



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGO CLÍNICO**

TEMA:

**“PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD Y CONTINUIDAD EN EL
PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN GRUPOS DE APOYO
A.A TRADICIONALES DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, PERIODO DICIEMBRE
2015 – MAYO 2016”.**

AUTOR:

NOEMÍ CARINA PUSAY VILLARROEL

TUTOR:

Dra. ROCÍO TENEZACA

RIOBAMBA - ECUADOR

2016

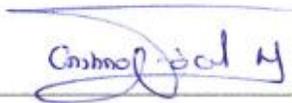
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que la Srta. Noemí Carina Pusay Villarroel, portadora de CI 0603582594, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica, se encuentra apta para la defensa publica del trabajo de investigación con el tema: **“PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD Y CONTINUIDAD EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL ALCOHOLISMO EN GRUPOS DE APOYO A.A TRADICIONALES DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, PERIODO DICIEMBRE 2015 – MAYO 2016”**. El cual cumple con los requisitos necesarios para la presentación final del mismo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Ps.Cl. Cristina Procel N, Mgs.

Delegada del Decanato



Dra. Rocío Tenezaca, Mgs.

Tutora



Ps.Cl. César Ponce

Miembro

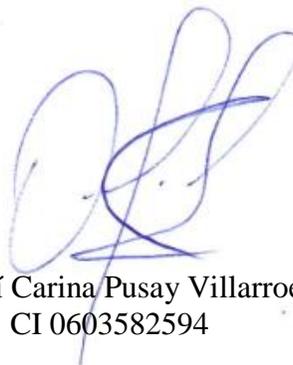


AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a Noemí Carina Pusay Villarroel y Dra. Rocío Tenezaca, y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo



Dra. Rocío Tenezaca
Tutora



Noemí Carina Pusay Villarroel
CI 0603582594

AGRADECIMIENTO

Rindo gran agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo por haberme acogido en sus aulas y brindarme una formación en excelencia para mi carrera profesional.

A mis padres por ser incondicionales en su apoyo para la culminación de mi carrera, siendo maestros de lucha, perseverancia y amor.

A mi Tutora, Dra. Rocío Tenezaca, por haberme abierto la posibilidad de crear resultados en poco tiempo, siendo su profesionalismo y serenidad que han impactado para mis resultados.

A César y Nelson, por haber sabido guiarme con su conocimiento, sabiduría, paciencia y perseverancia, mi agradecimiento infinito a estos dos seres humanos que si resumo su paso por mi vida en estas semanas en tres palabras es Profesionalismo, Inteligencia y Servicio.

A los Grupos A.A. Tradicionales de la ciudad de Riobamba, por haberme abierto las puertas de sus instalaciones para aplicar y aportar con mi conocimiento a un proceso de recuperación óptimo, siendo a más de mi población de estudio uno de los lugares a los cuales les debo mi Recuperación de una enfermedad progresiva, crónica y mortal como lo es el Alcoholismo.

A mi casa Rediséñate LIFE y mi familia PL por haber sido apoyo constante e inspiración para colgarme una gran presea de un sueño postergado.

A seres humanos excepcionales, Alexandra, Sanndy, Christian, Vinicio, quienes han seguido de cerca mi caminar y has sabido llevarme a la meta desde la grandeza de las cualidades, mismos que han tenido la sabiduría para impulsarme a no claudicar y ser la “actriz principal de mi obra”

DEDICATORIA

El presente logro cumplido en mi vida como lo es mi Titulación de Psicóloga Clínica se lo dedico a mi Poder Superior que es quien en su seno me ha llevado a creer. A mis padres por su paciencia, amor y apoyo. A la comunidad de A.A de mi ciudad, por ser ejemplo de recuperación. A mi casa Rediseñate LIFE, a mi gran amiga y socia Coach Alexandra Proaño por creer en mí siendo inspiración para superarme cada día, demostrándome que el cielo NO es el LÍMITE.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|---|------|
| PORTADA | i |
| APROBACIÓN DEL TRIBUNAL | ii |
| PÁGINA DE DECLARACIÓN EXPRESA DE LA AUTORIA | iii |
| PÁGINA DE AGRADECIMIENTO | iv |
| PÁGINA DE DEDICATORIA | v |
| ÍNDICE GENERAL | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | xi |
| INDICE DE CUADROS | Xii |
| RESUMEN | Xiii |
| ABSTRACT | Xiv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I MARCO REFERENCIAL | |
| 1.1. El problema de investigación | 4 |
| 1.2. Problematización del problema | 5 |
| 1.3. Formulación del problema | 8 |

| | |
|---|----|
| 1.4. Preguntas directrices o problemas derivados | 8 |
| 1.5. Objetivos | 8 |
| 1.5.1. Objetivo general | 8 |
| 1.5.2. Objetivos específicos | 8 |
| 1.6 Justificación | 9 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 12 |
| 2.2. Fundamentación teórica | 14 |
| 2.2.1. Patrones de personalidad | 14 |
| 2.2.1.1. Conceptos de personalidad | 15 |
| 2.2.1.2. Teoría del desarrollo de la personalidad | 16 |
| 2.2.1.3. Rasgos de personalidad | 20 |
| 2.2.1.4. Estilos de Personalidad | 21 |
| 2.2.1.5. Trastornos de Personalidad | 21 |
| 2.2.1.6. Patrones Clínicos de Personalidad | 24 |
| 2.2.2. Proceso de Recuperación del Alcoholismo | 30 |
| 2.2.2.1. Reseña Histórica del Alcohol | 30 |

| | |
|---|----|
| 2.2.2.2. Alcohol | 32 |
| 2.2.2.3. Alcoholismo | 33 |
| 2.2.2.4. Criterios diagnósticos de la CIE-10 | 36 |
| 2.2.2.5. Intervención | 44 |
| 2.2.2.6. Otros tipos de Intervenciones | 50 |
| 2.2.3. Relación Entre Patrones Clínicos De Personalidad y Continuidad en El Proceso De Recuperación En Los Grupos Tradicionales AA. | 55 |
| 2.2.4. Estrategia De Intervención Psicoterapéutica Para El Tratamiento De Alcoholismo Y Reducir El Índice De Deserción En Los Grupos De Alcohólicos Anónimos De La Ciudad De Riobamba | 57 |
| 2.2.3.1. Modelo De Minnesota | 57 |
| 2.3 Hipótesis | 67 |
| 2.4 Variables | 67 |
| 2.4.1. Variable dependiente | 67 |
| 2.4.2. Variable independiente | 67 |
| 2.5 Definición de términos básicos | 67 |
| CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO | |
| 3.1. Método | 70 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Diseño de la Investigación | 70 |
| 3.3. Tipo de investigación | 71 |
| 3.4. Nivel de la investigación | 71 |
| 3.5. Población y muestra | 72 |
| 3.5.1. Población | 70 |
| 3.5.2. Muestra | 71 |
| 3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 73 |
| 3.6.1. Técnicas | 73 |
| 3.6.2. Instrumentos | 73 |
| 3.7. Procesamiento de datos | 74 |
| CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS | |
| 4.1. Análisis e interpretación de resultados del Inventario de Personalidad de Millon II. | 76 |
| 4.2. Análisis de la bitácora de asistencia de los integrantes de los grupos de la Comunidad Tradicional AA | 78 |
| 4.3. Cuadro comparativo de los patrones clínicos de personalidad y las asistencias de los integrantes de los grupos de la Comunidad Tradicional AA | 80 |

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|----------------------|----|
| 5.1. Conclusiones | 84 |
| 5.2. Recomendaciones | 85 |
| BIBLIOGRAFÍA | 86 |
| ANEXOS | 88 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| 4.1. Patrones clínicos presentes en la población de estudio, evaluados con el Inventario MILLON II | 75 |
| 4.2. Promedio de asistencia de los participantes | 78 |
| 4.3. Relación entre los patrones clínicos de personalidad y la continuidad en los procesos de recuperación | 80 |

INDICE DE CUADROS

| | Pág. |
|--|-------------|
| 4.1. Patrones clínicos presentes en la población de estudio, evaluados con el Inventario MILLON II | 75 |
| 4.2. Promedio de asistencia de los participantes | 78 |
| 4.3. Relación entre los patrones clínicos de personalidad y la continuidad en los procesos de recuperación | 80 |

RESUMEN

El interés del estudio es el analizar la influencia de los patrones clínicos de personalidad y la continuidad en el proceso de recuperación en los grupos tradicionales A.A de la ciudad de Riobamba, período Diciembre 2015 – Mayo 2016. La presente investigación se realizó con la participación de integrantes de los Grupos Tradicionales Alcohólico Anónimos en proceso de recuperación, el grupo está conformado por personas de 25 a 60 años que acuden en un intervalo de 3 días a la semana a dichos centros en la ciudad de Riobamba. La investigación fue desarrollada utilizando los métodos científico, psicométrico, inductivo – deductivo, de diseño transversal, el tipo de investigación es de campo, y el nivel de investigación descriptivo. Se empleó como técnicas e instrumentos de investigación una bitácora de asistencia cuyo objetivo fue recabar información de las asistencias que tenían los integrantes a los procesos de recuperación, se obtuvo que las personas que menos acuden asisten en un promedio de 5,5 días equivalente al 20,37% en comparación al promedio de 13,5 días equivalente al 50% de las personas que si acuden a los procesos de recuperación. Luego se aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II, que nos permitió evaluar los patrones de personalidad, en donde se concluyó que la personalidad pasivo-agresiva es la que más predomina en la población de estudio (con el 55.56% de la población). Los resultados obtenidos luego de ser procesados, analizados y tabulados son representados mediante cuadros y gráficos que aportan a las correspondientes conclusiones y recomendaciones. Posteriormente se plantea desde el Modelo De Minnesota una estrategia de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de alcoholismo, y así, contribuir a la disminución del índice de deserción en los grupos tradicionales de alcohólicos anónimos de la ciudad de Riobamba.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the influence of clinical personality patterns and the persistence in the recovery process in the traditional AA groups of Riobamba city, period December 2015 – May 2016. The present research was carried out with the participation of members of the Traditional Alcoholic Anonymous Groups in the process of recovery, the group is formed by people between 25 and 60 years of age who attend three days in a week to these centers in Riobamba city. The investigation was developed using scientific, psychometric methods, Inductive-deductive, of quantity and non-experimental design, the type of research is field, with a transversal cross and this systematic study is documentary, descriptive. It was applied as techniques and instruments of analysis a log of attendance which objective was to gather information about attendances that the members have had in the processes of recuperation, the results obtained allow establish that the people who less attend in an average of 5.5 days equivalent to the 20,37% compared to the average of 13.5 days equal to 50% of people who go to recovery processes. The Millon II Multiaxial Clinical Inventory was applied, which permit us to evaluate the personality patterns, as a conclusion the passive-aggressive personality predominates in 55,56% is the one that predominates in the study population. These results after being processed, analyzed and tabulated were represented by tables and graphs that contribute to the corresponding conclusions and recommendations. To sum it up a strategy of psychotherapeutic intervention for the treatment of alcoholism is proposed from the Minnesota Model, thus contribute the rate of desertion in the traditional groups of anonymous alcoholics in Riobamba city.


Reviewed by: López, Ligia
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol constituyen un grupo muy heterogéneo de trastornos de índole social y económico muy elevado, por cuanto el alcohol es la sustancia psicoactiva de uso más extendido en la población, destacándose en Latinoamérica cifras de prevalencia de consumo de alcohol entre 40 y 70%. (Navarro y Pontillo, 2002, p. 3)

Según los estudios del INEC (2014), la conducta de los ecuatorianos respecto al alcohol ha variado con el paso de los años. En la actualidad, se registra un incremento del consumo en la etapa juvenil. Un dato preocupante si se considera que la Organización Mundial de la Salud mediante un reporte, asegura que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas.

Mucho se ha hablado de la asociación directa entre los patrones de personalidad y su premorbididad con el alcoholismo, desde el consumo en sí, hasta los diferentes procesos a los que se puede someter el individuo alcohólico para su rehabilitación. Millon define como patrón de personalidad a “los modos intrínsecos y penetrantes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan ahora sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente”. (Aparicio, 2001, p.33) Es por eso que el presente estudio busca proporcionar un aporte significativo para la comprobación de dicha hipótesis y analizar la influencia de los patrones de personalidad y en el proceso de rehabilitación de las personas que integran los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba, para alcanzar el objetivo de la investigación se realizó un completo análisis bibliográfico y se instrumentó como la Bitácora de asistencia de los integrantes AA y la aplicación del Inventario Multiaxial de Millon II para evaluar los Patrones Clínicos de Personalidad.

El presente estudio está estructurado por cinco capítulos que se mencionará a continuación:

En el capítulo I se describe el entorno al tema investigado. Se plantea la problemática, se establece las preguntas directrices, el objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación, así como la justificación, los alcances y los límites de la misma.

El capítulo II refiere al marco teórico donde se describe en primera instancia los antecedentes de investigaciones realizadas con respecto al problema propuesto, posteriormente se detalla los temas y sub temas relacionados a las dos variables del tema investigado.

En el capítulo III se expone el marco metodológico donde se detalla el diseño y el tipo de investigación que se ha utilizado, se menciona la población con la que se ha trabajado y las técnicas e instrumentos que se han utilizado para la recolección de datos de esta investigación.

En el capítulo IV se describe a través de cuadros y gráficos el análisis estadístico y la interpretación de los resultados de los instrumentos aplicados en la muestra seleccionada de la población.

En el capítulo V se presentan las conclusiones a las que se llegaron con el estudio, en base a los objetivos generales y específicos planteados en la tesina; y se enuncian las recomendaciones pertinentes para dar mayor realce al estudio y como pauta para futuras investigaciones relacionadas al tema.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El alcoholismo es una enfermedad muy seria, pero pocas veces es tratada o considerada una dolencia. El alcoholismo, la más significativa toxicomanía de nuestros tiempos se encuentra entre las problemáticas médico-sociales de mayor relevancia mundial, por sus efectos extraordinariamente nocivos sobre la salud y la sociedad, derivado de su nefasta repercusión biológica, psicológica y socio- económico. (García y colaboradores 2004, 1)

Existen diversos criterios asociados al consumo de alcohol, uno de ellos los patrones de personalidad y su influencia para el desarrollo de la enfermedad, desde su inicio, la frecuencia, la tolerancia del consumo y dentro de la etapa de rehabilitación, la voluntad de continuidad y permanencia dentro del proceso.

Tras la participación y observación clínica durante cuatro años dentro de los Grupos Tradicionales de A. A de la ciudad de Riobamba se pudo apreciar la intermitencia en la asistencia a las reuniones de los miembros de la comunidad siendo un factor que repercute en los procesos de recuperación poniéndose en evidencia varios cuadros de recaídas viéndose afectadas distintas áreas como lo es la personal, familiar, social y laboral.

La explicación de la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el consumo (Durán y Becoña, 2006, p.578). Por tal motivo la presente investigación pretende analizar si los patrones de personalidad predisponen no solo en el consumo, sino también que influencia tienen dichos patrones en la continuidad del proceso de rehabilitación de las personas que pertenecen a los grupos tradicionales “Alcohólicos Anónimos” (A.A.) de la ciudad de Riobamba.

1.2.PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (2014) considera al alcoholismo como una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol. Así mismo la OMS (2014) indica que el consumo excesivo de alcohol no sólo lleva a una nociva dependencia y a la violencia, sino que está relacionado con el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluidas la cirrosis hepática y el deterioro de funciones cognitivas.

La OMS (2008) indicó que 22 millones de personas consumen alcohol en gran parte del mundo, esto obedece a la ampliación mundial de la oferta de las bebidas con contenido alcohólico, amparado por las modificaciones a las leyes que favorecen la producción, el comercio y el consumo de alcohol. Se atribuyen al alcohol efectos primordialmente traumatismos no intencionales y trastornos neuropsiquiátricos. (Cicua y colaboradores 2008, p.117)

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes. (García y colaboradores 2004, p.6).

El consumo de alcohol en las Américas es un 50% mayor que el promedio mundial. Esta afirmación proviene de una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) que al mismo tiempo evidencia que el consumo y los patrones de ingesta de alcohol se encuentran ya en niveles perjudiciales y superan las medias globales. (Duffy, 2015, p.373)

Según los estudios del INEC (2014), la conducta de los ecuatorianos respecto al alcohol ha variado con el paso de los años. En la actualidad, se registra un incremento del consumo en la etapa juvenil. Un dato preocupante si se considera que la Organización Mundial de la Salud mediante un reporte, asegura que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas, datos que reflejan la última estadística del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2015), más de 900 000 ecuatorianos consumen alcohol, el 89,7% es de hombres y el 10,3%, de mujeres. La mayoría lo hace a partir de la adolescencia. De los 912 000 ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% es de jóvenes de entre 12 y 18 años, Ellos probaron por primera vez algún tipo de alcohol a manos de sus familiares o luego de una “vaca” entre amigos.

Según la Secretaría Técnica de Prevención de Drogas (2015), en la provincia de Chimborazo la prevalencia anual de consumo de alcohol es del 19% anual.

Entre las Instituciones que buscan brindar un proceso de rehabilitación del alcoholismo dentro de la ciudad de Riobamba está los Grupo de Alcohólicos Anónimos que, es una comunidad que acoge a hombres y mujeres, de diferentes clases sociales, edades, etnias, creencias religiosas y nivel de instrucción que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo, teniendo como base los doce pasos y las doce tradiciones. Por experiencia propia se pudo

observar que en los grupos tradicionales A.A. 3 de cada 7 integrantes abandonan el proceso o lo discontinúan, estadísticas considerables para analizar cuáles son los predisponentes para la continuación o no, del proceso de rehabilitación, dentro de los cuales se puede considerar de suma importancia a los patrones de personalidad, este aspecto motivó para que mediante la presente investigación se logre aportar científicamente a descifrar los principales patrones de personalidad que pueden estar asociados a la continuidad o deserción de los integrantes de los grupos tradicionales AA de la ciudad de Riobamba.

Los estudios de seguimiento (recuperación y recaída) indican que aproximadamente un tercio de los pacientes consiguen la abstinencia permanente con su primera tentativa seria en la recuperación. Otro tercio tiene episodios breves de recaída, que resulta eventualmente en abstinencia a largo plazo. Un tercio adicional tiene recaídas crónicas, con recuperaciones transitorias (Gorski, Kelley & Havens, 1993).

López y Becoña (2006) manifiestan que los patrones de personalidad como el límite, el antisocial, el trastorno por evitación pasivo-agresivo, obsesivo compulsiva y el esquizoide son los más susceptibles al consumo de sustancias y por ende a desertar los diferentes tratamientos para el consumo de sustancias a los que se ven sometidos. (p.578)

Es así que la presente investigación busca indagar cuáles son y qué influencia tiene los patrones clínicos de personalidad asociados a la continuidad y deserción de los procesos de recuperación de los grupos doble AA, para que posteriormente con fundamentos claros y objetivos, establecer estrategias que fortalezcan la motivación a estas personas a continuar el programa y disminuir el índice de deserción dentro de esas instituciones.

1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Influyen los patrones clínicos de personalidad en la continuidad del proceso de recuperación en los grupos A.A tradicionales de la ciudad de Riobamba, periodo Diciembre 2015 – Mayo 2016?

1.4.PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Cuáles son los patrones clínicos de Personalidad de los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA en la ciudad de Riobamba?
- ¿Cuál es el índice de continuidad en el proceso de recuperación de los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA en la ciudad de Riobamba?
- ¿Qué estrategia de intervención ayudaría a disminuir el índice de deserción en el proceso de recuperación de los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA en la ciudad de Riobamba?

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la influencia de los patrones clínicos de personalidad y la continuidad en el proceso de recuperación en los grupos tradicionales AA de la ciudad de Riobamba, periodo Diciembre 2015 - Mayo 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los patrones clínicos de personalidad en los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA de la ciudad de Riobamba
- Evaluar el índice de continuidad del proceso de recuperación de los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA de la ciudad de Riobamba

- Elaborar una propuesta de intervención para abordar los patrones clínicos de personalidad que contribuya a la disminución del índice de deserción en el proceso de recuperación de los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA de la ciudad de Riobamba

1.6. JUSTIFICACIÓN

El alcoholismo no es un simple vicio, es una enfermedad crónica que no solo afecta a la salud física y mental del individuo que consume, sino que también desencadena un impacto negativo en la familia y sociedad entera. La razón de investigar esta problemática, se basa en el contacto directo que mantengo con los grupos tradicionales AA de la ciudad de Riobamba, donde he podido observar un índice considerable de deserción del progreso de rehabilitación, ocasionando duras recaídas que muchas de las ocasiones irreversibles, el convivir diario, el acercamiento con esta población y la observación clínica por un largo periodo de tiempo bajo esta perspectiva lanzo la hipótesis de que la permanencia y continuidad en el proceso, está relacionado con los patrones clínicos de personalidad, que cada uno de los integrantes presentan, entre los que sobresalen a priori el antisocial, el pasivo agresivo y el esquizoide, cuyas características se ponen de manifiesto en el inicio, durante y por su puesto en el tratamiento del consumo.

La presente investigación es de gran aporte para el grupo de Alcohólicos Anónimos particularmente, a sus familias y a la sociedad misma, ya que mediante los resultados de la investigación se pretende comprobar la hipótesis planteada, de que la continuidad o deserción en el proceso de recuperación está ampliamente relacionada con los patrones de personalidad de los integrantes, además se elaborará propuestas de estrategias psicoterapéuticas para abordar los posibles rasgos patológicos y disminuir la deserción del proceso, con el objetivo de mejorar este problema de gran importancia psicosocial.

Así mismo el presente estudio pretende ser de gran aporte científico y académico para la sociedad en general dado que estará a disposición y será accesible para cualquier persona que necesite instruirse en tan delicados y a la vez interesantes temas como es el alcoholismo y personalidad y por su puesto servirá como fuente de información para que los estudiantes de las carreras de Salud, especialmente de Psicología Clínica puedan elaborar sus futuros trabajos de investigación, haciendo que el presente trabajo investigativo tenga la viabilidad y fiabilidad requerida por la ciencia actual.

El proceso de investigación fue factible puesto que existió la apertura y colaboración de los integrantes del grupo, la predisposición del docente tutor, los reactivos psicológicos que permiten evaluar cada una de las variables y el acceso a fuentes bibliográficas actualizadas que ayudaron al estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante revisión bibliografía relacionada con el tema investigado se han podido encontrar las siguientes investigaciones:

- **Consumo de Alcohol. - Alcoholismo y Rasgos Psicológicos de la Personalidad**

Estudio realizado en la ciudad de Esmeralda-Cuba, (2000) por Olimpio Rodríguez Santos, Reinaldo Baldo Soria, y Sandra Cardoso Cristiá.

Con el propósito de conocer el consumo social y anormal de alcohol, así como algunos rasgos psicológicos de la personalidad de los alcohólicos en la población de Esmeralda, provincia de Camagüey, se realizó un estudio descriptivo transversal en la zona urbana de este municipio. Para ello se tomó una muestra aleatoria de 400 personas para un nivel de confianza de 99 %.

A todos los sujetos se les realizó una encuesta para caracterizar la muestra, y el cuestionario de indicadores diagnósticos (CID) para identificar el consumo social y anormal de alcohol.

A los clasificados como consumo perjudicial y dependencia alcohólica se les realizó el inventario de personalidad de Eysenck que identifica algunos rasgos psicológicos de la personalidad. El 65,75 % resultó ser bebedor, siendo el consumo social el de mayor prevalencia (41,75 %).

En todos los grupos de bebedores el sexo masculino predominó sobre el femenino ($P < 0,05$). Se consideraron alcohólicos los contemplados en el consumo perjudicial y la dependencia alcohólica (8,5 %), en los que predominaron los sujetos introvertidos (82,35 %).

- **Alteraciones Neuropsicológicas En El Alcoholismo: Una Revisión Sobre La Afectación De La Memoria Y Las Funciones Ejecutivas**

Realizada en Pamplona (2004) por; Natalia Landa, Javier Fernández Montalvo, Javier Tirapu Ustarroz.

El estudio del déficit neuropsicológicos en los sujetos alcohólicos ha cobrado una especial relevancia en las últimas décadas. Esto se debe fundamentalmente a sus implicaciones en aspectos tan importantes como son el pronóstico terapéutico y el diseño de estrategias adecuadas de intervención. Este artículo presenta una revisión de los principales estudios sobre la afectación de la memoria y de las funciones ejecutivas en alcohólicos. Los resultados, aunque con ciertas discrepancias, sugieren la existencia de una alteración en la capacidad mnésica, que afecta sobre todo a la memoria de trabajo y a estrategias de aprendizaje.

Así mismo se constata la presencia de un déficit en las funciones ejecutivas en los sujetos alcohólicos. Por otro lado, se valora la posibilidad de que esté déficit en las funciones ejecutivas actúe como un factor de vulnerabilidad a desarrollar alcoholismo.

- **Alcoholismo y memoria de trabajo en los miembros del grupo de alcohólicos anónimos “Chimborazo” de Riobamba, periodo septiembre 2015 – febrero 2016**

Realizada en Riobamba (2016) por Altamirano Calderón Tatiana Alexandra y Colcha Pozo Neiva Soraya.

En esta investigación se analizó el Alcoholismo y la Memoria de Trabajo de los miembros del Grupo de Alcohólicos Anónimos “Chimborazo” de la ciudad de Riobamba, periodo septiembre 2015 – febrero 2016, de los cuales se tomó una muestra de 30 anexos (personas alcohólicas que

se encuentran internados en un grupo de Alcohólicos Anónimos, Centros de Rehabilitación u hospitales), aplicando los criterios de inclusión y exclusión. El objetivo principal de la investigación fue analizar como incide el alcoholismo en el deterioro de la memoria de trabajo en los anexos del grupo, para lo cual se aplicó el test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) que determina el nivel de alcoholismo y la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos III (WAIS) para comprobar la existencia del deterioro de la memoria de trabajo. Este trabajo fue de tipo descriptivo-transversal con un nivel diagnóstico, en el cual se describió sistemáticamente las características de la población y se recogió los datos en base a los objetivos planteados.

Posterior a la aplicación de los instrumentos se encontró que el 100% de la muestra que está constituido por 30 anexos presentan problemas con el alcohol y dependencia alcohólica, mismos que presentan mayor déficit en las sub pruebas de aritmética y retención de dígitos. Para lo cual se propuso estrategias psicoterapéuticas que ayuden a fortalecer o mantener las funciones cognitivas, en especial la memoria de trabajo, así como también técnicas psicológicas a nivel individual y familiar que aportan al tratamiento del individuo alcohólico.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A continuación, describo ciertas definiciones de conceptos fundamentales para el desarrollo de la investigación.

2.2.1. PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD

Millon (como se citó en Aparicio, 2001) define a un patrón de personalidad como:

Los modos intrínsecos y penetrantes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan ahora sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente. El patrón está compuesto de conductas que provienen de una acción recíproca constante y penetrante tanto de disposiciones biológicas como de experiencia aprendida y no son mezcla de conductas, sino una organización estrecha de necesidades, actitudes y conductas. Este patrón de personalidad del individuo se convierte en el fundamento para su capacidad de funcionar en una forma mentalmente sana o enferma. (p.33)

2.2.1.1. CONCEPTOS DE PERSONALIDAD

Definir la Personalidad es complejo puesto que cada autor respetando su enfoque ha dado conceptualizaciones diferentes dependiendo del comportamiento de los sujetos o los contextos históricos; a continuación, varias definiciones en referencia:

Configuración de características y comportamientos que comprende la adaptación única de un individuo a la vida, incluidos los principales rasgos, intereses, pulsiones, valores, auto concepto, capacidades y patrones emocionales

La personalidad suele considerarse como una integración compleja, dinámica y total, moldeada por muchas fuerzas, entre las que se hallan: las tendencias hereditarias y constitucionales; la madurez física, la formación inicial, la identificación con individuos y grupos significativos, los valores y roles culturalmente condicionados, las experiencias y relaciones cruciales.

Hay varias teorías que explican en diferentes formas la estructura y el desarrollo de la personalidad, pero todas coinciden en que la personalidad ayuda a determinar el comportamiento (APA, 2010, p. 373).

Mischel (como se citó en Moreno, 2008) define la personalidad como: “los patrones típicos de conducta (incluidos emociones y pensamientos) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de la vida” (p. 8).

Eysenck (como se citó en Moreno, 2008) propone que: “la personalidad es la suma total de todos los patrones de conducta, actuales o potenciales, de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente” (p. 8)

El diccionario de Pedagogía y Psicología (2009) define a la personalidad: “identidad individual formada por patrones de relativa consistencia y durabilidad de percepción pensamiento, sentimiento y comportamiento. SHELDON y EVANS la personalidad es la organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos y morfológicos del individuo” (p. 256).

En psicología y psiquiatría el constructo de personalidad ha sido empleado para referirse al conjunto de patrones de pensamientos, emociones y acciones que caracterizan a una persona desde épocas tempranas de la vida y que son estables, permanentes en el tiempo y a través de diferentes situaciones.

Constituye una mezcla de factores temperamentales y caracterológicos que dan cuenta de la influencia de los aspectos biológicos y heredados que en principio determinan la forma de reacción al medio, así como de la formación de unas características psicosociales distintivas que sólo son posibles a partir de la socialización y el aprendizaje. (Caballo, 2009, p.320)

2.1.1.2. TEORÍA DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

La etiología del desarrollo de la personalidad que plantea Millon (1974) se basa en la afirmación de que no existe separación entre los factores biogénicos y psicogénicos en el

desarrollo de la personalidad, sino que actúan en reciprocidad y evolucionan. El autor señala lo siguiente:

“La etiología en psicopatología puede considerarse como un proceso de desarrollo en el que fuerzas intraorganísmicas y ambientales despliegan no sólo una reciprocidad y circularidad de influencia, sino también una continuidad ordenada y proseguida a través de toda la vida del individuo” (Millon, 1974a).

Es decir, el desarrollo de la personalidad es función de una interacción compleja de los factores biológicos y ambientales (Millon y Everly, 1994). El impacto relativo que cada grupo de factores tendrá sobre el desarrollo de la personalidad de un individuo dependerá de la potencia y cronicidad de la influencia de cada factor. Estas influencias variarán de individuo a individuo, aunque es muy probable que los factores biológicos sean los que establezcan los fundamentos que guíen el desarrollo de la personalidad, y los ambientales actúen para dar forma a su expresión. Esta interacción entre fuerzas intraorganísmicas y ambientales empieza con la concepción del niño y continúa a través de toda su vida (Millon, 1981b), de tal forma que al nacer estamos dispuestos genéticamente para ser similares a nuestros padres y con el paso del tiempo cada niño evoluciona según un ritmo propio, teniendo cada niño una velocidad de desarrollo (Millon, 1974a).

La personalidad se compone de múltiples aspectos que aisladamente no conforman al individuo, pero que unidos dan un patrón de comportamiento que se puede designar como personalidad. Sin embargo, estos rasgos de los que se compone la personalidad no son un popurrí de percepciones, pensamientos y conductas sin relación, sino una ajustada unión de actitudes, hábitos y emociones. Aunque al nacer podemos tener sentimientos y reacciones, más o menos

aleatorias, las secuencias repetidas de experiencias reforzantes a las que estamos expuestos nos proveen de estrategias que empiezan a destacar y caracterizar nuestra personalidad distintiva y nuestra forma de afrontamiento con los demás y con nosotros mismos (Millon, 1981b).

La personalidad para Millon engloba “las características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo”. Se concibe la personalidad como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon, 1990; Millon y Davis, 1996).

En su diferenciación entre personalidad normal y patológica incluye la diferenciación entre patrones y estilos. En general, usa el término patrón cuando se refiere a la personalidad patológica, mientras que usa el término estilo para hablar de personalidad normal (Millon, 1984).

Millon es partidario, por tanto, de la continuidad sindrómica en la diferenciación entre patrones de personalidad normales y patológicos. Los trastornos de personalidad podrían ser considerados de este modo como representaciones de desviaciones exageradas y patológicamente distorsionadas emanadas de una distribución de rasgos normales y saludables y no como la intromisión de alguna fuerza externa extraña sobre la personalidad del individuo (Millon y Everly, 1994).

La personalidad emerge como resultante de dos procesos: cómo el individuo interactúa con las demandas de su medio ambiente y cómo se relaciona consigo mismo. Cuando el individuo

exhibe la capacidad de enfrentarse a su medio ambiente en forma flexible y apropiada y cuando sus percepciones y conductas características favorecen incrementos de satisfacción personal, entonces puede decirse que posee un patrón de personalidad sano y normal. De este modo, cuando se responde a las responsabilidades corrientes y a las relaciones diarias de forma rígida o deficiente, o cuando las percepciones y las conductas características del individuo favorecen un aumento de molestia personal o reducen sus oportunidades de aprendizaje y desarrollo, entonces puede decirse que existe un patrón de personalidad patológico (Millon, 1969, 1981a; 1974a; Millon y Davis, 1996).

Es decir, desde el punto de vista del desarrollo, la patología de la personalidad es el resultado de las mismas fuerzas implicadas en el desarrollo del funcionamiento normal. Son las diferencias importantes en relación con el carácter, la duración y la intensidad de estas influencias las que provocan que ciertos individuos presenten elementos patológicos, mientras que otros desarrollan rasgos más adaptativos (Millon y Davis, 1996).

El resumen de este desarrollo podría ser el siguiente (Millon y Everly, 1994): Un individuo se puede considerar como normal y saludable cuando: 1. Muestra capacidad para relacionarse en su entorno de una manera flexible y adaptativa. 2. Las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente constructivas.

Millon (como se citó en Aparicio, 2001) manifiesta que:

Los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como promotores de salud. Un individuo se puede considerar que posee una personalidad anormal cuando: 1. La persona intenta afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas. 2. Las percepciones

características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente auto frustrantes. 3. Los patrones de conducta manifiesta del individuo tienen efectos perniciosos para la salud. Así, los patrones patológicos de personalidad se distinguen de los normales por su escasa flexibilidad de adaptación, su tendencia a crear círculos viciosos y su escasa estabilidad ante situaciones creadoras de estrés, compuesto de conductas que provienen de una acción recíproca constante y penetrante tanto de disposiciones biológicas como de experiencia aprendida y no son mezcla de conductas, sino una organización estrecha de necesidades, actitudes y conductas. Este patrón de personalidad del individuo se convierte en el fundamento para su capacidad de funcionar en una forma mentalmente sana o enferma. (p.32)

2.1.1.3. RASGOS DE PERSONALIDAD

En este sentido, los rasgos serían (de manera aislada) simples consistencias de comportamiento en diversas áreas o perspectivas de la personalidad, que muestran una disposición general del individuo y que no son de carácter transitorio (como los estados). Si los rasgos son agrupados conforman un patrón completo (un “cuadro”) y una tendencia en el funcionamiento por parte de una persona. Es en este contexto cuando son útiles los conceptos de “estilos de personalidad” y “trastornos de la personalidad”, los cuales implican una organización y clasificación de determinados rasgos y forman parte de un continuo. Como señalan Millon y Davis (2001), “un rasgo de personalidad es un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones. Cuando varios de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta podemos decir que constituye un trastorno (o estilo) de la personalidad” (p. 37).

Los rasgos de personalidad son considerados desde el DSMIV-TR (American Psychiatry Association, 2002) como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar. Se convierten en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y se apartan acusadamente de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, son estables en el tiempo y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. (López y Becoña, 2006, p.578)

2.1.1.4. ESTILOS DE PERSONALIDAD

Los estilos de personalidad marcarían una tendencia en el individuo por actuar o pensar de determinada manera, ya que como hemos dicho la formación de un estilo de personalidad es inherente al desarrollo evolutivo de todo ser humano e influye en la interacción de la persona con su entorno. Estas características no son consideradas como patológicas, pues no están acentuadas y son lo suficientemente flexibles como para permitir que la persona modifique y adapte sus respuestas a las demandas específicas de la situación y el contexto. Es decir, son funcionales y no ocasionan ningún deterioro en algún área vital (personal, social, profesional, etc.). (Caballo, Guillén y Salazar, 2009, p.320)

2.1.1.5. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Lo anterior nos hace considerar otra posibilidad, la de los trastornos de la personalidad, con la que se indicaría que el individuo presenta unas tendencias o características extremas de personalidad que constituyen una desviación con respecto a su grupo sociocultural en cuanto a sus formas de pensar, sentir y actuar, que son estables en el tiempo, persistentes e inflexibles y, por tanto, impiden responder en forma adaptada ante una variedad de situaciones, ocasionando niveles de malestar emocional clínicamente significativos (para el sujeto y/o para su entorno), así

como problemas graves en el funcionamiento diario y en situaciones importantes. De acuerdo con Sarason y Sarason (2006), los trastornos de la personalidad tienen, además, otro gran inconveniente y es que los problemas clínicos se intensifican cuando, como normalmente es el caso, la persona no considera sus patrones de conducta como desadaptados o indeseables, aun si las consecuencias desagradables y contraproducentes de dichas conductas son obvias para los demás. Cabe decir entonces, que el impacto de los trastornos de la personalidad suele ir más allá del ámbito personal. Normalmente las personas cercanas suelen experimentar altos niveles de angustia como consecuencia de la interacción y por observar los efectos de las decisiones y actos de quien sufre el trastorno y su negación del problema. Según Millon y Davis (2001) la distinción entre estilos y trastornos de la personalidad radica en su nivel (grado) patológico.

Costa y McCrae (como se citó en Caballo y colaboradores, 2009) manifiesta que:

Los estilos y los trastornos de la personalidad harían parte de un continuo, de manera que los primeros se mantendrían en el intervalo de la normalidad y los trastornos en el intervalo de la patología. Como indicamos anteriormente, ambos son constructos de orden superior constituidos por rasgos de personalidad. Teniendo esto en cuenta, a veces se ha intentado explicar los trastornos de la personalidad desde la perspectiva de los rasgos. Uno de los modelos de rasgos que más se ha utilizado, sobre todo en los últimos años, ha sido el de los “cinco grandes”. (p.320)

Costa y Widiger (como se citó en Caballo y colaboradores, 2009) propone que “este modelo asume que los rasgos presentan una estructura jerárquica y los cinco factores que propone se derivan del análisis factorial de adjetivos y se presentan en forma bipolar formando un continuum, a saber, los mismos que se describen a continuación:

1. Extraversión – Introversión. Este factor se define por la preferencia del sujeto por estar solo o acompañado, la facilidad para experimentar emociones positivas o tener entusiasmo y energía. Los adjetivos que se aplicarían a personas ubicadas en el primer extremo serían habladores, asertivos, enérgicos, sociables o entusiastas, mientras que los del otro extremo se considerarían quietos, reservados, silenciosos, tímidos y solitarios.

2. Amabilidad – Oposicionismo. Hace referencia a la interacción social y las respuestas que se ofrecen a los demás. En uno de los polos de este factor se situarían aspectos como la simpatía, la generosidad, la fidelidad, la gentileza o la colaboración y, en el otro, ser frío, poco amigable, cruel, rígido y desagradecido.

3. Responsabilidad – Falta de responsabilidad. Refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a objetivos, y trata esencialmente de la forma en que los individuos llevan a cabo las tareas. Los sujetos responsables serían los que se caracterizan por la pulcritud, la organización, la precisión, la cautela, la eficiencia o el cuidado, y en el otro extremo estarían los individuos dejados, desordenados, irresponsables, desmemoriados o independientes.

4. Estabilidad emocional – Neuroticismo. Está relacionado con la vida emocional del sujeto. Las personas del primer extremo serían personas estables, calmadas, tranquilas y poco emotivas, mientras que las del segundo tenderían a la ansiedad, la preocupación, el malhumor, el temor, la emotividad, la inestabilidad o la tensión.

5. Apertura a la experiencia – Cierre ante la experiencia. Constituye una dimensión novedosa, aunque controvertida, que hace referencia a la búsqueda de experiencias y al placer por lo desconocido y su experimentación. Quienes se ubiquen en el extremo superior de esta

dimensión serían sujetos con amplios intereses, originales, curiosos, inventivos, ocurrentes, ingeniosos, perspicaces, imaginativos o sofisticados, mientras que los opuestos serían individuos convencionales en sus creencias y actitudes, conservadores en sus gustos, dogmáticos y rígidos en sus creencias, de intereses limitados y poco emotivos. (p.320-321)

2.1.1.6. PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD

Millon (como se citó en Espada y Sánchez, 1995) a presenta una breve descripción de las características de los diez patrones clínicos de personalidad, que en sus formas rígidas o extremas son descritas como trastornos de personalidad.

- 1. Personalidad Masoquista** (Patrón pasivo-discordante). Los sujetos que se ajustan a este prototipo, que es disfuncional por naturaleza, muestran una inversión de la polaridad dolor-placer. Interpretan los sucesos y se implican en relaciones interpersonales de manera contraria a los aspectos de progreso y crecimiento personal a través del aprendizaje, prefiriendo las experiencias dolorosas, principalmente en las relaciones interpersonales, intensificadas por autorreproches y desprecio de sí mismos, clima que se agrava por su proclividad a actos que potencian esta situación y pensamientos que exageran los fracasos precedentes y anticipan los futuros. Se relacionan con los demás de una manera formalmente dependiente, obsequiosa y auto-sacrificada, poniendo en bandeja que los otros les exploten de diversas maneras. La Personalidad Masoquista ha sido especial foco de atención de la psicopatología psicoanalítica.
- 2. Personalidad Agresivo-Sádica** (Patrón activo-discordante). De igual modo que en la Personalidad Masoquista, la inversión o conflicto en la polaridad dolor-placer se observa en sujetos que no solo buscan o crean sucesos objetivamente "dolorosos", sino que los

experimentan como deseables y gratificantes. Estas personas consideran que el modo preferente de relacionarse con los demás gira en torno a sucesos que resultarán dolorosos (tensión, miedo, crueldad), asumiendo con los demás un rol activo de control, dominación y abuso. Se viven subjetivamente como gratificantes actos en que humillan, desprecian e incluso tratan brutalmente a los demás. Tanto esta Personalidad Sádica como la Masoquista representan la variante discordante de la polaridad Dolor-Placer, precisamente por invertir su finalidad e introducir conflictividad en las relaciones interpersonales.

3. **Personalidad Esquizoide** (Patrón pasivo-retraído). Los sujetos que se ajustan al prototipo se caracterizan por su incapacidad para experimentar placer o entusiasmo, tienen necesidades mínimas en el plano interpersonal y experimentan muy pocos sentimientos; su pensamiento está empobrecido, su interés por el contacto con otros seres humanos es mínimo, exhiben deficientes habilidades de comunicación social, son apáticos y tienen una conciencia de sí mismos muy restringida. Se trata de personas que muestran deficiencias en ambos sistemas de polaridad.
4. **Personalidad Evitadora** (Patrón activo-retraído). Bajo un esquema similar al anterior, estos sujetos muestran una capacidad disminuida de experimentar placer, pero tienen una sensibilidad extraordinaria ante las experiencias dolorosas. Los sujetos que se ajustan al prototipo se caracterizan por su disforia afectiva, provocada por sentimientos constantes de tensión y tristeza; vacilan entre el deseo de obtener afecto y el miedo al contacto social. Constantemente suspicaces, sobreinterpretan, buscan amenazas potenciales y actúan para evitar el rechazo social, anticipándose a él. Su autoimagen está alienada,

percibiéndose a sí mismos como rechazados. El sí mismo está devaluado, y se confronta frecuentemente con sentimientos de vacío y despersonalización.

5. **Personalidad Dependiente** (Patrón pasivo-dependiente). Aquí, como ocurre en las siguientes personalidades, la polaridad Si mismo-Otros está claramente sesgada y connotada. Se trata de personas que han aprendido que el sentimiento de seguridad y la confianza en sí mismos depende esencialmente de los otros, y se obtiene exclusivamente a través de la relación. Dóciles, no competitivos, evitan los conflictos interpersonales. Necesitan de una figura fuerte y protectora cercana, ya que se perciben a sí mismos como débiles y poco competentes, Con escasas iniciativas, evitan la autonomía y no exhiben actitudes y conductas de autoafirmación,
6. **Personalidad Histriónica** (Patrón activo-dependiente). También "vuelos hacia los otros" como estrategia interpersonal fundamental, mantienen sin embargo una polaridad activa. Son sujetos de afectividad inconstante, con tendencia a exhibir afectos dramáticos y superficiales. Muestran exhibicionismo infantil y conductas de seducción, manipulando -o intentando manipular- a los otros para obtener su atención y sus alabanzas, se autoperciben como sociables y encantadores. Se conducen irreflexivamente, en base a pensamientos ocasionales, sin tener en cuenta en el contexto o a los otros, erráticos y fugaces en sus emociones, actitudes y conductas.
7. **Personalidad Narcisista** (Patrón pasivo-independiente). Prototipo del patrón de personalidad independiente, exhiben sin embargo incapacidad de oscilar en su estrategia de verificación a través del contacto con el entorno interpersonal. Han aprendido que logran éxitos repetidos, máximo placer y mínimo dolor volviéndose sobre sí mismos y sus propios recursos. De autoimagen inflada, utilizan a los otros para engrandecerse a sí

mismos y complacer sus deseos, sin asumir responsabilidades recíprocas. Abandonados a fantasías inmaduras, interpretan muy libremente los hechos para realimentar sus fantasías narcisistas y evitar el nuevo conocimiento que contraría sus expectativas. Aparentemente imperturbables, se burlan de las convenciones sociales y no suelen ser respetuosos con los derechos ajenos.

- 8. Personalidad Antisocial** (Patrón activo-independiente). Sobre un patrón común con el narcisista, varía en que su orientación polar activa le lleva a procurarse por todos los medios satisfacción, ignorando a los demás y las normas sociales. Exhiben una pauta de conducta irresponsable y antisocial. Muestran incapacidad para mantener una conducta laboral consistente y fracasan en adaptarse a las normas sociales y en comportarse con respeto a las leyes. Irritables, agresivos y vengativos, suelen exhibir comportamientos hostiles, y no dejan de efectuar ataques físicos a los demás para lograr sus fines.
- 9. Personalidad Obsesivo-Compulsiva** (Patrón pasivo-ambivalente), Prototipo de ajuste social, especialmente determinados por su ajuste a la disciplina y restricciones impuestas por los padres, pueden sin embargo mostrar comportamientos disfuncionales fuera de los entornos normativos a los que están acostumbrados. Su afectividad está restringida y mantienen un estricto control de su expresión emocional. Valoran la autodisciplina, la prudencia y la lealtad, y prefieren el trabajo estructurado, metódico y meticuloso. Su inusual adherencia a sus propias convenciones y a las normas sociales esconde un conflicto entre su hostilidad latente hacia los otros y el miedo al rechazo y desaprobación social. La posibilidad de que surjan sentimientos de cólera y actitudes agresivas dependen de la eficacia de los controles de la orientación pasiva en la polaridad activo-pasivo.

10. Personalidad Pasivo/Agresiva (Patrón activo-ambivalente). Poseyendo tanto la orientación dependiente como la independiente, que no está sesgada ni hacia el Sí mismo ni hacia los otros, puede tratarse tanto de sujetos normales que exhiben una confortable situación intermedia como de sujetos que viven un intenso y agudo conflicto entre ambas. En este caso los sujetos se vuelven malhumorados, discutidores o irritables cuando se les pide que hagan algo de lo que no están convencidos.

Parecen trabajar de un modo deliberadamente lento o hacen mal las tareas que realmente no quieren hacer. Protestan sin justificación de que los demás le piden cosas irrazonables. Evitan obligaciones pretendiendo que las ha olvidado.

Creen que está haciendo las cosas mucho mejor de lo que los demás piensan y tienden a criticar o burlarse de manera irracional de las personas que detentan posiciones de autoridad.

A estos 10 tipos básicos resultantes de las polaridades fueron añadidos otros 3 trastornos de mayor severidad. Todos ellos recogidos en el Eje II del DSM-III, desde su primera formulación (APA, 1980).

Los tres patrones más graves de personalidad patológica son variantes disfuncionales de uno de los diez estilos básicos, que se desarrollan bajo la presión de una persistente adversidad. Al ser consonantes con un estilo básico de personalidad, son mejor entendidos como extensiones y distorsiones de éste.

1. Personalidad esquizotípica. Representa un deterioro relacionado con uno de los patrones básicos, relacionados con la dimensión independencia: el esquizoide o el

evitativo. Se caracteriza por preferir una vida aislada con los mínimos lazos personales y roles relacionales periféricos.

Es excéntrico y percibido por los otros como extraño. Pensamiento autístico, ensimismado y perdido en sueños que en ocasiones confunde con la realidad. Hipersensible, desconfiado y aprensivo, su apariencia emocional es monótona, falta de activación y afecto. Experimenta sentimientos ansiosos de vacío y falta de significado, con períodos de despersonalización.

- 2. Personalidad Límite (Bordeline).** Variante grave de los patrones básicos dependiente y ambivalente. Sufre intensos cambios de humor endógenos, periodos recurrentes de abatimiento y apatía se intercalan con otros de enfado, ansiedad y euforia.

Nivel de energía inconexo, ciclo sueño/vigilia irregular, describe períodos de tiempo en que su equilibrio afectivo está en constante peligro.

Conciencia condenatoria, pensamientos suicidas o automutilantes y de autodenigración. Reacciona intensamente a la separación, miedo obsesivo a la pérdida o el aislamiento. Ambivalencia cognitiva y afectiva y emociones conflictivas.

- 3. Personalidad Paranoide.** Se asocia más a menudo con los tipos de personalidad independiente (narcisista y antisocial) y en menor grado con los patrones compulsivo y pasivo-agresivo.

Es suspicaz y defensivo ante la crítica y el rechazo que anticipa. Su comportamiento interpersonal es provocador, teme a la pérdida de independencia y se resiste a las fuentes de influencia externas.

Distorsiona los acontecimientos dentro de una lógica muy personal e irracional, a veces para alimentar su imagen grandiosa, otras para confirmar sus ideas autorreferenciales.

2.2.2. PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL ALCOHOLISMO

Antes de iniciar con el desarrollo teórico de la variable dependiente es necesario conceptualizarla, el proceso de recuperación del alcoholismo se puede definir como “la permanente asistencia y el responsable cumplimiento del proceso mediante el cual la persona alcohólica interrumpe el deterioro progresivo físico y mental que es típico de este desorden y comienza un restablecimiento constante en las áreas de vida afectadas”. (Autoría propia, 2016, adaptado del concepto de Alvarado, S.)

2.2.2.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL ALCOHOL

El alcohol, del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que, desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables. (García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano, 2004, p.1-6)

Las definiciones empleadas en la actualidad bajo el término alcoholismo, no se apartan de la que hizo Magnus Huss en 1849. Una de las aceptadas internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con

objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor. (García y colaboradores, 2004, p.6-9)

Esta concepción terminológica sirve de base, desde el punto de vista médico, a 2 sistemas diagnósticos empleados casi en paralelos; en Europa son más aceptados los de la OMS (Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE-10-1982) mientras que en Norteamérica los plasmados en el Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM IV 1994). La CIE-10 define el sistema de dependencia alcohólica como un trastorno, no una enfermedad, mientras que el DSM V plantea que la dependencia a sustancias psicoactivas, extensivo al alcohol, es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Los principales criterios empleados en ambas son: el excesivo consumo de alcohol, la repercusión física y psíquica que produce y los conflictos psicosociales, legales, laborales y familiares que crea. (García y colaboradores, 2004, p.10-14)

Es una enfermedad que causa dependencia y que se puede adquirir por varias vías. Se ha sugerido que resultan factores de riesgo de alcoholismo la soltería, los trastornos nerviosos, la sub-escolarización y sobre todo los conflictos matrimoniales y en las relaciones sociales. Se ha señalado entre las principales motivaciones del alcoholismo en este medio la influencia de amistades y familiares, ambiente festivo y problemas de la pareja o del entorno, sobre todo en la actividad laboral. Se atribuyen a la habituación alcohólica causas relacionadas con el estrés, que provocan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo, asociado con trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos, inmadurez emocional. (García y colaboradores, 2004, p.11-15)

2.2.2.2. ALCOHOL

El alcohol es una sustancia soluble en agua y circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos, comienza un proceso de cambios metabólicos, que en su primera etapa da lugar al acetaldehído que es más tóxico que el alcohol. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, el malgasto de estas sustancias provoca graves alteraciones en el metabolismo de las grasas, lo que da como resultado hígado graso o esteatosis hepática, que de no ser controlada con la supresión del consumo del alcohol llevaría posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones más serias y frecuentes de los alcohólicos. El alcohol tiene la condición de antielemento, disminuye notablemente el apetito, produce calorías vacías (que no generan energía), afecta la mucosa del sistema digestivo e impide la absorción adecuada de los alimentos que se ingieren, y aumenta notablemente las necesidades de vitaminas del organismo. (Bolet Astoviza y Socarrás, 2003, p.27-28)

Según el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud (2014) se señala lo siguiente:

- Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.
- El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.
- En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad.
- El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

- Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.
- Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/sida.
- Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

Asamblea Mundial de la Salud (2010) se aprueba una resolución en la que hace suya la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y por la que se invita a los países a que fortalezcan las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por dicho uso.

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol representa un compromiso colectivo de los Estados Miembros de la OMS para aplicar constantemente medidas enderezadas a reducir la carga mundial de morbilidad causada por el consumo nocivo. La estrategia incluye políticas e intervenciones de base científica que pueden proteger la salud y salvar vidas si se aplican correctamente.

2.2.2.3 ALCOHOLISMO

En 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del síndrome de dependencia alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. El término alcoholismo

incluye el trastorno por dependencia del alcohol y el trastorno por abuso de alcohol (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome de dependencia del alcohol de manera muy parecida, pero al trastorno por abuso de alcohol lo denomina Consumo Perjudicial de Alcohol y lo define como el consumo de alcohol que está afectando ya a la salud física o mental (Organización Mundial de la Salud, 1992).

El alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica. Las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia del alcohol. El alcoholismo cursa con períodos de remisión y recaídas. Su edad de inicio suele situarse entre los 18 y los 25 años. Aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, otros van a necesitar de un tratamiento de desintoxicación y deshabituación. La posibilidad de que un paciente alcohólico pueda retornar a un consumo controlado, tras haber efectuado un tratamiento del alcoholismo, depende sobretodo de la gravedad de su dependencia. Sin embargo, la abstinencia continuada de alcohol es el objetivo óptimo y el que consigue el mejor funcionamiento global a largo plazo.

El alcoholismo se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas. El deterioro en la capacidad de controlar el consumo de alcohol puede ser intermitente y muy ligero, en las fases iniciales de la enfermedad, pero puede llegar a ser

continuado e intenso, más adelante, y conducir a una “robotización” progresiva de la conducta de auto-administración de alcohol y a una pérdida de control tan grave como la de cualquier otra drogodependencia por vía intravenosa. (Serecigni, Jiménez, Pascual, Flórez y Contel, 2008, p.9-10)

Cuando una persona ha desarrollado una grave dependencia del alcohol no podrá retornar a un consumo moderado y cuando pruebe de tomar bebidas alcohólicas volverá a experimentar las mismas dificultades para controlar su consumo. Por este motivo, el objetivo ideal sería que el paciente alcohólico se mantuviera sin tomar bebidas alcohólicas, de manera continuada, sin embargo, lo más probable es que su actitud ante tal objetivo sea bastante ambivalente y ello puede contribuir a que su evolución curse con la alternancia de períodos de remisión de la enfermedad y períodos de recaída, en los que su vida se desorganiza y puede llegar a estar fuera de control. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.15)

Esta enfermedad (alcoholismo) no solo afecta al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en que vive. 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, malos tratos a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de todos, lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco se margine, no percibe los cambios por su enfermedad, insiste en que posee la misma capacidad de trabajo y de enfrentar los problemas familiares, pero ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, que promueven agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes. (Bolet Astoviza y Socarrás, 2003, p.28-29)

2.2.2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1992)

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos o de demencia. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico). A partir de este punto sustancia psicotropa será equivalente a alcohol.

- 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 Síndrome amnésico.
- F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.
- F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.
- F10.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación.

F10.0 Intoxicación aguda

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Pautas para el

diagnóstico La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación. Incluye: Embriaguez aguda en alcoholismo.

F10.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicótropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

F10.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. Pautas para el diagnóstico El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.

c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. 25 Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla.

La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma. El síndrome de dependencia puede presentarse para una

sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para un grupo de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

F10.3 Síndrome de abstinencia

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia.

Es característico que los enfermos refieran que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo

inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

F10.4 Síndrome de abstinencia con delirium

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.-).

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y temor. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vívidas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

F10.5 Trastorno psicótico

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores 27 (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis.

Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

Pautas para el diagnóstico

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío.

Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye: Alucinosis alcohólica. Celotipia alcohólica. Paranoia alcohólica. Psicosis alcohólica sin especificación.

F10.6 Síndrome amnésico

Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos.

También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suele estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico

- a) Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas.

F10.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas.

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia. Pautas para el diagnóstico La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicotrópica. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previa y normal. El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del período en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia

secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

F10.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

F10.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación (Organización Mundial de la Salud, 1992).

2.2.2.5 INTERVENCIÓN

El tratamiento de las adicciones parte de un abordaje multidisciplinario que integra las dimensiones biológica, psicológica y social, con el objetivo de trabajar todos los factores de vulnerabilidad hacia la recaída. La intervención psicológica es uno de los componentes fundamentales del tratamiento del alcoholismo. En los programas terapéuticos orientados hacia la abstinencia o la reducción de daños asociados al consumo, los objetivos de dicha intervención son: mantener la adherencia terapéutica, prevenir recaídas, incrementar la competencia y calidad de vida y reducir la posible comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico.

La evaluación de la eficacia de la intervención psicológica presenta especiales dificultades. Entre las variables de difícil control que pueden contaminar los hallazgos se pueden citar las dificultades para estandarizar la técnica y procedimiento terapéutico, las variables dependientes de los terapeutas que las aplican, las variables dependientes de los pacientes (subtipos, motivación, etc), la heterogeneidad metodológica de los diseños y la complejidad en la

interpretación de los resultados, ya que múltiples factores sesgan los resultados y con frecuencia se obtienen datos contradictorios.

Partiendo de la prudencia que imponen las dificultades mencionadas, revisaremos aquellos abordajes psicoterapéuticos que cuentan con una mayor evidencia científica, aún a costa de dejar fuera algunas formas de terapia, quizá igualmente efectivas y eficaces, que no cuentan todavía con una validación empírica. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.96)

Terapias cognitivo-conductuales

La Asociación Americana de Psiquiatría (2005) recomienda la utilización de las técnicas cognitivo-conductuales en general para el abordaje de los trastornos por uso de alcohol, aceptando como probada su eficacia en la reducción del consumo, con una seguridad clínica sustancial.

El objetivo genérico de este tipo de abordaje es enseñar al paciente a identificar el craving y las situaciones de riesgo de consumo de alcohol, ayudarle a incrementar el autocontrol y las habilidades para manejarse con dichas situaciones. Algunas de las técnicas concretas más utilizadas y estudiadas son la prevención de recaídas, las técnicas de autocontrol, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas motivacionales y la desensibilización sistemática.

De un modo general, determinadas técnicas cognitivo-conductuales, guiadas por manual y ejecutadas por expertos, se muestran útiles para ayudar a los pacientes alcohólicos a detectar situaciones de riesgo (internas o externas), para dotarse de estrategias y para manejarse con ellas, consiguiendo aumentos significativos de las tasas de abstinencia y reduciendo el consumo de alcohol. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.97-98)

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Este grupo de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, tienen por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo en relación al consumo de alcohol. Las más extendidas en la práctica clínica son las de entrenamiento en: prevención de recaídas, habilidades sociales, manejo del craving y manejo de los estados de ánimo. Pueden desarrollarse en contexto individual o grupal y ser utilizadas por separado o, lo que es más común, en combinación dentro de un mismo tratamiento.

La hipótesis de partida es que varios factores aumentan la vulnerabilidad del paciente alcohólico hacia la recaída: la limitación de recursos para el manejo del estrés, de las emociones y de las situaciones de riesgo (en las que el alcohol y la presión al consumo están presentes), las expectativas distorsionadas respecto al efecto del alcohol (expectativas de placer o efectos positivos) y una pobre percepción de auto-eficacia.

Teniendo en cuenta dichos factores de vulnerabilidad hacia la recaída, la mayoría de los tratamientos que utilizan este abordaje suelen iniciar el trabajo con un análisis exhaustivo de los mismos (comorbilidad biológica y/o psiquiátrica, factores de riesgo intrapersonales e interpersonales y cálculo realista de la exposición a estímulos relacionados con el alcohol que el sujeto experimentará dadas sus condiciones de vida), para trabajar con recursos específicos de enfrentamiento y manejo de esas situaciones de riesgo, mediante una combinación de técnicas de prevención de recaídas, de manejo del humor y de los estados de craving. Por lo común, se continuará con el trabajo de habilidades sociales que ayuden a mejorar las relaciones familiares y profesionales del sujeto, disminuyendo así el malestar asociado y aumentando el apoyo social y la percepción de eficacia personal (Monti et al., 1999). El abordaje de entrenamiento en estrategias de afrontamiento es una de las técnicas de elección para personas con dependencia

leve de alcohol, sin deterioro cognitivo o social significativo, que obtienen mejores resultados en el marco de un tratamiento integral. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.98)

Técnicas de Autocontrol

Hester (como se citó en Serecigni y colaboradores, 2008) manifiesta que estas técnicas están orientadas al manejo del craving y de las situaciones de riesgo con el objetivo de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Comprenden un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales entre las que se pueden mencionar la auto-observación y auto-registro, establecimiento de objetivos, refuerzo de objetivos conseguidos (mediante recompensas), análisis funcional de las situaciones de consumo y aprendizaje de estrategias alternativas de enfrentamiento. (p.101)

Intervenciones motivacionales

Engloban un conjunto de estrategias orientadas a aumentar la motivación intrínseca del sujeto en un tiempo breve de intervención.

Con frecuencia se utilizan al inicio del tratamiento, con la finalidad de aumentar la motivación y compromiso para cesar el consumo y aceptar tratamiento. Los elementos clave de este tipo de abordaje son: establecer una escucha reflexiva y empática, proveer de información personalizada, promover un discurso automotivador, proporcionar un menú de opciones posibles, ofrecer consejo, implicar al paciente en la responsabilidad y toma de decisiones de su tratamiento y aumentar la percepción de autoeficacia.

La terapia de intervención motivacional, guiada por manual y ejecutada por un experto, es eficaz para el tratamiento de la dependencia leve de alcohol y muestra una relación costeeficacia superior a otras técnicas. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.102)

Terapias conductuales

La Asociación Americana de Psiquiatría acepta como probada la eficacia de las terapias conductuales, particularmente aquellas que enfatizan el refuerzo positivo de las conductas diana (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005; Holder y cols. 1991)

- **Exposición a estímulos**

Este tipo de técnicas exponen al paciente a estímulos relacionados con el alcohol durante el tratamiento, de modo que tenga la oportunidad de practicar respuestas a las situaciones de exposición o craving en un entorno controlado y seguro. Los estímulos utilizados van desde el olor o la visión de la bebida alcohólica preferida hasta emociones que previamente disparaban el consumo, pasando por una variedad de situaciones, lugares, personas, horarios, etc., intensamente vinculados al efecto placentero del alcohol.

Esta técnica se utiliza sola o en combinación con un programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Y puede utilizarse tanto en un contexto terapéutico cuyo objetivo sea la abstinencia como en aquellos que persiguen el consumo moderado de alcohol. En cualquier caso, requiere un diseño, evaluación y manejo complejos que debe ser ejecutado por un experto. Esta técnica ofrece también resultados sugerentes cuando se aplica en contexto de consumo controlado o reducción de consumo como objetivo terapéutico (mejores resultados que las técnicas cognitivo-conductuales) (Serecigni y colaboradores, 2008, p.103)

- **Terapia conductual de pareja**

Hay un fuerte consenso en la recomendación de esta modalidad de abordaje en el tratamiento del alcoholismo: la Asociación Americana de Psicología (Chambless et al., 1998), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005), metanálisis y revisiones (Miller y cols., 2002; Bottlender y cols., 2006) y diversos ensayos clínicos

aleatorizados (O'Farrell y cols., 1985; O'Farrell y cols., 1992; O'Farrell y cols., 1996; Winters y cols. 2002; Fals-Stewart y cols., 2006; McCrady y cols.,2004) confirman la eficacia de la terapia conductual de pareja en el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol. La inclusión de la pareja en el tratamiento del alcoholismo parece mejorar los resultados sobre el consumo de alcohol. Especialmente en aquellos casos en que la relación aparece deteriorada o no existen habilidades de comunicación. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.105)

- **Terapias grupales**

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA Work Group on Substance Use Disorders, 2005) recomienda las terapias de grupo con un nivel de seguridad clínica moderado. En general, la terapia de grupo (que puede utilizar cualquiera de las técnicas revisadas hasta ahora) permite optimizar el tiempo del terapeuta. Además algunas de las características de esta modalidad pueden hacer de ella un abordaje más eficaz que el tratamiento individual:

- Proporciona universalidad a la pérdida de control experimentada respecto al alcohol y a la problemática secundaria a la dependencia, con lo que reduce resistencias y disminuye el discomfort.
- La coexistencia de sujetos en diferentes fases del tratamiento ofrece efecto de modelado y generalización de las experiencias, con lo que aumenta el potencial de aprendizaje de estrategias y de concienciación.
- El grupo puede actuar como control externo que contribuya a evitar o disminuir los episodios de recaída.
- Facilita la detección de próximas o recientes recaídas: los miembros del grupo, por su propia experiencia, detectan precozmente signos sutiles que permiten una intervención temprana.

Las formas no directivas de terapia grupal parecen ser igual de efectivas que la terapia de grupo cognitivo-conductual. El formato grupal, ejecutado por un experto, obtiene resultados similares a las intervenciones individuales, mejorado además la adherencia inicial al tratamiento y la relación coste-eficacia. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.107)

2.2.2.6. OTROS TIPOS DE INTERVENCIONES

2.2.2.6.1. Terapia de facilitación basada en el abordaje de los 12 pasos

Algunos estudios recogidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (2005) sugieren la efectividad de las terapias profesionales basadas en los 12 pasos, particularmente para aquellos pacientes que presentan alcoholismo severo, un foco afectivo o cognitivo, preocupación acerca del sentido de la vida, mayores habilidades de enfrentamiento y mayores necesidades de afiliación. El estudio realizado por el grupo de investigación de Project MATCH (1997 y 1998b) sugiere que este abordaje consigue resultados ligeramente superiores a las terapias de orientación cognitivo-conductual y motivacional en pacientes sin síntomas psiquiátricos significativos (aunque sin significación estadística), y en aquellos que muestran una elevada espiritualidad (pacientes con menor severidad). Sin embargo la última revisión sistemática Cochrane (Ferri y cols., 2006), que incluye 8 estudios de calidad metodológica con 3417 casos, concluye que no hay estudios experimentales de calidad metodológica que demuestren inequívocamente la eficacia de las terapias facilitadoras basadas en los 12 pasos en la reducción de la dependencia de alcohol y los problemas asociados.

Este tipo de abordaje (sea profesional o no) suele desarrollarse en contexto grupal y enfatiza la abstinencia absoluta y el reconocimiento de la enfermedad. Al mismo tiempo provee de una estructura de apoyo social y de modelos de referencia como medida de prevención de recaídas.

La terapia de facilitación se desarrolló para implicar a los pacientes en terapias de Alcohólicos Anónimos (AA) u otros programas basados en los 12 pasos: se da apoyo al paciente durante los cinco primeros pasos del programa y se trabaja la afiliación y compromiso con AA, en cuyos grupos va a hacer el seguimiento posterior.

Sin embargo, dicho seguimiento posterior cuenta con muy pocos estudios de calidad y por tanto no dispone de suficiente evidencia científica.

La terapia de facilitación basada en el abordaje de los 12 pasos, no dispone de suficiente evidencia de eficacia, aunque algunos estudios son favorables a este modelo de abordaje y es uno de los recomendados por la Sociedad Americana de Psiquiatría. (Serecigni y colaboradores, 2008, p.106)

2.2.2.6.2. Alcohólicos Anónimos

Es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema en común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos (A.A) es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios, ni cuotas, se mantienen por sus propias contribuciones.

A.A. no está afiliado a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna. El objetivo principal es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Nosotros dentro de A.A. somos personas que hemos descubierto y admitido que podemos controlar el alcohol. Hemos aprendido que tenemos que vivir sin él. Si queremos evitar el

desastre para nosotros y para los que nos rodean. Con grupos locales en miles de comunidades, somos parte de una organización internacional con miembros en más de 160 países, tenemos un solo objetivo primordial, mantenernos sobrios y ayudar a otros a que busquen nuestra ayuda a fin que obtengan y alcancen el estado de sobriedad.

En nuestros miembros pueden encontrarse personas de todas las edades, condición social, económica y cultural. Algunos de nosotros bebimos durante años antes de convencernos de que no podíamos controlar el alcohol.

Estamos unidos por un problema común, el alcoholismo. El reunirnos, conversar y ayudar otros alcohólicos, todos juntos nos permite, mantenernos sobrios y nos ayuda a dominar completamente la obsesión por beber, que en otros tiempos fue una fuerza poderosa en nuestras vidas.

No creemos que seamos los únicos que tengamos la respuesta al problema del alcoholismo. Sabemos que el programa de A.A. trabaja para nosotros y hemos comprobado que trabaja son excepción, con los que lo aplican sinceramente y que honestamente quieren dejar de beber.

A través de A.A. hemos aprendido muchas cosas acerca del alcoholismo y de nosotros mismo. Tratamos de mantener estos hechos bien presentes en nuestras mentes en todo momento, pues parece ser la llave de nuestra sobriedad. Para nosotros la sobriedad siempre tiene que venir primero. (Bill, 2008, p.1-3)

2.2.2.6.3. El plan de las 24 horas

Por ejemplo, no hacemos promesas. No decimos que no beberemos alcohol por siempre. En vez de eso tratamos de seguir lo que llamamos el plan de 24 horas. Nos concentramos en tratar

de mantenernos sobrios únicamente durante 24 horas presentes. Tratamos simplemente de vivir “un día sin beber”. Si sentimos el deseo de beber, no cedemos ni luchamos contra ese deseo, simplemente decimos dejar este trago para mañana.

Tratamos de mantener nuestra manera de pensar honrada, realista en lo que se refiere al alcohol, sin nos sentimos tentados de beber, y la tentación generalmente desaparece, después de los primeros meses dentro de A.A. nos preguntamos a nosotros mismos, si ese trago que estábamos pensando tomar, vale realmente la pena, teniendo presente todas las consecuencias que hemos experimentado en el pasado por la bebida. Tenemos siempre presente que estamos en absoluta libertad de emborracharnos si deseamos hacerlo, que la elección entre beber y no hacerlo es exclusivamente nuestra. Y lo más importante de todo, tratamos de aceptar el hecho de no importa cuánto nos hayamos mantenido secos, siempre seremos alcohólicos y los alcohólicos por lo que sabemos, no pueden beber normal o socialmente.

Seguimos la experiencia de los “viejos” que han tenido éxito en el sentido de asistir regularmente a las reuniones de nuestro grupo, al cual nos hemos afiliado. No hay ninguna regla que haga obligatoria dicha asistencia. Ni tampoco podemos explicar por qué nos sentimos animados al oír las historias personales y las interpretaciones de otros miembros. Casi todos nosotros sin embargo sentimos que la asistencia las reuniones y otros contactos informales con miembros de A.A. son factores importantes en el mantenimiento de nuestra sobriedad. (Bill, 2008, p.8)

2.2.2.6.4. Los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos, podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de nuestros defectos.
7. Humildemente pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos los admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros los concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en toso nuestros asuntos.

Apenas nos incorporamos A.A. oímos hablar de los doce pasos, sugeridos para la recuperación del alcoholismo. Aprendimos que estos pasos representan una tentativa de parte de

los primeros miembros de .A.A. para dejar constancia de su propio progreso dese le beber incontrolado hasta su propia sobriedad. (Bill, 2008, p.10)

2.2.3. RELACIÓN ENTRE PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD Y CONTINUIDAD EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN EN LOS GRUPOS TRADICIONALES AA

Para establecer la relación existente entre los patrones de personalidad y la continuidad en el proceso de recuperación en los grupos AA, es importante en primer lugar definir el concepto de patrones de personalidad, al que lo define Millon (1988) como los modos intrínsecos y penetrantes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan ahora sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente. El patrón está compuesto de conductas que provienen de una acción recíproca constante y penetrante tanto de disposiciones biológicas como de experiencia aprendida y no son mezcla de conductas, sino una organización estrecha de necesidades, actitudes y conductas. Este patrón de personalidad del individuo se convierte en el fundamento para su capacidad de funcionar en una forma mentalmente sana o enferma. Millon (como se citó en Espada y Sánchez, 1995) manifiesta que los patrones de personalidad en sus formas rígidas o extremas son descritas como trastornos de personalidad.

Como segundo punto es necesario definir a la continuidad en el proceso de recuperación como “la permanente asistencia y el responsable cumplimiento del proceso mediante el cual la persona alcohólica interrumpe el deterioro progresivo físico y mental que es típico de este desorden y comienza un restablecimiento constante en las áreas de vida afectadas”. (Autoría propia, 2016, adaptado del concepto de Alvarado, S.)

La explicación de la asociación entre consumo de alcohol y patrones o trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el inicio en el consumo de alcohol, si es el consumo de alcohol u otras drogas el que lleva a un patrón de personalidad desadaptativo, si el consumo de sustancias lo que hace es modular una serie de rasgos previos, o si son independientes los patrones de personalidad y el consumo de drogas (Pedrero, 2003). Además, San (2004) apunta que la consideración de los trastornos de personalidad como categorías hace que se solapen muchos criterios diagnósticos, entre distintos trastornos. Es el caso del trastorno antisocial de la personalidad en el que uno de sus criterios diagnósticos es la realización de actividades ilegales donde se puede incluir el consumo de sustancias entre ellas el alcohol. De todas formas, esta relación ha sido ampliamente estudiada. Skinstad y Swain (2001) y San (2004) concluyen que los patrones de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son en primer lugar el límite y el antisocial; en segundo lugar, evitativo, pasivo-agresivo y obsesivo compulsivo; y, en tercer lugar, el esquizoide, haciendo referencia que en muchos de los casos son considerados ya como trastornos. Fernández (2002) explica la asociación entre los patrones de personalidad y el consumo de alcohol, desde la función que cumpliría el consumo de alcohol, en determinados patrones: desinhibición del comportamiento para el patrón antisocial y límite; para reducir el estrés en el patrón por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite; y por la sensibilidad a la recompensa en el histriónico y narcisista. (López y Becoña, 2006, p. 578).

Estos patrones de personalidad o en su forma extrema como trastornos de personalidad influyen en el consumo de sustancias, específicamente el alcohol, y esas conductas permanecen en los procesos de recuperación, influyendo notablemente en la continuidad o a su vez la deserción de dichos procesos. Por citar ejemplos, las personas con un patrón antisociales no

cumple con las reglas impuestas por la institución, no practica valores y es más susceptible a desertar; así también se puede mencionar a las personas con un patrón pasivo agresivo, se caracterizan por ser personas bastantes volubles en su estado de ánimo, lo que provoca una estabilidad emocional que influye en la toma de decisiones convirtiéndoles en personas inseguras. Las personas con un patrón de personalidad dependiente se caracterizan por no tener la capacidad de tomar decisiones en su vida, por mínimas que sean, siendo estos individuos proclives a no continuidad en el proceso.

2.2.4. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO Y REDUCIR EL ÍNDICE DE DESERCIÓN EN LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA

El Tratamiento del Alcoholismo debe ser abordado desde una perspectiva integral, donde no solo se pone de manifiesto la rehabilitación del consumidor, sino buscar una estrategia que involucre el bienestar de todo el círculo social en el que se desenvuelve, analizando la problemática desde un punto de vista humanista, dejando de lado intereses económicos, religiosos, raciales, entre otros aspectos que dificultan que el paciente alcohólico culmine su proceso de recuperación, evitando así posibles recaídas. Por tal razón es de suma importancia aplicar una estrategia de tratamiento integral en el consumo de alcohol y la deserción de los diferentes programas de rehabilitación, incluidos los grupos AA, y después de analizar los resultados obtenidos con efectividad en el abordaje de esta enfermedad, es menester proponer “El Modelo Minnesota”, como estrategia de intervención en el presente trabajo de Investigación.

2.2.4.1. MODELO DE MINNESOTA

García Galarza (2010) explica sobre el Modelo Minnesota lo siguiente: El Modelo de tratamiento de Minnesota es un programa originado en los Estados Unidos en los años cincuenta.

Sus planteamientos han servido para desarrollar programas de rehabilitación para alcoholismo y otras drogas en el mundo. En estos modelos se estructura la atmósfera terapéutica para ofrecer el apoyo profesional y la guía necesaria para alcanzar las metas de tratamiento. Es un enfoque integral y multidisciplinario, orientado hacia la abstinencia y basado en los principios de los Doce Pasos. Los principios de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) son fundamentales. El modelo aboga por el concepto enfermedad sin cura, pero con recuperación, siempre y cuando se adhiera a las propuestas del programa. Con el tratamiento se pretende alcanzar dos metas a largo plazo. La primera, la abstinencia del alcohol y/o otras drogas. La segunda, una vida de calidad con salud física y emocional. Para lograr las metas a largo plazo, se trabaja con las metas a corto plazo que son:

1. Ayudar al adicto y a su familia a reconocer la enfermedad y sus consecuencias en su vida.
2. Ayudar a la persona a admitir que necesita ayuda y convencerse que podrá vivir una vida constructiva con la realidad de una enfermedad que no tiene cura.
3. Ayudar a la persona a identificar cuáles son las conductas que tiene que cambiar para poder vivir con la enfermedad en una forma positiva y constructiva.
4. Ayudar a la persona a traducir su entendimiento en acción para desarrollar un estilo de vida diferente.

El modelo Minnesota incluye un programa de Cuidado Continuo desarrollado y estructurado como red de apoyo para la persona en recuperación. (p.5)

2.2.4.1.1. Fases Básicas del Tratamiento

El tratamiento se puede resumir en términos de un proceso dinámico secuencial o como un programa sistemático de tres fases relacionadas:

- **Aceptar la impotencia ante el alcohol:**

La primera meta del tratamiento, una vez pasada la desintoxicación y el proceso de evaluación diagnóstica, es ayudar al paciente a admitir y aceptar que es impotente ante el alcohol que altera su estado de ánimo. En esta fase se le ayuda a aceptar el hecho de que su vida se ha vuelto incontrolable a causa de la adicción. Es el primero de los Doce Pasos de la filosofía de AA y es un intento de romper con la negación.

- **Reconocer la necesidad de cambio:**

Ahora se ayuda al paciente a reconocer que es vital cambiar su conducta para su supervivencia. Hay que transmitirle que él tiene la capacidad para hacer cambios. Otro aspecto importante es ayudar al paciente a ver que la estructura del programa, la rutina básica para llevarla a cabo, es el vehículo para, posteriormente, lograr sus cambios. El período de internamiento es de tratamiento, la recuperación se logrará después, poniendo en práctica lo que se aprendió en el programa. Se introduce al paciente en el grupo de autoayuda, AA o NA, como una herramienta esencial para poder realizar el trabajo de su recuperación.

- **Planear para actuar:**

La tercera meta del tratamiento es ayudar al paciente a actuar, tomar decisiones y cambiar las conductas que necesita cambiar. La meta es apoyar al paciente a empezar a visualizar que necesitará y podrá realizar cambios en su estilo de vida. (p.16)

2.2.4.1.1. Fases del Tratamiento en Adicciones según el Modelo de Minnesota

El método de psicoterapia con enfoque integral para pacientes adictos se puede dividir en tres fases:

La fase 1 del tratamiento comprende la evaluación exhaustiva y el contrato terapéutico para alcanzar la abstinencia de la sustancia. La fase 2 es el período de recuperación temprana o sobriedad y la fase 3 la recuperación avanzada. Aunque las fases se pueden ver por pasos y en secuencia, es importante tener presente que cada individuo progresa a un ritmo distinto, con base en su historia individual. Por eso, la actitud terapéutica necesita ser flexible, de acuerdo con las necesidades del paciente y de su fuerza yoica. (La fortaleza yoica se refiere a lo que le permite al sujeto afirmarse en la realidad, sobreponerse a las frustraciones y presiones que resultan de su interacción con el medio que lo rodea y el en que se desenvuelve.)

Fase I - Evaluación. - Empieza con la entrevista diagnóstica. Con base en los datos obtenidos, se trata de lograr que el paciente se comprometa con un tratamiento apropiado y funcional. La evaluación es un proceso continuo y hay que revalorar continuamente la situación psicológica y el compromiso con la abstinencia.

Como primer paso se determina la naturaleza y el alcance del uso de sustancias, el aspecto médico y psicológico; secuelas psicológicas directas e indirectas. Se evalúan las circunstancias del consumo, su significado psicosocial y psicodinámico.

Se explora la motivación para el tratamiento, el porqué de la búsqueda de ayuda en este momento preciso; experiencias previas de tratamiento. Se averiguan posibles indicadores para recaídas como conductas compulsivas sin sustancias, como juego, sexo promiscuo, bulimia, ejercicio extremo, violencia...

Saber cómo obtiene el paciente el dinero para drogarse da muchas pistas, por ejemplo, cuando menciona actividades que pueden sugerir una personalidad antisocial o ser de alto riesgo y autodestructivas.

Un contexto familiar de consumo habitual de sustancias, implica mayor severidad de la enfermedad. También se examinan las relaciones sociales para saber si el ambiente de amigos, conocidos y compañeros de trabajo es de consumo y si existe una red de apoyo de personas no consumidoras. Se evalúa la psicopatología, los mecanismos de defensa y los desórdenes de personalidad. Se necesita evaluar las consecuencias en situaciones específicas (empleo, relaciones familiares, divorcio, problemas financieros y legales, etc.)

Cuando el paciente está instalado en la negación masiva y no relaciona las circunstancias desafortunadas de su vida con el abuso de sustancias, la confrontación tiene que ser gradual. Se evalúan las secuelas médicas y sus complicaciones. Se usan esos datos para confrontar a los pacientes resistentes con la necesidad de tratamiento. Se les exige que acepten el tratamiento médico indicado para las complicaciones como hipertensión, anemia, sífilis, hepatitis, Sida. Todo lo relacionado con el tratamiento médico se vuelve también parte del contrato terapéutico.

Partiendo de la abstinencia como requisito imprescindible para acceder a la psicoterapia se le propone al paciente que elija un método para llegar a ella. Si el clínico considera que el método de los Doce Pasos es el mejor para alcanzar la abstinencia se lo debe de decir y cuando fallan todos los métodos motivacionales, el paciente puede ser candidato para una intervención formal. Para la intervención se utiliza una técnica desarrollada en el Johnson Institute en Minneapolis, Minnesota. Se lleva a cabo a través y con los miembros de la familia, siguiendo un esquema firme en el que se manifiesta la preocupación de forma afectuosa e incluye la puesta de límites y consecuencias si el adicto se niega a entrar en un tratamiento. A veces se invita a participar a una persona ajena a la familia que se considere que pueda servir de apoyo.

La desintoxicación y estabilización deben llevarse a cabo en un contexto hospitalario. Hay que establecer un método para lograr la abstinencia y se tiende no al compromiso de por vida sino más bien se recomienda el enfoque del “sólo por hoy”. Así, el paciente se compromete a mantener la abstinencia por un solo día, pero lo renueva diariamente, usando los principios básicos del programa de los Doce Pasos.

El tratamiento farmacológico de enfermedades psiquiátricas primarias (como el desorden bipolar) es muchas veces tan esencial como la abstinencia de drogas. Déficits y consecuencias cognitivas pueden desaparecer cuando se dejan de consumir las sustancias. La mejoría más notable se suele dar en las dos o tres primeras semanas, sin embargo la recuperación de todas las funciones puede tardar años.

El terapeuta necesita estructurar el contrato terapéutico como si fuera un contrato escrito para tenerlo presente como herramienta terapéutica durante el proceso de terapia. El paciente y los familiares deben estar de acuerdo con los elementos del contrato, después de haberse explicado y entendido su sentido para el tratamiento.

- **Contrato Terapéutico**

El contrato terapéutico es un elemento que debe contener los siguientes acuerdos

1. Acuerdo sobre dónde y cuándo se va a desarrollar la desintoxicación
2. Acuerdo sobre cuál será el método para mantener la abstinencia después de la desintoxicación. Se pide autorización al paciente para hacer controles de orina de forma azarosa.
3. Acuerdo para atender las condiciones psiquiátricas o médicas
4. Acuerdo sobre la participación de la familia en el tratamiento

5. Acuerdo sobre la participación de la familia en un programa educativo sobre el efecto de las drogas, el concepto de enfermedad, prevención de recaídas...etc.
6. Acuerdo para organizar un ambiente cotidiano libre de drogas.

La fase 1 termina para el paciente cuando no ha consumido sustancias durante dos o tres semanas y ha cumplido con el contrato.

Fase II

Desde que se acuerda el contrato y hasta cumplir aproximadamente dos años en psicoterapia siguiendo con un trabajo de apoyo con técnicas cognitivo conductuales, mucho más enfocado a la seguridad y al control que a los procesos dinámicos profundos. En esta fase los pacientes empiezan a desarrollar el autocuidado, la autoprotección para evitar caer en conductas autodestructivas y sobre todo, en el uso de sustancias.

Durante esta fase se despiertan respuestas contratransferenciales poderosas y el terapeuta necesita reconocerlas para manejarlas y usarlas en beneficio del tratamiento.

Hay Aspectos Psicodinámicos centrales que se relacionan con la pérdida de control. Trabajar con ellos refuerza la alianza terapéutica.

Algunos de estos aspectos psicodinámicos que podemos anotar son los estados afectivos negativos, eventos traumáticos, rasgos de personalidad, duelos no resuelto, retención en la evolución, negación persistente, aspectos sexuales, problemas de codependencia, aspectos psicodinámicos de la recaída.

La recaída se define como un período de uso de más de 24 horas, un episodio largo y destructivo que incluye el regreso a la negación; se llama “resbalón” al uso breve, de menos de

24 horas, un episodio seguido de sobriedad y el cumplimiento del contrato terapéutico y/o programa.

Estrategias cognitivo -conductuales para mantener la sobriedad

Las estrategias cognitivo – conductuales buscan educar sobre el rol de factores condicionantes que llevan a la recaída identificando situaciones indirectas externas y sentimientos internos que disparan el deseo vehemente o craving de consumir droga. Desarrollar un plan para evitarlas. Establecer una red de apoyo, una estructura diaria y rituales alternativos como sustitutos del uso de sustancias y actividades relacionadas. Desarrollar un plan de acción para manejar impulsos y el craving. Formular estrategias para evitar el abandono prematuro del tratamiento.

Los factores desencadenantes suelen darse en cadena y son identificables de la siguiente forma:

- Se genera estrés por cambios negativos o positivos en eventos de la vida.
- El estrés activa pensamientos negativos o positivos, estados de ánimo y sentimientos.
- Los sentimientos son difíciles de tolerar, se muestran como confusión, irritabilidad, depresión, o estados hipomaníacos (pequeñas manías).
- Se siente una impotencia que exacerba los problemas.
- Se niega la seriedad de los problemas.
- No se reconocen las herramientas para la recuperación o se usan de forma incongruente o simulada.
- Se abandona el grupo y la terapia.
- Los problemas aumentan, las soluciones mal adaptativas empeoran los problemas (por ejemplo sustituir la droga usada por otra droga, sexualidad compulsiva, gastos excesivos)
- La persona se siente incapaz de manejarse a sí misma.

- Aumentan el deseo y la preocupación y la droga aparece como única solución para el alivio.
- Aislamiento, alejamiento de la red de apoyo, frustración, desesperación y
- preocupación excesiva por las sustancias.
- Craving irresistible. Se usan una o más sustancias. El círculo se cierra.

Hay “disparadores” o estímulos de tres tipos:

- Los que deben evitarse desde un principio como los otros adictos, los bares, sitios de consumo.
- Los que no se pueden evitar, como las pérdidas, muertes, calmantes médicos, estrés, depresión, enojo.
- Los que se deben evitar al principio pero hay que empezar a manejar en algún momento, inevitablemente, como el sexo, las relaciones íntimas, los cambios a situaciones más demandantes en el trabajo.

El papel del Terapeuta en el Fase II

Se ayuda al paciente a comprender y expresar apropiadamente sus emociones. Se le ayuda a saber cómo nombrar sus afectos a explicarlos para desarrollar la función observadora del yo. Se enseña cómo entender los afectos como señales y cómo tolerar los dolorosos.

La fase 2 se centra en la comprensión y expresión de sentimientos y se mantiene el énfasis en el alejamiento de los disparadores. Se recomienda esperar el año de sobriedad/terapia, antes de hacer cambios importantes en la vida.

En esta fase existe la meta de sustituir actividades por conductas que mantengan la sobriedad. Objetos y conductas sustitutas que sean menos destructivas son útiles y no deberían ser confrontadas (se tolera la dependencia de la nicotina porque la irritabilidad y el craving pueden provocar la vuelta a la droga). El terapeuta debe sugerir que el paciente realice actividades alternativas como ejercicio regular, actividades creativas y recreativas, de aprendizaje, etc. Esto no sólo minimiza las pérdidas (droga, amistades, ambiente) sino que apoya la búsqueda de una vida más sana en general. Durante esta fase, no se confrontan las defensas demasiado pronto, ni tampoco se remueven prematuramente. Las intervenciones terapéuticas que serán apropiadas más tarde pueden resultar inapropiadas durante la fase inicial de sobriedad.

Fase III: Recuperación Avanzada

En esta fase se cambian las técnicas cognitivo-conductuales por la psicoterapia de orientación dinámica para trabajar aspectos más profundos de la personalidad. Esto puede significar un cambio de terapeuta. El objetivo principal de esta fase es ayudar a que el paciente alcance relaciones íntimas y pueda funcionar de manera independiente ya no fusionado. Mientras se mantenga el énfasis en la sobriedad, se puede trabajar con distintas técnicas psicodinámicas, sin embargo es importante recordar que cualquier enfoque requiere de modificaciones para trabajar de forma más interactiva que tradicional y neutral. (p.42-49)

Pese a que la metodología de intervención de los grupos tradicionales AA viene dado desde aspectos vivenciales y empíricos, es de suma importancia que dichos procesos se actualicen incorporando intervenciones desde el aspecto clínico, apuntando a un método de intervención integral, obteniendo resultados eficaces tal y como se ha demostrado mediante la aplicación del Modelo Minnesota.

2.3. HIPOTESIS

Los patrones clínicos de personalidad influyen en la continuidad del proceso de recuperación del alcoholismo en grupos de apoyo A.A tradicionales de la ciudad de la ciudad de Riobamba, en el periodo Diciembre 2015 – Mayo 2016.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Patrones Clínicos de Personalidad

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Continuidad en el proceso de recuperación.

2.5. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

Cannabis. - Polvo obtenido de flores, hojas y tallos desecados del cáñamo índico, del que se derivan varias drogas, como el hachís y la grifa

Conducta Desadaptativa. - Es aquella que no se atiende las normas que nosotros entendemos por normales, no solo tiene efectos sobre el entorno social que la desaprueba, sino que tiene un efecto "desasosegante" para el individuo que la vive.

Craving. - Se puede traducir como el deseo intenso y prolongado de consumir una determinada sustancia.

Diazepam. - Medicamento que se utiliza para controlar rápidamente los síntomas de ansiedad, las convulsiones o los espasmos musculares que aparecen, por ejemplo, en la deshabitación alcohólica.

Esteatosis Hepática. - Condición que, como el propio nombre dice, ocurre por una acumulación de grasa en el hígado. En general causada por el consumo excesivo de alcohol, la

esteatosis también puede surgir en varias otras situaciones, como en personas con colesterol alto, exceso de peso, diabéticos, etc.

Insomnio. - Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.

Opiáceo. - Son medicamentos que imitan la actividad de las endorfinas, que son unas sustancias que produce el cuerpo para controlar el dolor. Se consiguen únicamente con una receta médica.

Premorbido. - Estado anterior a padecer o provocar una enfermedad.

Trastorno Neuropsiquiátrico. – **Trastornos.**- mentales atribuibles a enfermedades del sistema nervioso

Prodrómico. – Hace referencia a los síntomas iniciales que preceden al desarrollo de una enfermedad

Obnubilación. - Estado de la persona que sufre una pérdida pasajera del entendimiento y de la capacidad de razonar o de darse cuenta con claridad de las cosas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

Científico: para la presente investigación se sigue un proceso racional, lógico y sistemático que aportan a la comprobación de los resultados, mediante la aplicación del inventario de personalidad de Millon II para reconocer los diferentes patrones clínicos, y la indagación en una bitácora de asistencia para determinar la continuidad de los participantes de la investigación en los procesos de recuperación del alcoholismo en la Comunidad Tradicional de Alcohólicos Anónimos.

Psicométrico: dado por la utilización de test psicológico validados, que presenten características propias de confiabilidad, se utiliza el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, el mismo que nos permitió medir, clasificar y agrupar los diferentes patrones clínicos en la población de estudio.

Inductivo-deductivo: partiendo de la aplicación del inventario de personalidad y revisado una bitácora de asistencia, el análisis de los resultados nos lleva a generalizar sobre la influencia que tienen los diferentes patrones clínicos la continuidad de los participantes de la investigación en los procesos de recuperación del alcoholismo en la Comunidad Tradicional de Alcohólicos Anónimos.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativo: desde los resultados obtenidos al valorar personalidad se implementa un estudio estadístico en la relación a la continuidad de los participantes de la investigación en los procesos de recuperación del alcoholismo en la Comunidad Tradicional de Alcohólicos Anónimos.

No experimental: Se analiza el problema de estudio sin manipulación de las variables mediante la observación natural del fenómeno.

Transversal: La investigación se realiza en un período de tiempo, Agosto – Noviembre del 2016

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

De Campo: La investigación se llevó acabo con cada uno de los integrantes de la comunidad tanto en las dependencias domiciliarias como en las instalaciones propias de los grupos con la aplicación del Test Millon II y recabar la bitácora de asistencias de cada uno de los grupos investigados, obteniendo con esto la información requerida para la identificación de patrones clínicos de personalidad, evaluación del índice de continuidad y propuesta de intervención para la comunidad de A.A Tradicional de la ciudad de Riobamba.

Documental: Se realiza la investigación desde la selección y recopilación, mediante la lectura del material bibliográfico relacionado a las teorías de la personalidad, como así también desde el material propio que trabajan estas Comunidades de Alcohólicos Anónimos, para su recuperación.

3.4 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: La investigación describe de un modo sistemático las características de la población de estudio, su personalidad, y su continuidad en los procesos de recuperación en dichas comunidades, ayudando a entender de manera general dicho fenómeno y aportando criterios que mejoren dicho problema.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población para este estudio está conformada por 21 integrantes que son parte de la Comunidad Tradicional Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba distribuidos en los siguientes grupos.

- Nuevos Horizontes (6 participantes)
- Riobamba (4 participantes)
- Libertad (5 participantes)
- Cuento Contigo (6 participantes)

3.5.2. MUESTRA

La muestra es de tipo no probabilística, constituida por 9 personas que acuden a los distintos grupos de la Comunidad Tradicional Alcohólicos Anónimos, los que fueron seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión:**
 - Integrantes de los grupos que conforman la Comunidad Tradicional Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba.
 - Integrantes heterogéneos de edades comprendidas entre 25 a 60 años.
 - Integrantes que en los resultados del test aplicado cumplan con los criterios de validez.

- **Criterios de exclusión:**

- Integrantes heterogéneos de edades menores a los 25 años y mayores a los 60 años.
- Integrantes que en los resultados del test aplicado no cumplan con los criterios de validez.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROCEDIMIENTOS

3.6.1. TÉCNICA

- **La Observación:** permitió identificar la realidad de los procesos que se llevan a cabo en las comunidades tradicionales AA, y como los diferentes patrones clínicos de personalidad motivan a la continuidad o no de dichos procesos.

- **Reactivo Psicológico:** Permite evaluar características específicas del fenómeno en estudio, para la presente investigación el objetivo es evaluar los patrones clínicos de personalidad de la población que acude a las comunidades tradicionales AA.

3.6.2. INSTRUMENTOS

a. Bitácora de Asistencia: Documento donde reposa las asistencias semanales de los integrantes a los grupos que conforman la Comunidad Tradicional AA, a ser utilizado en las reuniones de “inventario de grupo”, mismas que son de utilidad para los seguimientos internos de cada uno de los miembros.

b. Inventario Clínico Multiaxial De Millon II. Instrumento de valoración psicológica sobre estilos y trastornos de personalidad de una manera cuantificable. Inventario aplicado a 21

integrantes de la comunidad de A.A de los grupos tradicionales de la ciudad de Riobamba. De aplicación individual a una población adulta, su duración es de 20 a 30 minutos, cuenta con índices de validez del protocolo y 10 patrones clínicos de personalidad que son los siguientes:

1. Esquizoide
2. Evitativo
3. Dependiente
4. Histriónico
5. Narcisista
6. Antisocial
7. Agresivo - Sádico
8. Compulsivo
9. Pasivo – Agresivo
10. Autoderrotista

3.7.- PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los resultados obtenidos en el inventario personalidad de Millon III y la bitácora de asistencia revisada, fueron analizados e interpretados con la estadística básica en el software Microsoft Excel, y así se estableció cuadros y gráficos estadísticos de los resultados que permitieron proponer conclusiones y recomendaciones a la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados del Inventario de Personalidad de Millon II.

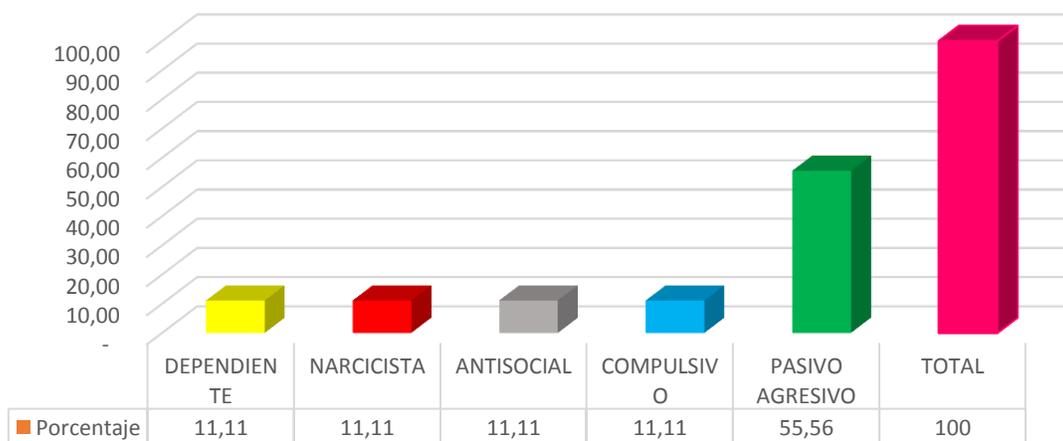
Tabla N° 1: Patrones Clínicos de Personalidad presentes en la población de estudio evaluados con el Inventario Millon II.

| PATRONES CLINICOS DE PERSONALIDAD | # PARTICIPANTES | Rangos de Puntuación | Indicador | % |
|-----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------|------------|
| DEPENDIENTE | 1 | 85 | ELEVADO | 11,11 |
| NARCICISTA | 1 | 77 | MODERADO | 11,11 |
| ANTISOCIAL | 1 | 115 | ELEVADO | 11,11 |
| COMPULSIVO | 1 | 110 | ELEVADO | 11,11 |
| PASIVO AGRESIVO | 5 | 110 ---112 | ELEVADO | 55,56 |
| TOTAL | 9 | | | 100 |

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial De Millon II aplicado a la comunidad tradicional AA
Realizado por: Noemí Pusay

GRAFICO N° 1: Patrones Clínicos presentes en la población de estudio evaluados con el Inventario Millon II

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD PRESENTES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO EVALUADO CON EL INVENTARIO MILLON II



Fuente: Inventario Clínico Multiaxial De Millon II aplicado a la comunidad tradicional AA
Realizado por: Noemi Pusay

ANÁLISIS

De la muestra investigada se encuentra un integrante correspondientemente a los tipos de personalidad dependiente (11,11%), narcisista (11,11%), antisocial (11,11%), y compulsivo (11,11%), mientras que el (55,56%) que conforman 5 integrantes presentan un tipo de personalidad pasivo-agresivo.

INTERPRETACIÓN

El tipo de personalidad que mayor prevalece en la investigación es la personalidad pasivo-agresivo que según Millon (1995), demuestran ser personas que se vuelven malhumorados, discutidores o irritables al solicitarles que hagan algo de lo que no están convencidos. Siempre demostrando inconformidades. Como segunda mayor prevalencia de personalidad, la encontramos distribuida entre la personalidad dependiente demostrando aquel sentimiento de inseguridad y desconfianza en sí mismo, depende de los otros y siempre busca figuras de protección; la personalidad narcisista, quienes con sus éxitos logran un máximo placer y minimizan sus dolores, ensimismándose en sus propias facultades; personalidad antisocial de conducta irresponsable, incapaz de mantener una conducta laboral y demuestran fracaso en su procesos de sociabilización; y, personalidad compulsiva de comportamientos disfuncionales fuera de entornos normativos a los acostumbrados, ocultando su hostilidad latente hacia los otros temiendo desaprobación social.

En un estudio descriptivo realizado en la Universidad Pública de Navarra en apoyo con la Fundación Proyecto Hombre de Navarra, se evidenció también en un muestra de 70 pacientes alcohólicos que el trastorno de mayor prevalencia es el pasivo-agresivo (34,1%), seguido del trastorno antisocial (20,4%) y del trastorno por dependencia (20,4%). (Fernández, 2003).

4.2. Análisis de la bitácora de asistencia de los integrantes de los grupos de la Comunidad Tradicional AA

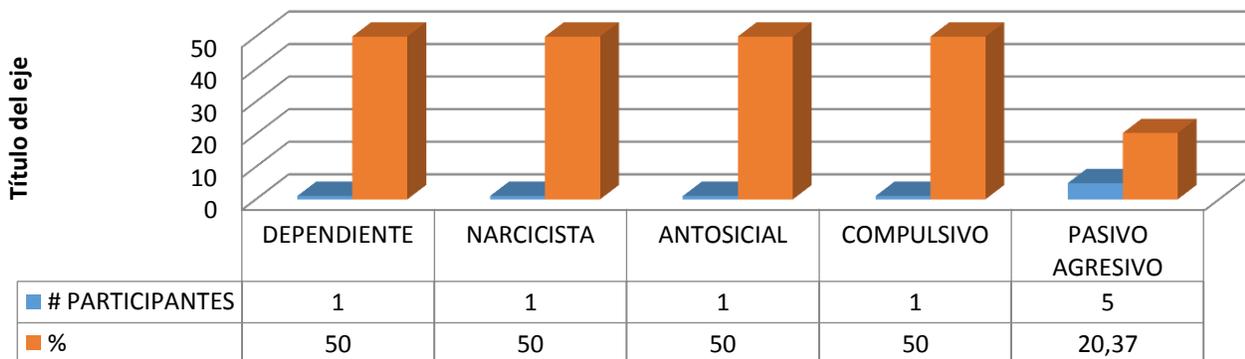
Tabla N° 2: Promedio de asistencia de los participantes.

| P.CL.P | FRECUENCIA | ASISTENCIA (27 DIAS) | % |
|-----------------|------------|----------------------|-------|
| DEPENDIENTE | 1 | 13,5 | 50 |
| NARCICISTA | 1 | 13,5 | 50 |
| ANTOSICIAL | 1 | 13,5 | 50 |
| COMPULSIVO | 1 | 13,5 | 50 |
| PASIVO AGRESIVO | 5 | 5,5 | 20,37 |
| TOTAL | 9 | | |

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial De Millon II aplicado a la comunidad tradicional AA
Realizado por: Noemi Pusay

GRAFICO N° 2: Promedio de asistencia de los participantes.

Promedio de Asistencias por Patrón Clínico de Personalidad



Fuente: Inventario Clínico Multiaxial De Millon II aplicado a la comunidad tradicional AA

Realizado por: Noemi Pusay

ANÁLISIS

De los 5 participantes que presentan el patrón clínico de personalidad Pasivo – Agresivo, asisten el 20, 37% de veces a las sesiones, 1 participante con patrón clínico Dependiente asiste al 50% de sesiones, 1 participante de patrón clínico Narcisista asiste al 50% de sesiones, 1 participante de patrón clínico Antisocial asiste al 50% de sesiones, 1 participante de patrón clínico Compulsivo asiste al 50% de sesiones,

INTERPRETACIÓN

La presencia en sí de determinado patrón clínico de personalidad es uno de los factores que incide en la discontinuidad de los procesos de recuperación; en patrón pasivo agresivo (55,56% - 5 integrantes) se evidencia que asisten el 20,37% del período de asistencia al proceso de recuperación. Si bien es cierto existen otros factores que llevan al enfermo alcohólico en recuperación a desertar o ausentarse del programa de recuperación como lo son factores sociales, económicos, familiares, laborales, geográficos etc, mismos que en la presente investigación no fueron objetos de estudio.

Observando el patrón clínico de personalidad Pasivo – Agresivo, tomando en cuenta que son sujetos irritables, malhumorados cuando se les solicita hacer algo de lo que no están convencidos y la resistencia que presentan a adquirir obligaciones, se entiende que la población estudiada muestra notoriamente su resistencia a asistir frecuente y disciplinadamente al proceso de recuperación.

4.3. Cuadro comparativo de los patrones clínicos de personalidad y las asistencias de los integrantes de los grupos de la Comunidad Tradicional AA

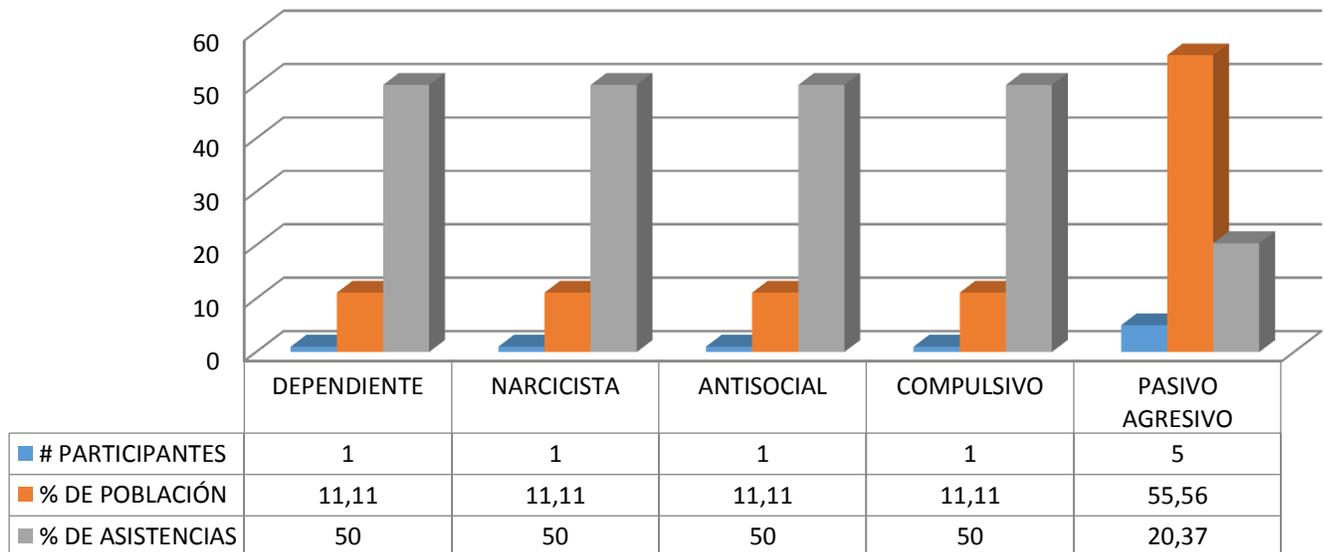
Tabla N° 3: Relación entre los patrones clínicos de personalidad y la continuidad en los procesos de recuperación.

| P.CL.P | # PARTICIPANTES | % DE POBLACIÓN | % DE ASISTENCIAS |
|-----------------|-----------------|----------------|------------------|
| DEPENDIENTE | 1 | 11,11 | 50 |
| NARCICISTA | 1 | 11,11 | 50 |
| ANTISOCIAL | 1 | 11,11 | 50 |
| COMPULSIVO | 1 | 11,11 | 50 |
| PASIVO AGRESIVO | 5 | 55,56 | 20,37 |
| TOTAL | 9 | | |

Fuente: Inventario Clínico Multiaxial De Millon II aplicado a la comunidad tradicional AA
Realizado por: Noemi Pusay

GRÁFICO N° 3: Patrones clínicos de personalidad y la continuidad en los procesos de recuperación.

Patrón Clínico de Personalidad y continuidad en el Proceso de Recuperación



Fuente: Inventario Clínico Multiaxial De Millon II aplicado a la comunidad tradicional AA
Realizado por: Noemi Pusay

ANÁLISIS

En la investigación realizada con respecto a los patrones de personalidad y procesos de continuidad obtenemos los siguientes resultados: La personalidad dependiente, narcisista, antisocial y compulsivo un integrante respectivamente, que han asistido al procesos de recuperación en promedio del 50% de las asistencias totales en el período de investigación. La personalidad pasivo-agresiva conformada por 5 integrantes, han asistido al proceso de recuperación en un promedio del 20,37% de las asistencias totales en el período de investigación.

INTERPRETACIÓN

Esto refleja; que desde las características propias de la personalidad pasivo- agresiva, el porcentaje de asistencia es bajo, dando a notar dichas en las asistencias al proceso de recuperación. El comportamiento pasivo-agresivo se refiere a la resistencia pasiva u obstruccionista a instrucciones autoritarias en situaciones interpersonales o laborales. Se puede manifestar como resentimiento, terquedad, desidia o el fracaso intencionado en realizar las tareas requeridas. Por ejemplo, las personas que son pasivas-agresivas pueden tardar tanto en prepararse para una fiesta a la que no desean ir, que para cuando llegan ésta prácticamente ha finalizado. Pese a que en la misma filosofía y literatura de los Grupos A.A. en unos de sus principios refiere a que los asistentes no serán etiquetados bajo ningún parámetro psicológico, se logra evidenciar que ciertos patrones clínicos afectan en la continuidad del proceso, y que a la espera de que el integrante acuda por voluntad propia, desde su factor psicológico, no será del todo posible, por ello importante fortalecer dichos procesos desde lo profesional.

4.4. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Luego de la aplicación de los instrumentos de investigación, la observación clínica, la aplicación del Inventario de personalidad Millon II y la revisión de la Bitácora de asistencias de los distintos grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba, se llega a determinar que si bien es cierto el mayor índice de patrón clínico de personalidad es el Pasivo – Agresivo con un porcentaje del 55,56% de la muestra estudiada de la y a su vez es el patrón con menor índice de asistencias a las sesiones del proceso de recuperación con el 20,37% de asistencias, por lo que se evidencia que existen determinados Patrones Clínicos de Personalidad que influyen de gran manera en la inasistencia o deserción del programa de recuperación de A.A, comprobándose de esta manera la hipótesis planteada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Los patrones clínicos de personalidad en los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA de la ciudad de Riobamba encontrados son: personalidad dependiente en un 11,11%, personalidad narcisista en 11,11%, personalidad antisocial en 11,11%, personalidad compulsiva en 11,11%, y personalidad pasivo-agresiva en un 20,37%.
- La frecuencia de la asistencia al proceso de recuperación de los integrantes de los Grupos Tradicionales de AA se ve desglosada en cinco de diez patrones clínicos de personalidad según Millon que son: Dependiente (50% de asistencias), Narcisista (50% de asistencias), Antisocial (50% de asistencias), Compulsivo (50% de asistencias), Pasivo Agresivo (20,37 % de asistencias).
- En la investigación se evidenció con respecto a los tipos de personalidad y a los procesos de continuidad que la personalidad PASIVO-AGRESIVA representada por el 55,56% de la muestra estudiada, presentan un promedio de asistencia 5,5(días) equivalente al 20,37% de las asistencias totales en el período de investigación y que los patrones clínicos de personalidad dependiente, narcisista, antisocial y compulsivo representa el 11,11% de la población por cada patrón, acuden en promedio 13,5 días equivalentes al 50% de las asistencias totales en el período de investigación.
- Se elaboró una estrategia de intervención psicoterapéutica para el tratamiento del alcoholismo, con la finalidad de aportar a la disminución del índice de deserción por parte de los participantes a los grupos tradiciones de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Riobamba, dicha estrategia está basada en el modelo de Minesota con un enfoque integral y multidisciplinario, basado en el concepto de enfermedad sin cura pero con recuperación, desde la abstinencia y motivando hacia una salud física y emocional.

5.2 RECOMENDACIONES

- A los coordinadores de los procesos de recuperación que dirigen los grupos tradicionales de AA de la ciudad de Riobamba, considerar el plan de intervención propuesto para disminuir el porcentaje de ausencia a dichos procesos.
- Se recomienda a los profesionales que trabajan en el tratamiento de consumo de alcohol tomar como referencia investigaciones relacionadas con este tema para incursionar en estos grupos mediante planes terapéuticos integrales y aportar a la continuidad de integrantes en dichos procesos.
- Los integrantes de los grupos tradicionales A.A sigan un proceso psicoterapéutico especializado con el fin de evitar ausencias y deserciones, especialmente los tipos de personalidad pasivo-agresivos.
- Desde un punto de vista profesional se recomienda a los integrantes tanto activos como pasivos de la comunidad de A.A tradicional de la ciudad de Riobamba, el buscar un tipo de contención a la recuperación extra al programa de los 12 pasos, ya que es evidente que en los procesos de recuperación influyen diversos tipos de factores tanto internos como externos que si nos son tratados de la forma oportuna pueden ser elementos que aporten a la discontinuidad, deserción y recaídas de los integrantes de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bill, W. (2008). *Alcohólicos Anónimos-Libro para Coordinación*. New York, USA: AA World Services.
2. Cloninger, S. (2003). *Teorías de la Personalidad*. 3° edición. México, México: Pearson Educación.
3. Millon, T. (2006). *Trastornos en la Personalidad en la Vida Moderna*. 2° edición. Barcelona, España: Masson S.A.
4. Serecigni, J., Jiménez-Arriero, M., Pacual, P., Flórez, G., y Contel, M. (2007). *Alcoholismo: Guías clínicas basadas en la evidencia científica*.
5. Bardají, A. F. y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 49(1), 65-81.
6. Becoña Iglesias, E. y Durán, A. L. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3), 578-583.
7. Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Guías Clínicas Sociodrogalcohol Basadas En La Evidencia Científica.
8. Bolet Astoviza, M. y Socarrás Suárez, M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1) Recuperado en 17 de octubre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es&tlng=es
9. Caballo, V. E., Guillén, J. L., y Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.
10. Cardenal, V., Sánchez, M., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
11. Cicua, D., Méndez, M., & Ortega, L. M. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento psicológico*, (11), 115-134.
12. García Gutiérrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Carrillo, P., y Feliciano Álvarez, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3) Recuperado en 17 de octubre de 2016, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-5572004000300007&lng=es&tlng=es.

13. Gorski, T., Kelley, J.M., y Havens, L. (1993). An overview of addiction relapse and relapse prevention. In: Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender (An executive briefing). Technical Assistance Publication Series 8). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
14. Herrera, N. B., Betancourt, L. S., & Camargo, Y. S. (2013). Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 45-53.
15. Hernández Armas, D., Sánchez Sigler, M., Ríos Rodríguez, M., y Baigorria Javier, S. (2010). Alcoholismo y adolescencia. *Revista De Ciencias Médicas De La Habana*, 16(1).
16. Navarro, M., & Pontillo, C. H. (2002). Autoestima del adolescente y riesgo de consumo de alcohol. *Actual Enferm*, 5(1), 7-12.
17. Vila Espada, A. y Sánchez, J. R. H. (1995). *La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
18. SECRETARIA TÉCNICA DE PREVENCIÓN DE DROGAS. (2012). IV Encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años http://186.46.218.227/consep/public/indicador3_3_1
19. Sánchez, C. B. y Gea, P. M. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M). *Psiquiatria. com*, 10(4).

ANEXOS

Edad: 35 años

| Escalas de Validez | | | | | | | | PUNTAJE FINAL | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------|---------------|-----|----------|------|---------|---------------|-------|------|------|---------------|----|
| V | Validez | 0 = | Válido | | | | | | | | | | |
| X | Sinceridad | 567 = | Válido | | | | | | 100 X | | | | |
| Y | Deseabilidad Social | 10 = | | | | | | | 46 Y | | | | |
| Z | Autodescalificación | 32 = | | | | | | | 95 Z | | | | |
| Patrones clínicos de personalidad | | | PUNTAJE Bruto | BR | FACTOR X | X1/2 | AJUSTES | | | | | PUNTAJE FINAL | |
| | | | | | | | DA | DD | DC-1 | DC-2 | Pac. | | |
| 1 | Esquizoide | 19 | 67 | 56 | | | | | | | | 56 | 1 |
| 2 | Evitativo | 49 | 121 | 110 | | 110 | | | | | | 110 | 2 |
| 3 | Dependiente | 49 | 111 | 100 | | | | | | | | 100 | 3 |
| 4 | Histriónico | 39 | 78 | 67 | | | | | | | | 67 | 4 |
| 5 | Narcisista | 28 | 51 | 40 | | | | | | | | 40 | 5 |
| 6A | Antisocial | 45 | 101 | 90 | | | | | | | | 90 | 6A |
| 6B | Agresivo-sádico | 30 | 68 | 57 | | | | | | | | 57 | 6B |
| 7 | Compulsivo | 23 | 31 | 20 | | | | | | | | 20 | 7 |
| 8A | Pasivo-agresivo | 63 | 121 | 110 | | | | | | | | 110 | 8A |
| 8B | Autoderrotista | 63 | 121 | 110 | | 110 | | | | | | 110 | 8B |
| Patología severa de personalidad | | | | | | | | | | | | | |
| S | Esquizotípico | 41 | 87 | | 82 | | | 77 | 77 | 75 | | 75 | S |
| C | Borderline | 78 | 121 | | 116 | 116 | 111 | 111 | 105 | | | 105 | C |
| P | Paranoide | 26 | 63 | | 58 | | | 58 | 51 | | | 51 | P |
| Síndromes clínicos | | | | | | | | | | | | | |
| A | Ansiedad | 31 | 100 | 89 | | | | 84 | 84 | 77 | | 77 | A |
| H | Somatoformo | 28 | 67 | 56 | | | | 51 | 51 | 46 | | 46 | H |
| N | Bipolar | 37 | 75 | 64 | | | | | | | | 64 | N |
| D | Distimia | 46 | 98 | 87 | | | | 82 | 82 | 77 | | 77 | D |
| B | Dependencia de alcohol | 49 | 111 | 100 | | | | | | | | 100 | B |
| T | Dependencia de drogas | 56 | 103 | 92 | | | | | | | | 92 | T |
| Síndromes severos | | | | | | | | | | | | | |
| SS | Desorden del pensamiento | 26 | 71 | | 66 | | | | | | 66 | 66 | SS |
| CC | Depresión mayor | 30 | 72 | | 67 | | | | | | 67 | 67 | CC |
| PP | Desorden delusional | 12 | 55 | | 50 | | | | | | 50 | 50 | PP |
| Indicador elevado | | | | | | | | | | | | >=85 | |
| Indicador moderado | | | | | | | | | | | | 75-84 | |
| Indicador sugestivo | | | | | | | | | | | | 60-74 | |
| Indicador bajo | | | | | | | | | | | | 35-59 | |
| Indicador nulo | | | | | | | | | | | | 0-34 | |

Edad: 38 años

| Escalas de Validez | | | | | | | | | | PUNTAJE FINAL | | |
|--|--------------------------|---------------|-----|---------------------|------|---------|-----|------|------|---------------|---------------|-----------|
| V | Validez | 0 | = | Válido | | | | | | | | |
| X | Sinceridad | 567 | = | Válido | | | | | | | 100 | X |
| Y | Deseabilidad Social | 10 | = | | | | | | | | 45 | Y |
| Z | Autodescalificación | 32 | = | | | | | | | | 92 | Z |
| | | | | | | | | | | | | |
| Patrones clínicos de personalidad | | PUNTAJE Bruto | BR | FACTOR X | X1/2 | AJUSTES | | | | | PUNTAJE FINAL | |
| | | | | | | DA | DD | DC-1 | DC-2 | Pac. | | |
| 1 | Esquizoide | 19 | 65 | 54 | | | | | | | 54 | 1 |
| 2 | Evitativo | 49 | 118 | 107 | | 107 | | | | | 107 | 2 |
| 3 | Dependiente | 49 | 108 | 97 | | | | | | | 97 | 3 |
| 4 | Histriónico | 39 | 86 | 75 | | | | | | | 75 | 4 |
| 5 | Narcisista | 28 | 58 | 47 | | | | | | | 47 | 5 |
| 6A | Antisocial | 45 | 90 | 79 | | | | | | | 79 | 6A |
| 6B | Agresivo-sádico | 30 | 71 | 60 | | | | | | | 60 | 6B |
| 7 | Compulsivo | 23 | 21 | 10 | | | | | | | 10 | 7 |
| 8A | Pasivo-agresivo | 63 | 121 | 110 | | | | | | | 110 | 8A |
| 8B | Autoderrotista | 63 | 121 | 110 | | 110 | | | | | 110 | 8B |
| | | | | | | | | | | | | |
| Patología severa de personalidad | | | | | | | | | | | | |
| S | Esquizotípico | 41 | 79 | | 74 | | 69 | 69 | 67 | | 67 | S |
| C | Borderline | 78 | 121 | | 116 | 116 | 111 | 111 | 105 | | 105 | C |
| P | Paranoide | 26 | 67 | | 62 | | | 62 | 55 | | 55 | P |
| | | | | | | | | | | | | |
| Síndromes clínicos | | | | | | | | | | | | |
| A | Ansiedad | 31 | 97 | 86 | | | 81 | 81 | 74 | | 74 | A |
| H | Somatoformo | 28 | 68 | 57 | | | 52 | 52 | 47 | | 47 | H |
| N | Bipolar | 37 | 74 | 63 | | | | | | | 63 | N |
| D | Distimia | 46 | 93 | 82 | | | 77 | 77 | 72 | | 72 | D |
| B | Dependencia de alcohol | 49 | 112 | 101 | | | | | | | 101 | B |
| T | Dependencia de drogas | 56 | 95 | 84 | | | | | | | 84 | T |
| | | | | | | | | | | | | |
| Síndromes severos | | | | | | | | | | | | |
| SS | Desorden del pensamiento | 26 | 69 | | 64 | | | | | 64 | 64 | SS |
| CC | Depresión mayor | 30 | 66 | | 61 | | | | | 61 | 61 | CC |
| PP | Desorden delusional | 12 | 60 | | 55 | | | | | 55 | 55 | PP |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Indicador elevado | | | | | | | | >=85 |
| | | | | Indicador moderado | | | | | | | | 75-84 |
| | | | | Indicador sugestivo | | | | | | | | 60-74 |
| | | | | Indicador bajo | | | | | | | | 35-59 |
| | | | | Indicador nulo | | | | | | | | 0-34 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------|-----------|----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-------------|---------------------|---------------|----------------|-----------|--|--|--|----------------|
| | | | | | | | | | | | Edad: 40 años | | | | | | | |
| Escalas de Validez | | | | | | | | | | | | | PUNTAJE | | | | | |
| V | Validez | 0 | = | Válido | | | | | | | FINAL | | | | | | | |
| X | Sinceridad | 266 | = | Válido | | | | | | | 34 | X | | | | | | |
| Y | Deseabilidad Social | 17 | = | | | | | | | | 78 | Y | | | | | | |
| Z | Autodescalificación | 0 | = | | | | | | | | 12 | Z | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patrones clínicos de personalidad | | | | | | | | | | | PUNTAJE | FACTOR | AJUSTES | | | | | PUNTAJE |
| | | Bruto | BR | X | X1/2 | DA | DD | DC-1 | DC-2 | Pac. | FINAL | | | | | | | |
| 1 | Esquizoide | 13 | 43 | 43 | | | | | | | | | 43 | 1 | | | | |
| 2 | Evitativo | 2 | 6 | 6 | | 6 | | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 3 | Dependiente | 23 | 50 | 50 | | | | | | | | | 50 | 3 | | | | |
| 4 | Histriónico | 29 | 63 | 63 | | | | | | | | | 63 | 4 | | | | |
| 5 | Narcisita | 39 | 77 | 77 | | | | | | | | | 77 | 5 | | | | |
| 6A | Antisocial | 25 | 66 | 66 | | | | | | | | | 66 | 6A | | | | |
| 6B | Agresivo-sádico | 30 | 68 | 68 | | | | | | | | | 68 | 6B | | | | |
| 7 | Compulsivo | 38 | 64 | 64 | | | | | | | | | 64 | 7 | | | | |
| 8A | Pasivo-agresivo | 11 | 22 | 22 | | | | | | | | | 22 | 8A | | | | |
| 8B | Autoderrotista | 8 | 41 | 41 | | 41 | | | | | | | 41 | 8B | | | | |
| Patología severa de personalidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S | Esquizotípico | 3 | 16 | | 16 | | 23 | 27 | 27 | | 27 | S | | | | | | |
| C | Borderline | 6 | 16 | | 16 | 16 | 23 | 27 | 27 | | 27 | C | | | | | | |
| P | Paranoide | 22 | 59 | | 59 | | | 61 | 61 | | 61 | P | | | | | | |
| Síndromes clínicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | Ansiedad | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 22 | A | | | | | | |
| H | Somatoformo | 4 | 30 | 30 | | | | | | | 50 | H | | | | | | |
| N | Bipolar | 21 | 60 | 60 | | | | | | | 60 | N | | | | | | |
| D | Distimia | 2 | 0 | 0 | | 7 | 22 | 22 | | | | 22 | D | | | | | |
| B | Dependencia de alcohol | 17 | 60 | 60 | | | | | | | 60 | B | | | | | | |
| T | Dependencia de drogas | 23 | 60 | 60 | | | | | | | 60 | T | | | | | | |
| Síndromes severos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SS | Desorden del pensamiento | 2 | 0 | | 0 | | | | | 0 | 0 | SS | | | | | | |
| CC | Depresión mayor | 0 | 0 | | 0 | | | | | 0 | 0 | CC | | | | | | |
| PP | Desorden delusional | 9 | 47 | | 47 | | | | | 47 | 47 | PP | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Indicador elevado | | >=85 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Indicador moderado | | 75-84 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Indicador sugestivo | | 60-74 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Indicador bajo | | 35-59 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Indicador nulo | | 0-34 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------|-----|--------|------|---------|-----|------|------|------|---------------|-------|----|
| | | | | | | | | | | | Edad: 27 años | | |
| Escalas de Validez | | | | | | | | | | | PUNTAJE | | |
| V | Validez | 0 | = | Válido | | | | | | | | FINAL | |
| X | Sinceridad | 565 | = | Válido | | | | | | | | 100 | X |
| Y | Deseabilidad Social | 10 | = | | | | | | | | | 45 | Y |
| Z | Autodescalificación | 32 | = | | | | | | | | | 92 | Z |
| | | PUNTAJE | | FACTOR | | AJUSTES | | | | | PUNTAJE | | |
| Patrones clínicos de personalidad | | Bruto | BR | X | X1/2 | DA | DD | DC-1 | DC-2 | Pac. | FINAL | | |
| 1 | Esquizoide | 19 | 65 | 54 | | | | | | | 54 | 1 | |
| 2 | Evitativo | 49 | 118 | 107 | | 107 | | | | | 107 | 2 | |
| 3 | Dependiente | 49 | 108 | 97 | | | | | | | 97 | 3 | |
| 4 | Histriónico | 39 | 86 | 75 | | | | | | | 75 | 4 | |
| 5 | Narcisita | 28 | 58 | 47 | | | | | | | 47 | 5 | |
| 6A | Antisocial | 43 | 89 | 78 | | | | | | | 78 | 6A | |
| 6B | Agresivo-sádico | 30 | 71 | 60 | | | | | | | 60 | 6B | |
| 7 | Compulsivo | 23 | 21 | 10 | | | | | | | 10 | 7 | |
| 8A | Pasivo-agresivo | 63 | 121 | 110 | | | | | | | 110 | 8A | |
| 8B | Autoderrotista | 63 | 121 | 110 | | 110 | | | | | 110 | 8B | |
| Patología severa de personalidad | | | | | | | | | | | | | |
| S | Esquizotípico | 41 | 79 | | 74 | | 69 | 69 | 67 | | | 67 | S |
| C | Borderline | 78 | 121 | | 116 | 116 | 111 | 111 | 105 | | | 105 | C |
| P | Paranoide | 26 | 67 | | 62 | | | 62 | 55 | | | 55 | P |
| Síndromes clínicos | | | | | | | | | | | | | |
| A | Ansiedad | 31 | 97 | 86 | | | 81 | 81 | 74 | | | 74 | A |
| H | Somatoformo | 28 | 68 | 57 | | | 52 | 52 | 47 | | | 47 | H |
| N | Bipolar | 36 | 73 | 62 | | | | | | | | 62 | N |
| D | Distimia | 46 | 93 | 82 | | | 77 | 77 | 72 | | | 72 | D |
| B | Dependencia de alcohol | 43 | 96 | 85 | | | | | | | | 85 | B |
| T | Dependencia de drogas | 56 | 95 | 84 | | | | | | | | 84 | T |
| Síndromes severos | | | | | | | | | | | | | |
| SS | Desorden del pensamiento | 26 | 69 | | 64 | | | | | 64 | | 64 | SS |
| CC | Depresión mayor | 30 | 66 | | 61 | | | | | 61 | | 61 | CC |
| PP | Desorden delusional | 12 | 60 | | 55 | | | | | 55 | | 55 | PP |
| Indicador elevado | | | | | | | | | | | >=85 | | |
| Indicador moderado | | | | | | | | | | | 75-84 | | |
| Indicador sugestivo | | | | | | | | | | | 60-74 | | |
| Indicador bajo | | | | | | | | | | | 35-59 | | |
| Indicador nulo | | | | | | | | | | | 0-34 | | |