

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es aceptado universalmente como uno de los principales problemas de la salud pública en todo el mundo y representa una grave amenaza al bienestar y a la vida de la humanidad. Por esta razón, en la actualidad, muchos países dedican cuantiosos recursos financieros a su investigación. En la lucha contra esta adicción las instituciones estatales de salud, entre otras, y la población en general, cumplen una importante función para prevenir y controlar esta enfermedad.

Al ser una enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias, provoca una dependencia emocional y orgánica, produciendo daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcohol, además de los numerosos problemas médicos que produce, es también una fuente de problemas sociales. Su peligro está presente por igual en todas las personas, siendo la adolescencia considerada como un factor de riesgo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la virilidad, la libertad en la toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o la imitación a los adultos. El estrés, los factores genéticos y ambientales influyen significativamente en el alcoholismo en general y en la recaída alcohólica.

De esta manera en la presente investigación se llevó a cabo una caracterización psicológica de las personas alcohólicas que se encuentran en proceso de rehabilitación, a partir de la aplicación de una serie de instrumentos psicológicos se dió cumplimiento al objetivo general de investigación planteado: “Determinar las características psicológicas y mecanismos de defensa que presentan las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija”.

Los datos fueron condensados en el presente trabajo de investigación y contribuyen a desarrollar técnicas o tratamientos para trabajar con estas personas y lograr su rehabilitación.

Para una mejor comprensión del trabajo realizado, a continuación, se presenta la organización del documento:

Capítulo I, se conceptualiza el planteamiento y la justificación del problema, es decir se abordan las características psicológicas y mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija en sus niveles de depresión, ansiedad, rasgos afectivos y mecanismos de defensa.

Capítulo II, en este capítulo se contempla el diseño teórico de la investigación, es decir la pregunta científica, el objetivo general y objetivos específicos, hipótesis con su respectiva operacionalización de variables basada en las características psicológicas y mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol.

Capítulo III, se incluye la fundamentación teórica sobre el alcoholismo, las características generales sobre los alcohólicos, depresión, ansiedad, rasgos afectivos y mecanismos de defensa.

Capítulo IV, hace referencia a la metodología, que contiene el área como la tipificación de la investigación, la población y muestra, los métodos, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos, como el procedimiento ejecutado en la investigación.

Capítulo V, en esta área se ven reflejados los resultados de toda la investigación a través de cuadros y gráficos acorde a los objetivos planteados. Resultados que son presentados en función de los niveles de depresión, ansiedad, rasgos afectivos y mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija.

Capítulo VI, se reflejan las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis de los resultados.

Finalmente la **Bibliografía** que incluye el detalle de todos los libros y direcciones electrónicas revisadas, y los **Anexos**, los cuales plasman los instrumentos aplicados en la recolección de datos para la investigación y en el orden en el que fueron aplicados.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El alcoholismo, o dependencia del alcohol, es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas. Esta alteración interfiere en la salud física y mental del individuo, así como en sus responsabilidades laborales, además de afectar también al núcleo familiar y a la sociedad entera.

El consumo de alcohol en exceso produce múltiples problemas de salud en el individuo. Dentro de los problemas físicos podemos resaltar la cirrosis hepática, alteraciones cardiovasculares, hipertensión, desnutrición, problemas gastrointestinales y aumento del riesgo de ciertos tipos de cáncer. Si el consumo excesivo es prolongado, pueden aparecer problemas nerviosos y mentales, e incluso daño cerebral permanente. Otros problemas derivados del consumo de alcohol son el aumento de accidentes de tráfico y de la violencia. Asimismo, el alcohol puede causar muertes por sobredosis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define al alcoholismo como:

La ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. (p.1)

Para Gusfield (1966) (citado en López y Rodríguez, 2016):

La problemática del consumo bebidas alcohólicas no es algo nuevo en estos tiempos, como tampoco lo es asistir a una fiesta patronal y celebrarlo consumiendo bebidas alcohólicas, entre otras sustancias. De hecho, en diferentes sociedades la ingestión de alcohol se puede ver como una obligación social, dentro de los patrones sociales y culturales. El alcohol forma parte de

nuestras costumbres en las celebraciones, tantos familiares, grupos de amigos, sociales e incluso en las religiosas. Sólo hace falta asistir a cualquier tipo de evento para comprobar que el consumo de alcohol forma parte de la fiesta como conductor del proceso y como hecho simbólico de un ritual social. (p.1)

Según Avalon (2016) define el alcoholismo como:

Un tipo de drogodependencia que se caracteriza por el consumo compulsivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo, que se convierte en una enfermedad crónica que afecta la salud física y mental, así como a las relaciones sociales, familiares, conyugales, además afecta negativamente en la responsabilidad laboral, es una enfermedad progresiva letal y grave. (p. 2)

Si partimos del hecho que, tanto el alcoholismo y las adicciones a otras sustancias son enfermedades crónicas, la presencia de recaídas en estas enfermedades es una posibilidad. “El problema en la recaída es que la enfermedad continua desde el punto en que se quedó. Por eso hablamos de una enfermedad progresiva, empeora con el tiempo y aunque haya estado “limpio” por un tiempo, cuando se reactiva es igual o peor que donde la dejó”. Existen riesgos altos, que se salgan completamente de control e incluso que lleguen a la muerte por sobredosis o intoxicación alcohólica u otras causas. (Paullada de Cantú, 2015, p. 42).

Por lo tanto, la recaída es un obstáculo con el que tropiezan muchos bebedores en su intento por liberarse de su adicción, tanto los que lo acaban consiguiendo como los que no. Los dependientes viven su adicción como una ambivalencia. Se encuentran atrapados entre el deseo o la necesidad de beber y el convencimiento de que lo que hacen les perjudican.

Para Marlatt (2014):

Uno de los factores responsables por las recaídas es la incapacidad del alcohólico en adoptar reacciones seguras y de autoconfianza ante los demás. Los alcohólicos que

presentan recaídas alegaron dos motivos principales para explicar su reincidencia: la frustración en situaciones sociales y su incapacidad para manifestar o sublimar el desinterés que resultaba de tales situaciones; la incapacidad para resistir la presión social, sobre todo en el ambiente habitual. Por consiguiente, desarrollar las habilidades sociales debe ser considerado como necesario en el tratamiento del alcoholismo. (p. 410)

Por lo tanto, las personas dependientes del alcohol que presentan características emocionales, evadir el dolor emocional a través de la negación y el control, se enfrentan a las cosas con una actitud de enojo y rabia permanente. Las personas que viven atrapadas en una compleja red de pensamientos y emocionales, creen hallar en la adicción un alivio para el aislamiento y la soledad emocional, una posibilidad de evadir por un lapso ciertos sentimientos y dolores muy profundos. Buscan en conductas o sustancias la ilusión de control sobre aquellas situaciones de su vida que se viven como ingobernables. Sin embargo, la recaída puede ser como un detonante para conocerse así mismo cuales fueron las causas de su recaída, y así poder evitar que vuelva caer en la misma situación.

En este contexto nace la interrogante por conocer las características psicológicas que presentan las personas adultas con dependencia alcohólica que son institucionalizados, conocer sobre sus procesos de depresión, ansiedad, rasgos afectivos y así también sobre sus mecanismos de defensa usados en su diario vivir.

Varias son las investigaciones en el mundo que hacen referencia a la calidad de vida de las personas adultas dependientes del alcohol y muchos son los teóricos que han escrito sobre las involuciones biológicas y psíquicas que acompañan a estas personas, sin embargo, dejan de lado las esferas emocionales, afectivas y anímicas del adulto, que seguramente y en alguna medida quedan insensibilizadas junto a su cuerpo deteriorado por el consumo de alcohol.

El ser humano, es un ser vivo pensante, que tiene conciencia de la realidad que le rodea, que tiene la capacidad de pensar y razonar en abstracto, y de expresar mediante signos,

símbolos, sonidos y manufacturas, sus ideo facturas elaboradas en sus procesos mentales. Estas características psicológicas las distingues de los demás seres humanos. (Martínez, 2014, p. 17)

El presente documento toma como referencia teórica los postulados de Beck (1985) el cual define a la depresión como un síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes. (p. 67)

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de intranquilidad. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior. (Rojas, 1999, p. 108).

Los rasgos y procesos afectivos son reacciones psicológicas íntimas del individuo frente a los hechos y las circunstancias que lo rodea, la cual origina diferentes manifestaciones como emociones, sentimientos, pasiones y estados de ánimos. Entendiendo que “la afectividad es el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior.” (Arroyo Coronado, A., 2011, p. 9)

Los mecanismos de defensa son una parte íntegra del funcionamiento psíquico de todo individuo y sólo se les considera patológicos cuando se abusa de ellos o cuando son demasiado rígidos. “Los mecanismos de defensa son aquellos mecanismos, principalmente inconscientes, que los individuos emplean para defenderse de emociones o pensamientos que producirán ansiedad, sentimientos depresivos o una herida en la autoestima si llegara a la conciencia”. (Mc.Williams, 2011, p.23)

A **nivel internacional**, investigaciones internacionales del Instituto Peruano de Psicología de la Salud e Investigaciones Psicosociales señalan que a través de una encuesta realizada con el objetivo de saber cómo se sentían los adultos al atravesar por una dependencia alcohólica; se concluyó que entre el 20% a 30% de los alcohólicos asociaron sus respuestas con la ansiedad, depresión, miedo, disgusto, tristeza, sumado a esto nerviosismo, preocupación fobia y pánico. Estados afectivos desencadenan una pérdida de la energía y el entusiasmo por las actividades de la vida que les induce a un aislamiento, en casos muy profundos con cuadros depresivos graves. (Zúñiga, C. 2008)

En Estados Unidos el 30% de la población adulto dependiente del alcohol en proceso de rehabilitación presentan ansiedad y depresión, así mismo que alguna vez de su vida han sido maltratados en el hogar. En este país no todos los alcohólicos son favorecidos con una atención profesional especializada, aquellos que no tienen cobijo familiar ni asistencia gubernamental tampoco pueden gozar de asistencia y tratamiento en alguna institución de rehabilitación y por lo general terminan en la indigencia, igualmente desahuciados de la atención psicológica con la que puedan afrontar esta etapa de su vida. (Asociación Americana de Salud, 2004)

En México, una investigación revela que las principales características del perfil psicológicos del alcohólico son el infantilismo, pretensiones excesivas, egoísmo, narcisismo, intolerancia a la frustración, caprichos, inconsistencia, inconstancia, dependencias emocionales, superficialidad, manipulación, rebeldía ante la autoridad, irresponsabilidad y pasividad. (Díaz, 2003, p.1)

Otro estudio en España, revela que existen ciertos trastornos de personalidad extremadamente vulnerables al consumo de sustancias, encabezados por el trastorno límite y el trastorno antisocial de personalidad. “Una marcada inestabilidad, impulsividad dificulta la tolerancia a la frustración, favorece la aparición de reacciones en cortocircuito y limita una visión completa y ajustada de la realidad, lo cual hace que encuentre en el consumo de sustancias una patológica sensación de control”. Así también se plantea la satisfacción de impulsos de manera inmediata, la intolerancia a

estados internos aversivos, la búsqueda rápida hacia el placer y la huida radical del dolor, disponen a que la persona encuentra en la ingesta de alcohol una gratificación inmediata. (Cámara, 2016, p.5-6)

En Ecuador una investigación indica que los pacientes internados por alcoholismo manifestaban conflictos significativos en cuanto a su afectividad y agresividad, seguida de conflictos sexuales, conflictos de autoimagen, rasgos paranoicos, conflictos con la figura materna y depresión. Los mecanismos de defensa más utilizados fueron la regresión, la proyección y la represión. (Delgado, 2007, p. 1)

A **nivel nacional**, un reciente estudio reveló que en Bolivia 7 de cada 10 bolivianos a partir de los 19 años consumen bebidas alcohólicas, las ciudades que más consumen bebidas alcohólicas son La Paz, Sucre y Tarija. Donde la violencia intrafamiliar, abuso sexual y violación se encuentran vinculados al consumo de bebidas alcohólicas. (Barajas, 2018, p. 2)

Así también, en Bolivia solo el 21% del total de los adultos internados en centros de rehabilitación para alcohólicos tiene satisfechas sus necesidades básicas, mientras que un 64% vive en condición de abandono y extrema pobreza, del cual un 5,33% son víctimas de abuso sexual, la mayoría dentro del centro e incluso en sus familias según (García, 2007, p. 1)

A **nivel regional** se ha determinado que el inicio del consumo de bebidas alcohólicas se da a los 15 años de edad, de acuerdo a un estudio realizado por el Centro de Investigación Estadística de la Universidad Privada Domingo Savio (UPDS, 2017), en coordinación con la Secretaría de la Mujer del Gobierno Municipal de Cercado. Las encuestas se realizaron a 3.000 jóvenes de la ciudad, de 13 a 20 años, muestra que representa casi el 10 por ciento de la población joven. (p. 1)

Los encuestados señalan que los principales problemas que generan el consumo de drogas y alcohol son: Conflictos familiares, delincuencia juvenil y violencia.

La bebida más consumida es el fernet con un 72%, la cerveza con 61%, el vino con 39% y el singani con el 24%. El 74 por ciento de los encuestados considera que el lugar donde más se consume bebidas con alcohol se da en bares y discotecas, le sigue “la casa de amigos” con un 55%, y otros eventos con porcentajes menores. Un 53% de jóvenes consumen bebidas alcohólicas frente a un 44% que no lo hace.

El inicio del consumo de alcohol en los jóvenes tiene como promedio los 15 años de edad. La bebida más consumida es el alcohol (frente a otro tipo de drogas lícitas e ilícitas) con un 84%, el tabaco con el 70%, la marihuana el 59%, la cocaína con el 28% y los inhalantes como la clefa con el 21%.

En la población de 18 a 35 años los niveles de prevalencia de las mujeres han crecido significativamente y están cerca a los niveles de consumo de los hombres. En términos simples la población juvenil está tomando alcohol y están en grado de riesgo hombres y mujeres en proporciones similares.

Entre las causas principales para que un menor de edad inicie el consumo de bebidas alcohólicas está la “influencia del entorno”, pues ven a sus padres, amigos, etc. abusando de esas sustancias. Además, con frecuencia la escena social de los adolescentes gira alrededor de beber y fumar, ya que es como una “iniciación” o un cambio de etapa, de niño a adulto. A ello coadyuva la disponibilidad del producto. De igual manera, la publicidad en los medios de comunicación influye bastante en el consumo de alcohol. Otra de las razones refiere que es un “escape y auto meditación”, ya que los adolescentes se sienten infelices y no pueden encontrar una salida saludable para sus frustraciones pueden recurrir a sustancias químicas en busca de consuelo. El aburrimiento es otra de las causas. El alcohol es la droga de elección para el adolescente que siente enojo, porque lo libera para comportarse de manera agresiva.

Se ha observado continuamente que la población adulta de nuestro país es la más afectada por su dependencia al alcohol y queda retraída de las consideraciones gubernamentales, estatales, sociales e incluso familiares, para brindarle una ayuda oportuna y eficaz rehabilitación y reinserción a la sociedad; siendo así que este

descuido expone a los adultos a una situación de riesgo, ya sea en el aspecto social, económico, salud y sobre todo carentes de afecto.

Los alcohólicos del departamento de Tarija si bien cuentan con algunos centros de atención para tratar su dependencia al alcoholismo, muy pocos de ellos pueden acceder a ellos y tener al mismo tiempo el apoyo de sus familias. Cabe resaltar que este servicio tiene sus contrariedades pues estudios demuestran que no todos los alcohólicos se benefician con la rehabilitación.

Por otro lado, los alcohólicos que pertenecen a los escasos centros de rehabilitación que existen en todo el departamento, no cuentan con las atenciones necesarias, en algunos casos por que el albergue no cuenta con los recursos suficientes para poder cubrir las distintas necesidades de los alcohólicos por el número elevado de institucionalizados. Pero sobre todo por el abandono familiar que padecen causando en ellos profundas depresiones y pensamientos de muerte.

Es de esta forma que se toma en cuenta al Centro de Rehabilitación “La Colmena” de la ciudad de Tarija, ya que por las características de este centro se sabe que está conformado en su mayoría por personas de diferentes lugares y que debido a aquello es más interesante y adecuado para nuestro proceso de investigación.

De esta manera, la presente investigación se constituye a partir de la motivación de conocer y profundizar las características psicológicas y los mecanismos de defensa de los pacientes institucionalizados en el Centro de Rehabilitación “La Colmena” de la ciudad de Tarija, debido a que no hay estudios que se hayan realizado al respecto.

Esperando así que los resultados conduzcan a nuestra sociedad a la responsabilidad que tiene de preocuparse de estas personas, desde el punto de vista preventivo – terapéutico – rehabilitatorio y romper con el tradicional estereotipo de considerar al alcohólico como desamparado e inútil.

Por lo tanto, la evaluación se realizará con los pacientes que estén institucionalizados

en el Centro de Rehabilitación “La Colmena” de la ciudad de Tarija, abarcando las características psicológicas, identificando los sentimientos y emociones que vivencia, realizando una evaluación detallada del nivel de depresión que tienen y así mismo identificar si existe o no presencia de ansiedad debido a su condición y una evaluación de los mecanismos de defensa usados por los pacientes.

Esto permitirá desarrollar futuras estrategias y / o una serie de acciones encaminadas a utilizar las capacidades y potencialidades del alcohólico como sujeto activo en el desempeño de una función movilizadora en la sociedad.

Por todo lo descrito anteriormente se formula el siguiente planteamiento de problema:

¿Qué características psicológicas y mecanismos de defensa presentan las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se origina con la intencionalidad de analizar una realidad que ayude a comprender y entender mejor las características psicológicas y los mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol, como es el caso de los internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena en la ciudad de Tarija.

De esta manera el mencionado estudio tiene un **aporte teórico**, puesto que permite conocer y brindar un conocimiento científico sobre las características psicológicas en cuanto a la depresión, ansiedad, rasgos afectivos y mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol, situación de alcoholismo que afecta al individuo con menoscabo de su estabilidad psicológica.

Así también un factor de interés en la investigación, parte de una motivación de reconocer los estados afectivos de los alcohólicos, como de un diagnóstico que permita reconocer y evaluar los cambios en su estado de ánimo, reflexionando sobre la dependencia del alcohol en la etapa de rehabilitación.

Por otra parte, al contar con poca bibliografía sobre las características psicológicas y mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol, internados en nuestro medio, se considera de vital importancia realizar el presente trabajo, pues generará mayores datos o conocimientos científicos útiles en el campo de la psicología, en el área de rehabilitación como para las instituciones involucradas y sociedad en general.

Por lo que se genera un **aporte práctico** ya que dará pie a futuras investigaciones o programas de intervención, en base a los resultados obtenidos. Estableciéndose un aporte para los estudios de la psicología, sobre todo en nuestro medio, ya que realizar investigaciones referidas al tema, coadyuvaría a comprenderlo a mayor profundidad, para que a partir de esto se pueda buscar soluciones y evitar recaída en el consumo de alcohol.

Por esta razón, se justifica el tema de investigación, en el que se analizarán las características psicológicas y mecanismos de defensa que se presentan a causa de la dependencia en el consumo de alcohol, llegando de esta manera a conocer más de cerca la realidad por la que atraviesan las personas alcohólicas y que en la mayoría de los casos, no se sabe cómo enfrentan dicha patología.

La realización de este trabajo es importante por la recuperación y rehabilitación del paciente alcohólico que forma parte de una problemática social y familiar, por esta razón el entendimiento de sus principales características psicológicas y la forma en que estos se manifiestan en la esfera psíquica del sujeto es muy importante para cualquier tipo de prevención y tratamiento.

Este trabajo busca a lo largo plazo, dependiendo de las características personales de cada paciente, se puedan utilizar los datos encontrados en la investigación para mejorar la situación de los internos en centros de rehabilitación. Datos útiles para el mismo centro de rehabilitación que podrá recurrir a los datos obtenidos para su uso a través de diferentes técnicas e instrumentos y pueda perfeccionar o mejorar las mismas en el tratamiento de pacientes, logrando establecer perfiles psicológicos más profundos de

los pacientes ingresados.

Quizás a partir de este documento se pueda discernir y encontrar técnicas y/o métodos más concretos para el trabajo de rehabilitación, partiendo desde la caracterización psicológica y de los mecanismos de defensa, que en realidad puede llegar a ser la base o el organismo causante de esta enfermedad.

Finalmente, este conocimiento es útil para todos aquellos investigadores que pretendan profundizar esta realidad, ya que no se puede prescindir de conocimientos que ayuden a reflexionar sobre elementos que pueden ser modificables desde un inicio y que aseguren un bienestar psicológico de las personas.

II. DISEÑO TEÓRICO

2.1. PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Qué características psicológicas y mecanismos de defensa presentan las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Determinar las características psicológicas y mecanismos de defensa que presentan las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de depresión en las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena.
2. Establecer el nivel de ansiedad en las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena.
3. Caracterizar los rasgos afectivos de las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena.
4. Describir los mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena.

2.3. HIPÓTESIS

Las características psicológicas y mecanismos de defensa que presentan las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija, son las siguientes:

1. Un nivel de depresión grave.
2. Un nivel de ansiedad grave.
3. Presencia de rasgos afectivos de agresividad, impulsividad, introversión y suspicacia.
4. Presencia de la represión y el aislamiento como mecanismos de defensa en su conducta.

2.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>CONCEPTO</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>ESCALA</i>
Depresión	<p>Síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información con la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes. (Beck, 1979)</p>	Visión negativa de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> — Deficiente — Inadecuado o inútil — Rechazo a sí mismo — Supone que los demás lo rechazan. 	<p>Inventario de Depresión de Beck (DPI-I)</p> <p>Ausente (0 a 9)</p> <p>Leve (10 a 18)</p> <p>Moderada (19 a 29)</p> <p>Grave (30 a 63)</p>
		Consideración negativa del mundo	<ul style="list-style-type: none"> — Siente que le exigen mucho — Los demás interfieren en el logro de sus objetivos — Gira sobre una serie de expectativas que le parecen amenazantes. 	
		Consideración negativa del futuro	<ul style="list-style-type: none"> — Supone que sus problemas continuarán — Supone que sus problemas se harán mayores 	

Ansiedad	<p>Es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior. (Rojas, 1999)</p>	Síntomas Físicos	Sequedad de la boca, menor interés por la sexualidad, palpitaciones, sensación de falta de aire, dificultad para respirar, gases en el estómago, falta de apetito.	Cuestionario de Ansiedad de Rojas Ansiedad Normal (0 – 20) Ansiedad Ligera (20 – 30) Ansiedad Moderada (30 – 40) Ansiedad Grave (40 – 50) Ansiedad Muy Grave (+50)
		Síntomas Psíquicos	Inquietud, desasosiego, angustia, vivencia de amenaza, lucha, temor a perder el control, temor a la muerte, temor a suicidarse, temor a la locura.	
		Síntomas de Conducta	Comportamiento de alerta, estar en guardia, estado de atención expectante, dificultad para la atención, dificultad para llevar a cabo tareas simples, inquietud motora.	
		Síntomas Intelectuales	Errores en el procesamiento de la información, expectativas negativas generalizadas, pensamiento preocupantes, falsos esquemas en la fabricación de las ideas, juicios y razonamientos	
		Síntomas Asertivos	Tendencia a sentirse afectado negativamente, dificultad para concentrarse.	

Rasgos Afectivos	Es una dimensión del individuo que designa un conjunto de fenómenos psíquicos, sentimientos, emociones deseos, pasiones, aspiraciones y creencias.	Deprimido. Inadaptado	Cabeza pequeña	Test de la Figura Humana – Karen Machover
		Evasión social. Superficialidad. Cautela. Hostilidad.	Cara o rostro: Omite rasgos faciales	
	Agresividad. Tendencias verbales sádicas	Boca representada por una sola línea		
	Retraimiento en sí mismo	Ojos pequeños		
	Rechazo o depresión	Nariz en forma de gancho o ancla		
	Terquedad y mal humor	Cuello ancho y corto		
	Imposibilidad de contacto	Brazos cortos (no pasada de la cintura)	— Presente	
	Rasgos paranoides	Dedos en forma de lanza	— Ausente	
	Inmadurez. Dependientes. Inseguros. Preocupación por su propia salud.	Botones (basta uno)		
	Sentimiento de culpa. Tendencia a esconder los sentimientos. Índice de conflicto interior.	Bolsillos		
	Introvertido	Posición izquierdo		
	Inseguridad o dependencia	Cinturón		

Mecanismos de Defensa	<p>Son estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen. Un mecanismo de defensa del Yo deviene patológico solo cuando su uso persistente conduce a un comportamiento inadecuado tal que la salud física y/o mental del individuo se ve afectada desfavorablemente. (Querol y Chavez, 2005)</p>	Defensas Maníacas	Llena el dibujo con detalles innecesarios	Test de la Persona Bajo la Lluvia – Silvia Querol & María Chávez Paz — Presente — Ausente
		Inhibición	Figuras pequeñas, trazos débiles, falta de partes o zonas corporales que, por omisión, son las que manifiestan el conflicto.	
		Represión	Las figuras son completas, armónicas, no sexualizadas, muy vestidas o tapadas. Dureza en los movimientos, pobreza.	
		Aislamiento	Los dibujos aparecen pobres, aislados, desarticulados, fríos. Parecen paralizadas, con aspecto de muñecas.	
		Anulación	Está representada por personas que necesitan borrar permanentemente o necesitan tachar una figura o hacer otra.	
		Regresión	Lo vemos representado en figuras perdiendo el equilibrio, como en ruinas. Expresión de pánico.	
		Desplazamiento	Necesidad de adicionar nuevos objetos u otras figuras. Fondo muy decorado y preocupación.	

III. MARCO TEÓRICO

El capítulo del marco teórico constituye una de las etapas más importantes en el proceso de toda la investigación, porque fundamenta el enfoque teórico desde el cual se aborda el estudio y análisis en la presente investigación.

La referencia teórica es el instrumento principal para realizar un adecuado proceso de análisis e interpretación de resultados por lo tanto es necesario que todos los conceptos a fines a este trabajo sean desarrollados en el presente capítulo de la investigación.

Así describiremos en primera instancia, lo referente al alcoholismo, seguido de las características psicológicas como la depresión, ansiedad, rasgos afectivos y finalmente se aborda los mecanismos de defensa.

3.1. ALCOHOLISMO

Los cambios culturales, sociales y económicos tienen impacto en el patrón de consumo; el inicio se realiza tanto en el seno familiar como en el grupo de amigos y compañeros, a edades tempranas. Los adultos perecieron ajenos a las consecuencias del consumo de alcohol en la población estudiantil. Así como lo afirma Helena, (2010):” Uno de los peligros del problema es negar su existencia. El alcohol es una droga poderosa que afecta el cuerpo y la mente, trastorna la coordinación enlentece la reacción, dificulta la visión, el pensamiento claro y el juicio crítico”. Aunque se considera una droga de uso legal, es ilegal y peligrosa antes de los 21 años de edad. (p. 16)

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva, que se caracteriza por la dependencia física y psíquica del alcohol. La persona pierde el control sobre el consumo de alcohol; existe ingesta periódica, produciendo en la persona alteraciones físicas y psicológicas, experimentando un fuerte deseo o compulsión de beber más alcohol.

Los alcohólicos generan una alta tolerancia, es decir, necesitan cada vez mayores cantidades para notar los mismos efectos. Si dejan de consumir alcohol tras estar

consumiendo grandes cantidades durante largos periodos de tiempo, experimentan síntomas de abstinencia que pueden incluir temblores, aumento de la ansiedad, una excesiva sudoración y náuseas o vómitos. Es característico que los alcohólicos empiecen a beber por la mañana para evitar experimentar los síntomas de abstinencia. En casos graves, pueden sufrir convulsiones o episodios de delirium tremens cuando cesan en el consumo.

3.1.1. Tipos de Consumidores de Bebidas Alcohólicas

A continuación, se presenta las características de los diferentes tipos de bebedores, los cuales se clasifican en:

Abstemia: Se considera a una persona abstemia que nunca ha bebido alcohol.

Bebedor experimental: Es el caso de aquella que, guiada por la curiosidad se anima a probar el consumo de alcohol, pudiendo posteriormente continuar su consumo o interrumpirlo.

Bebedor moderado o social: Es aquella persona que consume alcohol de manera habitual, pero en cantidad situadas bajo el límite de riesgo. Por ejemplo, en reuniones, eventos, de forma ocasional.

Bebedor habitual: Es aquella persona que consume habitualmente y su consumo puede ser semanal, sobrepasa el límite, llegando a tener la costumbre o hábito de consumir alcohol, (fin de semana).

Bebedor dependiente: Es la persona que presenta una incapacidad de detenerse o abstenerse cuando ha empezado a consumir, se identifica por su gran dependencia o adicción al alcohol, tiene la necesidad de consumir, su vida gira alrededor del alcohol.

3.1.2. Dependencia Alcohólica

Según Josep (2014):

La dependencia del alcohol se instaura en el organismo del sujeto cuando este hace un uso habitual de esta droga y de forma gradual se desarrolla una necesidad ineludible, de seguir tomando: este proceso se conoce como dependencia, puede ser de naturaleza psicológica y física, al punto de preferir el estado modificado de conciencia a la normalidad. (p. 84)

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, 2016) distingue entre el abuso del alcohol y la dependencia del alcohol:

El abuso de alcohol es un precursor de la dependencia, que se identifica después de que se ha establecido un claro patrón de abuso. La dependencia del alcohol se observa cuando se producen efectos fisiológicos como el aumento de la tolerancia y la retirada después de pasad la ingestión de alcohol. Además, comportamiento compulsivo, continuar usando alcohol, está presente típicamente para el diagnóstico de dependencia de alcohol.

— Dependencia física

Es la condición física de adaptación del organismo al uso continuo de alcohol, si la persona suspende el consumo, se presenta un conjunto de síntomas desagradables denominado síndrome de abstinencia.

Como síntomas medios o moderados se pueden señalar: sudores y temblores, náuseas, vómitos y diarreas, insomnio, ansiedad, intranquilidad. Pulso elevado, elevación de la temperatura y de la presión sanguínea. Pueden ocurrir alucinaciones ocasionales. Dura entre 3 y 12 días, aproximadamente. Existen otros síntomas de mayor importancia como son Delirium tremens y la crisis comicial o ataques

epilépticos.

Es un enganche físico que aparece el organismo, habiendo sufridos cambios fisiológicos a causa del alcohol tiene necesidades de su acción para continuar funcionando, para poder mantener una experiencia gratificante, el sujeto hacer uso repetido del alcohol hasta que cualquier intento para dejarlo, da lugar a lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

— **Dependencia alcohólica**

Hace referencia a la presencia de síntomas tales como ansiedad e intranquilidad, de malestar e insatisfacción que facilita el deseo irreprimible de volver a beber. La dependencia psicológica es el vínculo que se tiene con alcohol, caracterizado por el deseo apremiante de experimentar sus afectos, sea porque favorece experiencias positivas, como la relajación, la inhibición de sensación y de sueño, la pérdida de apetito, sea porque permite rehuir reacciones negativas como el aburrimiento, la timidez, la sensación de incapacidad, etc.

El drogodependiente de tipo psicológico, además de cambiar la relación la relación que establece con los afectos farmacológicos, producidos por la sustancia que ingiere, tiene también que reenfocar los ajustes psicosociales de su entorno, que establece con ella la fase más trabajosa a la hora de aprender a vivir sin el recurso compulsivo a las drogas, se centran desactivar esta dependencia psíquica y propiciar cambios en la conducta, las emociones y, en general, los estilos de vida del sujeto, que permiten funcionar psíquicamente sin necesidad de recurrir a drogas.

— **Tolerancia**

Después de un periodo de experiencias de uso del alcohol se puede desarrollar el fenómeno conocido como tolerancia, que es un estado de adaptación, caracterizado por la disminución de las respuestas con la misma cantidad de alcohol o por la necesidad de aumentar la cantidad de bebida administrada para necesario ir

aumentando la cantidad necesaria para experimentar los mismos efectos, o cuando los efectos de la misma cantidad son cada vez menores. La tolerancia es un indicio de alteración metabólica, consecuencia del consumo crónico, del que el organismo intenta defenderse.

— **Síndrome de abstinencia alcohólica**

Se refiere a un conjunto de síntomas, que aparecen por aparecen por el cese o la reducción del consumo de alcohol. Estos aparecen luego de un periodo prolongado de grandes ingestas de alcohol. Los siguientes síntomas se pueden desarrollar horas o días después de la interrupción del consumo: sudoración, temblor distal de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, ansiedad y agitación psicomotora.

La OMS (2015), lo definió, “como el 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 con dosis elevadas”. (p. 108)

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y se relacionan con el tipo de sustancias y las dosis empleadas inmediatamente están limitadas en el tiempo y se relacionan con el tipo sustancias y la dosis empleada inmediatamente antes de suspenderse el consumo. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Si bien la predominancia de los síntomas del síndrome de abstinencia se presenta a nivel fisiológico, con la necesidad que experimenta el organismo de recibir más dosis.

Luego de adaptarse a la sustancia, es posible que también se mantiene a nivel psicológico; depende de la forma como las personas drogodependientes y signifiquen su sintomatología en estos momentos.

De acuerdo al DSM-IV (2016):

Las características esenciales de la abstinencia por sustancias consisten en la presencia de un cambio des adaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicas y cognoscitivo, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto. (p12)

3.1.3. Intoxicación por Alcoholismo

La intoxicación por alcohol es causada por el consumo de grandes cantidades de alcohol en poco tiempo. Cuando los niveles de alcohol en el cuerpo en el cuerpo son muy altos, áreas esenciales del cerebro que controlan la respiración, el ritmo cardiaco y a la temperatura corporal, pueden dejar de funcional y causar la muerte. Las muertes por intoxicación por alcohol ocurren en personas de todas las edades, pero son más comunes en los adultos de mediana edad y en los hombres, en promedio, 6 personas mueren por intoxicación por alcohol todos los días solo en Estados Unidos.

Intoxicación aguda: Si el consumo de cualquier droga es superior en dosis o en frecuencia a la cantidad que el organismo se elimina, se produce la intoxicación.

Una intoxicación es aguda cuando, de forma circunstancial, se produce la acumulación de la sustancia en un tiempo menor del que el organismo necesita para eliminarlo: una intoxicación es grave, provocada por intoxicaciones agudas repetidas o excesivo y continuado consumo de alcohol que puede poner en peligro la vida del consumidor. La enfermedad dependerá del hábito de beber de cada individuo.

La intoxicación por ingesta de alcohol se caracteriza por pérdida de la conciencia alteraciones en la frecuencia cardiaca y dificultad respiratoria, entre otras manifestaciones. La intoxicación etílica se produce luego de que una persona presenta más de 300 mililitros de alcohol en la sangre. El alcohol en el organismo es de rápida

absorción, pero de difícil metabolización.

Cuando existe un excedente de alcohol en el organismo este pasa al torrente sanguíneo y es cuando se produce la intoxicación etílica, como consecuencia de una intoxicación por alcohol pueden producirse, de manera secundaria complicaciones como daño agudo debido a que las toxinas no logran eliminarse por medio del riñón y este puede presentar falla, además se produce una baja excesiva de azúcar en la sangre.

3.1.4. Efectos que Causa el Alcoholismo

El alcoholismo es la consecuencia del consumo excesivo de alcohol y se produce una dependencia física tan importante que el organismo no es capaz de vivir sin alcohol, las emociones, en particular son la ansiedad y la depresión. En dosis pequeñas desinhibe, disminuye la ansiedad, lo que se equipara a un estado de excitación, aumentando la frecuencia cardiaca y respiratoria. Con dosis mayores funciona plenamente como un depresor, disminuyendo el nivel de conciencia, la coordinación motora y las funciones autonómicas (respiración y frecuencia cardiaca). Se experimenta una sensación de calor, pero, realmente, se está produciendo una pérdida de calor, con lo que si la temperatura exterior es demasiado baja puede haber problemas para regular la temperatura corporal.

Si la dosis es demasiado elevada se puede llegar al coma o a la muerte por depresión respiratoria. Los efectos o resultados adversos que se obtienen por el consumo de alcohol mantenido en el tiempo son múltiples, por lo que vamos a intentar destacar las complicaciones que van a impedir desarrollarnos como personas libres en nuestro ambiente familiar, laboral, social, etc.

— Consecuencias físicas

El alcohol actúa sobre diversos órganos, entre los que destacan el hígado (peligro de cirrosis), o el sistema cardio vascular (problemas de arritmia, miocardiopatías, hipertensión arterial e ictus cerebrales), el sistema respiratorio, el sistema nervioso (el

síndrome de Wernike – Korsakoff debido a la falta de la vitamina B1, la desintegración del cerebro). También afecta el sistema muscular, al esqueleto (riesgo de osteoporosis), y al sistema endocrino. El alcohol es la segunda causa probada de padecer cáncer, después del tabaco.

- Coma etílico: sucede después de beber mucho, la persona llega a perder el conocimiento con el riesgo de vomitar y ahogarse con su propio vómito, por ello cuando suceda se pondrá siempre a la persona inconscientemente de lado.
- Cáncer del aparato digestivo: como el alcohol ataca las mucosas, predispone a los órganos a una mayor aparición de procesos cancerosos en la boca, el esófago, el estómago y el colon.
- Disfunciones sexuales: el alcoholismo suele ocasionar problemas eréctiles en los hombres, que no son capaces de mantener una adecuada relación sexual. En las mujeres ocasiona la pérdida de menstruación.
- Daños en feto: en el caso de mujeres alcohólicas embarazadas, presentan un serio riesgo de sufrir de síndrome de alcohol fetal, caracterizado por un desarrollo defectuoso en el feto, lo que ocasiona que el recién nacido presente problemas de conducta y capacidad mental disminuida,

— **Consecuencias psíquicas**

El uso continuo de alcohol produce una “primitivización” de la personalidad, que se vuelve más infantil y eufórica: hay una pérdida de las funciones cognitivas, se alteran los ritmos biológicos, hay lagunas en la memoria, (sobre todo de acontecimientos relacionados con las borracheras), desorientación espacio- temporal. La emoción oscila de la alegría a la tristeza continuamente (labilidad emocional), pudiendo aparecer incontinencia emocional (por ejemplo, no se puede evitar arrancar a llorar repentinamente) surgen sentimientos de culpa y explosiones de irritabilidad, se tiene poca tolerancia a las frustraciones. Pueden producirse, además, una serie de trastornos

específicos como el síndrome de abstinencia que puede llegar a un delirium tremens, la alucinosis alcohólica (donde hay sobre todo voces que acusan y delirios persecutorios), delirios celopáticos (falsa creencia de que la pareja es infiel), trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de sueño (el alcohol disminuye la fase REM del sueño, que es la que garantiza un mayor descanso, demencia y trastornos persistentes de la memoria.

El alcohólico sufre por su condición y tiende a la depresión. Es frecuente que se recurra al suicidio. Además, esta condición es responsable del mal relacionamiento familiar y social. El alcohólico es desconfiado, muchas veces debido a que no recuerda exactamente sus actos, también puede padecer demencia, ansiedad, episodios habituales de psicosis, con juicios poco racionales sobre la realidad, pensamiento obsesivo, con posibilidad de delirio y alucinaciones.

— **Consecuencias Sociales**

Su consumo se asocia a un mayor riesgo de accidentes, implicación en agresiones, homicidios y peleas, conductas antisociales (robos, insultos, exhibicionismo), problemas en las relaciones sociales, familiares o de pareja. Produce además déficits en la actividad laboral, académica o social, debido a estar bajo los efectos del consumo abusivo o en periodo de recuperación de estos.

El alcoholismo no rinde en su trabajo, ni tiene un buen relacionamiento familia, lo que lo lleva al aislamiento. Sufre el rechazo de la sociedad por constituir una molestia, debido a su conducta, su descuido en el aseo e higiene personal, y a su incapacidad para mostrar un dialogo coherente; existen separaciones en los matrimonios, parejas, ocasiona dolor y sufrimiento a la familia y a uno mismo.

3.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES SOBRE LOS ALCOHÓLICOS

Según Sonia (2016), los diferentes tipos de adicciones que existen, tienen en común algunas características que identifican al individuo que sufre de algún tipo de adicción:

- Las personas que tienen una personalidad adicta, tienden a aislarse socialmente y no aceptan la etiqueta de la sociedad. Tienen tendencias a adquirir cualquier tipo de adicción como un sustituto a su soledad y a su inhabilidad de compartir con otros en situaciones sociales.
- La falta de habilidad para confrontar el estrés diario hace que la persona se vuelva al alcohol o a las drogas para poder manejar sus emociones de una “manera más fácil” o para escapar de los problemas y de la realidad en la que viven.
- Las personas con personalidad adictiva tienen dificultad de planear y de mantener metas a largo plazo. Están muy enfocadas en metas a corto plazo, exhiben comportamientos impulsivos para resolver los problemas de la vida de una manera fácil y generalmente buscan la solución en las drogas y el alcohol.
- Las personas con personalidad adictiva muestran un comportamiento compulsivo. No pueden de las drogas sociales y el alcohol en forma moderada, ven las cosas blanco o negro no tienen el concepto de término medio, son extremistas.
- Las personas con personalidad adictiva tienden a sustituir sus adicciones por actividades que les causa placer, por eso muchos alcohólicos que dejan de tomar, algunas veces comienzan a fumar, o los que dejan de fumar, usan la goma de mascar como sustituto.
- Algunos se auto medican con drogas farmacéuticas para calmar su ansiedad, otros se vuelven personas que trabajan incansablemente hasta agotarse para poder relajarse cuando duermen.
- Las personas que tienen comportamientos compulsivos, en la mayoría de las veces, esconden inseguridad y un gran temor de fracasar detrás de estos comportamientos.
- Las personas que son incapaces de hacer compromisos o de mantener una relación de pareja estable y buscan la opinión de otros, pueden buscar las drogas

para sentirse más seguros de ellos mismos.

- Los individuos que sufren de ansiedad y depresión tienen mayores tendencias a desarrollar adicciones para manejar su dolor emocional, tienen conflictos emocionales serios que los hacen volverse a las drogas o al alcohol o a otras actividades que les cause placer para evadir sus problemas diarios.
- El abuso o el trauma de la niñez y la inconsistencia en disciplina por parte de los padres o el excesivo abandono o sobreprotección a una edad temprana pueden ser indicadores que conduzcan a la adicción en la adolescencia o en la edad adulta.
- Las personas que reciben tratamientos para otras condiciones de salud mental, tales como la depresión, la deficiencia de atención de atención y desordenes desarrollados después de un trauma pueden estar altamente relacionadas con las adicciones a cualquier tipo de droga o alcohol. (p. 16)

3.2.1. Características del Enfermo Alcohólico

Algunos síntomas o características que presenta un alcohólico, son las siguientes:

- **Al beber adquiere confianza ficticia en sí mismo para desenvolverse ante otros:** el alcohólico es una persona que tiene complejos, los cuales se manifiestan en la falta de seguridad para desenvolverse y relacionarse con los demás, el equilibra los complejos con el efecto del alcohol y así general dependencia hacia este.
- **A menudo quiere una copa más: aquí se manifiesta la incapacidad de control:** cuando el alcohol hace contacto con su organismo, se genera un estado compulsivo por seguir bebiendo en forma desordenada, pues su organismo se lo exige, por lo cual es impotente ante el alcohol.

- **Toma cuando no planea hacerlo:** el alcohólico es un ser socialmente inactivo y aunque tenga cosas importantes que realiza, bebe en el momento más inoportuno, porque ha perdido el sentido común y la fuerza de voluntad.
- **Trata de controlar su bebida:** en el alcohólico hay una reflexión, pero relativa; sabe que su forma de beber ya no es controlada, se auto engaña aferrándose a la ilusión de tomar moderadamente, esa ilusión lo puede llevar al borde de la locura o de la muerte.
- **Periodos de abstinencia:** debido a la progresividad de la enfermedad, la manera de beber del alcohólico se agrava; aquí el alcohólico intenta dejar de beber por medio de promesas o juramentos. Estos periodos de abstinencia se reducen en número y tiempo hasta llegar a la situación en que el alcohólico ni los intenta porque sabe que no le dan resultado.
- **Lagunas mentales:** estas manifestaciones son indicio del daño que el alcoholismo causa. Después de una borrachera, no recuerda lo que sucedió y se siente mal emocionalmente cuando le mencionan los errores cometidos a través de una conducta inadecuada. Como la enfermedad es progresiva, estas lagunas mentales aumentan en número y grado y esto puede ocasionar serios daños físicos y mentales al alcohólico.
- **Sentimientos de culpa:** el alcohólico no tiene la capacidad de tolerar la frustración y la aceptación de la realidad; esto le produce sentimientos de culpa y lo conduce cada vez más a la pérdida de confianza en sí mismo, para sentirse bien necesita volver a beber.

3.2.2. Características Psicológicas del Alcohólico en Rehabilitación

Las personas que se encuentran en abstinencia padecen de lo que se llama “el síndrome de la borrachera seca” (SBS), que es una forma de neurosis que padece el alcohólico en recuperación, quien solo se conforma con dejar de beber. Impide la plenitud de vida del alcohólico, provoca que persistan sus problemas familiares, laborales y sociales, y

a que continúen la frustración y la infelicidad. Así mismo constituye una de las principales causas de recaída de los alcohólicos.

El doctor López (2015), creador del programa de rehabilitación de alcohólicos del instituto mexicano del seguro social, señala en su libro “*la borrachera seca*”, las características de personalidad del alcohólico anónimo, en proceso de rehabilitación, que son los siguientes:

- 1. Inmadurez e infantilismo:** detención del crecimiento emocional y persistencia de las dependencias. Es el síntoma esencial de la borrachera seca. La incapacidad de crecer emocionalmente. Aunque ya no bebe, el alcohólico sigue siendo un niño en lo emocional, no podrá comportarse como un adulto responsable que pueda alcanzar sus objetivos de vida. Como buenos bebés emocionales, estos alcohólicos siguen dependiendo de figuras tales como su madre, su padre, sus hermanos, su esposa, sus amigos, su jefe, etc. Esta dependencia impide que obtengan dos condiciones fundamentales en la sobriedad que son la autonomía y la responsabilidad. Al estar atados emocionalmente a otras personas, continúan culpando a estas de sus fracasos existenciales y siguen jugando el papel de víctimas.
- 2. Actitud permanente de deshonestidad ante sí mismo y de los demás:** la deshonestidad es un mal hábito que adquiere el alcohólico durante el desarrollo de su enfermedad. Engaña, miente inventa pretextos, promete y no cumple, hace trampa, no respeta las reglas de juego, pide prestado y no paga, ofrece mordidas para evitar ser detenido y practica otro tipo de corruptelas, etc. esta inercia de deshonestidad permanece aún después que el alcohólico deja de beber. le sigue mintiendo a su esposa, continua sin pagar sus deudas, persisten las promesas incumplidas, entre otros. Con frecuencia sigue mintiendo a su terapeuta o dice mentiras a su grupo. Le cuesta mucho trabajo la práctica cotidiana de la honestidad, lo más grave del caso es que, muchas de estas mentiras él se las cree, persistiendo esta actitud de evadir su propia realidad y no aceptarla.

- 3. Amargura e insatisfacción emocional por persistencia de los resentimientos:** A pesar de que ya no bebe, el alcohólico no logra alcanzar esa plenitud de vida donde sienta la satisfacción por vivir. Este descontento, inconforme, con muchas áreas de amargura en su vida y sin poder saborear las mieles de la sobriedad. Dejar de beber, para él, constituye una obligación más que una convicción y la recaída suele ser frecuente entre los insatisfechos. Además, guarda aun muchos resentimientos de su vida pasada que no ha podido superar. Está enojado con la gente y con el mundo. Son los típicos borrachos secos encadenados al pasado.
- 4. Permanente sentimiento de culpabilidad con autoevaluación, minusvalía y tendencia al auto castigo:** estos alcohólicos son los que arrastran un lastre terrible de culpabilidad acumulando en el pasado y que no se han logrado perdonar. Siguen sintiéndose culpables de muchas situaciones, como la muerte de algún ser querido, la enfermedad de alguno de sus hijos o el fracaso de otros, etc. son personas con muy baja autoestima y con una tendencia muy grande al perfeccionismo. como no se perdonan a sí mismos (aunque los demás ya los hayan perdonado) se sienten menos que los demás y con sentimientos de auto desvalorización personal. Para liberarse de esa carga, desarrollan una necesidad neurótica de expiación, por lo que caen en conductas autodestructivas, se sabotean el éxito y no se sienten merecedores de la felicidad. Estas tendencias autodestructivas pueden provocarles una recaída.
- 5. Egocentrismo, autosuficiencia neurótica, mal manejo de la agresividad y tendencia a la omnipotencia:** el egocentrismo en el alcohólico es la compensación neurótica de un complejo de inferioridad y una baja autoestima que, como a todos emocionalmente infantiles, los conduce a una actitud de sobre compensación y entonces quieren llamar la atención de los demás. Por eso cuando se emborrachan se convierten en el bufoncito de la fiesta.

Una vez que dejan de beber, su egocentrismo lo dirigen a los miembros de su familia o a sus compañeros de grupo, en su trabajo o a las personas en general, desarrollando actitudes conflictivas con mal manejo de la agresividad, que frecuentemente llega a ser ingobernable entrando en continuos conflictos con los demás e incapacitándose para la sobriedad. La autosuficiencia neurótica se refiere no al autosuficiente productivo que es consecuencia de la madurez, sino al que sigue pensando que no necesita ayuda de los demás y que él solo se las puede arreglar, lo que lo conduce irremediabilmente a decisiones equivocadas para la resolución de sus problemas existenciales.

Cuando la autosuficiencia neurótica se exagera en exceso se convierte en omnipotencia, la cual es el defecto de carácter más grave en el que puede caer un alcohólico. La omnipotencia es una forma patológica de la soberbia. Un complejo de superioridad que disfraza un profundo sentimiento de inferioridad que quiere ser compensado.

- 6. Miedos permanentes actitud de temor ante los retos de la vida con angustia y tensión continua:** muchos alcohólicos viven eternamente angustiados. De hecho, ya Vivian en tensión desde antes de beber y aquello que los llevo a su alcoholismo fue la necesidad de aliviar sus tensiones por medio del alcohol. Estos individuos son generalmente muy inseguros, aprehensivos, que viven en constante estado de tensión y que desarrollan muchos miedos. Miedo a los problemas, miedo a ser adultos, miedo al trabajo, miedo a los peligros cotidianos miedo a la muerte, etc. no tiene la posibilidad de vivir en el presente, sino que viven instalados en el futuro. Se angustian por lo que no ha sucedido todavía.

Esto obviamente afecta su salud, pues viven continuamente en tensión y bajo estrés prolongado, lo que les ocasiona síntomas diversos como el dolor de cabeza, dolor de espalda, sudoración, trastornos del sueño y del apetito, entre otros. En ocasiones su angustia es tan severa que pueden padecer otros

desordenes psiquiátricos tales como fobias, obsesiones, compulsiones o ataques de pánico, este tipo de alcohólicos en recuperación, independientemente de su grupo de A. A. Deben recibir atención especializada por un psiquiatra.

- 7. Depresión cíclica o permanente con actitudes de pesimismo, desmotivación y baja energía:** otro tipo de adictos en recuperación son los depresivos. Son personas muy vulnerables en el aspecto emocional que constantemente se sienten tristes, con baja energía, con incapacidad para disfrutar de las cosas, tendencia a la tristeza y la apatía, desmotivados existencialmente, con pocos deseos de vivir, en ocasiones, con muchos deseos de morir. Tanto este síntoma como el anterior (angustia), corresponden a lo que se llama trastorno dual, es decir, el enfermo tiene otra enfermedad psiquiátrica además de su adicción, ya que, tanto la angustia como la depresión, son enfermedades que afectan la salud mental y, por lo tanto, requieren de atención médica especializada.
- 8. Ingovernabilidad sexual y sentimental:** El perfil psicológico del adicto se caracteriza por la dificultad que tiene para manejar, tanto impulsos de tipo sexual como de carácter sentimental. Desde antes de iniciar a beber, el alcohólico ya presenta estas tendencias. Siendo una gente insegura y con baja autoestima tiene muchos problemas para involucrarse con el sexo opuesto. Es por eso que recurre a la muleta emocional del alcohol u otras drogas para poderse dar valor y desinhibirse. Bajo el efecto del alcohol se atreve a hacer cosas que no hace sobrio, pero mal planeadas y peor manejadas. Cuantos alcohólicos se le han declarado a una mujer totalmente borrachos y después se arrepienten o cuantos otros han aceptado firmar un acta de matrimonio en estado de ebriedad. Por otro lado, en estado de intoxicación alcohólica se desencadenan los impulsos sexuales más primitivos dando lugar a conductas indeseables como violencia sexual (violación, estupro, sadismo) o conducta homosexual.

Muchos alcohólicos que ya no beben, continúan secos, pero persisten en actitudes de violencia sexual, machismo o celos patológicos. No se puede hablar de sobriedad cuando el alcohólico en recuperación sigue controlando, amenazando, golpeando o celando a su conyugue. Se presentan también problemas de eyaculación precoz, impotencia o frigidez. La infidelidad con la pareja y la tendencia a la promiscuidad sexual es otra manifestación de borrachera seca a nivel sexual y sentimental. Muchos de estos ingobernables sexuales terminan desarrollando una adicción sexual o codependencia sexual a su pareja.

9. Negación de su realidad no alcohólica con persistencia de los mecanismos de defensa como racionalización y proyección:

Aunque se mantiene en abstinencia, este borracho seco sigue siendo un negador. Y aunque ya no niega su alcoholismo, sigue negando una serie de defectos de carácter, que no alcanza a visualizar ni aceptar y que le impiden un óptimo crecimiento emocional. Este tipo de alcohólicos suelen molestarse mucho cuando alguien los confronta con sus zonas erróneas y suelen cambiar de grupo frecuentemente porque se dicen atacados desde la tribuna. También rechazan cualquier tipo de psicoterapia profesional, argumentando ignorancia de los médicos y psicólogos respecto al alcoholismo y al programa de A.A. siguen buscando culpables de todo lo malo que les pasa.

10. Sustitución del alcohol por otras sustancias o conductas adictivas: muchos alcohólicos dejan de beber, pero sustituyen su conducta compulsiva hacia el alcohol por otro tipo de drogas como la marihuana, la cocaína, los inhalantes o las tachas. Muchos otros dejan de beber, pero en su lugar empiezan a desarrollar conductas tales como el juego compulsivo, el sexo compulsivo o la adicción al trabajo. A veces caen en la automedicación de pastillas tranquilizantes o se hacen adictos al tabaco.

A veces los alcohólicos en recuperación olvidan que el tabaquismo también es una adicción que enferma y mata igual número de personas que el alcoholismo. No hay que olvidar que, en el alcoholismo, la conducta de beber excesivamente, es tan solo el síntoma de un trastorno más profundo caracterizado por una estructura patológica de naturaleza adictiva cuyo origen es genético y que lo convierte en adicto potencial cualquier tipo de sustancia o de conducta que le provoque una estimulación en el centro de recompensa del cerebro. Esta estructura del alcohólico también lo conduce a un mal manejo de todas aquellas situaciones existenciales que le generan angustia o estrés. A esto se le llama a la ingobernabilidad emocional.

11. Espiritualidad ausente o muy empobrecida con soberbia intelectual tendencia al materialismo y nula o poca fe: muchos alcohólicos se recuperan físicamente, logran una mejor gobernabilidad de sus emociones y alcanzan una mejoría en su funcionamiento y adaptación social, pero no experimentan ese despertar espiritual que es una condición fundamental para alcanzar una sobriedad integra. No hay que olvidar que la esencia del programa de los 12 pasos es fundamentalmente espiritual y que, además de la recuperación psicofísica y social debe de haber una recuperación espiritual, esto es, la recuperación de la fe. De la fe en sí mismo en los demás, en el mundo y en un poder superior que todo mundo tiene, incluyendo los agnósticos.

La crisis de valores que se vive actualmente y que se refleja en un materialismo a ultranza, donde el valor superior es el éxito económico y la posesión de bienes de consumo, hace que la gente se aleje de Dios y de los supremos valores del espíritu. La espiritualidad ausente o empobrecida es también reflejo de una soberbia intelectual y de una autosuficiencia existencial propia de ciertos alcohólicos en recuperación que han alcanzado un buen nivel cultural, de riqueza, de poder o de prestigio. Esta falta de humildad los hace caer en una soberbia que puede degenerar en uno de los más graves síntomas de la borrachera seca que es la omnipotencia. El que padece de omnipotencia piensa

que solo el mismo es su poder superior.

12. Comportamiento inadecuado en su grupo de alcohólicos anónimos, tanto con sus compañeros como con los principios del programa: la falta de crecimiento emocional provoca una distorsión del entendimiento, a tal punto, que el alcohólico en recuperación distorsiona la filosofía y los principios del programa, lo que da lugar a un comportamiento inadecuado en su grupo. Eso lo lleva a interpretar muy a su modo y conveniencia los principios básicos del programa, los cuales enfoca más hacia la compensación de sus carencias neuróticas que al bienestar común, la unidad y el servicio. Lejos de convertirse en un testimonio de sobriedad y buen juicio en su manera de comportarse con los demás, se convierte en el típico miembro de A.A. inconforme y conflictivo con todo lo que se hace en el grupo. Las conductas erráticas de estos borrachos secos son las luchas de poder, las envidias, los resentimientos, hacia otros compañeros, el exhibicionismo, las críticas malsanas, los chismes y la politiquería.

Otros en cambio manifiestan su borrachera seca adoptando una conducta extremadamente pasiva en su grupo (no usan la tribuna ni leen la literatura ni cooperan con el servicio y solo se concretan a escuchar pasivamente, beber café y criticar a los demás) o teniendo motivaciones neuróticas para asistir al grupo como son hacer negocios con los compañeros de grupo, pedir dinero prestado (y no pagar) o involucrarse emocional o sexualmente con compañeras y compañeros del otro sexo. La recuperación integral del alcoholismo y otras adicciones constituye un proceso largo y complicado que todo enfermo en recuperación debe tomar en cuenta. El alcanzar la sobriedad implica la práctica de cualidades tales como la libertad, la responsabilidad, la honestidad y la humildad, desarrolladas en un marco de disciplina perseverancia, determinación de cambio y mente abierta. Una vez alcanzada la inercia de la sobriedad, se logra un fenómeno de crecimiento emocional progresivo que no

tiene límites y que conducirá a la persona al objetivo final del tratamiento que es alcanzar la felicidad. (p. 35)

3.3. DEPRESIÓN

El presente documento toma como referencia teórica los postulados de Beck (1979) (citado en Calderón, 1998) el cual define a la depresión como un “síndrome en el que interactúan diversas modalidades somáticas, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información con la causa principal del desorden a partir del cual se destacan los componentes restantes” (p. 5)

3.3.1 Tipos de Depresión

A continuación, se describen los tipos de depresión:

➤ La depresión como emoción normal

La depresión es una emoción común que en condiciones “normales”, es una reacción provocada por procesos psicológicos como evaluaciones y estimaciones a nivel cognitivo; en el proceso de depresión intervienen factores cognitivos y sociales. Por su condición desagradable, la depresión parece tener una función; la de eliminación a sí mismo. Pero será así si la persona se ve obligada a reorganizar sus pensamientos y buscar nuevas ideas para reconstruir su vida.

➤ La depresión como emoción anormal

Una depresión es anormal cuando no guarda proporción con el suceso (o sucesos) antecedentes que lo han provocado; cuando es excesiva con respecto a la causa o factor precipitante conocida; cuando se produce en sustitución de otra emoción más adecuada.

Para explicar esta depresión tenemos factores psicológicos y constitutivos. Estos factores están conectados con la depresión durante la psicosis maniaco-depresiva. La

depresión no reorganiza las ideas si no que piensa los procesos de pensamiento portadores del dolor mental. CALDERON ROJAS (1998:5).

3.3.2. La Depresión en Dependientes Alcohólicos

Beck (1979) (citado por Calderón, 1998) indica que “la depresión presenta una serie de sintomatologías en lo que tanto el componente afectivo, intelectual, conductual y somático sufren concluyentes cambios a los que se denominaran como trastornos”. (p. 35)

Los síntomas del alcohol y la depresión incluyen pérdida de apetito, problemas para dormir y falta de energía. Inicialmente, es difícil para una persona saber si está afectado por una depresión alcohólica o no. Sin embargo, si al día siguiente se siente culpable por la bebida, o bebe en exceso cuando está deprimido o estresado demasiado, sin duda sufre de depresión alcohólica.

Un equipo de investigadores ha encontrado que los participantes que asistieron a las reuniones de A.A. con mayor frecuencia tenían menos síntomas de depresión, junto con el menor consumo, que aquellos con una menor participación de A.A. Según la revista “adicción” menciona: “nuestro estudio es uno de los primeros en examinar los mecanismos de defensa que subyacen a los cambios de comportamiento con A.A. y encontrar que la asistencia A.A. alivia los síntomas de depresión. Tal vez el aspecto social de A.A. ayuda a la gente, a sentirse mejor psicológicamente y emocionalmente, así dejar de beber “. (Kelly, 2013, p. 10)

3.4. ANSIEDAD

Según Enrique Rojas (1999), la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de intranquilidad. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podamos decir, que el miedo

es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior.

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” y en la literatura científica se cuenta con una variedad de obras dedicadas a la sola definición del concepto. Podremos manifestar que la ansiedad es un estado emocional, con participación psicológica, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida.

Esta forma de ver la enfermedad psíquica y por extensión, la ansiedad nos lleva a una redefinición de la misma que podría quedar expuesta del siguiente modo: “La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada”. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. (Rojas, 1999)

3.4.1. Tipos de Ansiedad

Rojas (1999) distingue las siguientes:

- **Ansiedad endógena o propiamente dicha:** Es aquella que proviene de los sentimientos vitales, de ese estrato llamado vitalidad, en donde parece que confluyen lo somático y lo psíquico. La produce el organismo, vive de la endogeneidad.

Deriva de lo psicofisiológico, de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional. Se trata de un ser de estructuras nerviosas, entre las que se destaca el sistema límbico principalmente: La corteza cerebral, un sistema de interrelaciones que se establece entre los dos anteriores a los que se deben añadirse una serie de sistemas de activación (unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos) toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo. Estas conexiones funcionales van a ser las responsables de las distintas versiones de la ansiedad, pero siempre con ese núcleo común, la emoción que se

experimenta como amenaza (física y psíquica) y que va a provocar una reacción de alerta.

- **Ansiedad exógena:** (no es propiamente ansiedad, mejor llamarla de otro modo:) Es aquel estado de amenaza inquietante, producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones entronizadas de tensión emocional; crisis de identidad, personal, problemas provenientes del medio ambiente.
- **Angustia existencial:** Es aquella que proviene de la inquietud de la vida y nos propone frente a frente con nuestro destino, con la muerte y con el más allá. Esta es buena siempre y cuando el sujeto no termine traumatizado y sin darse cuenta termine en una ansiedad patológica.

3.4.2. Clasificación de los Síntomas de la Ansiedad

Para Rojas (1999), la ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de muy varias formas. Su sintomatología es cada sujeto puede aparecer relativamente distinta. Rojas reúne a esta sintomatología en cinco grupos:

- **Síntomas Físicos:** Se produce por una serie de estructuras cerebrales intermedias, donde se orientan las bases neurofisiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la medula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina.
- **Síntomas Psicológicos:** Son aquellos que se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de bucear y descubrir sus sentimientos, y sobre todo su capacidad de expresar, referir relatarlo que mueve dentro de ellos.
- **Síntomas de Conducta:** Se denomina a todos aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad del que sujeto cuente lo que le pasa.

- **Síntomas Intelectuales:** Hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información.
- **Síntomas Asertivos:** Se define como al trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación. (p. 25)

3.4.3. Función Adaptativa de la Ansiedad

La ansiedad es antes que todo, una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas que lo hace el medio.

Funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo, el cual hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo a los recursos que considera tener.

Sin esta activación de alarma no sería posible asumir, de manera exitosa, los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio. De igual modo como lo menciona

Rojas (1999) la ansiedad también puede ser positiva es decir un estado presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y ahondar en tantas atractivas y sugerentes como tiene la vida.

3.4.4. La Ansiedad en Dependientes Alcohólicos

El alcoholismo y la ansiedad pueden formar parte de un conjunto general de trastornos, que de alguna manera pueden estar relacionados, debido a una base genética similar en ambos casos, hay estudios familiares que así lo demuestran. En otros ensayos se observa que familiares afectos de alcoholismo y síndrome de ansiedad tienen más posibilidades de sufrir un trastorno de ansiedad, que los familiares de personas que solo presentan trastorno de ansiedad.

Pueden aparecer los dos cuadros, pero manteniéndose de forma independiente. Se puede decir que la ingesta a corto plazo de alcohol disminuye la ansiedad, mientras que tomando a largo plazo la aumenta.

Se puede observar la aparición de alcoholismo en pacientes con trastornos de ansiedad anterior. Muchos pacientes lo toman como una forma de “auto medicarse”, ya Hipócrates decía: “que la ingesta de vino con igual cantidad de agua libera de la ansiedad y temores”. (Hipócrates, 2000, p. I.1.).

3.5. RASGOS AFECTIVOS

Entre los rasgos afectivos, los tipos fundamentales son:

- Las emociones.
- Los sentimientos.
- Los estados de ánimo.
- Los estados de tensión.

Para diferenciarlos, se han tomado cuatro criterios: la intensidad o fuerza con que aparecen; forma de aparición (brusca o lenta); tiempo de duración y la existencia o no de reacciones fisiológicas evidentes (enrojecimiento o palidez, tartamudeo, sudoraciones, dolores de estómago, etc.)

- **Emociones.**

Son vivencias afectivas de moderada intensidad en su manifestación, que aparecen de forma relativamente brusca, pudiendo organizar o desorganizar la actuación del sujeto y se expresan por un período breve; por lo general, presentan reacciones fisiológicas muy evidentes y fáciles de constatar. Ejemplos de emociones son: la alegría ante un éxito, la tristeza ante un fracaso, el disgusto ante situaciones adversas, etc.

Las emociones pueden surgir ante situaciones que ya ocurrieron u ocurren y se manifiestan también como anticipación a la situación. Las emociones pueden organizar

o desorganizar la actuación del sujeto y también pueden activarlo o inhibirlo.

En algunos casos, una emoción contribuye a que la actuación del sujeto sea más adecuada, eficiente, alcance mejor resultados. Un estudiante que se prepara para un examen confiando en sus posibilidades, que se siente seguro de sí, experimenta un entusiasmo en la realización del examen que le ayuda a ejecutarlo satisfactoriamente, sin desánimo, enfrentando con optimismo las dificultades que se le presentan, alcanzando con cada dificultad vencida una satisfacción que lo estimula y lo sostiene en su ejecución. (Plutchick, R., 1980, p. 10)

En otros casos, la emoción provoca que la actuación del sujeto se entorpezca, se dificulte, no pueda desempeñarse al nivel de eficiencia adecuado y no se obtengan los resultados esperados. Si ante la situación de examen el estudiante experimente una emoción de miedo, teme no aprobar, cada dificultad que se le presenta en el examen le parece un obstáculo insalvable, todo esto le crea una expectativa de fracaso que le dificulta y hasta le puede impedir responder correctamente.

- **Sentimientos.**

Son vivencias afectivas de paulatina aparición, que organizan la actuación del sujeto, existen por un período relativamente prolongado y tienen un carácter generalizador; su intensidad es menor que en la emoción y no presentan alteraciones fisiológicas evidentes. Ejemplos de sentimientos son el amor al trabajo, a la patria, a los hijos, a la ciencia; el odio a la explotación, a la discriminación racial, a la deshonestidad, etc.

Los sentimientos aparecen más lentamente que los afectos y las emociones y surgen en gran medida sobre la base de estas últimas. Cuando ocurre que por circunstancias objetivas y subjetivas el vínculo emocional con un objeto se consolida, se fortalece, se sistematiza, entonces se forma una reacción afectiva mucho más estable y generalizado con respecto a ese objeto: un sentimiento; si por determinados motivos las emociones agradables del sujeto se vuelcan enfáticamente sobre una persona, se fortalece la relación afectiva positiva con ella, así puede surgir un sentimiento, ya sea de amor, de

amistad u otro similar. (Ibidem, p. 12)

Así, los sentimientos son generalizados, pero generalizados en un objeto y no entre varios de ellos como ocurre en las emociones. Una emoción puede producirse en relación con los más variados objetos, pero un sentimiento siempre lo es hacia algo o alguien que lo hace distintivamente peculiar. Se puede hablar de una emoción de placer referida a distintos contenidos, pero no referirse al sentimiento de amor a la patria si no se hace con respecto a ese contenido.

La diferencia entre los sentimientos y las emociones en su carácter generalizador lleva implícita otra diferenciación entre ambos tipos de estados afectivos: los sentimientos trascienden la situación, no son situacionales como las emociones, ellos son más estables. Variados ejemplos pueden mostrar el carácter no situacional, la estabilidad de los sentimientos: una persona hacia la que se tiene un sentimiento de cariño puede irse lejos, la separación puede ser durante considerable tiempo, se pierde el contacto con ella por un extenso período y, no obstante, no se deja de quererla; un trabajador amante de su trabajo, por la avanzada edad o por enfermedad se retira de la actividad laboral y a pesar de esto continúa amando su trabajo.

Los sentimientos se forman durante la vida del individuo en consonancia con las condiciones concretas en las que transcurre su existencia, pero también pueden modificarse cuantitativa y cualitativamente, llegando incluso a desaparecer por diversas causas objetivas y subjetivas. En su calidad de fenómenos afectivos, los sentimientos forman parte de la regulación psíquica que, debido a su estabilidad, contribuyen a formar las orientaciones de la personalidad hacia diversas esferas de actividad y de este modo organizan la actuación del sujeto. La posibilidad de organizar la actuación del individuo puede manifestarse en cualquier sentimiento, pero esto se aprecia claramente en aquellos sentimientos que por su marcado contenido histórico-social constituyen el nivel superior de desarrollo de las vivencias afectivas en el hombre. (Ibidem)

Entre estos sentimientos superiores se pueden señalar los sentimientos morales o éticos

(vinculados a las normas y valores morales de la sociedad: la honestidad, la justicia, la responsabilidad, etc.), los sentimientos estéticos (vinculados fundamentalmente a la obra artística del hombre y a la apreciación estética de otras manifestaciones sociales y de la naturaleza: lo bello, lo trágico, lo sublime, etc.), los sentimientos intelectuales (vinculados al proceso y resultado de la cognición humana: la duda, el asombro, la perplejidad, la seguridad en el conocimiento etc.). A pesar de las diferencias que se han señalado entre los sentimientos y las emociones, entre ambos existe una estrecha unidad: por una parte, los sentimientos se forman sobre la base de las emociones, si se fortalecen las relaciones emocionales con determinado objeto, esto puede conducir a su cristalización en un sentimiento.

- **Estados de ánimo**

Son estados afectivos de poca intensidad en su manifestación, relativamente estables, que matizan a la psiquis y su actuación, dándole un cierto colorido o calor afectivo. El mantenerse con buen humor, con optimismo, bien dispuesto o sentirse abatido, pesimista, aburrido, son ejemplos de estados de ánimos.

El estado de ánimo surge de acuerdo cómo el individuo tenga vivencias satisfactorias o no, según las características de su personalidad, de las condiciones, hechos, acontecimientos, circunstancias y relaciones a través de las cuales transcurre su vida cotidiana. En la manifestación del estado de ánimo influyen considerablemente las características de personalidad ya formadas en el individuo.

Así, si el sujeto tiende a apreciar las cosas peores de lo que son, si se inclina a esperar que lo que le pueda acontecer le resulte desfavorable o no ocurra todo lo bien que se podía desear; si considera que los obstáculos, las dificultades y los problemas a los que se enfrentan son mucho más complejos y de una envergadura mayor de lo que en realidad son, esta persona será mucho más propensa al pesimismo y a la apatía. Si a la inversa, el individuo se caracteriza por no amilanarse, ante los problemas y las dificultades, piensa que siempre se debe luchar por vencerlos, si los obstáculos y contratiempos para él resultan acicates a la actuación, pues no considera que haya nada

insalvable hasta que no se agotan todas las posibilidades y recursos en la consecución de un fin, si se orienta a esperar siempre lo mejor, a que las cosas salgan bien, a apreciar el lado bueno de los acontecimientos y las personas, entonces este individuo se caracteriza por tender hacia la valoración positiva y en él existirá una propensión alta a manifestar estados de ánimos positivos como el optimismo y el entusiasmo.

- **Estados de tensión**

Son reacciones afectivas que surgen ante situaciones que al sujeto le resultan muy difíciles, de peligro o por sobrecargas físicas o psíquicas. La intensidad y la duración de las situaciones de tensión (de estrés) son variables, pero en los estados provocados por ellas es característica la ansiedad o angustia del sujeto, y, por tanto, las reacciones fisiológicas.

La magnitud que alcanza un estado de tensión en una persona o el que un sujeto experimente un estado de tensión y otro sujeto no, a pesar de estar ambos inmersos en la misma situación, no depende sólo de la propia situación de tensión, sino también de la personalidad de quien se enfrenta a la situación.

3.5.1. Importancia de los Rasgos Afectivos.

La importancia de la afectividad dentro de la totalidad de la personalidad radica:

- En que un elevado porcentaje de nuestras acciones no es el resultado de razonamientos sino de estados afectivos.
- En que algunas de las decisiones más importantes: profesión, matrimonio, están fuertemente condicionadas por nuestra afectividad.

Ante la importancia de la afectividad en la vida del hombre, cabe preguntarse: ¿Qué es más importante, la inteligencia o la afectividad? Esta pregunta plantea un falso problema. Ambas son funciones de un todo unitario y estructurado y nunca actúan por

separado, de donde se sigue que existe una interdependencia funcional. La incidencia de la afectividad en el conocimiento tiene un aspecto negativo cuando dificulta la objetividad de aquellos juicios en los que ésta debe predominar plenamente, como puede ser el caso de la investigación científica. Pero también puede señalarse la incidencia positiva que puede tener la afectividad en el conocimiento en cuanto que intensifica el interés por ciertos temas e incluso llega a anticiparse al conocimiento. Esta última ha sido defendida con argumentos de peso por Max Scheler en su obra “Amor y conocimiento”.

Pero las conductas en que predomina la afectividad están, a su vez, condicionadas por la actividad intelectual y por los conocimientos, lo que se ve con claridad en el análisis de las actitudes, de los ideales y de las valoraciones.

Todo esto confirma la unidad esencial de la vida psíquica y la no existencia de “facultades” con entidad propia.

Parece que la afectividad funciona en los planos centrales y más profundos del organismo vivo: allí donde lo psíquico se refunde con lo orgánico; allí donde brotan las energías que son utilizadas para satisfacer las necesidades.

Situada en lo más profundo del ser, la afectividad se constituye en el verdadero motor del comportamiento, en cuanto origina la mayoría de las conductas y condiciona todas las demás. Las ideas, por ejemplo, solo se convierten en “ideas fuerza” cuando son energizadas por la afectividad.

3.5.2. Rasgos Afectivos en Alcohólicos

El alcohol afecta independientemente de si es un consumo moderado o abusivo, a la forma en que vemos emociones específicas y nos permite ver caras felices más rápido, además de tener efectos sobre la percepción sexual.

Así el perfil afectivo del adicto alcohólico dependiente de acuerdo a Tello (2008), se caracteriza por ser:

Individuos egocéntricos e impulsivos, dominados por un locus de control externo. Son personas agresivas en gran medida, aunque mucha de la agresividad se encuentra reprimida, volcada sobre sí mismo o solapada. Tienen poco o ningún interés por los demás y son conformistas. Se encuentran rasgos depresivos y ansiosos. Están dominados por la emotividad, por lo que son porfiados y opositores con el medio. Las relaciones afectivas son más extensivas que intensivas, la estructura psíquica revela conflictos. (p. 118)

Existen claras evidencias de que la adicción al alcohol tiene fuertes antecedentes que están presentes desde el individuo pre-adicto.

Así se presentan sobre todo necesidades afectivas y orales, seguidas de conflictos significativos como la agresividad, conflictos sexuales, conflictos con la auto-imagen, rasgos paranoicos, conflictos con la figura materna y depresión. (Delgado, 2007, p. 1)

3.6. MECANISMOS DE DEFENSA

Los mecanismos de defensa son estrategias psicológicas inconscientes puestas en juego por diversas entidades para hacer frente a la realidad y mantener la autoimagen. Las personas sanas normalmente utilizan diferentes defensas a lo largo de la vida. Un mecanismo de defensa del Yo deviene patológico solo cuando su uso persistente conduce a un comportamiento inadecuado tal que la salud física y/o mental del individuo se ve afectada desfavorablemente. El propósito de los mecanismos de defensa del yo es proteger la mente/sí mismo/yo de la ansiedad o sanciones sociales y/o para proporcionar un refugio frente a una situación a la que uno no puede hacer frente por el momento.

Los mecanismos de defensa son referidos con mayor exactitud como mecanismos de defensa del yo, y así pueden ser categorizados aconteciendo cuando los impulsos del ello están en conflicto unos con otros, cuando los impulsos del ello entran en conflicto con los valores y creencias del superyó, y cuando una amenaza externa es planteada al yo.

El término mecanismo de defensa es entendido a menudo refiriéndose a un término característico de rasgos de personalidad que surgen debido a la pérdida o experiencias traumáticas, pero con mayor precisión se refiere a diferentes tipos de reacciones que se identificaron durante y después de la época de Anna Freud, hija del padre del psicoanálisis.

3.6.1. Principales Mecanismos de Defensa

Los mecanismos preponderantes varían según el tipo de afección que se considere, según la etapa genética, según el grado de elaboración del conflicto defensivo, etc.

Existe acuerdo en afirmar que los mecanismos de defensa son utilizados por el YO, pero permanece sin resolver el problema teórico de saber si su puesta en marcha presupone siempre la existencia de un yo organizado que sea el soporte de los mismos.

El término mecanismo fue utilizado desde un principio por Freud para indicar el hecho de que los fenómenos psíquicos muestran una disposición susceptible de observación y de análisis científico. (Laplanche y Bertrand, 1968, p. 221)

- **Regresión:** es el retorno a un funcionamiento mental de nivel anterior ("más infantil"). Ejemplo: los niños pueden retraerse a un nivel más infantil cuando nacen sus hermanos y mostrar un comportamiento inmaduro como chuparse el pulgar o mojar la cama.

Como indica Freud (citado en Laplanche y Bertrand, 1968), dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente. (p. 357)

Considerada en sentido tópico, la regresión se efectúa, según Freud, a lo largo de una sucesión de sistemas psíquicos que la excitación recorre normalmente según una dirección determinada.

En sentido temporal, la regresión supone una sucesión genética y designa el retorno del sujeto a etapas superadas de su desarrollo (fases libidinales, relaciones de objeto, identificaciones, etc.).

En sentido formal, la regresión designa el paso a modos de expresión y de comportamiento de un nivel inferior, desde el punto de vista de la complejidad, de la estructuración y de la diferenciación.

- **Formación retroactiva:** sirve para prevenir que un pensamiento doloroso o controvertido emerja. El pensamiento es sustituido inmediatamente por uno agradable. Ejemplo: una persona que no puede reconocer ante sí mismo que otra persona le produce antipatía, nunca le muestra señales de hostilidad y siempre le muestra una cara amable.

Según Freud (citado en Laplanche y Bertrand, 1968), es un mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto se esfuerza en hacer como si pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido; para ello utiliza un pensamiento o un comportamiento, dotados de una significación opuesta. Se trata de una compulsión de tipo mágico particularmente característica de la neurosis obsesiva. (p. 28)

- **Aislamiento:** es la separación del recuerdo y los sentimientos (afecto, odio). Ejemplo: un gran amor es asesinado en un incidente. Su pareja narra los detalles con una falta completa de emoción.

Según Freud (citado en Laplanche y Bertrand, 1968), es un mecanismo de defensa, típico sobre todo de la neurosis obsesiva, y que consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto. Entre los procedimientos de aislamiento podemos citar las pausas en el curso del pensamiento, fórmulas, rituales y, de un modo general, todas las medidas que permiten establecer un hiato en la sucesión temporal de pensamientos o de actos. (p. 17)

- **Desplazamiento:** es la condición en la cual no solo el sentimiento conectado a una persona o hecho en particular es separado, sino que además ese sentimiento se une a otra persona o hecho. Ejemplo: el obrero de la fábrica tiene problemas con su supervisor, pero no puede desahogarlos en el tiempo. Entonces, al volver a casa y sin razón aparente, discute con su mujer.

Como indica Freud (citado en Laplanche y Bertrand, 1968), consiste en que el acento, el interés, la intensidad de una representación puede desprenderse de ésta para pasar a otras representaciones originalmente poco intensas, aunque ligadas a la primera por una cadena asociativa. (p. 98)

Este fenómeno, que se observa especialmente en el análisis de los sueños, se encuentra también en la formación de los síntomas psiconeuróticos y de un modo general, en toda formación del inconsciente.

3.6.2. Otros Mecanismos

Los métodos más usados por las personas habitualmente para vencer, evitar, circundar, escapar, o ignorar las frustraciones y amenazas incluyen los siguientes:

- **Disociación:** se refiere al mecanismo mediante el cual el inconsciente nos hace olvidar enérgicamente eventos o pensamientos que serían dolorosos si se les permitiese acceder a nuestro pensamiento (consciente). Ejemplo: olvidarnos del cumpleaños de antiguas parejas, fechas, etc.
- **Proyección:** es el mecanismo por el cual sentimientos o ideas dolorosas son proyectadas hacia otras personas o cosas cercanas pero que el individuo siente ajenas y que no tienen nada que ver con él.
- **Negación:** se denomina así al fenómeno mediante el cual el individuo trata factores obvios de la realidad como si no existieran. Ejemplo: cuando una persona pierde a

un familiar muy querido, como por ejemplo su madre, y se niega a aceptar que ella ya ha muerto y se convence a sí mismo de que sólo está de viaje u otra excusa.

- **Introyección** (lo opuesto a proyección): es la incorporación subjetiva por parte de una persona de rasgos que son característicos de otra. Ejemplo: una persona deprimida quizá incorpora las actitudes y las simpatías de otra persona y así, si esa otra persona tiene antipatía hacia alguien determinado, el deprimido sentirá también antipatía hacia esa persona determinada.
- **Racionalización**: es la sustitución de una razón inaceptable pero real, por otra aceptable. Ejemplo: un estudiante no afronta que no desea estudiar para el examen. Así decide que uno debe relajarse para los exámenes, lo cual justifica que se vaya al cine a ver una película cuando debería estar estudiando.

3.6.3. Mecanismos de Defensa en Alcohólicos

Los mecanismos de defensa más utilizados por los alcohólicos es la regresión, proyección y la represión. (Delgado, 2007, p. 127)

La regresión, comprueba que el alcohólico sufre una regresión de tipo oral, al seno materno, a la etapa en que se sienten amados por la madre y en la que no necesitan ganarse el afecto de ella, ya que lo tenían.

La proyección consiste, justamente en que proyectan lo que existe en el interior en el otro, manifestar que viene de afuera, eso que viene de adentro, lo cual realiza porque lo que ve en sí mismo es muy reprochable a la conciencia o desagradable y por ello prefiere proyectar en el exterior.

Finalmente, en el mecanismo de represión, reprimen el concepto de sí mismo así como su sexualidad, para defenderse de estos conflictos reprime lo que le causa ansiedad, lo omite, no permite que lleguen a la conciencia.

IV. METODOLOGÍA.

Este trabajo se encuentra dentro del área de la *psicológica clínica*, en tanto que se realizará un abordaje desde la evaluación y determinación de las características psicológicas y mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación la Colmena, en la ciudad de Tarija.

Para Feldman (1998) (citado en Compas, 2000):

La psicología clínica es el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica a bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento. La psicología clínica es una forma aplicada de la psicología, la cual apunta a definir las capacidades del comportamiento y las características conductuales de un individuo, mediante el uso de métodos de observación, de medición y análisis, los cuales con base en una integración de estos hallazgos y con los datos obtenidos a partir de las exploraciones físicas, y de las historias sociales, proporcionan sugerencias y recomendaciones para el ajuste adecuado del individuo. (p. 5)

Para abordar esta temática se realizó una evaluación psicológica mediante la aplicación de distintas pruebas para llegar a determinar las características psicológicas, depresión, ansiedad, rasgos afectivos y los mecanismos de defensa.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación empleado en el presente trabajo corresponde al tipo **diagnóstico – descriptivo**.

Diagnóstico porque se recolectó datos de las personas dependientes del alcohol, para lo cual se aplicó una batería de test y en base a los resultados obtenidos se efectuó un diagnóstico de las características psicológicas y de los mecanismos de defensa de los

mismos. Estos estudios evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones, o componentes del fenómeno a estudiar. (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

Descriptivo ya que especifica, detalla cada una de las características psicológicas como los mecanismos de defensa que se presentan en las personas alcohólicas internadas en el Centro de Rehabilitación La Colmena. Estos estudios se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es. (Hernández *et al.*, 2003, p. 119)

En este estudio se identifica las características psicológicas, nivel de depresión, de ansiedad, rasgos afectivos y ausencia o presencia de mecanismos de defensa en las personas alcohólicas internadas en el Centro de Rehabilitación La Colmena de la ciudad de Tarija; estimar su frecuencia y examinar tendencias de la población estadística según las variables de estudio. Justificar estudios analíticos para probar las hipótesis específicas planteadas en el presente trabajo. Lo cual nos ha permitido obtener una imagen exacta de la realidad sobre las personas alcohólicas.

Los resultados obtenidos han sido trabajados bajo un enfoque de tipo **cualitativo**. Ya que los instrumentos usados nos brindaron datos estadísticos que han permitido examinar los datos de manera científica por escalas y al mismo tiempo realizar una caracterización psicológica de los pacientes y así también determinar sus rasgos afectivos, niveles de ansiedad y depresión, causados por su dependencia al alcoholismo.

La investigación es **cuantitativa**, porque expresa en datos y valores numéricos, como ser: cantidad de internos en la institución, frecuencia de respuesta y porcentajes a los diferentes test, niveles de ansiedad y depresión, como así también se expresan sus rasgos afectivos y mecanismos de defensa.

En este sentido, se efectuó el análisis e interpretación de los datos obtenidos a partir de estos dos tipos de enfoques, lo que ha permitido conocer las características psicológicas de las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación

La Colmena, de la ciudad de Tarija.

4.2. POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo constituida por todas las personas con dependencia al alcohol, internadas en el Centro de Rehabilitación La Colmena de la ciudad de Tarija, cuyas edades oscilan entre los 23 a 50 años y comparten las siguientes condiciones de inclusión para su incorporación dentro de la población, las cuales son las siguientes:

- Sexo: Varones
- Edad: 23 a 50 años
- Residencia: Tarija
- Internados: Centro de Rehabilitación La Colmena.

De esta manera la población estuvo constituida por los 50 internos que sufren de alcoholismo, y están en proceso de rehabilitación. (Fuente: Centro de Rehabilitación La Colmena)

Los criterios de selección para la presente investigación fue el total de los internos y se tomó en cuenta solo la edad, puesto que en la institución son todos de sexo masculino, la cual fue agrupada de la siguiente manera:

Edad Agrupada
23 a 30
31 a 35
36 a 40
41 a 45
46 a 50

4.3. MUESTRA

Es la parte o el subconjunto sobre la que se lleva a cabo la investigación, en este caso la muestra corresponde a igual cantidad de la población, por lo que se trabajó con la totalidad de la población, nuestra muestra es de 50 personas alcohólicas internadas en el Centro de Rehabilitación La Colmena.

Muestra conformada por 50 personas de sexo masculino, mayores de edad, cuyas edades oscilan entre los 23 a 50 años y con los que se realizó un análisis individual, para luego determinar las características psicológicas y mecanismos de defensa del conjunto de la muestra.

EDAD AGRUPADA	CANTIDAD
23 a 30	12
31 a 35	12
36 a 40	13
41 a 45	11
46 a 50	2
TOTAL	50

4.4. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. Métodos.

Los métodos utilizados en la presente investigación son los siguientes:

- ❖ **Método teórico.** Debido a que se participa en la construcción del modelo teórico, respecto a su fundamentación, organización y lógica: están creando las condiciones para ir más allá de las características fenoménicas, lo que permite explicar los

hechos y profundizar en las relaciones esenciales, contribuyendo así al análisis y comprobación de las teorías.

- ❖ **Métodos empíricos**, hace referencia a las distintas formas en las que puede plasmarse en método teórico, que según el objetivo que en cada caso se persiga. Este método sirve como guía para explicar cómo se alcanzarán cada uno de los objetivos planteados en la investigación, los instrumentos que se utilizarán son Test y cuestionarios que nos permitirán conocer los Estados Afectivos de las personas en proceso de rehabilitación.

- ❖ **Métodos estadísticos**, toda investigación cuantitativa supone cierto grado de medición numérica y un análisis de la investigación; la aplicación de métodos estadísticos descriptivos en el cual su máxima expresión se refleja en los cuadros, que permiten establecer patrones de comportamientos y probar teorías.

4.4.2. Técnicas

Generalmente cuando realizamos trabajos de investigación de pequeña envergadura, es decir muy focalizados la existencia de información específica respecto a lo que estamos investigando es muy limitada, por lo tanto, nos veremos obligados a levantar información de primera mano, utilizando técnicas especializadas en este tipo de recolección de datos.

El test se refiere al instrumento de medición psicológica de variables de tipo cognitivo: aptitudes, conocimientos, rendimientos, habilidades, etc. en los que las respuestas son correctas o incorrectas y la puntuación total viene dada por la suma de respuestas correctas, dando lugar a una escala acumulativa jerárquica.

El inventario se refiere al instrumento elaborado para medir variables de personalidad. Las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos en los enunciados de los ítems.

Los cuestionarios suelen estar formados por una serie de ítems o elementos que no están necesariamente relacionados unos con otros, cuyas opciones de respuesta no están ordenadas ni graduadas, que puedan ser puntuados e interpretados individualmente y en los que tampoco hay respuesta correcta e incorrecta.

Las técnicas que se emplearon en la presente investigación fueron los test proyectivos (test de la persona bajo la lluvia, test de la figura humana). Que representan el segundo gran enfoque sobre la evaluación de afectividad, emociones y mecanismos de defensa, que es radicalmente diferente de las otras técnicas. El formato, los reactivos, la aplicación y la calificación de las pruebas proyectivas son diferentes.

4.4.3. Instrumentos

En la recolección de información para el presente trabajo se utilizó los siguientes instrumentos:

— **Inventario de Depresión de Beck.**- creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

Existen tres versiones BDI: la versión original publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI- 1; y el BDI-2 publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI, no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones

complementarias (entrevistas psicológicas/ psiquiátricas, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para detección o chequeo.

El inventario de depresión de Beck nos permite determinar los niveles de Depresión en los pacientes de la institución determinando los diferentes síntomas.

- **Cuestionario de Ansiedad de Rojas.** - Esta prueba fue creada con el fin de diagnosticar el grado de depresión a partir de la evaluación del nivel de ansiedad. Sin embargo, regularmente también se la puede utilizar para describir el nivel de ansiedad. Sus reactivos permiten conocer cuál es el sentir de la persona, describirá la angustia, ansiedad y frustración dando origen de esta manera a síntomas asertivos, de conducta, psíquicos, intelectuales y físicos.

El cuestionario consta de 5 partes que valoran diferentes síntomas, a través de las cuales el sujeto valora el grado de su intensidad de 1 a 4 (1. Intensidad ligera, 2. Intensidad mediana, .3. Intensidad alta, 4, intensidad grave).

Así mismo el cuestionario de ansiedad de Rojas establece los niveles de ansiedad y correlaciones con la depresión y edad de los sujetos estudiados.

La escala de puntuación del test de ansiedad de Rojas es la siguiente:

Rango	Nivel de ansiedad
Entre 0 y 20	Banda normal
Entre 21 y 30	Ansiedad ligera
Entre 31 y 40	Ansiedad moderada
Entre 41 y 50	Ansiedad grave
Mas de 51	Ansiedad muy grave

— **Test de la Figura Humana de Karen Machover**

Es un test proyectivo gráfico que fue elaborado por Karen Machover. Este test tiene la ventaja de ofrecer economía de tiempo en su aplicación y fiabilidad en los resultados, al ser el propio sujeto quien nos ofrece gráficamente una proyección directa de sí mismo y de sus posibles complejos psicológicos.

Pone en evidencia las preocupaciones, las preferencias, necesidades o deseos reprimidos, las frustraciones y el equilibrio interior o elaborar el comportamiento de cara de su ambiente, indicando cuales son las razones inconscientes que determinan sus reacciones, actitudes, sus posturas, etc.; cuando el sujeto se enfrenta con sus problemas vitales. A través de su dibujo expresa aspectos de la personalidad unidos al auto concepto, a la imagen corporal que es la idea y el sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo.

Permite ver cómo se siente la persona en relación a su medio ambiente como la habilidad para adaptarse a él; el buen criterio con que lo evalúa y la objetividad y forma en que se relaciona con los demás.

— **Test de la Persona Bajo la Lluvia**

Esta prueba tiene su base teórica en los trabajos realizados sobre la figura humana, es definido como un test proyectivo y su autoría no puede establecerse con claridad, siendo transmitido por vía oral, sin embargo, su creación se ha atribuido a Arnold Abrahams o a Abraham Amchin pudiendo incluso tratarse de una creación colectiva (Hammer, 2004). Sus antecedentes históricos pueden ser rastreados a partir de 1924, año en que H. M. Fay elabora y aplica un test cuya consigna era “dibuje una mujer que pasea por la calle, llueve”. (Querol, 2004)

De este modo se plantea que el ambiente estresante que provee la lluvia propicia la emergencia de defensas latentes en el individuo. Así, al estar la persona bajo la lluvia se agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada

habitual, sintiéndose forzado a recurrir a estas defensas. Es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, en tanto si lo es la persona bajo la lluvia. (Cavalli, 2016).

La persona bajo la lluvia permite interpretar la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador.

4.5. PROCEDIMIENTO

Para una mejor sistematización del trabajo de investigación se realizó de acuerdo a las siguientes fases:

Fase 1. Revisión Bibliográfica

En este periodo de tiempo se consultó diferentes fuentes bibliográficas relacionadas con el tema de investigación, para poder identificar los diferentes conceptos e investigaciones previas. Se recurrió tanto a libros como a páginas de internet.

Fase 2. Contacto Inicial con la Institución.

En esta etapa se estableció los primeros contactos con la Institución y las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena en la ciudad de Tarija. Se llevó una solicitud de permiso otorgada por la Lic. Susana Schmiendl H. Directora de Departamentos administración conjunta de la Carrera de Psicología, dirigida al director del centro; para permitir la evaluación de los internos.

Fase 3. Elaboración de los instrumentos.

En esta fase se procedió a la elaboración de los instrumentos que se utilizó para la recolección de datos, estos son tanto test, inventarios y cuestionarios que están relacionados con la temática y nos han permitido medir las variables de investigación.

Fase 4. Prueba piloto

En esta fase se procedió a la aplicación de una prueba “piloto” para poder conocer, adecuar y perfeccionar el manejo y aplicación de los diferentes instrumentos a los internos del centro de rehabilitación la colmena. Para de esta forma poder identificar falencias y poder corregirlas en la aplicación posterior a la muestra establecida de la población de estudio. De la cual se emitió un informe al docente de la Actividad de Profesionalización II, para que pudiera determinar si se realizó correctamente y dar el visto bueno para la aplicación posterior.

Fase 5. Revisión de los instrumentos

En esta fase se realizó la adecuación y revisión de los instrumentos de acuerdo a las falencias encontradas en la prueba piloto, permitiéndonos readecuar los mismos y mejorar las técnicas de aplicación y control; para poder mejorar la calidad de los datos recogidos y evitar la contaminación de los mismos por situaciones y ambientes no controlados.

Fase 6. Selección de la muestra

Debido a la necesidad de contar con el mayor número de sujetos para poder dar mayor validez a la investigación, se optó por tomar en cuenta a toda la población de la institución debido a la cantidad reducida de internos y por solo recluir a sujetos masculinos dentro de la misma.

Fase 7. Aplicación de las pruebas

Se realizó la aplicación de los diferentes instrumentos preparados para la recolección de datos para esta investigación: Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad de Rojas, Test de la Figura Humana de Karen Machover y Test de la Persona Bajo la lluvia, realizadas en ambientes controlados y en diferentes jornadas de acuerdo a la disponibilidad y reglamentos de la institución.

Fase 8. Sistematización y procesamiento de datos

En esta etapa se realizó la corrección de los diferentes instrumentos y la posterior tabulación de datos en el programa SPSS. Que nos ha permitido realizar el desglose de frecuencias y porcentajes para las diferentes variables de investigación.

Fase 9. Análisis e Interpretación de los Datos

En esta fase se realizó el análisis cualitativo de los resultados obtenidos a través del procesamiento de datos como de la tabulación de datos, de los diferentes instrumentos aplicados en esta investigación.

Fase 6. Conclusiones y Recomendaciones

Esta es la etapa más importante del trabajo, porque consiste en la elaboración de las conclusiones y recomendaciones de la investigación, las cuales se proponen en función de los objetivos planteados en la misma. A su vez, se organiza en forma documental y sistemática del trabajo realizado para su posterior defensa.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente capítulo se realiza el análisis e interpretación de los resultados, obtenidos durante el proceso de recolección de datos a través de las pruebas empleadas a cada sujeto de estudio, con la finalidad de mostrar resultados objetivos del proceso de investigación, aplicado en este caso a las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena de la ciudad de Tarija.

Previo al análisis de los datos, se debe indicar que los instrumentos empleados para la obtención de datos fueron aplicados de acuerdo al siguiente orden: inventario para valorar la depresión, cuestionario de ansiedad, test de la figura humana y el test de la persona bajo la lluvia.

En este sentido, los datos están organizados en función de los objetivos específicos, por lo cual, la presentación de los resultados se organizó de acuerdo al nivel de depresión, nivel de ansiedad, rasgos afectivos y los mecanismos de defensa de las personas con dependencia al alcohol.

El análisis e interpretación de la información, es presentado a través de cuadros y gráficos, donde se concentra los resultados de las personas con dependencia al alcohol, para determinar sus características psicológicas y mecanismos de defensa.

A continuación, se presenta el análisis de cada uno de los objetivos propuestos en la investigación:

OBJETIVO N° 1

5.1. DEPRESIÓN

Para este análisis se van a considerar los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, con el fin de responder al primer objetivo específico que dice “identificar el nivel de depresión en las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena”, para lo cual se presenta la siguiente información:

Cuadro N° 1
Depresión

NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
AUSENTE	2	4
DEPRESION LEVE	8	16
DEPRESION MODERADA	16	32
DEPRESION GRAVE	24	48
TOTAL	50	100

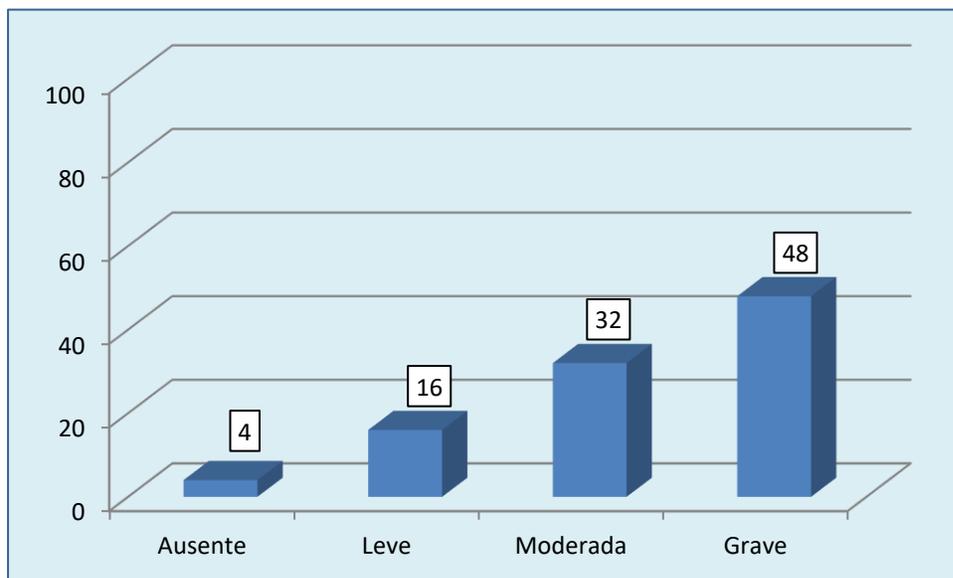
Se considera la depresión como un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general, se caracteriza por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, inquietud, pérdida de interés en las actividades, fatiga, dificultad para concentrarse, insomnio, comer excesivamente, intentos de suicidio y dolores de cabeza.

En este sentido, el 48% de las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, de la ciudad de Tarija, presentan una depresión grave.

Es decir, presentan las principales características de la depresión como tristeza,

pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, pérdida de interés, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Gráfico N° 1
Nivel de Depresión



Se debe precisar que el ser humano necesita motivos para actuar, ilusiones y objetivos que den sentido a su vida. La depresión se manifiesta por una apatía, un desgano, una desilusión y falta de sentido a nuestras vidas, tendiendo cada vez a ser más inactivos, con falta de energía, cansancio, lo cual afecta a nuestro ánimo y nuestra manera de pensar, de cómo una persona se valora.

Por lo que es importante indicar que las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena de la ciudad de Tarija, presentan los síntomas de la depresión en la realización de sus diferentes actividades en su vida diaria, actividades que les toman un esfuerzo extraordinario dadas las características de la depresión.

OBJETIVO N° 2

5.2. ANSIEDAD

Para este análisis se van a considerar los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación del Cuestionario de Ansiedad de Rojas, con el fin de responder al segundo objetivo específico que dice “establecer el nivel de ansiedad en las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena”, para lo cual se presenta la siguiente información:

Cuadro N° 2
Síntomas de la Ansiedad

NIVEL	Físicos		Psíquicos		Conductuales		Intelectuales		Asertivos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	13	26	9	18	11	22	9	18	7	14
Ligera	10	20	9	18	8	16	13	26	11	22
Moderada	15	30	21	42	23	46	17	34	29	58
Grave	11	22	5	10	6	12	7	14	2	4
Muy Grave	1	2	6	12	2	4	4	8	1	2
TOTAL	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

La ansiedad es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en que vivimos, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

Según Rojas (1999, p.24), la ansiedad puede presentarse en diferentes circunstancias y maneras, por lo que a continuación se detallan los síntomas que la conforman.

En cuanto a los **síntomas físicos**, se llega a determinar que las personas con

dependencia al alcohol, con una tendencia del 30% presentan un nivel moderado de ansiedad, lo cual hace mención a que mediana o moderadamente se presentan temblores en las extremidades, palpitaciones en diferentes partes del cuerpo, puede existir la presencia de tics, pérdida de sueño, sequedad de la boca, dificultad respiratoria, pellizcos gástricos, etc.

Muchos de los síntomas físicos suelen expresarse con sensaciones de opresión y/o taquicardia, muchos conflictos se manifiestan en forma de náusea, vómitos, pellizcos gástricos, molestias digestivas difusas, etc., lo cual se presentaría moderadamente en las personas con dependencia al alcohol investigadas, pues manifiestan la presencia de estos síntomas al presentar un nivel de ansiedad moderada, lo cual puede estar indicando que existe una considerable fatiga física.

En cuanto a los **síntomas psíquicos**, se tiene que un 42% de las personas internadas en el centro de rehabilitación La Colmena, presentan un nivel moderado, lo cual hace referencia a que relativamente se presentan en ellos inquietudes interiores, desasosiego, temor a perder el control y temor al suicidio. Se sienten intranquilos, ciertamente cansados en las actividades que realizan.

Este síntoma psíquico provoca una reacción de sobresalto, de incitación a la huida, de miedos difuminados, agitación, preocupación, puesta en marcha, actividad, tendencia a escaparse o evadirse o a correr, en una palabra, no estarse quieto. Al mismo tiempo hay una clara anticipación de lo peor, es decir malos presagios, vaticinios negativos de algo que sobreviene, presentimientos repletos de la idea de que algo grave va a suceder y todo ello en una atmósfera indefinida, vaga, inconcreta, abstracta, poco clara. Situación que se presenta moderadamente en las personas con dependencia al alcohol pues presentan un nivel de banda moderada en este síntoma, lo cual indica la presencia relativa de estas características.

En lo referente a los **síntomas conductuales**, el 46% de las personas con dependencia al alcohol presentan un nivel moderado de ansiedad en este síntoma, lo cual se caracteriza porque presentan relativamente estados de alertas, dificultades para la

acción, bloqueos afectivos o inquietudes motoras. Es decir, que a las personas dependientes les afecta el cansancio producido por las diferentes actividades que pueda realizar.

Generalmente la conducta se la puede observar desde fuera, no es necesario que la persona cuente lo que le pasa, sino que simplemente se registra al ver su comportamiento, tanto en el aspecto general como en el plano comunicativo. Aspectos que reflejan características particulares en las personas con dependencia al alcohol, pues presentan un nivel moderado, lo que implica la presencia de los síntomas mencionados.

Los **síntomas intelectuales**, que presentan las personas con dependencia al alcohol recae en un nivel moderado de ansiedad, con un 34%, lo cual refiere a que presentan cierta dificultad para concentrarse, presentando ciertos problemas en su memoria, bloqueos mentales, etc.

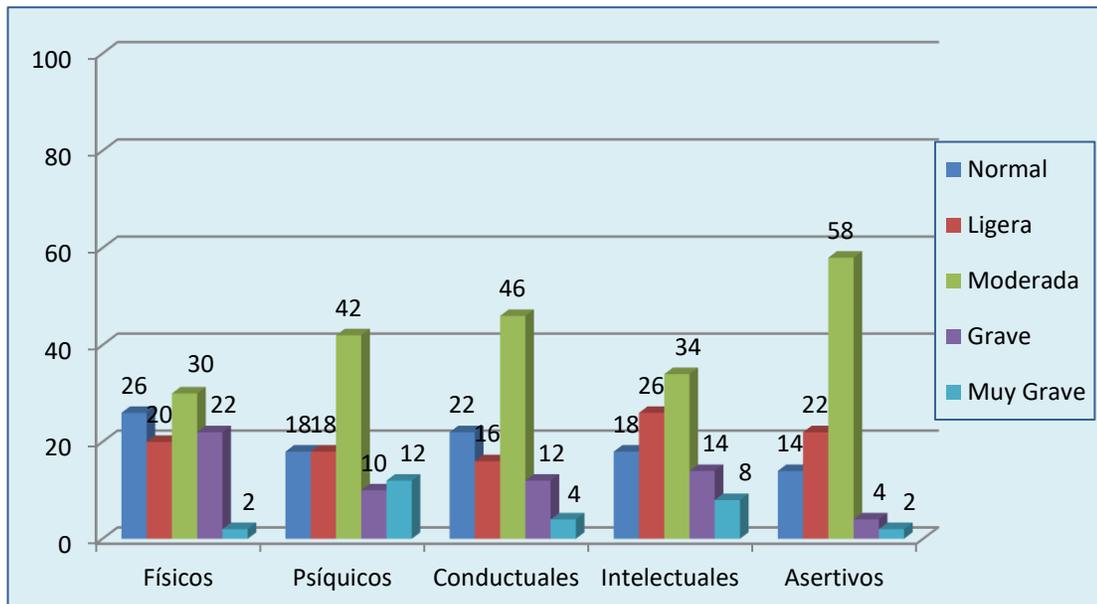
Este síntoma hace referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información, se manifiesta por diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de matiz negativa, pensamientos ilógicos, dificultad para concentrarse, trastorno de la memoria, etc., características que se presentan relativamente en las personas con dependencia al alcohol, ya que el nivel de ansiedad en este síntoma es de moderado.

Finalmente, en cuanto a los **síntomas asertivos**, se tiene que las personas con dependencia al alcohol en un 58% presentan un nivel moderado en estos síntomas, lo cual refiere a que de cierta manera presentan dificultades para mostrar desacuerdo frente a las opiniones, conductas, etc., de los demás, no saben que decir ante ciertas personas, también no saben iniciar fácilmente una conversación.

Este síntoma sobre todo hace referencia a los trastornos de las habilidades para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación. Se manifiesta por el

descenso en las diversas habilidades sociales, bloqueo en las relaciones humanas, no saber decir que no, no sabe terminar una conversación difícil, etc., características presentes en las personas con dependencia, pues en su mayoría presentan un nivel moderado en este síntoma.

Gráfico N° 2
Síntomas de la Ansiedad



De manera general, se puede observar que en el presente gráfico, donde se identifican los cinco síntomas de la ansiedad, es decir en los: Síntomas Físicos, Psíquicos, Conductuales, Intellectuales y Asertivos, que en todos ellos se presentan niveles moderados de ansiedad, existe una relativa predominancia de un nivel de banda moderada en las personas con dependencia al alcohol.

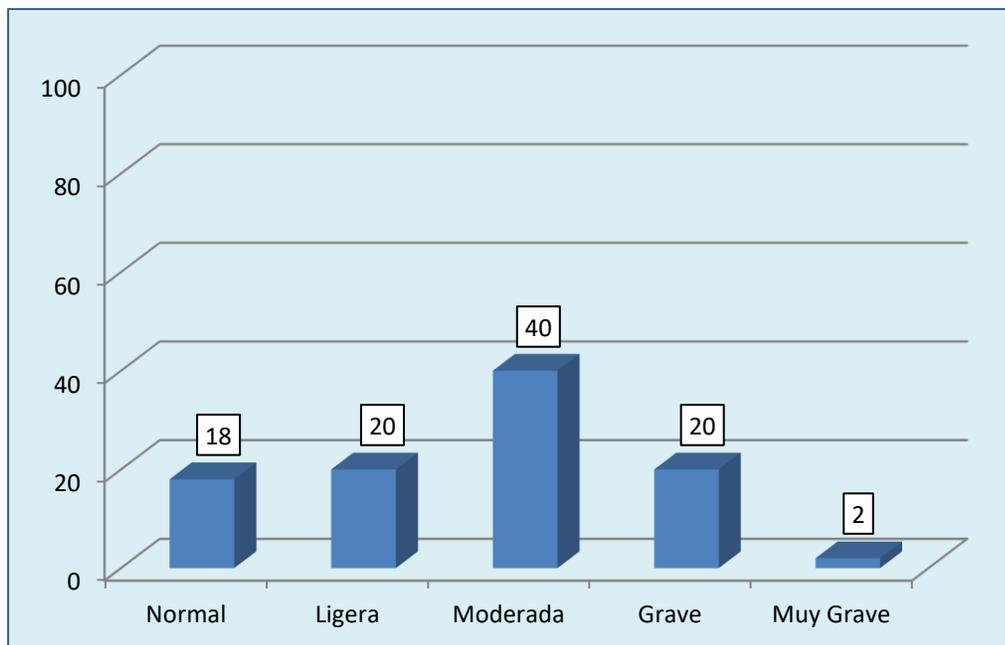
La predominancia de un **nivel moderado en todos los síntomas de la ansiedad**, hace referencia a que las personas alcohólicas presentan síntomas como palpitaciones, temblores, sequedad de la boca; inseguridad, inquietud interior, temor a perder el control, al suicidio; dificultad para la acción, bloqueo afectivo e inquietud motora; pensamientos negativos, dificultad para concentrarse, trastornos en la memoria; y no

saber qué decir ante ciertas personas, o iniciar una conversación, no saber terminar una conversación difícil.

Cuadro N° 3
Ansiedad

NIVEL	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	9	18
LIGERA	10	20
MODERADA	20	40
GRAVE	10	20
MUY GRAVE	1	2
TOTAL	50	100

Gráfico N° 3
Nivel de Ansiedad



La ansiedad se caracteriza por una sensación de aprehensión difusa, indiferenciada y generalizada ante una demanda específica, vaga u originada por algún conflicto, también se debe indicar que la persona ansiosa suele sentirse inquieta y puede presentar síntomas corporales como dolor de estómago, sequedad de la boca sudoración y dolor de cabeza, entre otros.

En este sentido y de acuerdo a los resultados, las personas con dependencia al alcohol presentan relativamente estas características de ansiedad, pues un 40% presentan un **nivel de ansiedad moderado**, lo cual hace referencia a que tienen sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, las cuales no se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas. Es decir, que no presentan reacciones que escapen a su control voluntario, tampoco tienen carácter intenso y recurrente, no les genera incomodidad y malestar sobredimensionados, ni tampoco infieren significativa y negativamente en su vida. Así también, puede existir un cambio notable en los patrones de comer o de dormir, tales como comer o dormir en exceso.

OBJETIVO N° 3

5.3. RASGOS AFECTIVOS

Para este análisis se van a considerar los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación del Test de la Figura Humana de Karen Machover, con el fin de responder al tercer objetivo específico que dice “caracterizar los rasgos afectivos de las personas con dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena”, para lo cual se presenta la siguiente información:

Cuadro N° 4
Rasgos Afectivos

RASGOS	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Deprimido, inadaptado	11	22	39	78	50	100
Evasión social, superficialidad, cautela y hostilidad.	7	14	43	86	50	100
Agresividad y tendencias verbales sádicas.	26	52	24	48	50	100
Retraimiento en sí mismo	11	22	39	78	50	100
Rechazo o depresión	16	32	34	68	50	100
Terquedad y mal humor	10	20	40	80	50	100
Imposibilidad de contacto	12	24	38	76	50	100
Rasgos paranoides	9	18	41	82	50	100
Inmadurez, dependientes, inseguros y preocupación por su propia salud	13	26	37	74	50	100
Sentimiento de culpa, tendencia a esconder los sentimientos e índice de conflicto interior.	16	32	34	68	50	100
Introvertido	32	64	18	36	50	100
Inseguridad o dependencia	7	14	43	86	50	100

La presente información expresa los rasgos afectivos, lo cual es una dimensión del individuo que designa un conjunto de fenómenos psíquicos, sentimientos, emociones, deseos, pasiones, aspiraciones y creencias, en este caso de las personas dependientes del alcohol.

A su vez, revelan sentimientos y preocupaciones iguales o similares, lo cual puede denotar la existencia de problemas emocionales y relaciones personales insatisfactorias.

En este sentido, se debe tomar en cuenta que los dibujos de figuras humanas ponen de alguna manera en evidencia, las preocupaciones, las preferencias, las necesidades o deseos reprimidos, las frustraciones, el equilibrio o desequilibrio interior y la manera de conducirse o de elaborar el comportamiento de cara a su ambiente. Nos indica

también cual es la situación afectiva del momento, en relación con el otro sexo, con su esfera profesional o con el entorno social. (Vels A., 1994, p.39)

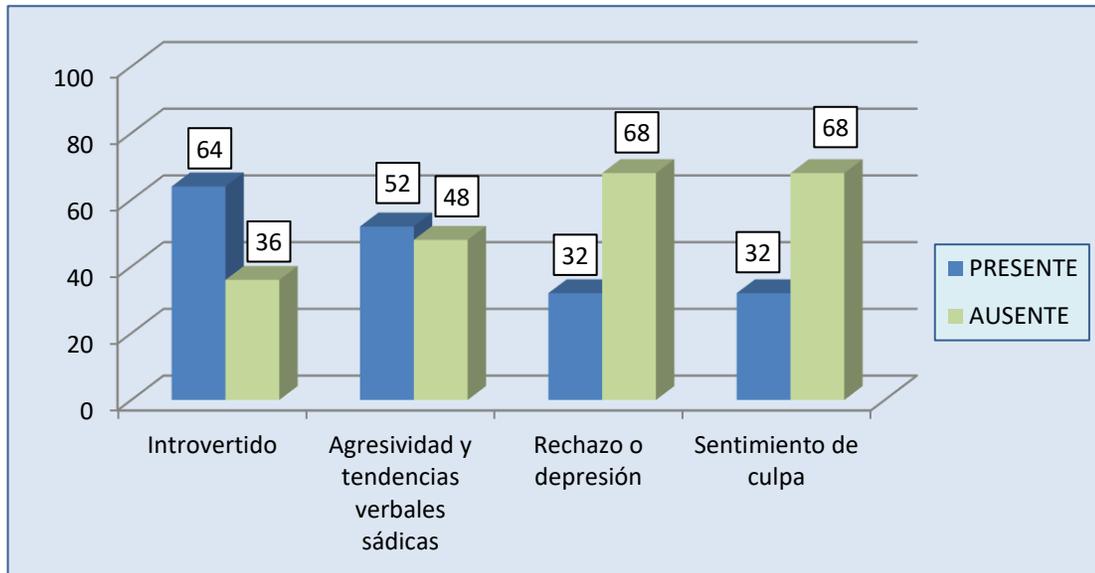
Otro rasgo afectivo relevante es el de la **introversión** (posición del dibujo en la parte izquierda de la hoja), que se presenta en un 64% de las personas con dependencia al alcohol investigadas, lo cual hace mención a que priman en ellos una actitud defensiva, reprimen sus sentimientos, mostrándose reacios a los afectos, cabe hacer notar, que al mostrarse a la defensiva no pueden generar comunicaciones francas con los demás.

A su vez, manifiestan una orientación hacia sí mismos, lo cual significa una evasión a los sentimientos de inferioridad física, asociándose el lado izquierdo de la hoja con el lado introvertido de la persona.

Un 52% de las personas con dependencia del alcohol presenta **agresividad y tendencias verbales sádicas** (boca representada por una sola línea), en general, indica tendencias agresivas reprimidas, la agresión puede ser masoquista, se dirige hacia sí mismo y tiene un sentido destructivo o de autocensura. El sujeto, sea por complejos de culpabilidad, por descontento de sí mismo, o por el fantaseado de su complejo de castración, se está infligiendo daño y, de este modo, descarta la culpabilidad, se venga de sus imperfecciones, o intenta anularse a sí mismo.

El apasionamiento y vehemencia generalmente indica tendencias posesivas. El sujeto pretende mantener a toda costa aquello de que es poseedor, o controlar en exclusiva lo que pretende que es suyo o cree que le pertenece. No se halla dispuesto a compartir con otros lo que posee o desea poseer (egoísmo, avidez, avaricia codiciosa). El carácter de ser propenso a los celos, a la desconfianza y a la agresividad por defender su patrimonio personal o lo que es de otros, pero se le ha confiado el control o administración.

Gráfico N° 4
Rasgos Afectivos



En síntesis, el estado afectivo emocional que presentan las personas con dependencia al alcohol son de introversión y agresividad.

Es decir, son personas que indican tendencias agresivas, tendencias posesivas, los hombres suelen reprimir sus sentimientos, mostrándose de manera negativa hacia los afectos, lo cual señala el freno u ocultación de las reacciones afectivas de ternura, lo que no impide, a veces, una profunda sensibilidad, con dificultades sexuales vinculadas a complejos de castración, entre ellos la eyaculación precoz o algún complejo de impotencia sexual, las dificultades del sujeto para adaptarse a la realidad y, en casos graves, el carácter asocial del individuo.

OBJETIVO N° 4

5.4. MECANISMOS DE DEFENSA

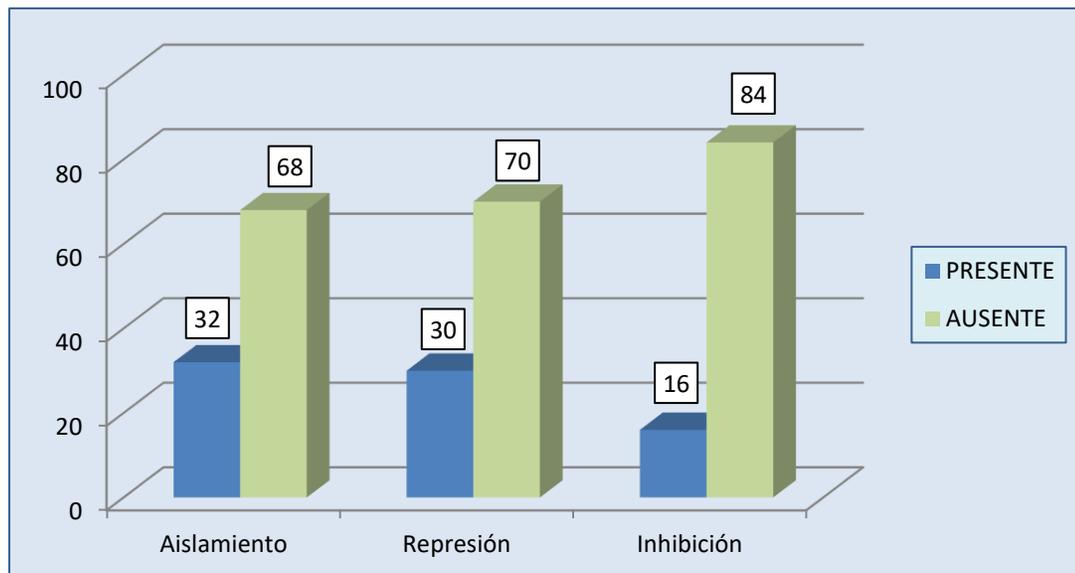
Para este análisis se van a considerar los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia, con el fin de responder al cuarto objetivo específico que dice “describir los mecanismos de defensa de las personas con

dependencia al alcohol internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena”, para lo cual se presenta la siguiente información:

Cuadro N° 5
Mecanismos de Defensa

MECANISMOS	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
DEFENSAS MANÍACAS	0	0	50	100	50	100
INHIBICIÓN	8	16	42	84	50	100
REPRESIÓN	15	30	35	70	50	100
AIPLAMIENTO	16	32	34	68	50	100
ANULACIÓN	4	8	46	92	50	100
REGRESIÓN	4	8	46	92	50	100
DESPLAZAMIENTO	4	8	46	92	50	100

Gráfico N° 5
Mecanismos de Defensa



Los mecanismos de defensa son utilizados normalmente a lo largo de la vida, su propósito es proteger la mente, el Yo de la ansiedad o sanciones sociales para proporcionar un refugio frente a una situación a la que uno no puede hacer frente por el momento. Un mecanismo de defensa del yo deviene patológico solo cuando su uso persistente conduce a un comportamiento inadaptado tal que la salud física y/o mental del individuo se ve afectada desfavorablemente.

Tomando en cuenta los porcentajes más altos registrados en los resultados, se tiene un 32% de personas con dependencia al alcohol que manifiestan un mecanismo de defensa de **aislamiento**, que significa la separación del recuerdo y los sentimientos (afecto, odio).

Otra tendencia, es la manifestar la presencia del mecanismo de defensa de la **represión** con un 30%, lo cual significa que las personas con dependencia al alcohol, pueden retraerse a nivel infantil por algún acontecimiento o situación por la que estén atravesando, de esta manera pueden llegar a mostrar un comportamiento inmaduro como chuparse el pulgar o mojar la cama.

5.5. HIPÓTESIS

En la presente investigación se han planteado cuatro hipótesis correspondientes a cada uno de los objetivos específicos desarrollados, las que indican:

Las características psicológicas y mecanismos de defensa que presentan las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija, son las siguientes:

- **Un nivel de depresión grave.**

Las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija, presentan una tendencia a manifestar un nivel de depresión grave, pues la mayoría de ellos puntúa en este nivel, a pesar de que la cifra no llega a sobrepasar el 50% y no se puede generalizar a toda la población, si se

manifiesta una tendencia en este resultado. Sin embargo, la hipótesis NO se llega a confirmar.

La tendencia en este nivel revela que una gran parte de los sujetos presenta síntomas de tristeza, pérdida de interés en las actividades, preocupación, problemas familiares, trastorno en su estado de ánimo, abatimiento, infelicidad, con sentimientos de desesperanza y desesperación.

➤ **Un nivel de ansiedad grave.**

Las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija, presentan una tendencia a manifestar un nivel de depresión moderada, pues la mayoría de ellos puntúa en este nivel, a pesar de que la cifra no llega a sobrepasar el 50% y no se puede generalizar a toda la población, si se manifiesta una tendencia en este resultado. Sin embargo, la hipótesis NO se cumple, por lo que la misma es rechazada en la presente investigación.

La tendencia en el nivel moderado revela la presencia de un estado desagradable de temor, malestar y angustia.

➤ **Presencia de rasgos afectivos de agresividad, impulsividad, introversión y suspicacia.**

Las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija, presentan rasgos afectivos de introversión y agresividad. Con una ausencia de los rasgos afectivos de impulsividad y suspicacia. Razón por la cual la hipótesis NO se cumple, siendo rechazada en la presente investigación.

Los rasgos afectivos presentes dan cuenta de que son sujetos que reprimen sus sentimientos, mostrándose reacios a los afectos, a la defensiva, no pueden generar comunicaciones francas por su introversión y por otro lado, se indica tendencias

agresivas reprimidas, la cual puede ser masoquista, dirigida hacia sí mismo con un sentido destructivo o de autocensura.

➤ **Presencia de la represión y el aislamiento como mecanismos de defensa en su conducta.**

Las personas con dependencia al alcohol, internados en el Centro de Rehabilitación La Colmena, en la ciudad de Tarija, presentan una tendencia en la aparición de mecanismos de defensa de aislamiento y represión. Datos que no se pueden generalizar a toda la población, razón por la cual se puede indicar que la hipótesis NO se cumple, siendo rechazada en la presente investigación.

Esta tendencia revela una cierta separación del recuerdo y los sentimientos de afecto, odio presente en el aislamiento y tienden a retraerse a nivel infantil por algún acontecimiento o situación por la que estén atravesando, mostrando un comportamiento inmaduro.

6.1. CONCLUSIONES.

Luego del análisis de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

Depresión:

- Las personas con dependencia al alcohol, internados en el centro de rehabilitación La Colmena de la ciudad de Tarija, presenten un nivel de depresión moderada, caracterizada por síntomas como tristeza, pérdida de interés en las actividades, comer excesivamente, preocupación, problemas familiares o referentes a las actividades a realizarse.

Ansiedad:

- Las personas con dependencia al alcohol, internados en el centro de rehabilitación La Colmena de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de ansiedad tendiente a moderada, es decir que tienen sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud, existiendo un cambio notable en los patrones de comer o de dormir en exceso.
- Los síntomas de la ansiedad presentes en las personas alcohólicas internadas se ubican sobre todo en una tendencia a un nivel moderado de ansiedad, tanto los síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales presentan esta tendencia, a diferencia de los síntomas asertivos en los que si se manifiesta un nivel moderado de ansiedad superior a la media evaluada.
- Físicamente presentan una tendencia a manifestar moderadamente ansiedad, por lo que existen temblores en las extremidades, palpitaciones en diferentes partes del cuerpo, puede existir la presencia de tics, pérdida de sueño, sequedad de la boca, dificultad respiratoria, pellizcos gástricos, etc.
- Psicológicamente presentan una tendencia a manifestar moderadamente ansiedad, es decir, ciertas inquietudes interiores, desasosiego, temor a perder el control y temor al suicidio. Se sienten intranquilos, ciertamente cansados en las actividades

que realizan.

- Conductualmente presentan una tendencia a manifestar moderadamente estados ansiosos, de alerta, dificultades para la acción, bloqueos afectivos o inquietudes motoras. Es decir, que a las personas dependientes les afecta el cansancio producido por las diferentes actividades que pueda realizar.
- Intelectualmente presentan una tendencia a manifestar moderadamente ansiedad, es decir cierta dificultad para concentrarse, presentando ciertos problemas en su memoria, bloqueos mentales.
- Asertivamente presentan un nivel moderado de ansiedad, que implica dificultades para mostrar desacuerdo frente a las opiniones, conductas de los demás, no saben qué decir ante ciertas personas, también no saben iniciar fácilmente una conversación.

Rasgos Afectivos:

- Los rasgos afectivos de los internos alcohólicos se encuentran dados sobre todo por la agresividad y tendencias verbales sádicas como por la introversión.
- Introversión (posición del dibujo en la parte izquierda de la hoja), por lo que priman en ellos una actitud defensiva, reprimen sus sentimientos, mostrándose reacios a los afectos, no pudiendo generar comunicaciones francas con los demás. Están dominados por la emotividad, existiendo conflictos en las relaciones afectivas.
- Agresividad y tendencias verbales sádicas (boca representada por una sola línea), que indica tendencias agresivas reprimidas, volcada sobre sí mismo, solapada. Tiene complejos de culpabilidad, por descontento de sí mismo, por lo que se inflige daño, para vengarse de sus imperfecciones.

Mecanismos de Defensa:

- Los mecanismos de defensa que resaltan en cierta medida en los internos alcohólicos son el aislamiento y la represión.
- Aislamiento que implica una separación del recuerdo y los sentimientos (afecto, odio).
- Represión, por lo que se retraen a nivel infantil, reprimen el concepto de sí mismo, reprimen lo que les causa ansiedad, lo omiten, no permite que lleguen a la conciencia.

6.2. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones arribadas en el presente estudio, se llega a las siguientes recomendaciones:

- Los resultados mostrados en esta investigación buscan mitigar el dolor y la aflicción que padecen los pacientes alcohólicos – dependientes.
- Las características afectivas o rasgos afectivos de los alcohólicos deben ser analizadas a profundidad en psicoterapia.
- La abstinencia a la sustancia no es suficiente para calmar la conducta adictiva, se requiere un tratamiento integral que incluya a la familia de origen y la familia actual en los alcohólicos.
- Uno de los objetivos en la terapia para las adicciones debe ser lograr una madurez afectiva en el paciente en proceso de recuperación, modificando sus conductas agresivas y de introversión.
- Otro de los objetivos en la terapia debe ser lograr disminuir sus niveles de depresión y ansiedad.

- Los mecanismos a trabajarse sobre todo estarían centrados en el aislamiento y represión, los cuales deben incluirse en su proceso de recuperación.
- Para las personas con dependencia al alcohol, se les debe diversificar sus actividades, realizando otras actividades de índole laboral y social fuera del internado o centro de rehabilitación La Colmena.
- La responsabilidad de disminuir los índices de consumo de alcohol no sólo es de las instituciones públicas sino del núcleo familiar.