias encontradas pueden explicarse en buena parte no solo por los efectos farmacológicos de la sustancia, sino también por los efectos del proceso adictivo, el estrés asociado a la adicción, el empobrecimiento estimular y la acumulación de eventos adversos provocado por la conducta de consumo.

En esta misma dirección otros estudios señalan que los pacientes alcohólicos obtienen puntuaciones significativamente más altas en la búsqueda de novedades y más bajas en la autodirección que los individuos sanos (Basiaux y otros, 2001; Le Bon y otros, 2004 citado en Nery y otros, 2009) y una mayor búsqueda de novedades se asocia con el abuso de múltiples sustancias en drogadictos (Conway y otros, 2003, citado en Nery y otros, 2009)

La relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias también ha sido explorada en distintos estudios. Así, Berrocal, Ortiz-Tallo, Fierro y Jiménez (2001) citado en Saiz y otros, 2009 hallaron en un grupo de personas dependientes de la heroína, que éstos tendían a puntuar más bajo en los rasgos de personalidad tesón y apertura mental, medidos con el *Big-Five Factors Questionnaire*. Utilizando esta misma medida, Pedrero (2002) encontró una tendencia a mostrar puntuaciones bajas en estabilidad emocional en personas demandantes de tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, cocaína o heroína. Del mismo modo, Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu y Costa (2008) hallaron puntuaciones especialmente bajas en neuroticismo o estabilidad emocional y tesón o responsabilidad en consumidores y ex-consumidores de cocaína y/o heroína.

Vinet, Faúndez y Larraguibel, (2009), refieren que a nivel internacional, la personalidad ha sido considerada en numerosos estudios sobre consumo de drogas, utilizándose diversos instrumentos de evaluación para caracterizar a los adolescentes consumidores; entre ellos destaca el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, MACI.

Diversos estudios han utilizado el MACI para caracterizar a adolescentes consumidores de sustancias. En Estados Unidos de Norteamérica se encontró que los adolescentes diagnosticados con trastornos por consumo de sustancias (TCS) se diferenciaban de los adolescentes diagnosticados con otro tipo de trastornos en 14 de las 27 escalas clínicas, destacando puntuaciones significativamente más altas en las escalas Trasgresor, Insensibilidad Social, Predisposición a la Delincuencia y Tendencia al Abuso de Sustancias y significativamente más bajas en Sentimientos Ansiosos.

En Chile se encontraron diferencias significativas, expresadas en puntajes directos, entre una muestra de adolescentes varones consumidores de drogas y una muestra de escolares sin antecedentes de consumo en todas las escalas clínicas del MACI con excepción de Insensibilidad Social, las diferencias más importantes fueron la elevación de los puntajes de los consumidores en la escala Trasgresor y el decremento en la escala Conformista (Alarcón y Faúndez, 2004)

Esta tesis distinguió en los consumidores cuatro tipos diferenciales obtenidos a través de un análisis de conglomerados de las escalas de Patrones de la Personalidad. Ellos fueron denominados según sus características más relevantes como Inhibido-Emocionalmente, Oposicionista-Trasgresor, Subclínico y Egoísta-Dramatizador. Todos compartieron elevaciones significativas en el patrón de personalidad Trasgresor y la Tendencia al Abuso de Sustancias, sin embargo fue el tipo Oposicionista-Trasgresor el que reunió el mayor número de casos con abuso y dependencia de drogas.

Los principales resultados de este estudio permiten afirmar que el MACI discrimina adecuadamente entre adolescentes con TCS y adolescentes consultantes sin TCS, evidenciando, en varones y mujeres, diferencias significativas en 13 de las 27 escalas clínicas del MACI.

Sánchez-Hervás, Morales y Gradolí (2004), citado en De Macedo, (2010), indican que en algunos casos puede observarse una serie de problemas previos a la farmacodependencia, relacionados con patrones rígidos y desadaptativos de personalidad, donde el consumo de drogas es una opción probable.

Zavaleta, (2001), citado en De Macedo, (2010), por su parte, afirma que para aquellos sujetos que presentan personalidades complejas o patológicas, el consumo de sustancias psicoactivas constituye a menudo la única alternativa para enfrentarse a los problemas personales, estas personas suelen ser más susceptibles a reaccionar favorablemente a la adicción.

Otros autores señalan que el consumo acentúa y refuerza ciertos rasgos de personalidad, que en un inicio no eran necesariamente desadaptativos. Así,

muchas personas ven acentuados rasgos compulsivos, narcisistas, impulsivos, entre otros, que luego con el consumo prolongado de sustancias, pueden devenir en trastornos de personalidad si constituyen patrones inflexibles y desadaptativos de formas de percibir, pensar y relacionarse, causando malestar subjetivo y un deterioro significativo en las diversas áreas de funcionamiento del individuo.

Como se desprende de todo lo anterior, el campo de la drogodependencia es muy complejo y delicado, siendo muy importante el estudio de las características de personalidad de los consumidores por su repercusión en el curso de dicho fenómeno.

Por lo general, las diversas teorías coinciden en que una estructura de personalidad vulnerable constituye un factor predisponente para la dependencia a sustancias psicoactivas (De Macedo, 2006)

Esta vulnerabilidad, es producto de crisis vitales o psicológicas que pueden presentarse a lo largo del desarrollo del sujeto, principalmente durante la infancia. Es por esto que cuando han fracasado los esfuerzos promocionales, protectores y preventivos, la opción de la atención rehabilitatoria debe garantizarse con el mejor nivel posible.

¿Qué aspectos de la personalidad están en la base del funcionamiento personal del paciente alcohólico?

Los procesos psicológicos básicos, esto es, cómo percibimos y sentimos, el papel de la atención, la memoria y la inteligencia, los tan importantes procesos de aprendizaje, cómo pensamos y el papel de la cognición comunicación, influencia social y cognición social, la personalidad, la consciencia..., los hay que tener en cuenta para comprender, explicar y poder prevenir y tratar el consumo de drogas (Becoña, 2007)

La conducta alcohólica implica la participación de toda la personalidad. El sujeto como totalidad incorpora en este sus temores, inhibiciones, incertidumbres sobre sí, sus deseos y aspiraciones.

La “regulación” del comportamiento del sujeto en relación al consumo irresponsable de alcohol, y el sentido que este alcanza para él, descansa en

una integración de elementos estructurales y funcionales de la personalidad que se organizan en una configuración personológica, de expresión particular hacia dicho comportamiento, en el cual se satisfacen múltiples necesidades: de afecto, comprensión, apoyo emocional, compañía, reconocimiento, protección, seguridad, de estatus, de autoafirmación, autoestima, autorrealización, etc. Estas necesidades se expresan en síntesis de elementos del sentido de la vida, concepción del mundo, procesos autovalorativos, capacidades, comunicativas, que articulados en un sistema integral motivado, tornan posible, necesario y significativo la conducta inadecuada. La configuración personológica, que se estructura, hacia la toxicomanía, se apoya en diversas necesidades que nutren la orientación central hacia esta conducta e intervienen en la regulación y autorregulación del comportamiento en la conducta alcohólica.

El alcoholismo como enfermedad psíquica produce en muchos casos una verdadera degradación de la personalidad (González, 2012).

Las alteraciones de la personalidad, se conciben no como una suma de rasgos externos interrelacionados, sino como formaciones integradoras de la misma que tienen un carácter funcional y dinámico, destacándose entre ellas, la estructura jerárquica de motivos, la autovaloración, etc. Tampoco entendemos aquí los trastornos de la personalidad como vienen explicados en los manuales de diagnóstico y clasificación o en los textos de Psiquiatría.

Se han hecho estudios de personalidad en sujetos adictos al juego, encontrando ciertas características (que no "rasgos") de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: la impulsividad; la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.); y la búsqueda exagerada de sensaciones (Carpio, 2009)

Siguiendo a Zeigarnik, 1980."... hablamos de alteraciones de la personalidad cuando por influencia de la enfermedad en el sujeto

escasean los intereses, se empobrecen las necesidades, cuando en él aparecen actitudes indiferentes hacia lo que antes lo inquietaba, cuando sus acciones están desprovistas de una orientación determinada, cuando la conducta llega a ser impensada, cuando el hombre deja de regular su conducta y no se halla en condiciones de una valoración adecuada de sus posibilidades...” (p.15).

Otra de las configuraciones psicológicas que participa con mayor incidencia reguladora en el comportamiento adictivo, es la autovaloración y los diversos procesos y dimensiones asociadas a ella (autoconciencia, autoidentidad, autoestima o autovaloración)

El autoconocimiento y la identidad personal se estructuran y desarrollan en el proceso de la relación interpersonal. La delimitación de sí mismo como diferente, la autoconciencia, se produce en el contacto con la realidad, con las otras personas y con uno mismo, en virtud de un proceso de comparación entre lo que uno es y lo que uno no es. Ello pasa, en primera instancia por la autoconciencia corporal. Esto va articulándose en el desarrollo, con la necesidad de reconocimiento, de vital importancia para el desarrollo de la personalidad (Fernández, 2006).

La misma autora define la identidad personal y la autoestima, la primera es la percepción de sí mismo como único, irrepetible y diferente. La autoestima constituye la dimensión afectiva de la autovaloración, significa cuánto el sujeto ama, acepta y se estima a sí mismo.

Para que exista la autoestima, se requiere, primeramente, la presencia de la autoconciencia referida a la función de reflejar conscientemente sus estados y vivencias internas, propiedades psíquicas y cualidades personales (García, 2008).

Puede hablarse de tres niveles básicos en los que se puede ubicar o clasificar la autovaloración:

- **Sobrevaloración o sobre estimación:** Tiene en su base inseguridad en sí mismo, aunque no concientizada por el sujeto. Se trata de otra arista del egocentrismo, que induce a quien la posee, a emplear excesivas

energías en autoadmirarse. Ello entorpece la comprensión empática y la sensibilidad, ya que la inseguridad y falta de solidez en la autoidentidad, le inducen a asumir como riesgosos puntos de vistas contrastantes, que tienden a generalizaciones extremas (Fernández, 2006). Las consecuencias inmediatas de la presencia de este fenómeno en la personalidad del toxicómano, lo constituye, una conciencia tardía de la enfermedad, ya que la soberbia ciega el entendimiento, entonces sufre un mayor número de complicaciones, hasta tanto, una vez rendido, salga a buscar ayuda profesional, pero cuando la encuentra, puede juzgar de “perorata” las intervenciones del equipo de salud, obstaculizando la efectividad del proceso de rehabilitación (García, 2008).

Según Sandoval y Hernández (2004), hay efectos producidos por el alcohol que promueven la sobrevaloración y seguridad en sí mismos del sujeto, lo que unido al entorpecimiento de sus capacidades de juicio y razonamiento, así como al retardo en los reflejos, constituyen una de las principales causas de accidentes.

- Valoración adecuada o ajustada. Supone la posibilidad de llegar a conocerse íntimamente de manera creciente, aceptarse, amarse y ser dueño de sí, siendo más ricos y variados los contenidos autovalorativos. Tales recursos permiten al sujeto, librarse del exterior, lo cual proporciona una acción reguladora sobre los propios recursos personológicos, para mejorarlos, para potenciarlos. Esto posibilita confianza, tranquilidad y autorrespeto, mayor independencia, la adopción de mejores decisiones, así como la configuración de mejores relaciones con los demás (Fernández, 2006). Ocurre también que muchas personas que gozan de una correcta autovaloración llegan, mediante el consumo de drogas, a establecer apreciaciones de inferioridad por su condición de toxicómanos (González, 2002, citado en García, 2008).

- **Subvaloración:** Genera inseguridad en sí mismo y ansiedad, y vuelca al sujeto hacia la valoración social. El sujeto en este caso, se apoya más en lo que cree que los demás piensan de él, se torna dependiente de los criterios y valoraciones de los otros y tiende a regular su comportamiento sobre la base de criterios externos. Es frecuente la aparición de las vivencias de culpa, de aislamiento, e indignidad, incapacidad para la apertura comunicativa y, en su lugar, una tendencia defensiva y ansiosa (Fernández, 2006) Las consecuencias posibles de una subvaloración, en el adicto, pueden apuntar hacia el riesgo de una muerte por sobredosis por la vía del “consumo de autocastigo” (García, 2008).

Cuando se mezclan en una personalidad, un tipo de adicción, con un tipo o estado de autoestima, el desarrollo de la toxicomanía no tiene lugar del mismo modo, sino con peculiaridades que la diferencian, se activan mecanismos psicodinámicos propios resultantes de esa mezcla, de ahí surge uno de los requerimientos de la personalización del tratamiento. Aquellos pacientes, que a su vez se subvaloran, se desarrolla, con más facilidad un cuadro depresivo, que complica y concomita con el cuadro de la abstinencia, no ocurriendo así, por lo general, con aquellos que movidos por una sobreestimación devienen adictos (García, 2008).

Los efectos del alcohol sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central afecta directamente la conciencia, la que nos permite razonar sobre nuestra propia existencia y reflejar, de manera adecuada, la realidad circundante, por lo que el consumo de alcohol puede promover alteraciones en las percepciones e ideas de las personas que han ingerido esta sustancia, lo que influye de modo negativo en sus relaciones con los demás y en la comprensión cabal de las circunstancias vividas. También puede ocurrir desinhibición, pérdida de control emocional, ruptura de códigos ético-morales y de las buenas costumbres de convivencia, lo que facilita la aparición de la violencia (Sandoval, 2010).

En términos neuropsicofisiológicos las necesidades biológicas y su satisfacción se expresan mediante comportamientos instintivo-afectivos, mientras que las espirituales lo hacen a nivel cognitivo-volitivo racional. El nivel adaptativo

instintivo afectivo, presente desde etapas muy tempranas de la filogenia, lo compartimos con los animales inferiores, mientras que el cognitivo volitivo racional, regido por la conciencia, es exclusivo del ser humano. Phineas Gage, el ferroviario inglés que a fines del siglo XVII sufrió por una explosión, grave daño prefrontal cuando una varilla de acero le penetró por su ojo derecho y surgió por la región frontotemporal izquierda, pasó a la historia de la medicina, no solamente por haber sobrevivido en sus tiempos a dicho accidente, sino por haber dejado de ser un ciudadano ejemplar para transformarse en el peor de los antisociales. Esta observación, ratificada por las lesiones prefrontales de los soldados durante la primera y segunda guerras mundiales, permitió inferir que dicha zona del cerebro tiene mucho que ver con los valores morales, los principios y las virtudes (González, 2012).

1.3 – Aspectos dinámicos y motivacionales en el sujeto adicto.

Estos hallazgos en la dinámica cortical nos permiten comprender los aspectos dinámicos y motivacionales que hace permanente y persistente la recurrencia a la droga

Los conocimientos actuales permiten igualmente reconocer que todas las drogas que modifican el comportamiento bloquean la región prefrontal y por otra parte, liberan centros límbicos, así como otras estructuras subcorticales, y que las consecuencias conductuales de estos efectos se manifiestan tanto en sujetos bajo la influencia del tóxico, sin ser adictos, como en aquellos que cumplen los criterios diagnósticos consumo perjudicial o de dependencia alcohólica. Estos conceptos se corresponden en forma respectiva con la degradación ético deontológica aguda y crónica, que se manifiestan nítidamente durante la evolución deteriorante de los pacientes alcohólicos (González, 2010).

Las expresiones clínicas de dichas disfunciones bajo el efecto de drogas como el alcohol y otras que modifican la conducta, así como durante los brotes psicóticos serían:

1) Comportamientos antiéticos como producto de la anulación del "freno" prefrontal supraorbitario.

2) Conductas atávicas como (agresión e incesto), y respuestas patológicas de acercamiento (adiciones y parafilias) o de evitación (agresiones, destructividad o pánico) determinadas por la liberación límbica.

Finalmente, lo que proponemos llamar "decapitación prefrontal" asociada a la influencia de drogas no nicotínicas que modifican la conducta (para nosotros drogas duras), se expresaría en la práctica por notable reducción de los valores y virtudes, así como marcado incremento de conductas que Freud hubiese llamado regresivas.

A partir de este concepto es fácil comprender la frecuente asociación de distintas formas de violencia, intrafamiliar o no, caracterizadas por maltratos físicos, violaciones, abuso sexual, conductas suicidas u homicidas; maltrato psicológico que se manifiestan en ofensas, humillaciones, prohibiciones para el ejercicio de derechos, accidentes de tránsito o laborales.

También podemos incluir las afectaciones en las relaciones interpersonales con vecinos amigos e incluso personas desconocidas; y otras manifestaciones similares de agresividad física o mental (muchas de las cuales pueden llegar a la tipificación delictiva) con variados grados de intensidad y circunstancias, bajo los efectos de la ingestión de bebidas alcohólicas.

Una vez que la persona comienza el consumo de los tóxicos y tiene lugar el proceso de habituación gradual, desde luego, con diferencias personales, atendiendo al tipo de persona, tipo de tóxico que suele consumir, circunstancias que le rodean, entre otros aspectos que incluyen lo constitucional (biológico), comienza a tener lugar un fenómeno común a todo adicto, el cual consiste en una gradual desatención de sus motivaciones, intereses, sus objetivos, y metas en la vida (Zaldivar, 2004, citado en García, 2008), si es que existían, ahí comienzan los signos de irresponsabilidad social, se reduce el cumplimiento de sus deberes sociales como padre o ya como hijo o tal vez como esposo o como trabajador, si es que trabajaba, deja de asistir a

los lugares que antes visitaba, a las actividades deportivas o recreativas, como pudo haberlo hecho anteriormente, se reduce el círculo de amigos, entre otros signos, que cuanto menos pueden ser explicados por una reducción de intereses, entonces llega un momento que nos encontramos con el llamado síndrome amotivacional (Quiroga, 2002, citado en García, 2008), donde el prefijo “a” que significa “sin”, nos refleja este fenómeno. Aunque más bien lo que tiene lugar en el adicto es una focalización o puntualización de los intereses hacia y casi solo hacia el consumo de alcohol o del tóxico en cuestión del que se trate (González, 2005, citado en García, 2008)

Los adictos suelen ocupar gran parte de su tiempo en todo lo relacionado con los tóxicos, ya sea consumiendo, buscando el modo de conseguirlo o bajo los efectos de dichas sustancias, esto, como es lógico, implica, además de una alteración patológica del estilo de vida, una manera de dejar inoperantes las motivaciones que pudieron existir, paralizando así la vida edificante o constructiva del sujeto (García, 2008)

.El tiempo utilizado por un drogadicto para planear la adquisición de la droga, para obtener los recursos económicos con que comprarla, para contactar con otros consumidores, para consumir, y para disimular el consumo, casi ocupa la mitad del tiempo “despierto” disponible y en ocasiones hasta más, y esta *dedicación priorizada* rivaliza con nefasto éxito con el resto de las gestiones (González, 2005)

Como se puede ver claramente, si las motivaciones constituyen un componente de la personalidad, si para estar personalmente sano se requiere poseerlas, por supuesto, aquellas que sean sana deben estar plenos de intereses varios, objetivos y metas en la vida, Es, por tanto, fácil comprender que las adicciones le arrebatan intereses a las personas que las sufren, los despojan de planes y metas ya que, el ser humano hace algo sólo si esta de alguna manera motivado y mientras mayor sea esa motivación más seguido lo hará. (Calviño, 2002, citado en García, 2008).

Las metas, que pueden ser a corto o a largo plazos, constituyen pasos intermedios en el camino hacia una finalidad mayor. Los planes constituyen el diseño o la manera cómo hemos pensado llevar a cabo todo aquello que nos

hemos propuesto lograr. Toda esta formación llega a conformar aquella parte de una persona sana que se denomina proyección futura.

La decisión de reorganizar las motivaciones tiene, ante todo, la finalidad de anteponerlas al deseo de consumir los tóxicos, no se trata de negarlo o de luchar contra este, sino que la estrategia consiste en encausar, hacia otras direcciones, la atracción, el interés, las motivaciones, y en la medida que se haga mejor, será más efectivo, a su vez, combate la ociosidad, un importante factor de riesgo (García, 2008).

Capítulo II. Diseño Metodológico

2.1 Concepción metodológica.

La presente investigación se sustenta metodológicamente en el enfoque cuantitativo. Este enfoque ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y las magnitudes de estos. También, brinda una gran posibilidad de replica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares (Hernández, Fernández-Collada y Baptista, 2006).

La utilización de dicho paradigma en este estudio permite caracterizar las particularidades psicológicas de dos grupos de pacientes dependientes alcohólicos de manera objetiva, con el propósito de describir aquellas que han influido en el proceso de rehabilitación y compararlas con aquellas que poseen los pacientes que recayeron.

Se pretende definir un grupo de variables a priori y medirlas de forma efectiva, llegando a un conocimiento general en el tema, a través de la interpretación estadística de los datos obtenidos, donde se asumirá por parte del investigador una postura imparcial.

2.2 Tipo de estudio.

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva y comparativa. La investigación se fundamenta en diferentes etapas, una etapa descriptiva que nos acerque a resultados y problemáticas que pueden ser descritas a través de diferentes medios y otra comparativa para establecer las semejanzas y diferencias entre dos grupos.

Hernández (2003), en su obra define los estudios descriptivos como aquellos que miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Este autor plantea que en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989). Es decir, nos permite medir, evaluar y/o recolectar datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes de dicho fenómeno a investigar.

Consiste en un estudio descriptivo en tanto tiene como propósitos describir las particularidades psicológicas y como se manifiestan en relación al proceso rehabilitatorio en la muestra seleccionada.

Precisamente, lo que se procura en esta investigación es la evaluación de algunas variables (rasgos de la personalidad, motivación, área de conflictos) que permitan enriquecer la descripción personológica de los pacientes de ambos grupos.

2.3 Diseño de la investigación.

El diseño de investigación es no experimental, específicamente transaccional o transversal, pues se dirige a observar a la población alcohólica estudiada, en su contexto natural, recolectando los datos en un momento para luego analizarlos.

2.4 Operacionalización de las variables.

Caracterización psicológica: Descripción de las particularidades del paciente objeto de estudio desde una perspectiva dinámica e integral, que abarca la utilización de diversas técnicas para abordar la esfera motivacional, áreas de conflictos y los rasgos de la personalidad. Esta contiene la exploración de:

1. Esfera motivacional: Incluye el estudio de las particularidades de las necesidades, motivación y conflictos de la personalidad.
2. Área personológica: Aborda el estudio de los rasgos de la personalidad:

- ❖ Rasgos de la personalidad: Actitudes típicas y estables que de manera constante distinguen lo caracterológico de la personalidad. Es la unidad compleja que expresa la integridad y unidad de la personalidad.

La recaída: Consiste en la ruptura de la abstinencia y la ayuda inmediata no es demandada o se reclama y no se recibe, la persona reitera el consumo y en muy breve plazo, se reinstala el mismo cuadro presente al iniciar el tratamiento. Cuando la ruptura de la abstinencia es seguida de notable culpabilidad y se busca inmediatamente ayuda para evitar la nueva incorporación del tóxico al estilo de vida hablamos entonces de desliz (González, 2012).

Rehabilitación del alcoholismo: Intervención de carácter multidisciplinario dirigido a lograr que la persona se active y de manera autónoma funcione a un nivel óptimo de su potencial humano para superar su dependencia. Estos programas generalmente ofrecen asesoría, apoyo psicológico, asistencia y cuidados médicos. La terapia involucra educación acerca del alcoholismo y sus efectos.

El esquema terapéutico básico es: 1. Confrontación, 2. Contrato terapéutico, 3. Establecimiento inicial de la alianza terapéutica, 4. Desintoxicación temprana, 5. Desintoxicación tardía, 6. Deshabitación, 7. Modificación del estilo de vida, 8. Reinserción comunitaria, con especial atención en la prevención de recaídas, 9. Incorporación a grupos de ayuda mutua y 10. Seguimiento dispensarizado. (González, 2005)

2.5 Descripción de la muestra.

Este trabajo parte de una población total de 94 pacientes alcohólicos, de los cuales 17 se mantienen en sobriedad después de un año de rehabilitación y 77 recayeron, la mayoría antes de los seis meses de tratamiento. La muestra es de tipo intencional conformada por dos grupos de 11 pacientes cada uno. El grupo I son los pacientes que se mantienen sobrios después de un año de tratamiento, alcohólicos rehabilitados. El grupo II constituidos por los pacientes que iniciaron el proceso de rehabilitación y tuvieron caídas o recaídas antes de los seis meses de tratamiento, alcohólicos activos.

Los **criterios de inclusión** fueron los siguientes:

- ❖ Tener más de 18 años y buscar ayuda terapéutica por problemas relacionados con los trastornos por abuso o mal uso de alcohol.
- ❖ Cumplir los criterios de abuso y/o dependencia alcohólica del *DSM-IV* y/o consumo perjudicial de alcohol según la CIE - 10
- ❖ Recibir el diagnóstico de consumo abusivo o dependencia alcohólica como diagnóstico primario a partir de la aplicación del Cuestionario de Indicadores Diagnósticos (CID).
- ❖ Expresar su aceptación, a través de consentimiento informado a participar en la investigación.

2.6 Descripción de las técnicas e instrumentos.

Un instrumento o técnica es el procedimiento encaminado a estimular las expresiones del sujeto, inductor de información relevante en relación con los objetivos y metas de la investigación. Es el medio para inducir las elaboraciones del sujeto sobre lo estudiado y no generadores de resultados que reflejan directamente la naturaleza del objeto de estudio (González, 2005).

1. Cuestionario de indicadores diagnósticos (CID):

Descripción: Cuestionario desarrollado y validado en Cuba por el equipo de trabajo del doctor Ricardo González Menéndez en el hospital psiquiátrico de La Habana y tiene como objetivo explorar si existe un consumo anormal de alcohol. Consta de un total de siete ítems.

Calificación: Aproximadamente 3 respuestas positivas lo ubican como posible consumidor de riesgo, 4 o 5 pueden expresar un consumo perjudicial y 6 o más lo ubican como dependiente alcohólico.

2. Anamnesis:

Descripción: Entrevista sociopsicológica que se realiza al paciente para profundizar en la caracterización general del mismo, así como en el estudio de las variables sociodemográfica.

3. Inventario de personalidad 16-PF de Raymond Cattell

Descripción: Tiene como objetivo medir la estructura de la personalidad en 16 factores primarios y se obtienen además un conjunto de factores de segundo orden que corresponden a rasgos más amplios obtenidos a través de los factores primarios y que complementan la estructura de la personalidad que pretende describir este instrumento. El cuestionario de personalidad 16 PF forma C, utilizado en este trabajo, cuenta con 105 ítems, en cada ítem el sujeto examinado debe decidir entre tres alternativas de respuestas posibles, aquellas que se ajustan mejor a su caso particular.

Calificación: las respuestas pueden recibir puntuaciones entre 2,1 ó 0 puntos. Estos puntos se acreditan de acuerdo a las respuestas que ofrece el sujeto por cada factor, incluye la puntuación de la media de distorsión motivacional. La puntuación obtenida de esta forma, corresponde a una anotación bruta, la cual se anota por cada factor, en la tabla que aparece debajo de la hoja de respuesta, en la columna AB (Anotación Bruta). La puntuación bruta de la media de distorsión (MD) se transforma en stens en la Tabla de Media de Distorsión Motivacional. Las puntuaciones brutas de cada factor se llevan a stens teniendo en cuenta el sexo de la persona examinada, si es mujer se realiza la transformación en la Tabla de Mujeres, y si es varón en la Tabla de Hombres. El valor estens es el valor que converge en la tabla entre la letra del factor y AB.

Según el autor de la prueba, los resultados ponderados de la Escala MD del Inventario 16- PF deben analizarse en tres niveles: los valores iguales 7 (Distorsión Baja), los que están entre 8 y 9 (Distorsión Media) y los que arrojan 10 o más puntos (Distorsión Alta), como se muestra en el Anexo # 1.

4. Registro de la actividad. Método directo e indirecto (RAMDI)

Descripción: Este método fue creado por el Dr. Diego González Serra para el estudio psicológico de la motivación adulta a través de la integración del

método directo, el método indirecto y estudio de la actividad motivada en interacción con sus objetos y estímulos. En el método directo se le pide al sujeto que exprese diez deseos, en el indirecto, que imagine un personaje y a continuación diga los diez deseos de dicho personaje. Igualmente se le pide al sujeto que registre las actividades realizadas por él en el decurso de su vida actual. Todas estas respuestas son sometidas al análisis de contenido.

Calificación

Sistema de codificación

Las categorías de nuestro código pueden agruparse en dos grandes grupos (Ver anexo)

Categorías sociales personalmente significativas

Categorías individuales de carácter social.

Los resultados se evalúan teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales:

Contenido Jerárquico de las Necesidades: Aquellas necesidades que con mayor frecuencia y reiteración aparece reflejadas en las formulaciones, tanto directas como indirectas, de los deseos expresados por el sujeto.

Nivel de Regulación de las Necesidades: Aquellas que con mas frecuencias y reiteración se reflejan en la regulación del comportamiento en el registro de la actividad.

5. Test de completamiento de frases (Rotter)

Descripción: El test de completamiento de frases como todas las técnicas proyectivas tiene como propósito penetrar la personalidad del sujeto, su individualidad. De modo que la técnica actúa como agente catalizante, para provocar una reacción que exterioriza y expresa la personalidad del individuo justamente porque no anticipa las intenciones del investigador no exige ni requiere de una respuesta correcta

El test consiste en presentar al sujeto frases trucas que deben ser prontamente completadas para formar frases integra. Esta técnica es

sumamente efectiva en la búsqueda de conflictos en la personalidad del individuo y permite a su vez, inferir algunas características del sujeto, de su personalidad, intereses, fantasías, sueños, frustraciones, aspiraciones, temores, preocupaciones, etc.

Calificación: Existen diferentes formas de clasificar las respuestas dadas por el sujeto en:

Respuestas de omisión: Las respuestas de omisión son aquellas en las que no se da una respuesta o el pensamiento que las constituye esta incompleto. Omisiones y fragmentos no se califican individualmente.

Respuestas de conflictos: Son respuestas en las que expresa preocupación por cosas tales como problemas financieros, dificultades escolares específicas, malestares físicos, identificación con grupos minoritarios y otros por el. Están aquí las expresiones de sentimientos de inferioridad, quejas psicósomáticas, preocupaciones por posibles fracasos, sentimientos de inadecuación, falta de metas, dificultades en las relaciones interpersonales, problemas generalizados y bastante incapacitantes, así como dificultades sociales generalizadas; expresiones de conflictos severos o indicaciones de desajustes graves. Incluye los deseos suicidas, conflictos sexuales, problemas familiares más severos, miedo a la locura, actitudes fuertemente negativas hacia la gente en general, sentimientos de confusión mental y expresiones de actitudes bastantes bizarras.

Respuestas Positivas: Aquellas que indican una conformación mental saludable y optimista. Aquí se incluyen respuestas que indican un sentimiento positivo generalizado hacia la gente, buen ajuste social, vida familiar sana, optimismo y buen humor

Respuestas Neutrales: Generalmente están carentes de tono emocional o referencias personales. Son generalmente de un simple valor descriptivo. Tienden a evadir el propósito del test y a ser estereotipadas, frases de canciones, expresiones de clichés culturales, Aquí también se incluyen los completamientos sin significados explícitos.

Para realizar el análisis del Test de completamiento de frases se lo ha dividido en 8 áreas fundamentales:

Esfera o Área	Ítems
Auto-Concepto	18,23,25,32,37,38,48,49,50
Estados interiores - afectividad	5,6,9,12,13,20,28,29,33,34,43,44,51
Valores y Actitudes	8,16,31,41
Problemas y fracasos	2,15,21,26,46
Relaciones interpersonales	7,10,19
Infancia y hogar parental	4,11,14,17,36
Motivaciones	1,3,22,35,39,42,45,46,47
Sexo y matrimonio	26

6. Entrevista semiestructurada:

Descripción: La entrevista es aquella interacción intensa, cara-a-cara entre dos (o más) personas que tienen una tarea o propósito en común y constituye la herramienta más poderosa con que cuenta un psicólogo clínico en su quehacer profesional. Su importancia viene dada por la riqueza de datos que ofrece, por su flexibilidad para acomodarse al propósito de la interacción y su eficiencia en una interacción natural rostro a rostro, pero sobre todo porque esta presente en todo el proceso de ayuda psicológica y no puede ser sustituida ni aún por el más sofisticado avance tecnológico.

En una entrevista semiestructurada, posiblemente la más eficiente y utilizada, también se construye o se parte de una guía con una serie de preguntas preestablecidas, pero que en este caso constituyen una “guía flexible” que el entrevistador puede manejar de acuerdo a la información valiosa, útil o novedosa que vaya apareciendo, dándole a la persona entrevistada la opción

de ser un participante mas, un “sujeto activo” en el proceso de búsqueda de la información relevante de su propia vida.

2.7 Descripción del escenario de estudio y los procedimientos:

Esta investigación se realizó con los pacientes que han sido sometidos a tratamiento por alcoholismo en el Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Santo Domingo en el período comprendido entre el mes de Marzo de 2006 y el mes de Diciembre de 2011.

Para la puesta en práctica de esta investigación a cada sujeto le fueron explicados los objetivos y las condiciones de la misma, haciendo énfasis en la confidencialidad y la total voluntariedad de su participación, brindando para ello su consentimiento informado.

La primera sesión se desarrolló con la aplicación del Cuestionario de Indicadores Diagnósticos y la Anamnesis, previo a la fase de desintoxicación que se extendió por un mes, El diagnóstico de dependencia del alcohol, realizado en esta primera sesión de trabajo, ha sido llevado a cabo, con arreglo a los criterios específicos del *DSM-IV* o el *CIE 10* por un psiquiatra y por un psicólogo clínico conjuntamente, ambos con una amplia experiencia clínica a través del CID. El grado de concordancia entre ambos profesionales respecto al diagnóstico fue del 100%. Esta primera sesión permite además agrupar a los pacientes de acuerdo a las variables sociodemográficas exploradas ayudado por los datos recogidos en la anamnesis.

Posteriormente, finalizada la etapa de desintoxicación, cuando todos los sujetos estaban abstinentes y libres de los efectos directos (intoxicación, abstinencia) del alcohol, se particularizó en las dimensiones de personalidad. A los pacientes se les administró la batería de pruebas en dos sesiones posteriores con un tiempo aproximado de dos horas, intercalando períodos de receso y distracción de diez minutos en dependencia del contenido de trabajo, disposición del paciente en cuanto al tiempo de que él dispone, agotamiento, etc. En la sesión # 2 se aplicó la entrevista semiestructurada y el Inventario de Personalidad 16 PF de Catell; mientras que en la tercera y última se empleó el Test de completamiento de frases de Rotter y el RAMDI.

2.8- Métodos para el procesamiento de la información.

Los resultados que se obtuvieron tras la aplicación del inventario de personalidad se analizaron a través de la conformación de tablas y gráficos en Microsoft Word y Microsoft Excel; datos que fueron procesados por técnicas que se incluyen en el Paquete Estadístico SPSS versión 11.5. Se utilizaron estadígrafos descriptivos de frecuencia para el análisis de las variables sociodemográficas y la prueba ji cuadrado para la homogeneidad de grupo en los demás análisis. Se consideran los valores de p menor ó $= .01$ altamente significativo, p menor ó $= .05$ significativo y si p mayor ó $= .05$, no existen diferencias.

El Análisis de Contenido se realizó en relación a la entrevista y los datos aportados por las técnicas indirectas, consiste en la identificación y explicación de las elaboraciones cognoscitivas que dan sentido a todo el relato comunicativo. Para algunos autores constituye una técnica, para otros un método o un conjunto de procedimientos. Para (Díaz y Navarro (1998), citado en Álvarez, 1997) lo que interesa no es tanto la diferenciación rigurosa, sino su utilización adecuada a las necesidades y objetivos de cada investigación concreta.

Capítulo III. Presentación y análisis de los resultados

3.1- Antecedentes evolutivos de la dependencia alcohólica.

La muestra estuvo conformada por 22 pacientes alcohólicos dependientes divididos en dos grupos, de ellos 11 pacientes rehabilitados con un año o más de de sobriedad (Grupo I) y 11 pacientes en fase de recaída (Grupo II).

Historia alcohólica de la muestra

Los datos aportados por la entrevista en la fase de evaluación, hacen notar que en el grupo I el 72.7 % de los pacientes comenzó a beber entre los 16-30 años en relación a los sujetos del grupo II en el que esto ocurrió en el 100% de los mismos.

Historia alcohólica		Grupo I	Grupo II
Frecuencia del consumo	Menos de 3 veces a la semana	9.1 %	9.1 %
	Más de 3 veces a la semana	-	18.2 %
	Todos los días	90.9%	54.5 %
	Todos los fines de semana	-	18.2 %
Cantidad	Hasta media botella de ron, 5 cervezas, 1 botella de vino	-	27.3 %
	Más de media botella de ron, 5 cervezas, 1 botella de vino	100 %	72.7 %
Intentos de dejar de beber	Sí	90.9 %	100 %
	No	9.1%	-
Cuántas ocasiones	En 1 ocasión	81.8 %	45.5 %
	En 2 ocasiones	-	9.1 %
	Más de 2 ocasión	18.2 %	45.5 %
Deseo de abandonar el hábito	Muy fuerte	27.3 %	9.1 %
	Fuerte	54.5 %	9.1 %
	No muy fuerte	18.2 %	81.8 %

Tabla 1. Distribución del comportamiento ante el alcohol de ambos grupos.

Las razones por las que comenzaron a beber son variadas en ambos grupos en los que el 18.2 % refiere que en los inicios buscaban adquirir seguridad, imitar a los compañeros y aumentar la hombría, seguido de la curiosidad propia de la adolescencia y el placer que le producía. En ambos grupos la totalidad de los pacientes han tomado ininterrumpidamente desde el comienzo. Los motivos fundamentales por los que beben actualmente en ambos grupos son múltiples y el 27.3 % refiere que el beber le produce placer y calma los nervios. El 81.8 % de los sujetos del grupo I alega que ninguno de los familiares que convive con él ingiere bebidas alcohólicas esto sucede en el 90.9 % de los pacientes del grupo II.

Asimismo el 90.9 % de los sujetos rehabilitados ingieren bebidas alcohólicas de manera diaria a diferencia de los que recayeron donde el 54,5 % lo hacen con esa frecuencia. En cuanto a la cantidad existen algunas diferencias que se deben destacar ya que el 100% de los sujetos que permanecen sobrios consumían más de media botella de bebida fuerte, en contraste con el 72,7 % de las recaídas. En relación al período del día en el que más consumían, en el grupo I el 54.5 % lo hacía desde por la mañana y el 45.5 % en el horario de la tarde, el 90.9 % de los pacientes del grupo II lo hacía solo en el horario de la tarde.

Las situaciones que pudieron relacionar con el aumento del consumo de bebidas alcohólicas en el caso de los pacientes del grupo I el 36.4% lo hacía en actividades recreativas y cuando tenía problemas, en el segundo grupo el 63.6 % lo hace cuando está solo y el 45.4% cuando está aburrido.

Las dificultades que les ha ocasionado el consumo irresponsable de alcohol es notable en ambos grupos en los que el 100% de los sujetos reportan perjuicios fundamentales en la esfera familiar y la economía personal seguido de problemas laborales, sociales y judiciales.

El 90.9% de los sujetos del grupo I ha intentado dejar de beber y el 81.1 % lo ha hecho al menos en una ocasión, en esto se diferencian de los pacientes del grupo II en el que sí el 100% ha intentado dejar de beber, pero solo el 45.5 % lo ha hecho en una ocasión y el otro 45.5 % en más de dos ocasiones. En el momento de la realización de la entrevista el 54,5 % de los pacientes del grupo I reportaron deseos fuertes de abandonar el alcohol seguido de un

27.3% que dijeron estar muy fuertemente motivados hacia la rehabilitación, lo anterior se diferencia significativamente del grupo II en el que el 81.8 % dijo que sus deseos podían calificarse de no muy fuertes y que asistían al centro comunitario por presiones fundamentalmente de sus familiares.

Las diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos se destacan a continuación:

- Existe mayor número de sujetos en el grupo I con una cantidad de consumo diario mayor con un nivel de significación de **p=.001**.
- Mayor cantidad de sujetos del grupo I bebe con una frecuencia diaria superior con un nivel de significación alto de **p=.000**.
- Mayor cantidad de pacientes del grupo II han realizado al menos un intento de rehabilitarse con un nivel de significación alto **p=.000**
- Mayor cantidad de pacientes del grupo II han realizado más de un intento de rehabilitarse con un nivel de significación de **p=.003**

Los sujetos del grupo I a pesar de que superaban a los del grupo II en cuanto a cantidad y frecuencia de consumo estaban más fuertemente motivados hacia la rehabilitación lo que indudablemente favorece la intervención.

Esto sugiere la idea de que en lo sucesivo para el proceso rehabilitatorio y las consecuencias positivas del mismo intervienen decisivamente factores de naturaleza psicológicos, sin descuidar factores ambientales o situacionales que pueden bloquear el proceso de rehabilitación.

3.2 Caracterización psicológica de alcohólicos rehabilitados en comparación con pacientes que recayeron en el consumo.

Caracterización de las necesidades y motivos en ambos grupos a partir del RAMDI

El análisis se realiza primeramente al interior de cada uno de los grupos por separado, para esto de manera convencional se toma en cuenta la manifestación de la categoría en cuestión. Posteriormente se establecen las diferencias en caso que existan.

Alcohólicos rehabilitados

La aplicación del RAMDI en el grupo de pacientes que mantuvieron la sobriedad se comportó de la manera siguiente:

Sujetos	Contenido jerárquico de las necesidades.	Nivel de regulación de la necesidad.
1	TR,OP, CV,PS	OP,TR,CV
2	TR,F2,F1, VL,SX	OP,TR,F2
3	TR,OP,F2,CV,EP,PS	OP,TR,F2,PS
4	TR,OP,F2,VL,PS	OP,TR,F2,PS
5	TR, ,F1,CV,VL,	OP,TR,CV,F2
6	TR,OP,F1,VL,SX,EP	OP,TR,F2
7	F2,CV,VL,PS	F2,CV,PS
8	OP,F2,F1,CV	OP,TR,F2,CV
9	TR,OP,F2,F1, ,SX	OP,TR,F2
10	TR,OP,F2,VL,PS	OP,TR,F2,PS
11	TR, OP, VL, PS, F1	TR,F2

Tabla 2. Categorías del RAMDI en el Grupo I

El análisis hacia el interior del grupo de los pacientes rehabilitados denotaron resultados de mucho interés, en tanto aparecen predominando como necesidades jerarquizadas Oficio y Profesión (OP), Trabajo (TR), Familia (F1 y F) y Valoración por los demás (VL).

Se observó que en nueve de los sujetos la necesidad de trabajo aparece expresada con una alta frecuencia 82%, lo cual indica que estas personas se mantienen orientadas y motivadas por el trabajo que realizan.

De igual manera ocho de ellos 73% manifiestan como jerarquizadas la necesidad de oficio y profesión, lo cual nos habla de las gratificaciones y satisfacciones que le produce la labor que ejercen.

Fue notable el hecho de que expresaran también como necesidades jerarquizadas las vinculadas a la familia, ocurriendo en el 64% referida a la familia actual, mientras que en 55% referida a la familia de origen. A este resultado se le confiere un gran valor en tanto para ellos la familia no solo es fuente de vocación y orientación vocacional, sino de apoyo social que contribuye a mantener el proceso de rehabilitación.

En este ángulo de análisis resulto también muy interesante que en el 64% apareciera jerarquizada la necesidad de Valoración por los demás (VL) de lo cual inferimos que estas personas al mantenerse sobrias han ganado un sentido de la responsabilidad social vinculada a su familia y a su condición cívica como se nos reveló en la entrevista de retest.

Cuando se analiza en que medida estas motivaciones son reguladoras en el sujeto rehabilitado observamos que en el 90.9% aparecen con niveles de regulación comportamental las necesidades de Trabajo (TR) y Familia (F1, F2), sumadas a las necesidades de Oficio y Profesión (OP) que la manifiestan el 82 % de los sujetos. Esto nos permite inferir que las necesidades vinculadas a la familia y al trabajo continúan siendo las predominantemente reguladoras en la conducta de estos sujetos, como diría Leontiev, (1982) son motivos más que comprensibles, son verdaderos motivos actuantes.

Al comparar estos resultados con el grupo de pacientes que desafortunadamente no tuvo éxito en el proceso de rehabilitación se hacen notables las diferencias como se podrá apreciar en la tabla siguiente:

Alcohólicos no rehabilitados

Sujetos	Contenido jerárquico de las necesidades.	Nivel de regulación de la necesidad.
----------------	---	---

1	CP,EP,PS	PS,DV,CP
2	OP,CP,PS,DV	PS,DV,CP
3	TR, ,EP,PS,DV	PS,DV,CP
4	F2,EP,PS	PS,DV,CP
5	TR,VL,CP,EP,DV	PS,DV,CP
6	VL,CP,PS,DV	PS,DV,CP
7	TR,OP,EP,DV	DV,CP
8	F2,CP,EP,PS,DV	PS,DV,CP
9	CV,VL,CP,PS,DV	PS,DV,CP
10	F1,EP,PS,DV	PS,DV,CP
11	F1, CP,PS,DV	PS,DV,CP

Tabla 3. Categorías del RAMDI en el Grupo II

El análisis hacia el interior del grupo de los pacientes rehabilitados denotó resultados de mucho interés, en tanto aparecen predominando como necesidades jerarquizadas las de Posesión (PS), Diversión (DV), Estabilidad Psíquica (EP) y los Compañeros (CP).

Se observó que en nueve de los sujetos la necesidad de posesión aparece expresada con una alta frecuencia 82%, lo cual indica que estas personas se mantienen orientadas y motivadas hacia la adquisición de bienes materiales.

De igual manera en nueve de ellos 82% se manifiestan como jerarquizadas la necesidad de diversión, que con frecuencia aparece vinculada en el 64% a compartir con amigos y vecinos.

Obsérvese que en este grupo la necesidad orientada hacia la familia, aparece en el 18% de los pacientes, de igual forma sucede con la necesidad de trabajo y en la de oficio y profesión que apenas aparece en las manifestaciones de los sujetos.

Al valorar las necesidades que regulan el comportamiento de estos sujetos se destacan en la totalidad de los que conforman el grupo, 100% de la muestra, que las necesidades de Diversión (DV) y la de Compartir con amigos (CP) aparecen como reguladoras frecuentes en el comportamiento y estilo de vida de estos pacientes.

De igual manera la necesidad de Posesión (PS) aparece como reguladora de la conducta en el 90.9 % de la muestra. Aquí debemos de notar que en las expresiones de los sujetos se hizo evidente que la adquisición de objetos en cerraba como finalidad el agenciarse dinero para poder mantener el hábito y la adicción.

Un balance comparativo entre ambos grupos en lo referido a esta técnica nos revela los siguientes aspectos de interés:

- Los sujetos rehabilitados mantienen motivaciones ligadas a la familia, al trabajo y las relaciones sociales que llegan a tener salida regulada en su comportamiento diario.
- Los sujetos con recaídas en la adicción muestran un predominio de necesidades vinculadas con la diversión, compartir con amigos y posesión de objetos, que de manera concéntrica terminan moviéndose hacia la ingestión frecuente de bebidas alcohólicas. Configurándose un verdadero " estado motivador " Maslow, (1991).

Todo lo referido anteriormente acerca de las diferencias entre la expresión de las necesidades en las respuestas de los sujetos y su expresión en la conducta ejecutora real entre ambos grupos conduce a pensar en el hecho de que tales diferencias pueden ser indicadoras de áreas de conflictos de motivos que analizaremos a continuación:

Caracterización de los conflictos en ambos grupos a partir del Completamiento de Frases Rotter

Primeramente el análisis se realiza de manera general a partir de las características de cada uno de los grupos, posteriormente por cada una de las

áreas de conflicto, para a continuación precisar las diferencias fundamentales encontradas entre ambos grupos en caso de que existan. Es preciso aclarar que cuando hablamos de diferencias tomamos en cuenta que no exista ninguna afirmación en las respuestas del paciente que haga pensar en la posibilidad de existencia de una situación de conflicto y sí lo consideramos, si existe al menos una respuesta que cumpla esta condición. Se asume el esquema propuesto por Torroella, siguiendo la correspondencia de ítems-variable.

De manera jerárquica las áreas de conflicto de mayor trascendencia en el **grupo I** son: estados interiores y afectividad 100%, autoconcepto y problemas y fracasos 82% y relaciones interpersonales 72.7 %.

Área de Conflicto	Autoconcepto	Estados interiores y afectividad	Motivaciones	Valores y actitudes	Problemas y fracasos	Relaciones interpersonales	Infancia y hogar parental	Sexo y matrimonio
GRUPO I	9	11	4	1	9	8	1	4
%	82%	100%	36.4%	9.1%	82%	72.7%	9.1%	36.4%

Tabla 4. Principales conflictos en pacientes rehabilitados

Los pacientes del grupo I se caracterizan por poseer sentimientos de culpa o vergüenza producto de pérdidas económicas, separaciones y sufrimientos familiares, etc. La conciencia de alteraciones psíquicas ya sea mediante la expresión de la depresión, ansiedad, temores, irritabilidad, baja auto estima, deseos de cambiar su situación, etc. Sentimientos de ambivalencia entre el sí mismo ideal y sí mismo público vs. sí mismo real. Esto nos permiten inferir que las áreas de conflicto aparecen referidas al pasado que los preocupan y del que se sienten responsable.

En el grupo de pacientes que recayeron se comporta de la siguiente forma: problemas y fracasos 90.9%, estados interiores y afectividad 82% y sexo y matrimonio 63.6 %.

Lo más importante en el grupo II lo constituyen los problemas y fracasos fundamentalmente en el área sexual y matrimonial lo que ha desencadenado alteraciones emocionales apreciables que se manifiestan a través de la depresión, ansiedad temores, irritabilidad, baja auto estima, aunque curiosamente se protejan evitando inconscientemente la omisión de lo sexual en sus motivaciones.

Área de conflicto	Autoconcepto	Estados interiores y afectividad	Motivaciones	Valores y actitudes	Problemas y fracasos	Relaciones interpersonales	Infancia y hogar parental	Sexo y matrimonio
GRUPO II	4	9	3	5	10	4	3	7
%	36.4%	82%	27.3%	45.4%	90.9%	36.4%	27.3%	63.6%

Tabla 5. Principales conflictos en pacientes no rehabilitados

Autoconcepto

En el grupo I se constata mayor número de pacientes (8 casos), 82%, que poseen conflictos relacionados con el autoconcepto en relación al grupo II (4 casos) , 36.4% Los conflictos en esta área están referidos fundamentalmente a lo que quieren ser como individuos, a como quieren ser vistos por los demás, y a lo que son en realidad (sí mismo ideal y sí mismo público vs. sí mismo real), entre la necesidad de reconocimiento y aprobación social y el rechazo que

recibieron, en este sentido no han dejado de actualizar las creencias que sobre sí mismo poseían antes del proceso rehabilitatorio, la existencia de conflictos entre las necesidades pendientes y la pobre autodeterminación y el dominio de destrezas y habilidades para enfrentarlos y resolverlos. El conflicto producido por la crítica de su enfermedad, alcoholismo, y la aceptación de dicha condición. La búsqueda del control, no beber hoy, el mantenimiento de la sobriedad, es lo máspreciado que desea un alcohólico rehabilitado. Lo anterior se ilustra a través de las frases:

C.H.:” Quisiera ser... un hombre normal sin beber”

S.M.:”Yo secretamente...ser mejor, no tomar”

E.C.:” ... que duden de mí”

R.S.: “ ... no crean en mí”

R.D.:”Quisiera ser...cada día mejor como persona”

C.H.:”Creo que mis mejores aptitudes son estar bien con mis vecinos y familiares”

M.M.:” Quisiera ser... muy querida por todos”

J.C.:”Mis mejores aptitudes... buscarle solución a los problemas”.

F.M.:” Yo necesito...de los demás”

E.C.:”Quisiera ser... querido por todos y que me valoren”

J.L.:”Creo que mis mejores aptitudes son... dejar el alcohol y después todo viene solo”

E.C.:”Quisiera ser... más responsable”.

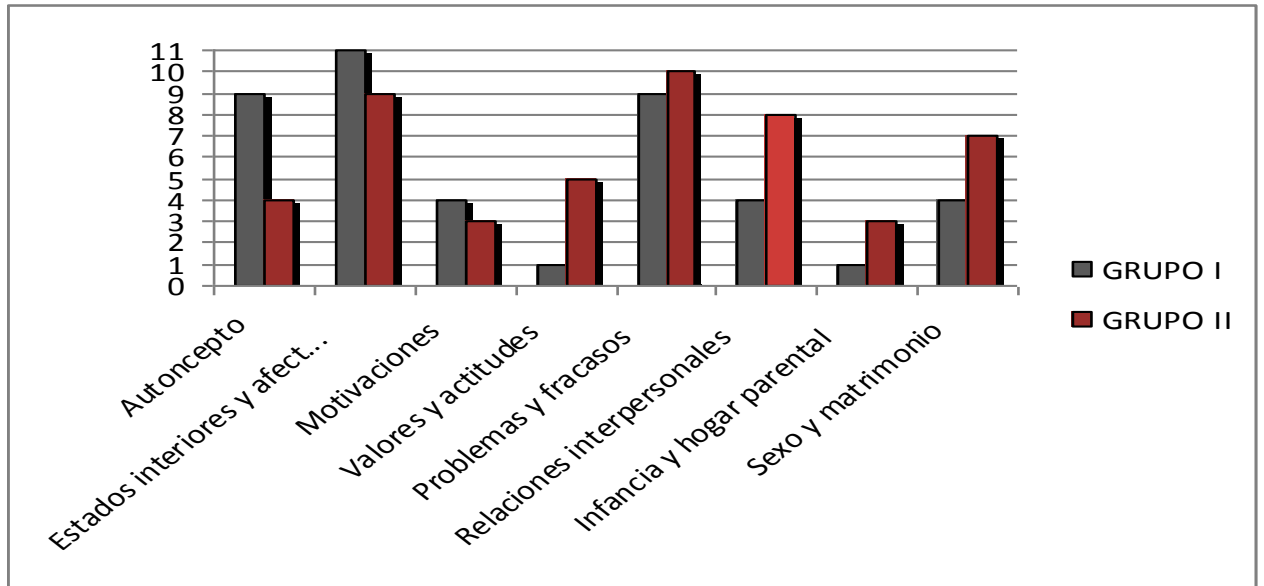


Figura 7. Descripción de conflictos en Grupo I y II

Las diferencias fundamentales, estadísticamente significativas $p=.010$ con relación al grupo II radican en que en este hay una ausencia de conocimiento de sus propensiones, o sea de sus patrones comportamentales y acerca de su condición de enfermos y si existe la subvaloran. En general existe escasa percepción de riesgo y cierta ingenuidad.

E.C.: " Mi futuro... mejor cada día, yo me caigo y me levanto "

A.A.: " Mis nervios...estoy muy sedado con deseos de contribuir a esta sociedad".

A.A.: " Quisiera ser... un humano lleno de salud, poder ayudar a todo el mundo que está haciendo algo mal hecho".

A.B.: " Mi personalidad... es normal "

A.R.: "Mi mente... está bien".

S.M.: " Mis nervios normal "

C.H.: " Yo secretamente... pienso que no debo beber "

M.O.: "Yo secretamente...tengo mi orgullo "

"W.M.: "Yo secretamente... hago lo que yo quiera.

M.M.: " Mis nervios... a veces me altero".

	Autoconcepto	GRUPO
Chi-cuadrado	6,568	2,750
gl	1	1
Sig. asintót.	,010	,097

Tabla 6. Comparación de ambos grupos en cuanto a Autoconcepto

Estados interiores y afectividad

Se pudo encontrar que los conflictos relacionados con estados interiores y afectividad, en el Grupo I y II presentes en el 100 % y 82% de la muestra, respectivamente, no existen diferencias dignas de destacar, están vinculados a situaciones relacionadas con las consecuencias o pérdidas (pérdidas económicas, separaciones y sufrimientos familiares, etc.). que la conducta adictiva provocó en sus vidas de toxicómanos activos en forma de sentimientos de culpa o vergüenza. Los conflictos en los estados interiores y afectividad, también se evidencian a través de la conciencia de alteraciones psíquicas ya sea mediante la expresión de la depresión, ansiedad, temores, irritabilidad, baja auto estima, deseos de cambiar su situación, etc. Como se expresa en los ejemplos que siguen:

M.M.:” Yo secretamente... lloro y me desahogo”

C.H.: “Mis nervios... son muy débil”

R.D.:” Mis nervios... más o menos”.

J. C.: “Siento... Haber hecho sufrir a mi familia por la adicción”

“Algunas veces... pienso en el pasado”

F.C.:” Me preocupa... lo sucedido”.

Es curioso observar que entre los grupos en estudio no se observan diferencias en la preocupaciones en relación a reiniciar el consumo y las complicaciones o enfermedades asociados a este:

A.B.:” Mi mayor temor... seguir tomando”

A.R.:”La preocupación principal...seguir adelante”.

E.C. “Mi mayor temor... la muerte”.

S.M.:” Me molesta... no tener trabajo. Estar enfermo”

S.M.” Me pone nervioso... la enfermedad, la muerte.

Se aprecian además, sentimientos de éxito por la abstinencia, por trabajar y la armonía de la familia en los pacientes con éxito en la recuperación a diferencia de los sujetos que recayeron en la adicción.

Motivaciones

El número de pacientes que expresan conflictos en esta área en ambos grupos es reducido y muy similar, no se aprecian diferencias dignas de destacar. Se revelan motivaciones referentes a la salud de la familia, contribuir al bienestar de esta, su tranquilidad emocional. Mantener la sobriedad y con ello la salud mental, la felicidad mediante el disfrute del tiempo libre, divertirse, restablecer las relaciones de amistad o de pareja que se rompieron o aquellas que fueron desplazadas. En relación al trabajo como forma de estar ocupado, sentirse útil, como sostén económico y medio de obtener bienes materiales, dinero. Motivos dirigidos a mejorar la presencia e imagen ante los demás:

C.H.:”Deseo...que mi familia sea feliz”

C.H.:”Mi principal ambición...hacer feliz a mis hijos”

J.C.:”Mi principal ambición... vivir muchos años sin hacer sufrir a nadie”.

R.D.:”El trabajo... el sostén de mi familia”.

M.M.:”Yo prefiero... trabajar”.

Valores y actitudes

De manera general en ambos grupos existen actitudes de rechazo a estados afectivos relacionados con otras personas provocadas por la propia interacción

durante la etapa de consumo como el odio, la mentira y la envidia. Se exaltan valores como la amistad, la dignidad y la honestidad. Hay ausencia de odios o resentimientos hacia alguna persona u objeto o situación en particular.

C.H.: "Odio... no siento".

J.C.: "Odio... en el verdadero significado de odio, no odio a nadie".

R.D.: "Odio... la traición".

M.O.: "El mejor... amigo no te engaña"

Existen diferencias, aunque no estadísticamente significativas, son dignas de destacar entre el grupo I en el que solo un paciente, 9.1%, manifiesta conflictos en esta área en oposición a 5 casos, 45.4% del grupo II para un nivel de significación de **p=.056**.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de	3,667(b)	1	,056		

Pearson					
Corrección por continuidad(a)	2,063	1	,151		
Razón de verosimilitud	3,922	1	,048		
Estadístico exacto de Fisher				,149	,074
Asociación lineal por lineal	3,500	1	,061		
N de casos válidos	22				

Tabla 7. Comparación de ambos grupos en cuanto a Valores y Actitudes

En general están marcados por el resentimiento y la ira hacia otras personas producto de la creencia de que en algún momento de su alcoholismo activo fueron tratados de manera vengativa, injusta o desproporcionada Así en el grupo II se aprecian frases tales como:

A.B.:” Odio... que se burlen de mí”.

J.L.” La mayoría de las mujeres... son falsas”.

J.M.”La mayoría de las mujeres... a mi edad hoy son una dificultad”

Problemas y Fracasos

Problemas y fracasos como consecuencia de la conducta adictiva fundamentalmente en el área familiar, matrimonial, laboral y social. Varios pacientes hacen referencia al valor que le otorgan a mantener la abstinencia haciendo con esto consciente que el alcohol en la más mínima cantidad significa problemas y dificultades. No se aprecian diferencias dignas de destacar entre ambos grupos:

C.H.:” No puedo... beber más”.

C.H.:”Mi mayor problema...la bebida”

R.D.:” Fracasé... tratando de ganarle al alcohol”.

R.D.: "Fracasé... cuando llevaba la vida del alcohol".

Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales y laborales constituyen áreas de conflictos mayormente en el grupo I, (8 ocho casos) que representa el 72.7 % de la muestra en contraste con el grupo II (4 casos), 36.4%. Estos sujetos se ausentan injustificadamente al trabajo, o asisten en estado de embriaguez, no admiten señalamientos críticos u opiniones opuestas a las suyas, todo lo cual afecta el clima sociolaboral; en general, han cambiado de trabajo con frecuencia, han abandonado sus responsabilidades político-sindicales y en varios casos han sido sancionados por la influencia del alcoholismo en su vida laboral. En pocos casos sigue existiendo una buena valoración del colectivo laboral y del grupo social, siendo en aquellos que no "llevan" la embriaguez al marco más social, en los que se manifiestan una actitud positiva hacia el trabajo y las relaciones sociales. En general están marcados por el resentimiento y la ira hacia otras personas producto de la creencia de que en algún momento de su alcoholismo activo fueron tratados de manera vengativa, injusta o desproporcionada.

C.H.: "La gente... no son fácil".

J.C.: "La gente... hay que tratarla según ellas se comporten".

R.D.: "La gente... piensa de mil maneras".

En los pacientes que recayeron predominan actitudes más favorables hacia las relaciones interpersonales es preciso tener en cuenta que en este grupo predomina el nivel universitario:

E.C.: "Los hombres... debemos pensar que todos somos uno"

A.A.: "Los hombres... que somos ejemplo ante el trabajo".

A.R.: "Las otras personas... hacen su función".

R.S.: "La gente agradable".

A.B.: "La gente... no toda es igual".

E.C.: "Las otras personas... me gustaría que sean comprendidas".

Infancia y Hogar parental

En ambos grupos la mayoría de las respuestas hacen referencia al hogar y la familia como medio para alcanzar seguridad, tranquilidad y felicidad. Se resalta el valor de los padres como modelo a seguir. Se hace referencia a la infancia como una etapa de felicidad, carente de responsabilidades y se mencionan las aficiones propias de esta: estudio, juegos, practicar deportes, o alguna inclinación o actitud en especial. No se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al pequeño número de pacientes con conflictos en esta área.

C.H.:” En el hogar... soy feliz”.

J.C.:” En el hogar... me gusta que no hayan problemas”

R.D.:” Mi padre... el mejor de los padres”.

F.A.:” Cuando yo era niño (a)... jugaba”

M.M.:” En el hogar... tener las cosas limpias y organizadas”.

F.M.:” Una madre... es insustituible”

Sexo y matrimonio

Existe diferencia estadística para un nivel de significación de **p=.022** entre la cantidad de pacientes con conflictos en el área sexo y matrimonio del grupo II, 63.6% (7 casos) al compararlos con los pacientes del grupo I (4 casos), 36.4%.

Tabla 19

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,238(b)	1	,022		
Corrección por continuidad(a)	3,352	1	,067		
Razón de	5,661	1	,017		

verosimilitud					
Estadístico exacto de Fisher				,063	,032
Asociación lineal por lineal	5,000	1	,025		
N de casos válidos	22				

Tabla 8. Comparación entre ambos grupos en cuanto a Sexo y Matrimonio.

En los sujetos del grupo I se expresa una tendencia a disfrutar del matrimonio y de las relaciones sexuales, del contacto íntimo, conversar, compartir en pareja, aprecian que se les toma en cuenta dentro de la dinámica familiar:

C.H." El matrimonio... es muy bonito".

J.C:" El matrimonio...ahora mejor"

R.D." El impulso sexual adecuado"

F.A.:" El matrimonio... feliz".

Los sujetos del grupo II, sobre todo, han presentado conflictos de forma reiterada en las relaciones de pareja o matrimoniales ya que los que tienen vínculo o lo han tenido, han visto en quiebra su unión, sobre todo por las afecciones que la adicción ha provocado en el funcionamiento personal. Reconocen que esta situación ha sido la razón fundamental de los divorcios producidos; esto ha conllevado en muchos casos también a la separación del hogar, a discusiones e incomprensiones de los hijos y con otros familiares.

J.L.:"El matrimonio... no lo sé".

J.M..."El impulso sexual... el alcohol lo deterioró bastante".

J.M.:"El matrimonio... esperar que llegue el próximo".

C.M.:" El matrimonio... un desastre"

A.A.:" Lamento... haber perdido a mi hija de mi lado"

Al hacer un balance del resultado de este estudio las diferencias más notables se marcaron en las áreas del autoconcepto y sexo y matrimonio, sucediendo curiosamente que en los pacientes rehabilitados se hace evidente mayores conflictos en relación a su autoimagen y autovaloración, mientras que en los sujetos en recaídas se manifiestan mayores expresiones conflictivas en lo referido a sexo y matrimonio

Caracterización de los rasgos de la personalidad según 16 PF de Catell

La situación de conflicto genera siempre un aumento en la tensión emocional del sujeto que lo experimente. Esta tensión se puede hacer intolerable si el conflicto se mantiene sin resolverse durante un tiempo prolongado. Muchos de estos pacientes llevan años ingiriendo bebidas alcohólicas de forma abusiva. En estos casos, se afecta el equilibrio del sujeto y se descompensa su funcionamiento general, influyendo en los rasgos o características de la personalidad.

En el grupo I, según los resultados del Inventario de la personalidad 16-PF de Raymond Cattell, en orden jerárquico se expresaron los siguientes rasgos de la personalidad: timidez (**H-**) 73% de los sujetos; inteligencia baja (**B-**), sumisión (**E-**) y tendencia al conservadurismo (**Q1-**) 64%; reservados (**A-**), poca fuerza del ego (**C-**), poca fuerza del super ego (**G-**), tendencia a la rudeza (**I-**), astucia (**N+**) y culpabilidad (**O+**) 55%.

Las personas de este grupo se caracterizan por ser en mayor proporción acentuadamente tímidos, con limitadas capacidades intelectuales, sumisas, con tendencia al conservadurismo, reservadas, hipersensibles y despreocupadas. Confiados en sí mismos, astutos e inseguros.

En el grupo II en orden jerárquico aparecen los siguientes rasgos: desconfianza (**L+**), poca fuerza del super ego (**G-**) e inseguros (**O+**) 82%; imaginativo (**M+**) e independendientes (**QIV+**) 73%; reservados (**A-**), poca fuerza del ego (**C-**) 64%; tendencia a la sobriedad (**F-**) y timidez (**H-**) 55%. Tabla 6

Los pacientes de este grupo son en mayor medida desconfiados, irresponsables e inseguros. Imaginativos y despreocupados de los asuntos

prácticos. Independientes, atrevidos, reservados e hipersensibles con tendencia a la sobriedad y acentuadamente tímidos.

Una mirada estadística en lo referido hasta el momento no nos da significación de diferencia entre ambos grupos.

De modo muy distinto se hicieron notar diferencias en los rasgos siguientes:

- En el grupo de pacientes rehabilitados existe un mayor número de pacientes con un nivel de significación **p=.038** en los que se acentúa la fuerza del superego (**G+**), son personas conscientes, perseverantes, sensatas, sujetas a las normas, con sentido del deber, exigentes y organizadas, no malgastan su tiempo. Prefieren relacionarse con persona laboriosas. Moralistas.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,119(a)	4	,038
Razón de verosimilitud	13,592	4	,009
Asociación lineal por lineal	1,733	1	,188
N de casos válidos	23		

Tabla 9. Comparación entre ambos grupos en cuanto a fuerza del Superego.

- En el grupo de pacientes rehabilitados existe un número mayor de pacientes con un nivel de significación **p=.027** que son acentuadamente confiados (**L-**) en relación a los pacientes del grupo II, no afectado por celos o envidia, de trato fácil cooperativos, fácil de llevar, no competitivo, voluntariosos, interesados por los demás, buen colaborador del grupo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,238(a)	2	,027
Razón de verosimilitud	8,340	2	,015
Asociación lineal por lineal	6,462	1	,011
N de casos válidos	22		

Tabla 10. Comparación entre ambos grupos en cuanto a Confianza

- Mayor número de pacientes del grupo I son dependientes (**QIV-**) para un nivel de significación de **p=.048** en relación al porcentaje de pacientes del grupo II, entendida la dependencia como personas que permiten ser conducidos por el grupo, probablemente deseen y necesiten el apoyo de los demás y orienten su conducta hacia quienes les proporcionen ese soporte y a su vez la independencia como rasgo acentuado se expresa en el 73% de los pacientes del grupo II en relación a un 18% de casos en el grupo I

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,600(a)	4	,048

Razón de verosimilitud	11,493	4	,022
Asociación lineal por lineal	,030	1	,863
N de casos válidos	22		

Tabla 11. Comparación entre ambos grupos en cuanto a Dependencia.

En los restantes rasgos, incluida la distorsión motivacional, no se aprecian diferencias dignas de destacar

3.3 Análisis integrador de los resultados.

La integración del resultado de las pruebas entre ambos grupos nos revelan marcadas regularidades que ameritan destacarse:

El grupo de sujetos rehabilitados en comparación con los que no lo logran no manifiestan diferencias de significación en lo referido al historia del consumo alcohólico, como no sean las que se hicieron notar en lo referido a la cantidad y frecuencia de la ingestión que contradictoriamente favorece al grupo de los rehabilitados. También se hizo notar diferencia en los intentos que con anterioridad habían hecho por abandonar el consumo en los que sale favorecido al respecto el grupo de los rehabilitados que con anterioridad lo habían intentado menos veces.

Adentrándonos en la esfera afectiva motivacional las diferencias se hicieron destacadas entre un grupo y otro; en tal sentido el grupo de los rehabilitados mantienen y conservan sus motivaciones centradas en su trabajo, oficio y su familia, y en especial en su preocupación por la valoración social, todo esto expresado coherentemente en la regulación de su comportamiento cotidiano. Mientras que el grupo de los pacientes que han recaído mantiene y sostiene su motivación fundamental en la ,diversión, compartir ,con los amigos y la posesión de objetos que le permitan al final la ingestión frecuente de la sustancia. Todo lo cual aparece reflejado en el Registro de la Actividad de

forma consecuente en tanto la diversión, el compartir con amigos y la posesión son los móviles que incitan su actividad de manera cotidiana.

Los resultados del RAMDI se avienen con el de otras pruebas aplicadas, así los resultados del ROTTER muestran que los sujetos rehabilitados mantienen relaciones conflictivas en el área de autoconcepto que en las expresiones plasmadas en la prueba se vinculan a sentimientos de culpa, de responsabilidad y de autocorrección que no aparecen en el grupo de los que reiniciaron el consumo.

Es de interés advertir que en el grupo de sujetos rehabilitados no aparecen como conflictivas el área de Sexo y Matrimonio a diferencia de los sujetos en recaídas en los que el conflicto en esta área es marcado. Recordemos que los sujetos rehabilitados conservan estabilidad en sus relaciones familiares y una orientación motivacional y reguladora en esta área de su vida.

Fue notable constatar al aplicar el inventario 16 PF de Catell que en los sujetos rehabilitados prevalecieron rasgos como la responsabilidad, dependencia al grupo y la confianza en los demás y en sí mismos que no se observan en el grupo II.

Estos resultados nos permiten deducir que la presencia de motivaciones vinculadas a la familia, el trabajo se constituyen en verdaderos resortes personales que favorecen el proceso de recuperación, que lamentablemente no aparecen en los pacientes que regresan a la adicción.

De igual forma la revisión autocrítica, autoconciente y autoreflexiva en torno a su comportamiento se convierte en un elemento protector y resiliente que favorece al grupo los éxitos de la recuperación. Los pacientes toman conciencia de su mal proceder con una visión hacia el pasado que los compromete, lo cual favorece indudablemente la labor de rehabilitación.

Todo esto se acompaña de rasgos caracterológicos de base, constatados en el 16 PF de Catell como son: responsabilidad, confianza en los demás y en sí mismo y una vocación persistente hacia lo social expresados en términos de familia, compañeros de trabajo, vecinos y sobre todo su implicación al grupo en rehabilitación.

Conclusiones:

- ❖ No existen referida a la efectividad de la rehabilitación razones demográficas, sociológicas, sociales, ocupacionales y de nivel escolar que justifiquen diferencias entre los sujetos que logran abandonar la adicción y aquellos que siguen esclavizados a ella de acuerdo a la población y muestreo objeto de estudio.

- ❖ Existen factores afectivos motivacionales que actúan como fortalezas que propician el proceso de rehabilitación en la muestra en estudio referidas a la motivación por el trabajo, la familia, y que hacen a estos espacios verdaderas redes de apoyo social o situación social de desarrollo para estas personas necesitadas de ayuda.

- ❖ La existencia de conflictos intrapsicológicos en el área de la autoimagen y el autoconcepto se constituyen en un factor dinámico que propicia la intervención rehabilitadora de los pacientes alcohólico dependientes.

- ❖ Existen rasgos caracterológicos que favorecen y fortalecen el efecto de la rehabilitación como son la responsabilidad, la confianza en los demás y en sí mismo y la vocación por la familia y la sociedad que deben ser activados en el proceso de rehabilitación por parte de los que lo implementan.

Recomendaciones:

- ❖ Dar a conocer a especialistas y promotores de la labor de prevención, a través de las instancias administrativas, los resultados de la presente investigación con vistas a que se implementen en su labor de promoción, profilaxis y prevención.

- ❖ Conciliar con las distintas instancias administrativas del MINSAP y otros organismos de la sociedad instrumentar a partir de los hallazgos obtenidos las variantes necesarias en los programas de rehabilitación que se ejecutan en el país.

- ❖ Hacer extensivo este trabajo a otros tipos de adicciones que puedan requerir una labor de prevención y promoción en los distintos niveles de salud, teniéndose en cuenta que el alcoholismo sigue siendo considerada por los expertos una droga portera

Referencias Bibliográficas

1. Alarcón, A., Faúndez, X., Hita C., y Rodríguez, P. (2004). *Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Chile. Universidad de La Frontera. Recuperado 15 de enero 2011, de www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000400003...sci...deEVVinet-2009
2. Alfonso, C. R. (1997). *¿Por qué el alcohol afecta la salud?* La Habana: Félix Varela.
3. Allport, G. (1961). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. La Habana: Ediciones Revolucionarias.
4. Anguiano, S.A., Vega, C. Z., Nava, C. y Soria, R.S. (s/f). *Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA)*
5. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
6. Becoña, E. (2007) *Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas*. *Papeles del Psicólogo*, enero-abril, año/vol. 28, número 001. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España. Madrid, España. Recuperado el 18 de febrero de 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/778/77828103/77828103.html>
7. Bolet, M. y Socarrás, M. (2003). *El alcoholismo, consecuencias y prevención* [Electronic Version]. *Revista Cubana de Investigación Biomed.* 22 (1). Ciudad Habana. Recuperado el 15 de enero de 2011, de <http://bvs.sld.cu/revistas>.
8. Ceccanti, M.; Balducci, G.; Attilia, M.L.; M. Romeo, M. *Diagnóstico, aproximación terapéutica y rehabilitación del alcohólico*. Recuperado 15 de enero de 2011, de http://ibi/vol22_1_03/ibi04103.htm
9. Calviño, M. (2002). *Análisis Dinámico del Comportamiento*. La Habana: Editorial Félix Varela.
10. Cao, N. (2005). *Psicopatología General. Semiología*. (2da ed.) La Habana: Editorial Félix Varela.

11. Carpio de los Pinos, C. (2009). *Aspectos psicológicos del juego comercial. Tratamientos y programas preventivos. Hacia el juego responsable. Revista Docencia e Investigación*. 19, 25 - 58. Recuperado el 18 de febrero de 2011, de http://www.uclm.es/variros/revistas/docenciaeinvestigacion/pdf/numero9/Carmen_Carpio.pdf.
12. Chávez, M.E., Gerez, M. y Vázquez, M. T. (2007). *Experiencia interdisciplinaria en la problemática del alcoholismo* [Electronic Version]. *Medicine*, 20 (6), 245 - 258. Recuperado el 3 de marzo de 2011, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=519980&indexSearch=ID>
13. CIE –X. (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas diagnósticas*.
14. Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.
15. De Macedo Neuenschwander C. (2006). *Relación entre rasgos desadaptativos de personalidad y farmacodependencia*. Mexico: UAEMEC. Recuperado el 21 de marzo de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1471/147112814007.pdf>
16. Del Río, S. y Abreu, M. (2003). *Métodos para prevenir las drogodependencias*. Santiago de Cuba: Oriente.
17. *Evaluación del programa de prevención y control del alcoholismo, algunas consideraciones sobre los grupos de alcohólicos anónimos*. (2010). [Electronic Version]. Villa Clara: Sectorial Provincial de Salud Villa Clara. Recuperado el 21 de febrero de 2011, de <http://www.vcl.sld.cu>
18. Evrard, S. G. (2010). *Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal* [Electronic Version]. *Revista de Pediatría Argentina*, 1 (10), 5 - 8. Recuperado el 3 de marzo del 2011, de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100011

19. Facundo, I. (1998). *Alcoholismo, una visión en la comunidad*. Tesis para optar por el título de Master en Psiquiatría Social [Electronic Version]. Facultad 10 de Octubre. Recuperado el 4 de enero de 2011, de http://wwwprov.webmin.int/linea_antidrogasalcoholismo_una_vision_en_la_comunidad/Tesis_para_optar_por_el_titulo_de_master_en_psiquiatria_social.doc
20. Fernández. L. (2009) Fundamentos biopsicosociales, neuroquímicos y genéticos de las drogodependencias. Recuperado el 18 de febrero de 2011, de <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/7137/3/trabajo%20word2003.doc>
21. Fernández, M. A. (2009). *Influencia de la familia en el consumo de tabaco y/o alcohol en los adolescentes* [Electronic Version]. Tesis para optar por el título de Master en atención integral al niño. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Recuperado el 11 de enero de 2011, de http://www1.webmin.int/sitios/portal/minintaldia/LaSemana/Influencia_de_la_familia_en_el_consumo_de_tabaco_y/o_alcohol_en_los_adolescentes.pdf
22. Fernández , L. Comp. (2003). *Pensando en la Personalidad*. (Vol I-II). La Habana: Editorial Félix Varela.
23. Fernández, L. (2006). *Personalidad y relación de pareja*. La Habana: Editorial Félix Varela.
24. García-Penedo, H. (2010). *Asistencia psicológica al alcohólico y otros drogadictos*. La Habana: Editorial UH.
25. García Penedo, H. (2008). *Dinámica psicológica del adicto*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
26. González, D. (2008) *Psicología de la motivación*. La Habana: Ciencias Médicas
27. González, F, (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana: Científico-Técnica.
28. González, R. (1995). *¿Cómo librarnos de los hábitos tóxicos?* La Habana: Ciencias Médicas.

29. González, R. (1996). *Psicoterapia del alcoholismo y otras toxicomanías*. La Habana: Científico-Técnica.
30. González, R. (2002). *Contra las adicciones*. La Habana: Científico-Técnica.
31. González, R. (2003). *Clínica psiquiátrica básica actual*. La Habana: Félix Varela.
32. González, R. (2004). *El alcoholismo y su atención específica*. La Habana: Ciencias Médicas.
33. González, R. (2005). *Secretos para prevenir, detectar y vencer las adicciones*. La Habana: Científico Técnica.
34. González, R. (2006). *Cómo enfrentar el peligro de las drogas*. La Habana: Editoria Política.
35. González, R. (1998). *SOS: alcohol y otras drogas*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
36. González, R. (2002). *Consideraciones para el manejo de las drogadicciones*. La Habana: MINSAP.
37. González, R. (2009). *Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil*. La Habana: Editora Política.
38. González, R. (2012). *Misión: rescate de adictos. Guía para la relación de ayuda con toxicómanos*. La Habana: Ediciones Abril.
39. González, F. (1989). *Psicología. Principios y Categorías*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
40. Granados, E. y Escalante E. (2010). *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus*. Universidad de Aconcagua .Argentina. Recuperado el 18 de febrero de 2011 de http://scholar.google.com/cu/scholar?start=50&q=personalidad+en+los+problemas+de+salud&hl=es&as_sdt=0&as_ylo=2005
41. Hernández, R., Fernández-Collado, C, y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
42. Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación*. La Habana: Editorial Félix Varela.
43. Ibarra, F. (1999). *Metodología de la Investigación Social*. La Habana: Editorial Félix Varela.

44. Kaplan, H. y Sadock, B. (2006) *Terapia de grupo* (3. ed., Vol 2). La Habana: Editorial: Ciencias Médicas
45. Koldobsky, N.M.S. (2010). *Trastorno de personalidad y trastorno del uso de sustancias*. 11no Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010. Recuperado el 15 de febrero de 2011, de <http://www.interpsiquis.com>
46. Kramer, J. F. y Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas* [Electronic Version]. Recuperado el 19 de enero de 2011, de [http://www1.webmin.int/sitios/portal/minintaldia/LaSemana/manualsobre dependencia de las drogas.pdf](http://www1.webmin.int/sitios/portal/minintaldia/LaSemana/manualsobre%20dependencia%20de%20las%20drogas.pdf)
47. Laham, M. (2008). *Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias*. Suma Psicol. 15(1), 143-170. [online]. Recuperado el 13 de abril del 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=Psicocardiología.com
48. León, M. y Barrientos, G. (2002). *Abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias en atención primaria de salud*. Comisión Nacional de Salud Mental Cuba: MINSAP.
49. Leontiev, A. N.(1982) *Actividad conciencia y personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
50. Llopis, D., Pons, J. y Berjano, E. (1996). *Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas* [Electronic Version]. *Psicothema*, 8 (3), 465-474. Recuperado el 6 de enero de 2011, de [http://www1.webmin.int/sitios/portal/minintaldia/LaSemana/consumo de drogas.pdf](http://www1.webmin.int/sitios/portal/minintaldia/LaSemana/consumo%20de%20drogas.pdf)
51. Maslow, A. (1991) *Motivación y personalidad*. Madrid: Editorial Diez de Santos S.A.
52. Mateos, J. y Mateos-Agut, M. (2005) *Rasgos diferenciales del temperamento y el carácter en un grupo de alcohólicos vs población general*.
53. Marínez, M. (2005). *Cuando el camino no se ve*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

54. Naveillan, P. (1981). *The concept of alcoholism* [Electronic Version]. Revista Médica de Chile, 91(4), 108-155. Recuperado el 4 de enero de 2011, de [http://www. Alcoholism/v91n49340.pdf](http://www.Alcoholism/v91n49340.pdf).
55. Nery F.G., Hatch, J.P., Glahna, D.C., Nicoletti, M. A, Monkul, E. S., Najt, P., Fonseca, M., Bowdena, Ch.L., Cloningerf, C. R. y Soaresg, J.C. *Rasgos del temperamento y carácter en pacientes con trastorno bipolar y asociaciones con el alcoholismo o trastornos de ansiedad comórbidos*. [Electronic Version]. *Psiquiatria Biol.* 2009;16 (1):12-21.
56. Néstor, M. y Koldobsky, S (2010) *11no Congreso mundial de psiquiatría. Interpsiquis*.
57. Núñez, L. (2008). *Valoraciones del alcoholismo como factor de riesgo y psicopatógeno en la instauración de trastornos de la conducta* [Electronic Version]. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Recuperado el 4 de enero de 2011, de <http://wwwaux.webmin.int/villa clara/Bmenores/UCLV.pdf>
58. Núñez de Villavicencio, F. (2006) *Psicología y Salud*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas.
59. Nuttin, J. (1968). *La Estructura de la Personalidad*. Buenos Aires: Editorial Kapelusz.
60. Olivera, C., Reselló, A., Maques, M. y Lugo, A. (2005). *Prevalencia del alcoholismo en pacientes de dos consultorios del médico de familia* [Electronic Version]. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Camagüey, Cuba*, 3 (9). Recuperado el 2 de febrero de 2011, de <http://www.medicalnewstoday.com>
61. OMS. (2002). *Informe sobre la salud del mundo. Reducir riesgos y prevenir una vida sana* [Electronic Version]. Ginebra. Recuperado el 14 de enero de 2011, de http://www.cienciapopular.com/n/Medicina_y_Salud/Los_Efectos_del_Alcohol/Los_Efectos_del_Alcohol.php
62. OMS. (2005). *Consenso científico sobre consumo de alcohol* [Electronic Version]. Recuperado el 4 de enero de 2011, de http://www.cienciapopular.com/n/Medicina_y_Salud/Los_Efectos_del_Alcohol/Los_Efectos_del_Alcohol.php

63. Otero, R. M. (2008). *Nutrición y alcoholismo crónico* [Electronic Version]. Revista Hospitalaria España 3 (6), 35-45. Recuperado el 3 de marzo de 2011, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112008000600002&script=sci_pdf&tlng=es
64. Petrovsky, A. (1976). *Psicología General*. Moscú: Ediciones Progreso.
65. Pérez, L. (2007). *Una droga bajo piel de cordero* [Electronic Version]. Recuperado el 24 de enero de 2011, de <http://www.sld.cu/servicios/temas.php?idv=13804&idl=14&page=15>
66. Pérez- Lovelle, R. (1989) *La psiquis en la determinación del a salud*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico –Técnica.
67. Perrone, M. (1999) *Ponencia durante las Jornadas de Prevención de la Drogodependencia llevadas a cabo en Buenos Aires, en abril de 1999*. Buenos Aires: Editorial Adepa y Fundación Manantiales. Disponible en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00438.asp?ap=2fuente:LatinSalud.com.fotosdeEILitoral>
68. Ponce, S. (1988). *El sistema psíquico del hombre*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico –Técnica.
69. Pons, J. y Berjano, P. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia*. España: Madrid.
70. *Psicología de la personalidad*. (1985). La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
71. Rodríguez-Santos, O., Baldo, R. y Cardoso, S. (2000). *Alcoholismo consumo de alcohol. Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad*. Rev Cubana Med Gen Integr. 16(3):265 -269. Recuperado el 18 de febrero de 2011, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n3/mgi07300.pdf>
72. Rodríguez, Y. (2009). *Propuesta del diseño de una multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitario*. Tesis para optar por el título de Master en Psicopedagogía. Universidad Central “Martha Abreu” de las Villas.
73. Rogers, C. (s/f). *“Una Teoría de la Personalidad y la conducta”*. En: Selección de Lecturas de Personalidad. Universidad de La Habana.

74. Rubinstein, S L. (1967). *Principios de Psicología General*. La Habana: Ediciones Instituto del Libro (Edición Revolucionaria).
75. Ruíz, L. (2010). *Protocolo diagnóstico de sospecha de drogadicción y alcoholismo* [Electronic Version]. *Medicine*, 10 (61) 4238-4241. Recuperado el 3 de marzo de 2011, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3303551>
76. Saiz, J.; Álvaro, J. L., Martínez, I. (2010) *Relación entre rasgos de personalidad y valores personales en pacientes dependientes de la cocaína*. Madrid: Universidad Complutense. La Mancha: Universidad de Castilla. Recuperado el 23 de abril de 2011, de http://www.adicciones.es/files/saiz%2023-2.pdf*
77. Sandoval, J. E. y Hernández, A. E. (2004). *Alcohol, mito y realidad*. La Habana: Científico-Técnica.
78. Sandoval, J. E. (2010). *El alcohol genera violencia*. *Trabajadores*, p1. Recuperado el 4 de enero de 2011, de http://www.trabajadores.cu/materiales_especiales/suplementos/salud/adicciones-1.php
79. Sandoval, S. (2001). *Factores psicosociales en familias con miembros alcohólicos* [Electronic Version]. Tesis de Maestría en psicología clínica. Universidad de La Habana. Recuperado el 1 de febrero de 2011, de http://wwwprov.webmin.int/linea_antidrogas/Postgrado/Virtual_Antidrogas/Temas_y_Clases/Tema_2_Prev_y_Enfrto_a_la_droga/clase_2.1_Prevencción_Juventud/Bibliografía/Tesis_factores_psicosociales_alcoholicos2001.doc
80. Secades R., Fernández J. R. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 Recuperado el 12 de abril de 2012 de <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>
81. Shorojova, E.B. y otros. (1998). *Problemas teóricos de la psicología de la personalidad*. La Habana: Editorial Orbe.
82. Simonovis, N., Piras, R., Delgado, P., Pulido, P. y Llatas, I. (2007). *Salud y alcoholismo en la población* [Electronic Version]. *AVFT Hospital Universitario de Caracas* 1(26), 35-40. Recuperado el 2 de abril de

- 2011, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642007000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
83. Smirnov, L. y otros (1961). *Psicología*. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba.
84. Ugarte, A. (2007). *La necesidad de investigar en comunicación y salud*. [Electronic Version]. Recuperado el 11 de enero de 2011, de http://www.cienciapopular.com/n/Medicina_y_Salud/Los_Efectos_del_Alcohol/Los_Efectos_del_Alcohol.php
85. Villalobos, R. (2006). *Alcohol al volante* [Electronic Version]. Prensa libre Guatemala. Recuperado el 14 de enero de 2011, de <http://www.prensalibre.com>.
86. Vinet, E. V., Faúndez, X. y Larraguibel, M. (2009). *Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI*. Rev. méd. Chile, 137(4), 466-474. Recuperado el 18 de febrero de 2011, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000400003&lang=es
87. Zapata- Vanegas, M.A (2009). *La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las Drogas*. [En línea]. Rev CES Psicología, 2 (2), 15 - 28. Recuperado 3 de enero 2011, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_búsqueda=EJEMPLAR&revista_búsqueda=13631&clave_búsqueda
88. Zeigarnik, B.V. y Bratus B.S. (1980): *"Esbozos de Psicología del desarrollo anómalo de la personalidad"*. Moscú: Editorial Universitaria..

Anexos

Anexo 1

Cuestionario de indicadores diagnósticos C.I.D.

1. ¿Considera usted que su forma de beber está creándole dificultades en su salud, su familia, su trabajo o sus relaciones con los vecinos?
2. ¿Considera usted que tiene dificultades para detenerse cuando comienza a beber?
3. ¿Cuando está más de dos días sin beber, aparecen malestares por la falta de bebidas alcohólicas?
4. ¿Se embriaga usted más de una vez al mes? (más de doce por año).
5. ¿Se ha despertado alguna vez y no recuerda lo ocurrido el día anterior mientras bebía?
6. ¿Considera usted que bebe más de la cuenta?
7. ¿Considera usted que debe recibir ayuda médica para beber menos?

ANEXO # 2

Entrevista semiestructurada

- 1- ¿Qué edad tenía cuando comenzó a beber?
 - a) ¿Ha tomado ininterrumpidamente desde entonces?
 - b) ¿Cuanto tiempo llevas tomando ininterrumpidamente?
- 2- ¿Qué razones lo llevaron a tomar la primera vez?
- 3- ¿Existían familiares que vivían con usted y bebían en ese tiempo?
- 4- ¿Considera UD que bebe con mucha frecuencia?
- 5- ¿Qué cantidad y qué tipo de bebidas consume al día?
- 6- ¿Por qué motivos o razones bebe actualmente?
- 7- ¿Qué características de su persona o de su carácter, UD las puede relacionar con su forma de beber?
- 8- ¿En qué períodos del día toma más?
- 9- ¿En qué situaciones bebe más?
- 10- ¿Cómo se siente al día siguiente de beber?
- 11- ¿Qué cosas buenas y malas obtiene del consumo de alcohol?
- 12- ¿Ha intentado dejar de beber?
- 13- ¿Por qué volvió a tomar?
- 14- ¿Cómo es su vida actualmente?
- 15- ¿En este momento como es su deseo de abandonar el hábito de beber?

ANEXO # 3

Categorías para evaluar el RAMDI

Categorías sociales personalmente significativas: son aquellas que expresan la ideología, la moral, las necesidades i exigencias sociales reflejadas en el individuo y convertidas en personalmente significativas para este.

Como ejemplo de estas categorías sociales tenemos las siguientes:

CL-Colectivismo	ES- Estudio
DH-deber y humanitarismo	EF- estudios Futuros
CP-Compañeros	OP-Oficio y profesión
TR-Trabajo	F1-Deber familiar primero
CT-Centro de trabajo	F2-Deber familiar segundo
RV-Revolución	

Categorías individuales de carácter social: esta otra gran agrupación de categorías refleja las necesidades que tienen su origen en la individualidad del ser humano: sus necesidades psicobiológicas y psicogénicas y los factores motivacionales que son requerimientos de la dinámica individual del ser humano, pero que tiene un carácter social, pues surgen en la interacción del individuo con su medio social. Estas categorías son:

DS-Descanso	C3-Contacto con novia o novio
SL-Salud	CN-Contacto
SX-Sexo	ID-Independencia
AF-Afecto	
CV- Condiciones de vida	
VL-Ser valorado.	
IT-Interés	PR-Presencia
EP-Equilibrio psíquico	

VJ-Viajar

FL-Felicidad

DV-Diversión

PS-Posesión

C1-Contacto familia primera

AG-Agresión

C2-Contacto familia segunda

Otras categorías: pueden ser sociales o individuales

SM-Sí mismo

RL-Realización social.

RS-Realización de sí mismo

Para la respuesta no codificable existe la categoría

IN- Inmodificable

Código para el análisis del contenido del Registro de la Actividad

Sistema de codificación

Las categorías y subcategorías de este código son las siguientes:

Necesidades sociales:

Compañeros (CP): actividades dirigidas a compartir con amigos y vecinos

Trabajo (TR): actividades de trabajo de acuerdo con las necesidades y exigencias del centro de trabajo.

Revolución (RV): se incluyen las actividades realizadas por el sujeto y que responden a las necesidades, tareas y exigencias que plantean las organizaciones políticas y de masas como son el PCC, UJC, CDR, CTC, FEU;

Deber familiar primero (F1): actividades de ayudar y cooperar con los padres, abuelos, hermanos, tíos, primos, etc.

Deber familiar segundo (F2): actividades para cumplir los deberes como padre, cónyuge, abuelo, etc.

Necesidades individuales de carácter social.

Sexo (SX): actividades de contacto con el sexo opuesto que puedan tener un carácter de conquista amorosa o de disfrute de una compañía sexual. Se incluyen las relaciones sexuales.

Descanso (DS): se incluye tanto el descansar como el dormir.

DS (Dor): Dormir

DS (Des) : Descansar

Salud (SL): actividades dirigidas a preservar la salud propia. Ir al médico, al dentista. Cumplir un plan médico, etc.

Comer (CM): almorzar, comer, desayunar, merendar, cenar, tomar agua, café, bebidas.

Necesidades fisiológicas (NF): orinar, defecar.

Fumar (Fu): fumar

Intereses (IT): se incluyen todas las actividades de lectura por distracción o afición. Se excluye la lectura por el deber de trabajar o estudiar.

Diversión –Interés (DI): se incluyen las actividades de escuchar radio, ver televisión y presenciar espectáculos.

AC (Art): actividad artística: cantar, bailar, pintar, escribir poesías.

AC (Men): actividad mental: pensar, meditar, hacer planes, soñar, imaginar.

Diversión (DV)

DV (Jue): juegos

DV (Pas): paseo

DV (Fie): Fiestas

Viajes (VJ): ir a otros pueblos cercanos u otras provincias o países.

Contacto (CN): estar en compañía de amigos, vecinos, compañeros. Conversar e intercambiar con ellos.

Contacto familia primera (C1): conversar con padres, abuelas, tíos, primos, hermanos, etc.

Contacto familia segunda (C2): conversar con cónyuges, hijos o familiares del cónyuge.

Presencia (PR): se incluye tanto la actividad de asearse como de vestirse.

Posesión (PS): ir a comprar a la bodega o a las tiendas. Adquirir bienes, comida, muebles, artículos electrodomésticos, ropas, adornos, etc.

Tareas domésticas (TD): se incluye toda actividad de limpiar o arreglar la casa o las pertenencias, cocinar, lavar, planchar, etc. para resolver sus propias necesidades personales. Si la actividad puede implicar cooperación con la familia se añade F1 o F2.

Otras categorías

Tránsito (TN): viajes en ómnibus, autos, trenes, aviones o a pie.

Desvestirse (DT): quitarse la ropa, cambiarse la ropa.

Inmodificable (IN)

ANEXO # 4

TABLA DE LA MEDIDA DE DISTORSIÓN MOTIVACIONAL

16 P.F.	M.D. Anotación bruta
0 – 5	No distorsión
6 – 8	Poca distorsión
9 –11	Alguna distorsión
12 –14	Distorsión. No confiar en los resultados. Imagen falsa

PLANTILLA GUIA PARA LA INTERPRETACIÓN
INVENTARIO 16-PF FORMA C DE RAYMOND CATTELL

:	NOTAS BAJAS (1-3)	Fac tor	NOTAS ALTAS (8-10)	*
	SIZOTIMIA: Reservado, alejado, crítico, frío, aparta-do, esquivo. Duro, escéptico., Gusta más de las cosas que de las personas. Trabaja en solitario. Preciso. Rígido, inflexible.	A	AFECTOTIMIA: Abierto, Afectuoso, participativo, reposado, fácil,, comunicativo, vehemente, bondadoso, amable, solícito, adaptable, fácilmente forma grupos, se relaciona socialmente. Es generoso.	A*
	INTELIGENCIA BAJA: Pensamiento concreto, poca capacidad para los estudios. Lento para aprender y captar las cosas, interpreta literalmente. Escasa capacidad intelectual.	B	INTELIGENCIA ALTA: Pensamiento abstracto, brillante. Mucha capacidad para los estudios. Rápido para comprender y aprender ideas. Existe alguna relación con el nivel cultural y con la viveza mental.	
C:	POCA FUERZA DEL EGO: Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente, turbable, emotivo, volu <u>ble</u> , hipersensible. Poca tolerancia a la frustración. Evade llamado de la realidad. Evade necesidades.	C	MUCHA FUERZA DEL EGO: Emocionalmente estable, tranquilo, maduro, afronta la realidad, realista, calmado, equilibrado, tranquilo, con firmeza interior, capaz de mantener sólida moral grupal (YO FUERTE).	
	SUMISIÓN: Débil, auto acomodaticio, conformista, dócil, humilde, compla-ciente, dulce, a veces dependiente, acepta las ideas de los otros, se muestra ansioso por la exactitud obsesiva. Pasividad propia de los	E	DOMINANTE: Independiente, agresivo, competitivo, obstinado, carácter firme, testarudo, autoritario, dogma_tico. Seguro de sí mismo. De mentalidad independiente austero, hostil, hace caso omiso a toda autoridad.	

	neuróticos.			
	DESURGENCIA: Sobrio, prudente, serio, taciturno moderado, encerrado, introspectivo, reticente, reprimido, a veces terco, pesimista, demasiado cauto. Los demás lo ven presumido, estirado, correcto, digno de confianza.	F	SURGENCIA: Descuidado, animado e impulsivo, entusiasta, confiado a la buena ventura. Alegre, vivaracho, jovial, activo, conversador, franco, expresivo, acalorado y descuidado. Se le elige Líder. Puede ser impulsivo.	
G:	POCA FUERZA DEL SUPEREGO: Despreocupado, evita las normas, acepta pocas obligaciones. Indiferente, oportunista, indisciplinado, irresponsable, inestable, en sus propósitos, no atiende bien compromisos.	G	MUCHA FUERZA DEL SUPEREGO: Escrupuloso, consciente, perseverante, sensato, sujeto a las normas, concienzudo, con sentido del deber, juicioso afectado. Exigente, organizado, no malgasta su tiempo. Moralista.	G*
H:	TRECTIA: Cohibido, reprimido, tímido, falta de con-fianza en sí mismo, timorato, desconfiado, cauteloso, marginado de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad. Lento y torpe al hablar.	H	PARMIA: Emprendedor, socialmente atrevido, espontáneo, no inhibido, sociable. Aventurero. Da numerosas respuestas emocionales. Tiende a estar activamente interesado por el otro sexo.	H*
	HARRIA: Sensibilidad dura. Confiado en sí mismo, realista, seguro de sí, sensato. Práctico, varonil. Independiente, responsable, a veces duro, cínico, tiene al grupo trabajando con realismo y sentido práctico.	I	PRENSIA: Sensibilidad blanda. Dependiente, sobre-protegido, impresionable, tierno, sensitivo, idealista, soñador, artista, femenino. A veces solicita ayuda y atención de los otros. Impaciente. Poco práctico	I*
	ALAXIA: Confiable, adaptable, no afectado por celos o envidia, de trato fácil cooperativo, fácil de llevar, no competitivo, animoso, interesado por los demás, buen colaborador del grupo.	L	PROTENSION: Suspica, engreído, difícil de engañar. Desconfiado. Suele ser ambiguo, se complica con su propio yo, le gusta opinar de sí. Se interesa por la vida mental íntima. Actúa con premeditación.	L*
M:	PRAXERNIA: Práctico, cuidadoso, convencional, regulado por realidades externas, formal, correcto, suele mostrarse ansioso por hacer las cosas bien, atento a los problemas prácticos y a lo que es evidente posible.	M	AUTIA: Imaginativo, centrado en necesidades íntimas, abstraído, despreocupado de los asuntos prácticos, imaginativo y bohemio, soñador, poco convencional, motivado por sí mismo, creador.	
	SENCILEZ: Franco, natural, sencillo, sentimental, llano, poco sofisticado, ingenuo, directo, se le satisface fácil-mente y se contenta con lo que acontece, es natural y espontáneo, poco refinado y torpe.	N	ASTUCIA: Astuto, mundano, calculador, perspicaz. Sutil, lúcido, previsor. Puede ser "cabeza dura". Su enfoque es intelectual y poco sentimental, aproximándose a las situaciones de manera casi cínica.	
O:	ADECUACION IMPERTURBABLE: Apacible, seguro de sí, sereno, calma-do, confiado, plácido, de ánimo in-variable, con capacidad para tratar cosas con madurez y sin ansiedad.	O	TENDENCIA A LA CULPABILIDAD: Aprehensivo y preocupado, depresivo, turbable, ansioso, autocensurado, con presagios e ideas largamente gestadas, ante	O*

	Aunque flexible y seguro.		dificultades se presenta infantil y ansioso.	
Q 1:	<u>CONSERVADURISMO:</u> Conservador, respetuoso de las ideas establecidas, tolerante a los defectos tradicionales, confía en lo que le enseñaron a creer, acepta lo “conocido y verdadero” a pesar de sus inconsistencias,	Q1	<u>RADICALISMO:</u> Analítico, crítico, liberal, experimental, de ideas libres y pensamiento abierto, librepensador. Se interesa por cuestiones intelectuales y duda de los principios fundamentales. Escéptico.	Q1 *
Q 2:	<u>ADHESION AL GRUPO:</u> Dependiente, buen compañero, de fácil unión al grupo, es su seguidor fiel. Prefiere trabajar y tomar decisiones en grupo. Le gusta y depende de la aprobación social. Sigue directivas del grupo.	Q2	<u>AUTOSUFICIENCIA:</u> Autosuficiente, prefiere sus propias decisiones. Lleno de recursos. Independiente, acostumbra a seguir su propio camino, toma sus decisiones y actúa por su cuenta.	
Q 3:	<u>BAJA INTEGRACION:</u> Autoconflictivo, despreocupado de protocolos, orientado por sus propias necesidades, no se preocupa por aceptar ni ceñirse a las experiencias ni exigencias sociales. Descontrolado	Q3	<u>MUCHO CONTROL DE SU AUTOIMAGEN:</u> Controlado socialmente adaptado, llevado por su propia imagen Prudente en asuntos sociales. Con amor propio. Mucho control de sus emociones y su conducta.	
	<u>POCA TENSION ERGICA:</u> Relajado, tranquilo, aletargado, no frustrado. Débil, flojo, calmado, sosegado, satisfecho, pudiera llegar a la pereza y al bajo rendimiento cuando le falta motivación	Q4	<u>MUCHA TENSION ERGICA:</u> Tenso, frustrado, presionado, sobre exitado, aplastado por los acontecimientos. Agobiado, irritable, impaciente, intranquilo. Aunque esté fatigado, es incapaz de permanecer inactivo.	Q4 *

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

	<u>ANSIEDAD BAJA:</u> Ajuste. Encuentra la vida gratificante. Realiza lo que cree importante. En el extremo bajo indica desmotivación ante tareas difíciles	QI	<i>ANSIEDAD ALTA: Lleno de ansiedad en su sentido corriente. No necesariamente neurótico, la ansiedad puede ser ocasional. Puede presentar desajustes, como estar insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida,</i>	QI *
	<u>INTROVERSION:</u> Puntuación baja tiende a ser reservado, autosuficiente e inhibido en contactos personales desfavoreciéndole según la situación en que tiene que actuar.	QII	<u>EXTRAVERSION:</u> Socialmente desenvuelto, no inhibido. Capacidad para los contactos personales mantenidos. No es buen predictor del rendimiento escolar.	
QIII:	<u>POCA SOCIALIZACION CONTROLADA.</u> Acepta pocas obligaciones. Despreocupado por normas, se orienta por las suyas y actúa	QIII	<u>MUCHA SOCIALIZACION CONTROLADA:</u> Escrupuloso, responsable, organizado, sigue con control a la vez, el ego psicoanalítico y el	QIII*

	de manera personal. Animado, impulsivo.		yo social ideal (astuto, mundano, perspicaz).	
	DEPENDENCIA: Dependiente, pasivo, conducido por el grupo. Probablemente desee y necesite el apoyo de los demás y oriente su conducta hacia quienes le proporcionan ese soporte.	Q/IV	INDEPENDENCIA: Agresivo, independiente, atrevido, emprendedor, mordaz. Buscará situaciones en que probablemente se premie o tolere su conducta. Muestra muchas iniciativas.	

A*	Gusta de ocupaciones que exijan contactos. Es poco temeroso de las críticas y bastante capaz de recordar el nombre de las personas.
C:	Neuróticamente cansado, displicente, de emoción y turbación fácil, activo cuando se encuentra satisfecho. Presenta síntomas neuróticos como fobias, alteraciones del sueño, quejas psicósomáticas y otros. Estas puntuaciones son comunes a casi todas las formas de alteraciones neuróticas y algunas psicóticas.
G:	Se manifiesta alejado de las normas y puede cometer actos antisociales.
G*	Prefiere relacionarse con personas laboriosas y trabajadoras. Debe ser distinguido del "Yo Social" de Q3.
H:	Rehuye las ocupaciones que impliquen contactos interpersonales. Más que un grupo amplio, prefiere a una o dos personas como amigos íntimos y no es dado a mantenerse en contacto con todo lo que está ocurriendo a su alrededor.
H*	Su indiferencia y falta de vergüenza le permiten soportar sin fatiga el "toma y daca" del trato con la gente y las situaciones emocionales abrumadoras. Sin embargo, puede preocuparse de los detalles e invertir mucho tiempo charlando. Tiende a ser emprendedor.
I*	Le disgustan los "tipos duros". Suele frenar la acción del grupo y turbar su moral con actividades inútiles e idealistas.
L*	A veces colabora mal. Este factor no es necesariamente "Paranoia"; de hecho, los datos de los esquizofrénicos paranoicos no son tan claros como cabría esperar a partir del Factor L.
M:	Es detallista, capaz de actuar con serenidad en los momentos de

<p>M*</p>	<p>emergencias. A veces un poco imaginativo.</p> <p>Preocupado por lo “esencial” y despreocupado de las personas particulares y de la realidad física. Sus intereses, dirigidos a su intimidad, le llevan a veces a situaciones irreales, con explosiones expresivas. Su individualidad le empuja a verse excluido de las actividades del grupo.</p>
<p>O:</p> <p>O*</p>	<p>Puede mostrarse insensible cuando el grupo no va de acuerdo con él, lo cual puede provocar antipatías y celos.</p> <p>En los grupos no se siente aceptado, ni con suficiente libertad para actuar. Una puntuación alta es corriente en los grupos clínicos de todo tipo.</p>
<p>Q1:</p> <p>Q1*</p>	<p>Aunque se le presente algo mejor o que pudiera serlo. Es precavido y puntilloso con lo nuevo. Tiende a posponer u oponerse a los cambios, a seguir la línea tradicional, a ser conservador en religión y política. También a despreocuparse de las ideas analíticas y a las “intelectuales”.</p> <p>De espíritu inquisitivo en las ideas, sean tradicionales o nuevas. Suele estar bien informado, poco inclinado a moralizar y más a preguntarse por la vida en general y a ser más tolerante con las molestias y el cambio</p>
<p>Q2:</p> <p>Q2*</p>	<p>Sigue las normas y decisiones del grupo, incluso mostrando falta de decisiones personales. No es necesariamente gregario por decisión propia, sino que necesita del apoyo del grupo.</p> <p>No toma en consideración la opinión del grupo, aunque no es necesariamente dominante en sus relaciones con los demás. (Véase el Factor E). No le disgusta la gente, simplemente no necesita de su asentimiento y apoyo</p>
<p>Q3:</p> <p>Q3*</p>	<p>No es excesivamente desconsiderado, cuidadoso o esmerado. Puede sentirse desajustado y muchas de sus desadaptaciones (especialmente las afectivas, pero no las paranoicas) puntúan en esta dirección de la variable. No se ciñe a los convencionalismos. <u>De carácter incontrolable: débil interacción instintivo-impulsiva.</u> Sigue sus propias tendencias.</p> <p>Es cuidadoso en general, abierto a lo social. Evidencia lo que se llama comúnmente “respeto hacia sí mismo”. Tiene en cuenta la reputación social, no obstante, a veces tiende a ser obstinado. LOS LIDERES EFICACES y algunos paranoicos puntúan alto en Q3.</p>

Q4:	Dentro del grupo tiene una pobre visión del grado de cohesión, del orden y del mando. Su frustración representa un exceso de impulso de estimulación no descargada.
QI*	o con sus éxitos en lo que desea. En el extremo es un índice de desorganización de la acción y de posibles alteraciones fisiológicas.
QIII:	Orientado por sus necesidades personales. En ocasiones esta conducta puede ser desajustada, poco social, descuidada. Puede ser elegido LÍDER EN GRUPOS INFORMALES.
QIII*	Puede mostrarse como una persona calculadora. Sus metas se encuentran dentro de la normativa social. Son personas prudentes y acomodaticias.

ANEXO # 5

Distribución de los grupos según Inventario de la personalidad 16-PF de Raymont Cattell.

FACTOR		Grupo I	%	Grupo II	%
A	Sizotimia (reservado)	6	55%	7	64%
	Tendencia a sizotimia	3	27%	3	27%
	Afectotímia (comunicativo)	2	18%	1	9%
	Normal				
	Tendencia a afectotimia				
B	Inteligencia baja	7	64%	5	45%
	Tendencia a inteligencia baja	4	36%	3	27%
	Inteligencia alta				
	Normal			3	27%
	Tendencia a inteligencia alta				
C	Poca fuerza del ego (emotivo)	6	55%	7	64%
	Tendencia a la emotividad	5	45%	1	9%
	Mucha fuerza del ego (sereno)				
	Normal			3	27%
	Tendencia a la serenidad				

E	Sumisión			1	9%
	Tendencia a la sumisión	7	64%	3	27%
	Dominante	4	36%	5	45%
	Normal			1	9%
	Tendencia a ser dominante			1	9%
F	Desurgencia (sobrio)	4	36%	1	9%
	Tendencia a ser sobrio	4	36%	6	55%
	Surgencia (impulsivo)	1	9%		
	Normal			2	18%
	Tendencia a ser impulsivo	2	18%	2	18%
G	Poca fuerza del superego (despreocupado)	0		9	82%
	Tendencia a ser despreocupado	6	55%	0	
	Mucha fuerza del superego (juicioso)	2	18%	0	
	Normal				
	Tendencia a ser juicioso	3	27%	2	18%
H	Threctia (tímido)	8	73%	6	55%
	Tendencia a la timidez	2	18%	2	18%
	Parmia (sociable)	1	9%	1	9%
	Normal			1	9%
	Tendencia a la sociabilidad			1	9%
I	Harría (rudo)	2	18%	1	9%
	Tendencia a la rudeza	6	55%	3	27%
	Prensia (sensible)	1	9%	1	9%
	Normal	1	9%	5	45%
	Tendencia a la sesibilidad	1	9%	1	9%
L	Alaxia (confiado)				
	Tendencia a ser confiado	5	45%	0	
	Protensión (desconfiado)	4	36%	9	82%
	Normal	1	9%	2	18%
	Tendencia a ser desconfiado	1	9%		
M	Praxernia (práctico)	1	9%	1	9%
	Tendencia a ser práctico	3	27%	1	9%
	Autia (imaginativo)	4	36%	8	73%
	Normal				
	Tendencia a ser imaginativo	3	27%	1	9%
N	Sencillez		0%		0%
	Tendencia a la sencillez	4	36%	1	9%
	Astucia	6	55%	5	45%
	Normal	1	9%	2	18%
	Tendencia a la astucia			3	27%
O	Adecuación Imperturbable			1	9%
	Tendencia a la adecuación imperturbable	3	27%		
	Culpabilidad	6	55%	9	82%
	Normal			1	9%

	Tendencia a la culpabilidad				
Q1	Conservadurismo	1	9%		
	Tendencia al conservadurismo	7	64%	3	27%
	Radicalismo	2	18%	2	18%
	Normal			5	45%
	Tendencia al radicalismo	1	9%	1	9%
Q2	Adhesión al grupo	1	9%	1	9%
	Tendencia a adherirse al grupo	4	36%	3	27%
	Autosuficiencia	2	18%	3	27%
	Normal			2	18%
	Tendencia a la autosuficiencia	4	36%	2	18%
Q3	Baja Integración	3	27%	3	27%
	Tendencia a la baja integración	4	36%	1	9%
	Mucho control de su autoimagen				
	Normal			5	45%
	Tendencia al control de su autoimagen	3	27%	2	18%
Q4	Poca tensión ergica(relajado)				
	Tendencia a ser relajado	5	45%	1	9%
	Mucha tensión ergica (tenso)	4	36%	5	45%
	Normal	1	9%	2	18%
	Tendencia a la tensión	1	9%	3	27%
FACTORES DE SEGUNDO ORDEN					
QI	Ansiedad baja				
	Tendencia a la ansiedad baja	5	45%	0	
	Ansiedad alta	4	36%	5	45%
	Normal	1	9%	3	27%
	Tendencia a la ansiedad alta	1	9%	3	27%
QII	Introversión	5	45%	3	27%
	Tendencia a la introversión	6		1	9%
	Extraversión				
	Normal			5	45%
	Tendencia a la extraversión			2	18%
QIII	Poca socialización controlada	1	9%	1	9%
	Tendencia a poca socialización controlada	5	45%	1	9%
	Mucha socialización controlada	4	36%	5	45%
	Normal	1	9%	3	27%
	Tendencia a mucha socialización controlada			1	9%
QIV	Dependencia	2	18%		
	Tendencia a la dependencia	5	45%	1	9%
	Independencia	2	18%	8	73%
	Normal	1	9%	1	9%
	Tendencia a la independencia	1	9%	1	9%

Anexo # 6

Registro de la Actividad .Método Directo e Indirecto (RAMDI)

Nombre y Apellidos:

Sexo:

Escolaridad:

Edad:

Ocupación:

Estado Civil:

A) Escriba a continuación diez (10) deseos suyos en la vida. Es importante que sea plenamente sincero. Ordene los mismos en forma descendente de acuerdo a la importancia que los mismos tienen para UD.:

1-Yo

deseo_____

2-Yo deseo_____

3-Yo deseo_____

4-Yo deseo _____

5-Yo deseo _____

6-Yo deseo _____

7- Yo deseo _____

8-Yo deseo _____

9-Yo deseo _____

10-Yo deseo _____

B) A continuación UD va a pensar en alguien imaginario, asegúrese de no ser alguna persona que UD conozca u otro personaje de películas, telenovelas, etc. y va a escribir en cada renglón lo que él o ella desean:

Edad: _____

Sexo: _____

1-Él o Ella desean _____

2-Él o Ella desean _____

3-Él o Ella desean _____

4-Él o Ella desean _____

5-Él o Ella desean _____

6-Él o Ella desean _____

7-Él o Ella desean _____

8-Él o Ella desean _____

9-Él o Ella desean _____

10-Él o Ella desean _____

C) A continuación refiera todas las actividades realizadas por UD., ya sean breves o extensas, dentro del marco de la semana previa a la respuesta de este cuestionario:

Anexo # 7

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES (ROTTER)**

Nombre: _____ Edad: _____

Instrucciones: Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas, y opiniones. Trate de completar todas las frases.

1. Me gusta
2. El tiempo más feliz
3. Quisiera saber
4. En el Hogar
5. Lamento
6. A las horas de acostarme
7. Los hombres
8. El mejor
9. Me molesta
10. La gente
11. Una madre
12. Siento

13. Mi mayor temor
14. En la escuela
15. No puedo
16. Los deportes
17. Cuando yo era niño (niña)
18. Mis nervios
19. Las otras personas
20. Sufro
21. Fracase
22. La lectura
23. Mi mente
24. El impulso sexual
25. Mi futuro
26. Yo necesito
27. El matrimonio
28. Estoy mejor cuando
29. Algunas veces
30. Me duele
31. Odio
32. Este lugar
33. Estoy muy
34. La preocupación fundamental
35. Deseo
36. Mi padre

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
TEST DE COMPLETAMIENTO DE FRASES (ROTTER)

Nombre: _____ Edad: _____

37. Yo secretamente
38. Yo
39. Las diversiones
40. Mi mayor problema es
41. La mayoría de las mujeres
42. El trabajo
43. Amo
44. Me pone nervioso
45. Mi principal ambición
46. Yo prefiero
47. Mi problema principal en la elección de carrera, profesión y trabajo
48. Quisiera ser
49. Creo que mis mejores actitudes son
50. Mi personalidad
51. La felicidad