

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS
USUARIOS PERMANENTES EN EL AÑO 2011 DEL CENTRO DE
CARACTERIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO ADSCRITO A LA SECRETARIA DE
BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

LINA MARCELA BENÍTEZ MILLÁN

MARGARITA MARÍA VÉLEZ PIEDRAHITA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2012

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS
USUARIOS PERMANENTES DEL CENTRO DE CARACTERIZACIÓN Y
DIAGNÓSTICO ADSCRITO A LA SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL
DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

LINA MARCELA BENÍTEZ MILLÁN

MARGARITA MARÍA VÉLEZ PIEDRAHITA

ASESOR

NICOLASA MARÍA DURAN PALACIO

Magister en Psicología

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2012

Nota de Aceptación

Jurado

Asesor: *Nicolasa Durán Palacio*

Envigado, junio (...) de 2012

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos y sueños, además de colmarme de su infinita bondad y amor.

A mi madre Nora, por haberme apoyado en los momentos más difíciles de esta etapa, por sacrificar sus sueños para cumplir los míos y ayudarme día a día con su dedicación, compromiso y lealtad.

A mi padre Marino, por enseñarme cada día el valor de luchar por alcanzar los sueños y construir un mejor mañana, por su amor y su apoyo incondicional.

A mis familiares, Marta, Andrés y a mis hermanas Johana, Geraldine, Yudy, Alex y Natalia, por impulsarme en cada momento a lograr mis metas con sus palabras de aliento y sus buenos deseos.

A mis maestros, Nicolasa Durán por su apoyo incondicional en el desarrollo de este proyecto y a los otros maestros que contribuyeron a mi aprendizaje.

A mi amiga, Margarita Vélez por enseñarme cada día el valor de una verdadera amistad, por su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de la realización de este trabajo.

A la Institución Universitaria de Envigado por darme la oportunidad de formarme como una profesional integral, brindándome las herramientas necesarias para ser una mujer útil y contribuir a la sociedad.

Marcela Benítez Millán

Agradezco a Dios por la fe que puso en mí, por la paciencia y amor que me regaló durante este tiempo.

A mi madre por ser la guía y motor de mi vida, por acompañarme con amor en cada uno de mis pasos y por cada uno de los consejos que me regaló y me han permitido ser una mujer integra.

A mi padre, que desde el cielo me ha brindado el apoyo y fortalezas necesarias para continuar luchando por cada una de mis metas y sueños.

A mis familiares y hermanas por el apoyo y la paciencia que han tenido.

A mis amigos, en primer lugar a Marcela Benítez por ser la mejor compañera en esta travesía, por tener la paciencia necesaria para culminar de la mejor manera este proyecto que emprendimos juntas, a Bladimir por sus buenos consejos y su apoyo durante todo este tiempo, a William por ser el apoyo que necesitaba y darme su amor incondicional, a todos los que estuvieron pendientes de mis triunfos y fracasos porque gracias a ellos hoy le doy fin a uno de mis mayores sueños, ¡los quiero mucho!

Margarita Vélez Piedrahita

Agradecimientos

Cuando comenzamos a escribir estos agradecimientos pensamos que quizás por descuido íbamos a dejar a alguien importante por fuera de ellos, por tal motivo, pedimos desde ya excusas si esto llegase a suceder. En primera instancia a la Institución Universitaria de Envigado, por permitirnos ser parte de la comunidad estudiantil y obtener nuestra formación académica, logrando con ello tener una visión más clara e integral del mundo.

A nuestros compañeros, quienes hicieron parte del aprendizaje durante el proceso de formación académica, por su empatía y colaboración en este tiempo, y porque juntos construimos una propuesta de reflexión acerca de una sociedad mejor y más humana.

Al grupo de maestros que por sus conocimientos, el apoyo y la dedicación hicieron parte de esta meta que hoy estamos alcanzando, en especial, a nuestra mentora y asesora Nicolasa Durán, quien durante este tiempo nos aportó sus enseñanzas para el fortalecimiento y buen

término de esta investigación, sin su apoyo nada de esto hubiese sido posible.

A todas aquellas personas amigos(as), familiares y demás que de una u otra forma estuvieron vinculados con la realización de este proyecto, y junto a ellos compartimos nuestras angustias, tristezas, alegrías y triunfos, a todos mil y mil gracias.

Contenido

GLOSARIO	15
RESUMEN	17
INTRODUCCIÓN	21
1. JUSTIFICACIÓN	24
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
2.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	38
2.2. PREGUNTAS ORIENTADORAS	38
3. OBJETIVOS	39
3.1 GENERAL	39
3.2 ESPECÍFICOS	39
4. MARCO TEÓRICO	40
4.1 LOS HABITANTES DE CALLE	40
4.1.1 Nuestros vecinos invisibles	40
4.1.2 ¿Cuáles son sus principales características?	41
4.1.3 ¿Cómo ocupan el territorio?	44
4.1.4 ¿Cómo se relacionan con las instituciones y con la sociedad en general?	45
4.2 Conceptualización de sustancias psicoactivas	49
4.2.1 Clasificación de las drogas	49
4.3 ¿QUÉ ES LA PERSONALIDAD?	58
4.3.1 Personalidad, temperamento y carácter	59
4.3.2 Patrones de personalidad normal y anormal	60
4.3.3 Trastorno antisocial de la personalidad	62

	10
4.3.4 Trastorno narcisista de la personalidad	62
4.3.5 Trastorno histriónico de la personalidad	68
4.3.6 Trastorno de la personalidad por dependencia	70
4.3.7 Trastorno esquizotípico de la personalidad	72
4.3.8 Trastorno límite de la personalidad	74
4.3.9 Trastorno paranoide de la personalidad	76
4.3.10 Trastorno esquizoide de la personalidad: el patrón asocial	79
4.3.11 Trastorno de la personalidad por evitación: el patrón de repliegue	82
4.3.12 Trastorno depresivos de la personalidad: el patrón de rendición	85
4.3.13 Trastorno sádico de la personalidad: el patrón de abuso	88
4.3.14 Trastornos compulsivos de la personalidad: el patrón de conformismo	93
4.3.15 Trastorno negativista de la personalidad: el patrón vacilante	97
4.3.15 Trastorno masoquista de la personalidad: el patrón afligido	102
5. DISEÑO METODOLÓGICO	107
5.1 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	107
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVO	108
5.3 CARACTERÍSTICAS	109
5.4 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA	109
5.5 POBLACIÓN	111
5.6 MUESTRA - INFORMANTES	111
5.7 TIPO DE ESTUDIO: FENOMENOLÓGICO	112
5.8 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO DE CASO	115

	11
5.9 INSTRUMENTOS	117
5.9.1 Entrevista clínica psicológica semi-estructurada	117
5.10 Categorías y Subcategorías	124
6. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	125
7.RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	138
7.2 GRAFICAS DE RESULTADOS	143
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	150
8.1 ¿ADICCIONES O ESTILO RELACIONAL ADICTIVO?	150
8.2 EN BUSCA DE UN ESCLARECIMIENTO SOBRE EL ESTILO RELACIONAL ADICTIVO	170
8.3 FORMAS DE CRIANZA Y ESTILO RELACIONAL ADICTIVO	194
8.4 ¿HABILITARSE O REHABILITARSE?	212
CONCLUSIONES	233
RECOMENDACIONES	236
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	238

Lista de cuadros

Cuadro 1. MIPS	121
Cuadro 2. RESULTADOS	138

Lista de Gráfica

Gráfica 1. Prototipo Evitador	84
Gráfica 2. Categorías y subcategorías	124
Gráfica 3. Protección	143
Gráfica 4. Individualidad	144
Gráfica 5. Preservación	144
Gráfica 6. Extroversión	145
Gráfica 7. Introversión	145
Gráfica 8. Sensación	146
Gráfica 9. Sentimiento	146
Gráfica 10. Pensamiento	147
Gráfica 11. Sistematización	147
Gráfica 12. Retraimiento	148
Gráfica 13. Discrepancia	148
Gráfica 14. Aquiescencia	149

Lista de Anexos

ANEXO A. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	247
ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INSTITUCIÓN	250
ANEXO C. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES	253
ANEXO D. LISTADO MULTIDIMENSIONAL DE CRITERIOS PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	257
ANEXO E. HOJA DE RESPUESTA	260
ANEXO F. HOJAS DEL TEST CALIFICADAS	261
ANEXO G. CUADRO DE ENTREVISTA Y ANÁLISIS DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	276

GLOSARIO

Adicción: enfermedad crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones.

Apego: afecto, cariño o estimación hacia una persona o cosa.

Auto-esquemas: concepto de sí mismo, autoconcepto. Es una organización de conocimiento preexistente sobre el yo, derivada de la experiencia pasada y que va a determinar cómo la persona procesa la nueva información acerca de sí mismo y de cómo la va a seleccionar.

Dependencia: es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y las cuales requieren ayuda para su realización.

Farmacodependencia: es un problema de salud causado por el uso frecuente de sustancias adictivas.

Habitante de calle: persona que tiene como lugar de habitación permanente la calle.

Personalidad: es un constructo psicológico, con el que se hace referencia a un conjunto dinámico de características de una persona.

Policonsumidor: se refiere a un tipo de dependencia de sustancias en el cual un individuo usa por lo menos 3 diferentes tipos de sustancias, por un tiempo no menor a 12 meses y no tiene una droga favorita que califique para dependencia por sí sola. (Bush B. 1994)

Sujeto: considerado el ser que tiene experiencias o se mantiene relacionado con otra entidad o con un objeto.

Test: prueba psicológica que permite estudiar alguna función específica.

Trastorno: alteración leve de la salud.

Vínculo: significa unión o atadura de una persona o cosa con otra. (Diccionario real academia española. RAE)

RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas afecta directamente el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (S.N.C), haciendo que funciones como: la percepción, la sensación, el estado de ánimo y actividades físicas y mentales se vean directamente afectadas, estos comportamientos posteriores son los que llegan a determinar en los seres humanos ciertos trastornos, en este caso particular son los trastornos de personalidad tomados directamente de las postulaciones teóricas de T. Millon (1985-2006). Esta investigación tiene por objetivo identificar los rasgos y estilos de la personalidad propios de los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado. Se tiene como base en la metodología el Test Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) publicado en el 2001 y una entrevista semiestructurada en una población de 15 usuarios permanentes de este centro. Se logró evidenciar que los sujetos investigados tienen en su estructura psíquica comportamientos relacionados con los trastornos de personalidad antisocial, antisocial-

psicopática, trastorno narcisista y trastorno paranoide de la personalidad. Por medio de esta investigación se pudo justificar la necesidad latente de identificar los rasgos y estilos de personalidad de cada usuario, para determinar unas estrategias terapéuticas más eficaces que brinden una comunicación más asertiva entre usuario y terapeuta, y con ello poder llegar a suplir las necesidades psicológicas y físicas de cada individuo.

Palabras claves

Adicción, alcoholismo, apego, dependencia, estilos adictivos, habitante de calle, personalidad, rasgos, rehabilitación, sustancias psicoactivas, trastorno, vínculo.

Abstract

The consume of psychoactive substances affects directly the nerve central system (NCS), causing that the function like: Perception, sensation, state mind and physical and mental activities seems directly affected, these behaviors afterwards are the ones that determinate certain disorders in humans, in this specific case the personality disorders taken from the T. Millon (1985-2006) theoretical postulations.

This research have for porpoise identification the trends and stiles of personality particulate of the Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado users. The base methodology is the inventory of the personality stiles of Millon (MIPS) publish in 2001 and a semi structured interview of a 15 people population of permanent users of the center.

It manage to determinate that the subjects in the research have his psychic structure of antisocial, antisocial-psychopathic, narcissist disorder paranoid disorder of personality related behaviors.

This research justified the underlying need of Identification the trends and styles of personality of each user in order of determine the therapeutics strategies more efficient that assure a more assertive communication between the user and the therapist, so that achieve fulfill the psychological and physical needs of each person.

Key words: addiction, alcoholism, attachment, dependence, addictive styles, street dweller, personality, features, rehabilitation, psychoactive substances, disorder, link.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación tiene como objetivo identificar los rasgos y estilos de personalidad de los usuarios permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado, lugar donde asisten habitantes de y en la calle, los cuales en su mayoría proceden de este municipio, esta población se caracteriza por su relación y (abuso) con sustancias psicoactivas, lo que constituye la base fundamental de ésta investigación, por tal motivo, se ha comenzado por analizar qué tipo de sustancias consumen y qué efectos físicos y psicológicos han tenido en la estructuración de su personalidad.

Es importante destacar que parte del proceso de este trabajo tuvo como etapa inicial el estudio y análisis de diversas investigaciones que giraron en torno a la farmacodependencia, que tenían como objeto contrarrestar el consumo de sustancias psicoactivas; además, de la prevención y observación de los contextos

socioculturales que rodean al ser humano, pues son estos que, la mayor de las veces, se vuelven determinantes por las situaciones de abandono, soledad y desprotección que la familia, amigos y la sociedad en general, despliegan sobre este tipo de poblaciones.

Como aspecto metodológico habrá que señalar la utilización de dos instrumentos; el primero, el test llamado Inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS), (2010) el cual ya contaba con la fiabilidad y validez necesaria para la aplicación; el segundo, la entrevista semiestructurada con el fin de contrastar los resultados arrojados del test, con el discurso propio de cada uno de los individuos estudiados.

Las bases teóricas que fundan este trabajo investigativo parten de los aportes de Theodore Millon (1985-2010) acerca de la personalidad, la teoría del apego de J. Bowlby (1976-1999), la teoría de la transicionalidad de D. Winnicott (1957-1998), entre otros que aportaron conceptos fundamentales sobre aspectos propios de la personalidad y su incidencia en el comportamiento del ser humano en el ámbito cultural y

social. Como resultados del trabajo se destacan que los usuarios del centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado tienen rasgos característicos que se encuentran enmarcados en las escalas propuestas por Millon en su *test* (2010), y que a su vez encajan casi perfectamente en los criterios clínicos de los trastornos de personalidad antisocial, trastorno de personalidad psicopático, trastorno de personalidad narcisista y el trastorno paranoide de la personalidad.

Asimismo, una de las conclusiones que se destacan hace referencia a la habilitación o rehabilitación de los usuarios del Centro de Caracterización; es decir, para que ellos puedan lograr dicha rehabilitación es de vital importancia contar con profesionales idóneos en los diferentes campos como: psicólogo, psiquiatra, médicos y enfermeras, quienes por su formación académica cuentan con las herramientas necesarias para que un proceso de rehabilitación sea exitoso, utilizando las ayudas y los recursos que los entes de control y gubernamentales brindan para la optimización de todos los procesos.

1. JUSTIFICACIÓN

Los psicólogos en formación tienen como responsabilidad social aportar los conocimientos adquiridos en el proceso de formación profesional, ayudando en la solución de diferentes conflictos en el ámbito personal y familiar. La mayor de las veces estos conflictos tienen en su seno problemáticas atravesadas por el consumo de sustancias psicoactivas, cuyo manejo y tratamiento exige de personal idóneo.

Sin duda, el problema de la farmacodependencia que vive el mundo contemporáneo plantea nuevos y exigentes retos para quienes hoy tienen la posibilidad de enfrentarlos, pues su existencia en el seno de los núcleos familiares y sus individuos hacen que el consumo de las sustancias alucinógenas originen varios rostros en quienes hoy están presos de sus efectos: transformación en las personalidades y comportamientos asociales, deteriorando las relaciones sociales y causando dificultades en su interacción con el ambiente y su entorno.

Una mirada retrospectiva de las sustancias psicoactivas dan cuenta de su conocimiento desde tiempos inmemoriales, cuya presencia en diferentes épocas eran asumidas como tratamiento de sanación. Hoy en día el ser humano por su inmensa curiosidad hace un mal uso de las mismas plantas que los ancestros implementaban para fines medicinales, logrando con ello generar enfermedades de tipo psiquiátrico y psicológico, las cuales tienen como consecuencia la alteración del Sistema Nervioso Central.

Este proceso investigativo parte de la preocupación social que implica el aumento del consumo de alucinógenos tanto en adolescentes como en adultos, lo que abre un abanico de posibilidades de intervención para el psicólogo, quien se ve inmerso a partir de la generación e implementación de nuevas ideas que tengan como fin la disminución de este flagelo, más allá de las políticas estatales que en materia de prevención y tratamiento de la farmacodependencia que desarrollan en cada municipio a través de sus organismos rectores, hoy encuentran obstáculos en su desdoblamiento. Quizás una de las

razones por la cuales no se logra evidenciar el apoyo del Ministerio de la Protección Social, es la falta de gestión de las personas encargadas de la ejecución de los proyectos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)¹. Contribuir en esta perspectiva será una razón de ser del proyecto y una forma de participar como profesionales a la solución de los grandes males de la comunidad envigadeña.

El ser humano como agente social de una cultura se rige como un actor participativo dentro de esta época y por ello siempre está en una constante búsqueda de su propio sí mismo, tratando de ajustarse a un contexto de interacción y relación con el otro, evocando su pasado y su futuro a través de sus ancestros. De ahí, que para él sea de importancia histórica indagar por su pasado en el terreno de la cultura y las narrativas que lo constituyeron; es decir, sus mitos. Procurar esto en aras de comprender su propia existencia y los riesgos que ella implica en el terreno de las sustancias psicoactivas,

¹En adelante para referir: Sustancias PsicoActivas

constituyen, desde luego, un plus en este trabajo que se propone.

De igual forma, es importante destacar que El Centro de Caracterización y Diagnóstico es un programa que se implementó por medio de la Secretaria de Bienestar Social del Municipio de Envigado, cuya iniciativa radica en ayudar a las personas menos favorecidas de los estratos 0, 1, 2 y 3, haciendo énfasis en los habitantes de y en la calle del municipio, que enfrentaban la magra experiencia de la farmacodependencia; en esta dirección este proyecto investigativo contribuirá al fortalecimiento de su actividad e intervención, pues una de sus grandes falencias de la entidad es que aún no cuenta con un trabajo sistematizado que refleje los rasgos y estilos de personalidad de los usuarios del Centro, hecho que se evidencia en el impacto esperado en los usuarios y el gobierno, que hoy es mínimo y por lo tanto, no ha generado cambios a nivel de la estructuración psíquica, que se ven reflejados en los comportamientos externos e internos de cada una de estas personas. En este sentido, este proyecto contribuirá

hacia una mejor implementación de este programa y destinar de forma adecuada todos los recursos que el municipio ha determinado; es decir, que con una buena gestión y unos recursos tanto humanos, físicos como económicos se logre beneficiar a los usuarios del centro.

En esta investigación se evaluó a 15 usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado, utilizando el Inventario de Personalidad de Millon (MIPS) como herramienta investigativa, para hacer un acercamiento confiable y válido de los rasgos y estilos de personalidad de los usuarios, dado que este centro no cuenta con ninguna documentación un diagnóstico en este sentido, en el que se pueda evidenciar los rasgos que conformar dicha personalidad y el tipo de comportamientos que los acompañan.

El Centro de Caracterización y Diagnóstico del municipio de Envigado tiene como objetivo principal desarrollar un modelo de atención e intervención que se ajuste a las necesidades particulares del Municipio de Envigado, que contiene alternativas para ser utilizadas como herramientas de construcción social, y a su vez

permita la transformación de conductas y aptitudes que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que confluyen allí.

Esta investigación apoya la orientación social comunitaria que tiene la Institución Universitaria de Envigado, porque desde allí se hace posible la sensibilización frente al tema del consumo de Sustancia Psicoactivas (SPA) que se vive actualmente a nivel mundial, donde el municipio de Envigado no se encuentra exento de este fenómeno, más allá del interés de la administración municipal con la creación y desarrollo del centro de Diagnóstico bajo la orientación de la Secretaria de Bienestar Social del municipio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Escritos y estudios sobre la evolución psíquica y social del hombre han hecho evidente el uso de sustancias alucinógenas por parte del hombre a lo largo muchas épocas, incluidas las más remotas. El hombre en su inmensa curiosidad de saber y de conocer, ha experimentado con elementos de la propia naturaleza como plantas, hongos y otros elementos naturales para incidir en sus estados de consciencia, pero igualmente, lograr estados de trascendencia que expliquen o den cuenta de las preguntas que en el orden terrenal no ha hallado respuesta: contacto con la divinidad, éxtasis místicos, alucinaciones fantásticas, entre otras posibilidades.

Con la industrialización y la modernización del mundo los saberes relacionados con los efectos de las sustancias alucinógenas fueron sometidos a procesos de producción, explotación y consumo masivo, aunque con la impronta de la ilegalidad y la clandestinidad. El abuso de estas sustancias alucinógenas es, hoy por hoy, una preocupación general en tanto esto se ha convertido en un

problema de salud pública. La drogadicción y el alcoholismo, por ejemplo, constituyen una problemática de orden mundial; según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en el año 2003:

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible al tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos a veces para evitar el malestar producido por su privación. (Compendio de farmacodependencia y alcoholismo, 1994, Pág. 19)

En el estudio de adicciones se señala que:

El consumo nocivo de alcohol causa la muerte de 2,5 millones de personas anualmente. En 2005, según la Organización Mundial de la Salud, el consumo total en todo el mundo era igual a 6.13 litros de alcohol puro por persona de 15 años y mayores. Sin registrar las cuentas de consumo de casi el 30% del consumo total de adultos en todo el mundo. (OMS, 2006)

Lo que permite plantear que en el 2008, 155 a 250 millones de personas, o 3,5% a 5,7% de la población mundial de 15-64 años, utilizan otras sustancias psicoactivas, como el cannabis, las anfetaminas, cocaína, opiáceos y psicofármacos no recetados. A nivel mundial, el cannabis es la más utilizada (129-190 millón de personas), seguida de los estimulantes de tipo anfetamínico, y luego la cocaína y los opiáceos. La O.M.S en el año 2006, estima que "el 0,7% de la carga mundial de morbilidad en 2004 se debió a la cocaína y el uso de opioides, con el coste social del consumo de sustancias ilícitas estar en el orden del 2% del Producto interno bruto (PIB) en los países que lo han medido". (OMS, 2006)

De acuerdo con el último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el año 2003 en Colombia, en los hombres la posibilidad de sufrir de trastornos por el abuso de alcohol fue mayor en personas fumadoras o exfumadoras que tienen antecedentes de enfermedad mental y de conflictos en la infancia con las personas que los

criaron, con antecedentes de comorbilidad² física y antecedentes de personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave; asimismo, en las mujeres la posibilidad de sufrir trastorno de abuso de alcohol es mayor en persona separadas, divorciadas o viudas; y la posibilidad de asociaciones marginales negativas con las variables que a mayor edad menor posibilidad de sufrir trastorno por abuso de alcohol, referente al nivel de escolaridad ya que las mujeres con niveles de educación de 12 años o más tienen menos probabilidades de sufrir este trastorno.

Y en correspondencia a esto se encuentra el Estudio Nacional de Salud Mental en la región de Antioquia sobre la prevalencia del consumo de drogas en jóvenes escolarizados del departamento realizada en el 2007 por el Comité Departamental de Prevención en Drogas de

² La Organización Mundial de la Salud (1995) (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico. En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias.

Antioquia y la E.S.E. Carisma: el 60% de los jóvenes consumieron en el último año alcohol, el 20.7% consumió cigarrillo. El consumo de estas drogas es seguido por: marihuana el 6.1%, popper el 3.7%, cocaína el 3.3%, inhalables el 2.7%, benzodiacepinas y éxtasis el 1.3%, bazuco y cacao sabanero con el 0.6%, 2cb el 0.1%.

En el estudio de la descripción situacional del municipio de Envigado se encontró que para el año 2008, ingresaron al programa de la Comunidad Terapéutica de Las Palmas 112 personas más 29 reeducados, para un porcentaje de efectividad en el tratamiento del 25,9%. Para el programa de Promoción y Prevención del Municipio de Envigado, un total de 9.075 usuarios se beneficiaron en el año 2008, de los cuales se capacitaron 2.010 niños y niñas, 4.891 adolescentes y jóvenes, 1.968 padres de familia y 206 docentes. Por otro lado, el programa Ambulatorio favoreció a 2.189 personas beneficiadas.

Resulta ser tan relevante la problemática planteada anteriormente que dentro del Plan de Desarrollo de la Secretaria de Salud, se encuentran varias metas relacionadas directamente con este tema:

- Capacitar a la población en la identificación de factores de riesgo y el abordaje de los individuos susceptibles de padecer problemáticas de salud mental. Mediante 662 Asesorías institucionales realizadas; 9930 Número de personas cubiertas a través de asesorías institucionales; 6620 Personas atendidas a través de grupos socioeducativos itinerantes y 28135 Familias sensibilizadas puerta a puerta en 20 barrios priorizados por estrato.

- Articular las redes de apoyo comunitarias y la red de servicios para la atención integral de las patologías de salud mental, mediante 331 Asesoría técnica prestada a autoridades; 993 Usuarios cubiertos con asesoría técnica; 198,6 Comités barriales de salud mental capacitados; 1986 Habitantes capacitados en los comités de salud mental; 49,65 Capacitaciones dictadas a profesionales de la salud de la red pública, sobre el manejo de las problemáticas de salud mental y 99,3 Número de funcionarios de salud capacitados en el manejo de problemáticas de salud mental.

- Actualizar el diagnóstico sobre consumo de sustancias psicoactivas en la población envigadeña, mediante 5 zonas con diagnóstico actualizado.
- Sensibilizar y capacitar a la comunidad sobre el abordaje, manejo y/o rehabilitación de las problemáticas de adicciones, mediante 24 Campañas de difusión masiva realizadas.
- Fortalecer el trabajo interinstitucional, comunitario y familiar sobre la prevención y la rehabilitación de los individuos con adicciones, mediante 130 Cupos para el tratamiento terapéutico y ambulatorio; 10 Porcentaje de rotación mensual de los usuarios del tratamiento terapéutico; 20 Porcentaje de rotación mensual de los usuarios del tratamiento ambulatorio; 130 Familias de usuarios de la comunidad terapéutica y el Plan de Prevención de la Drogadicción en tratamiento, vinculadas al proceso y 4500 Familias involucradas en la estrategias de prevención y rehabilitación de adicciones. (Proyecto de la Secretaria de Salud del Municipio de Envigado).

Es entonces, que frente a la problemática de la drogodependencia y el alcoholismo surgen diferentes entidades de tratamientos y rehabilitación entre las que se destaca el Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado, como microcosmos de sociedad, representando un ambiente sumamente estructurado con límites precisos tanto morales, éticos, comportamentales, entre otros, con el objetivo principal de fomentar el crecimiento personal y familiar en cada uno de los usuarios asistentes. Esto se logra mediante el cambio de un estilo de vida individual y con un acompañamiento terapéutico que les ayuda a encontrar una orientación apropiada para cada caso.

A pesar de ello, el Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado no cuenta actualmente con una caracterización psicológica de los usuarios que asisten allí, sin embargo, cabe destacar que la población que asiste al Centro es en ocasiones itinerante, cuando no retornante, tal aspecto hace difícil caracterizar psicológicamente a estos usuarios. Esto hace que se crea la necesidad de *identificar los*

estilos o rasgos de personalidad que posee la población más permanente, que permitan la implementación de un modelo de atención psicosocial para esta población específica.

2.1 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características y/o estilos de personalidad más particulares de los usuarios permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico adscrito a la Secretaria de Bienestar Social del Municipio de Envigado?

2.2. PREGUNTAS ORIENTADORAS

- ¿Cuáles son las características en la personalidad de los usuarios del centro de caracterización y diagnóstico del Municipio de Envigado?
- ¿Qué factores psicológicos, familiares y sociales influyen en el consumo de sustancias psicoactivas?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Identificar los rasgos y características de personalidad de los usuarios permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico adscrito a la Secretaria de Bienestar Social del Municipio de Envigado.

3.2 ESPECÍFICOS

- Establecer las principales características de personalidad de los usuarios permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado.
- Identificar los factores psicológicos, familiares y sociales que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Relacionar desde algunas teorías psicológicas y los resultados de las pruebas aplicadas, cuáles serían los estilos más repetitivos de personalidad y cómo estos se logran evidenciar en la vida de cada uno de los usuarios.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 LOS HABITANTES DE CALLE

La diferencia entre habitantes de la calle y habitante en la calle, radica en que el primero son las personas que permanecen casi el 100% de su tiempo en este lugar o espacio; y los habitantes en la calle son todas aquellas personas que por uno u otro motivo transitan circunstancialmente en ella debido a sus actividades habituales del día a día.

4.1.1 *Nuestros vecinos invisibles*

Los habitantes de la calle se presentan ante nuestros ojos con toda la crueldad de un modo de vida que nos recuerda la fragilidad de la condición humana expresada en la enfermedad, la falta de aseo, la soledad, la locura a veces, la falta de auto cuidado físico y emocional, la agresividad, la ausencia de recursos económicos que le garanticen, por ejemplo, una vivienda, un trabajo estable, un vida digna.

Pero a la vez también nos muestra la fuerza de la resistencia ante las inclemencias de las condiciones de supervivencia, nos recuerda lo más instintivo de un cuerpo y de las emociones que no se enmarcaran tras la cultura y la sociedad.

4.1.2 ¿Cuáles son sus principales características?

De 15 habitantes de la calle encuestados entre hombre y mujeres, se encontraron las siguientes características:

La población esencialmente es masculina, la cual alcanzó para el estudio el 90%; esto puede estar relacionado con que resulta más complejo para una mujer asumir la condición de habitante de calle por los riesgos que ha de enfrentar su integridad física, moral, cultural y social.

Predominan las personas adultas entre los 35 y los 50 años (44%); respecto a la condición marital, el 70% del grupo estudiado se reconoce como soltero (a), la condición de soltería o de ausencia de una relación de pareja parece ser un factor de vulnerabilidad frente a

los conflictos y crisis de la familia de origen, la adicción al consumo de sustancias psicoactivas y frente a una actitud de desinterés por el autocuidado de quienes se declararon solteros, el 76% señaló el consumo de psicoactivos como la razón al ingreso a la vida en la calle.

En cuanto a la procedencia de población hay un componente importante de personas que provienen de fuera de la ciudad, en tanto solo la mitad de los entrevistados indicó haber nacido en el municipio de Medellín; una tercera parte procedían de otros lugares de Antioquia y un 15% procedía de otros departamentos, dado que el 65% de los encuestados dicen haber estado habitando en diversos barrios del mismo municipio cuando iniciaron su vida en la calle.

La escolaridad revela una población con unos niveles muy precarios de educación formal. El 51.4 % no alcanzó a superar la escuela primaria. Esos bajos niveles de escolaridad se convierten en un facilitador y un refuerzo para la condición de habitante de calle.

La escogencia del lugar de permanencia está marcada por condiciones que permiten al habitante de calle resolver necesidades básicas, pero lo cual no quiere decir que se distancia del resto de los habitantes. (No pertenecientes a la calle) de cualquier ciudad: para ellos (55.2% de los encuestados) las principales características del sector donde se permanece han de ser la comodidad, la tranquilidad, la seguridad y su carácter de "sano" (no habitado por consumidores de drogas o individuos violentos).

El habitante de calle que recorre la ciudad busca en ella, antes que nada, elementos de sobrevivencia, pues no tiene otro ingreso que lo que logre conseguir para el diario vivir. Es por esto que el reciclaje se ha convertido en una clara estrategia a este respecto, con un 55.4%, mientras que el cuidado de carros estacionados en la vía, un 22%.

La salud es una condición bastante precaria para esta población. El 28.6% reveló tener una enfermedad incapacitante, entre las que se destacan las de carácter motriz (37%). (CORREA, 2007)

4.1.3 *¿Cómo ocupan el territorio?*

Se podría señalar que el habitante de la calle al igual que cualquier otro sujeto configura territorialidades y territorios que podrían llamarse hábitats móviles y territorios itinerantes marcados por el dinamismo de los flujos y las rutas, la incertidumbre y la informalidad, el vaivén de las fronteras, lo difuso y lo inconcluso, lo múltiple y los simultáneos, lo efímero y lo irreal.

Los habitantes de calle como miembros de un grupo humano, realizan una actividad funcional en su cotidianidad, significan espacios comunes al grupo, que ayudan a la demarcación y construcción territorial marcada por elementos tanto físicos como simbólicos: un fogón construido por piedra, los instrumentos de cocina camuflados en el árbol, los cartones y plásticos que constituyen el cambuche, la limpieza o la mugre deliberadamente visible, los rituales de aceptación a quien quiere acceder al territorio, los gestos de aceptación o rechazo, el lenguaje especializado y la expresión corporal que intimida o seduce al "otro".

Estas marcaciones territoriales ayudan también a construir un cierto nivel de pertenencia e identidad de grupo, reflejada cuando los entrevistados se refieren a sí mismo como "nosotros los habitantes de la calle" y se reconocen como sujetos de derechos, una identidad grupal que no necesariamente implica la pérdida de la identidad personal.

4.1.4 ¿Cómo se relacionan con las instituciones y con la sociedad en general?

En la calle se tejen y destejen redes de interacción de explotación y protección entre vecinos, comerciantes, autoridades de control, funcionarios que atienden a la población en calle, personajes vinculados a la prostitución, los jíbaros y los propios habitantes de calle. Estas complejas y heterogéneas redes perpetúan lógicas que aseguran la supervivencia y la satisfacción de necesidades tanto de los unos como de los otros evidenciando unos círculos de relaciones que se corresponden mutuamente.

Los habitantes de la calle son personas que experimentan identidad y pertenencia con el espacio que les sirve de hábitat "la calle" circunstancias que les permiten establecer interacciones con otros actores sociales que los aceptan o no, visibilizándolos o invisibilizándolos según el tipo de relación que se establezca. Aunque por lo general no se siente parte de un grupo formal, si establece relaciones con otras personas con las cuales se cruzan en su devenir por la ciudad.

Como sujetos sociales construyen relaciones con diferentes tipos de personas, que pasan por su lado como transeúntes ocasionales del sitio o que habitan el mismo espacio que ellos, como los vecinos, comerciantes del sector y sus compañeros de Calle.

Para los comerciantes los habitantes de calle generalmente representan una amenaza al desarrollo de su actividad. Su presencia ahuyenta a la clientela; sin embargo, algunos comerciantes realizan acuerdos con ellos y logran una convivencia armónica y fructífera. Otros en cambio los desalojan mediante sistemas de vigilancia

privada o le dan alimentos a cambio de que no estén cerca de sus negocios.

Suelen andar por las calles del barrio, regularmente solos, pues según ellos si están con la gallada o camada como nombran el grupo, llaman la atención y los vecinos del sector y los comerciantes los ven como foco de inseguridad, por el contrario, al permanecer solos encuentran el apoyo y protección de ellos.

Manifestaciones de exclusión social abundan por doquier, hecho que se ve reflejada en las siguientes percepciones:

- Son mirados con desprecio, resistencia y miedo; además de considerarlos enfermos y sucios.

Antes estas percepciones sociales los habitantes de la calle se perciben rechazados, despreciados, saben que les tienen miedo, que son vistos como ladrones, se les culpa de daños, se les mira mal, los señalan y algunas personas piensan que son lo peor.

La imagen de sí misma que la ciudad quisiera proyectar, se ve perjudicada por la presencia del habitante de calle. Esto ha llevado incluso a pensar que el Estado y las instituciones no deberían desarrollar acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de estos pobladores, sino más bien ocultar y desconocer su presencia y la realidad que ellos presentan . Sin embargo, la población habitante de la calle es atendida mediante intervenciones, tanto particulares como de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, encaminadas a prevenir la aparición y proliferación de esta situación, generar procesos de "reafiliación" o a reducir el daño personal que su estilo de vida puede asimismo causarle y a quienes los rodean.

La función del Estado percibida a través de los programas de seguridad, salud y bienestar es ambigua, los organismos de seguridad están desacreditados ante ellos. Sin embargo, frente a otros funcionarios oficiales como los educadores de calle del sistema de atención municipal a habitantes de calle. (Correa, 2007)

4.2 Conceptualización de sustancias psicoactivas

Los psicoactivos son sustancias que afectan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (S. N. C) modificando la percepción, la sensación, el estado de ánimo y/o la actividad tanto física como mental. Todas las drogas actúan sobre el organismo alterando sus funcionamientos y su conducta manifestándose en comportamientos subjetivos determinados, produciendo estados de bienestar, alegría, facilitación del pensamiento y placer. A decir de Palacio frente a los fundamentos que explican estos comportamientos que: "La teoría más aceptada relativa a los mecanismos psicológicos, implicada en la adicción, supone que solo los individuos con problemas de personalidad o sometidos a diversas clases de presiones ambientales o sociales se vuelven adictos". (1994, pág. 50)

4.2.1 Clasificación de las drogas

Existen drogas que se mueven entre las que se consideran depresoras y estimulantes. Las primeras, están conformadas por opioides y opiáceos, alcohol,

barbitúricos, hipnóticas no barbitúricos, tranquilizantes, inhalantes. Y las segundas, las constituyen la famosa cocaína y su derivado (Bazuca) y alucinógenos como Marihuana, L.S.D: Mezcalina, Psilocabina.

- Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central

Depresoras: Opiáceos y opioides, su dependencia es una de las más antiguas, la droga procede principalmente de Turquía y Persia. Sus efectos se caracterizan por euforia, placer, sensación de bienestar, seguido posteriormente de disforia, dolores musculares y articulares, pupilas mióticas, depresión respiratoria y muerte. El discontinuar su consumo produce síndrome de abstinencia, caracterizado por inquietud, agitación, piel de gallina, cólicos abdominales, dolores musculares, desasosiego, convulsiones y muerte.

Alcohol: esta sustancia ha tenido presencia a través de la historia. Utilizado en reuniones sociales, actos religiosos, en cualquier situación que tenga un sentido de conmemoración, por este motivo, no se ha considerado

droga estupefaciente ya que su consumo es aceptado mundialmente.

Este etílico al ser ingerido por el organismo llega al Sistema Nervioso Central (en adelante, S.C.N) produciendo la sensación de alegría, mejoría de las relaciones interpersonales, taquicardia con presión arterial normal, durante las primeras etapas o las primeras copas. Y luego con la ingesta desproporcionada del alcohol se altera el habla, se presenta amnesia, disminución de los reflejos, aumento de la frecuencia cardiaca, obnubilación, estupor, lagunas, agresividad, decrecimiento en la capacidad de juicio y autocrítica, perturbación de la atención, la concentración, la comprensión, la memoria y la asociación de ideas. Trastornos motores de distancia y ataxia, pérdida del tono muscular, diplopía, confusión, alucinaciones, pérdida de contacto con la realidad, despersonalización, ideas delirantes, psicosis, muerte.

El síndrome de abstinencia por alcohol es muy variado de acuerdo a la constitución psíquica y física del individuo puede presentar: temblor, náuseas,

ansiedad, inquietud, síndrome confusional, cambios de temperatura, sudoración, taquicardia, hasta llegar al delirium tremens, verdadera psicosis con alucinaciones visuales (zoosíquicas) auditivas y táctiles, diaforesis arritmia, convulsiones de tipo epiléptico.

El uso irracional y desproporcionado de alcohol puede producir traumas a nivel de páncreas, esófago, corazón; pérdida de la motricidad, pérdida de la memoria, infecciones al nivel de vías respiratorias, problemas circulatorios, hipotermia.

Barbitúricos: fármacos sintéticos que se derivan del ácido barbitúrico. Utilizados frecuentemente para calmar la ansiedad como hipnótico y anestésico.

Actúa sobre el S.N.C, específicamente, en los centros respiratorios del bulbo raquídeo, produciendo efectos de estimulación, activación y desinhibición muy parecidos a los efectos del alcohol.

Hipnóticos no Barbitúricos: producto sintetizado de numerosos grupos de químicos que tienen en común su acción depresiva sobre el S.N.C, con efectos sedantes e

hipnóticos. Actúan en el centro del tálamo, depresor selectivo del sistema reticular ascendente, produciendo somnolencia con pérdida de la conciencia y depresión.

Tranquilizantes: su acción común es el control de la ansiedad, esta entendida como un grupo de síndrome que se manifiestan por síntomas y signos subjetivos de aprehensión, miedo o pánico.

Los tranquilizantes o ansiolíticos son utilizados frecuentemente como parte del tratamiento de enfermedades psiquiátricas, incluyendo la psicosis. Influye sobre el cerebro en la función neurofisiológica y en los aspectos psicológicos de la conducta.

- **Inhalantes depresores del Sistema Nervioso Central:** Se encuentra como caracterización de los consumidores de estas sustancias personas muy jóvenes entre 5 y 14 años, de nivel socioeconómico bajo. Frecuentemente de sexo masculino, se presenta preferiblemente en las zonas Urbanas. Estas sustancias se absorben rápidamente a través de los pulmones al S.N.C. produciendo una combinación de depresión e inconsciencia de los reflejos

de la espina dorsal, en el ámbito esquelético y muscular, sensación de ingravidez, desconexión parcial del medio ambiente, secreción nasal, tos, ojos llorosos, cefaleas, vomito, visión borrosa y diplopía, vértigo, zumbido en los oídos, trastorno de la conducta, irritabilidad, agresiva, psicosis con predominio de alucinaciones visuales, somnolencia, pérdida de peso, depresión de medula ósea, degeneración del nervio óptico, daño hepático y renal, muerte por sofocación. (Palacio Cortes, 1994. Pág. 52)

- **Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central**

Cocaína y sus derivados: es extraída del arbusto *Erythroxylon* originario del Perú y Bolivia.

Las hojas de coca contienen 14 alcaloides psicoactivos, ácidos grasos y otras sustancias nutritivas como carbohidratos, proteínas, vitaminas B1, B2, niacina, nitrógeno, calcio, fosforo, hierro, caroteno.

Su consumo puede ser por vía oral (masticada) por la piel y la más común, aspirada por la nariz; afecta

directamente el S.N.C, produciendo cambios intelectuales, adelgazamiento, anemia, disminución de la resistencia a las infecciones, apatía, torpeza mental, sus efectos inmediatos son: euforia, sensaciones placenteras, locuacidad, aumento del pulso y de la tensión arterial, dilatación de las pupilas, aumento de la respiración, disminución de la fatiga y la sed. Cambios en los niveles de atención, se desencadenan sensaciones de ansiedad de persecuciones y muerte, también se generan cambios en los niveles de atención.

Bazuco: corresponde a la pasta básica de la cocaína, de color café, blanco sucio, es de sabor astringente y con olor aromático.

La bazuca es usada generalmente aspirada en forma de cigarrillo, armado con picadura o con tabaco, mezclado con marihuana. Actúa en el Sistema Nervioso Central S.N.C, generando aumento en la presión arterial, sistólica, diastólica, aumento de los latidos del corazón y presión sanguínea, produce hiperactividad del S.N.C, piel amarilla, polidipsia, sequedad de la mucosas, lengua

adormecida, anorexia, pérdida de peso, ansiedad, estado de hipervigilia y delirio de persecución.

- **Alucinógenos**

Marihuana: la planta *cannabis* está compuesta por más de 400 sustancias químicas, entre ellos; delta 9 THC principal agente psicoactivo que altera el cerebro y las funciones reproductoras. Ejerce una acción estimulante sobre el S.N.C, se dice que la marihuana dura actuando en el cerebro aproximadamente 15 días por su gran contenido de grasa.

Su uso genera daño en las estructuras sinópticas, encargadas de la transmisión de los impulsos nerviosos, alteración de la memoria a corto, mediano y largo plazo, alteración de los centros que controlan las emociones, se caracteriza por la conjuntiva enrojecida, sequedad en la boca, ansiedad, agresividad, taquicardia, distorsión de los sentidos, risa sin causa, aumento brusco del apetito, y alteración del sueño.

Como efectos inmediatos, falsa sensación de bienestar y placer, desgano, lentitud en los reflejos y disminución de la visión.

L.S.D.25: Dietilamido del ácido D- lisérgico sintetizado del hongo parasitario *claviceps*, es el único con actividad psicógena que provoca alteraciones en la manera de percibir la realidad.

Éxtasis: Metilendioximetanfetaminas MDMA "las drogas del amor". Aún no se ha podido diferenciar claramente si pertenece al grupo de las anfetaminas o al de los alucinógenos, presenta características más de las anfetaminas, pues el éxtasis crea dependencia y tolerancia. Su consumo es generalmente por vía oral en forma de pastilla o cápsulas y otros por vía anal.

La organización Mundial de la Salud (O.M.S) utilizó el concepto de farmacodependencia en reemplazo de los términos adicción, toxicomanía, y habituación. La definió como un conjunto de fenómenos comportamentales y fisiológicos que comprenden un deseo imperioso, e impulsivo de consumir drogas, de una forma continua o

esporádica con el fin de obtener sensaciones físicas y psiquiátricas, predominio de conductas tendientes a la búsqueda de la droga.

4.3 ¿QUÉ ES LA PERSONALIDAD?

Según Millon en 1985:

La personalidad es un patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que persisten por largos periodos de tiempo. Estos rasgos emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. Hay dos procesos situados en el centro de la personalidad:

- Como interactúa el individuo con la demandas del medio ambiente.
- Como se relaciona el individuo consigo mismo.

Se usa el término patrón cuando se refiere a la personalidad por dos razones; primero, para llamar

la atención sobre el hecho de que estas conductas y actitudes surgen de una compleja interacción entre disposición biológica y experiencias aprendidas; segundo, para denotar el hecho de que estas características de personalidad no son solo una agregación difusa de tendencia al azar, sino una estructura predecible y aprendida de conductas manifiestas y encubiertas. (Pág. 18-19)

4.3.1 Personalidad, temperamento y carácter

Millon dice:

La personalidad se refiere al patrón profundamente incorporado y que muestra claramente rasgos cognitivos, afectivos y conductuales manifiestos que emergen de una compleja matriz formativa biológico-ambiental. Este patrón persiste por largo periodos de tiempo y es relativamente resistente a la extinción. (Pág. 18-19)

El temperamento puede ser considerado como una parte biológicamente determinada de la personalidad. Cada niño incorpora al mundo con un patrón distintivo de

tendencias de respuestas y de sensibilidades.

(Millón 1985 pág. 19)

El termino carácter parece reflejar un juicio moral de la persona, es decir, hasta qué punto una persona se ajusta y manifiesta según las tradiciones sociales, éticas y costumbres de su sociedad. Por tanto, el carácter puede ser considerado como un reflejo de numerosas y diversas influencias ambientales. Tiene un alcance más amplio que el del temperamento pero mucho más reducido que el de la personalidad. (Millon, 1985. Pág. 19)

4.3.2 Patrones de personalidad normal y anormal

El criterio más comúnmente usado para la determinación de la anormalidad es el criterio estadístico. Desde esta perspectiva, la conducta anormal es cualquier conducta que se desvía de la norma esperada o aceptada.

La valoración de la conducta normal o anormal es considerada la esfera cualitativa. Cuando se estima la salud mental, la normalidad puede ser concebida como "la

capacidad de funcionar autónomas y competentemente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma afectiva y eficientes, una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia y la habilidad de autorealizarse o de alcanzar las propias potencialidades". (Millon, 1985 Pág. 19-20)

La anormalidad puede ser entendida como un déficit en estas cualidades. Desde estas perspectivas, es mejor entender la anormalidad y la normalidad como conceptos relativos. Estos pueden ser considerados como puntos representativos sobre un *continuum* o gradiente más que como categorías nominales discretas. La conducta anormal se desarrolla y se forma de acuerdo con los mismos principios y mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal. Sin embargo, a causa de la diferencias en las disposiciones biológicas y en las influencias ambientales, algunos individuos aprenden hábitos desadaptativos cognitivo, afectivos y de conductas manifiestas, mientras que otros individuos no lo hacen.

4.3.3 Trastornos antisocial de la personalidad

Esta disfuncionalidad representa un trastorno de personalidad activo-independiente en términos de la matriz del esfuerzo descrita por Freud (1957), Fromm (1955), Heymans y Wiersma (1906), Millon (1969) entre otros teóricos que estudiaron dicha matriz, esta matriz significa que los individuos que poseen el trastorno antisocial buscan activamente el refuerzo a través de su realidad personal. La caracterización de este trastorno se evidencia por tener altos niveles de ambición, persistencia, conducta dirigida hacia un objeto, una aparente necesidad de control del ambiente y una dificultad en confiar en las habilidades de los demás, o una conducta agresiva.

Según Millon:

La conducta aparente en el trastorno de personalidad antisocial hace que sean percibidos como valientes, tienden a ser impulsivos y eficaces en sus actividades, en muy pocas ocasiones se inhiben ante

el peligro o temen al castigo y se pueden considerar como imprudentes. (1985, Pág. 49)

El comportamiento interpersonal consiste en la forma en el que el antisocial se relaciona e interactúa con los demás, se caracteriza en solo confiar en sí mismo, tienen pocos sentimientos de lealtad interpersonal y sienten escasos remordimientos al usar a los demás para conseguir los objetivos deseados. Los individuos que presentan este trastorno son muy resistente a las autoridades a menudo los llevan a confrontaciones con la ley y a desarrollar conductas criminales. (Millon, 1985, Pág. 50)

El estilo cognitivo de la personalidad antisocial va desde el individualismo en las formas leves al fanatismo en las formas graves. Suelen poseer patrones cognitivos rígidos e inflexibles orientados externadamente a la naturaleza controladora. (Millón, 1985 pág. 50)

Autoperpetuación del trastorno de personalidad antisocial

- **Distorsiones perceptual y cognitiva**

Las personalidades activa-independientes antisociales siempre presentan un fondo de ira y

resentimiento, hay una suspicacia persistente en el sentido de que los demás son taimados y hostiles. Debido a estas expectativas sobre el ambiente de las personas que los rodean, las personalidades antisociales han aprendido a distorsionar los comentarios incidentales y las acciones de los demás para que aparezca como intento de injuria hacia ellos, siempre están en función de malinterpretar lo que ven y lo que escuchan y magnifican los menores incidentes en insultos graves y calumnias.

Las personalidades antisociales están incapacitadas para reconocer las buenas intenciones de los demás, aun cuando ocurran realmente ya que por lo tanto, la realidad se encuentra en el punto de vista del sujeto, no necesariamente en lo que existe.

Estos sujetos siempre están en función de negar sus emociones y sentimientos de ternura, se protegen a sí mismos del dolor del rechazo parental o de la sociedad. Por lo tanto, tales sentimientos como la conducta cooperadora pueden ser considerados como formas de debilidad, ya que su percepción de sobrevivir es por medio de la fuerza.

La personalidad antisocial evoca hostilidad en los demás. Su agresividad, insensibilidad y la conducta vengativa pueden llegar a provocar tensiones en los demás, provocando así, intencionalmente, la ira de otros individuos. A menos son arrogantes e hipersensibles, su tendencia más común es enemistarse con los demás cuyo resultado es un comportamiento agresivo que revierte en el individuo antisocial.

4.3.4 Trastorno narcisista de la personalidad

El trastorno narcisista de la personalidad representa una personalidad pasivo-independiente en el término de la matriz ya descrita en la página 63 de este escrito; esto significa que los narcisistas son capaces de autorefuero, pero más que esto conseguido activamente por medio de conductas ambiciosas, persistentes y dirigidas hacia un objetivo, como los antisociales, los narcisistas no sienten la necesidad de probarse a sí mismo. Para ellos simplemente el "ser" les da necesidad de recibir refuerzo.

Además, este trastorno tiene una connotación egocéntrica, significa que estos individuos sobrevaloran

su importancia personal, dirigen sus afectos hacia sí mismo más que hacia los demás y esperan que los demás reconozcan su valor único y especial. Se caracteriza por la necesidad de atención constante, una creencia en cualidades, fantasías, hazañas y sentimientos de grandiosidad de la propia importancia.

Conducta aparente

La conducta aparente del trastorno narcisista de la personalidad va desde ser percibido como arrogante, en muchas instancias exhiben una forma benigna, pues creen que están por encima de las convenciones y éticas de un grupo cultural y actúan de acuerdo con esto. Son considerados como carentes de humildad, altamente presuntuosos y egoístas.

Estos sujetos, tienden a tener a los demás a su merced, pueden explotarlos para engrandecerse a sí mismo o complacer sus propios deseos, tienden a tener poca paciencia con lo que conciernen a los derechos, sentimientos y deseos de los demás, siempre están preparados para sacar algo de los demás, pero no ven ninguna razón para la reciprocidad.

El estilo cognitivo de los narcisistas pueden ir desde ser expansivos, ponen pocos límites a sus fantasías, su imaginación corre libremente por encima de las obligaciones que restringen a los demás, tienden a exagerar sus habilidades, transforman espontáneamente los fracasos en éxitos y emplean racionalizaciones extensas para aumentar su propio valor. Justifican lo que piensan a su conveniencia y desprecian aquello que niega o rechazan su autoimagen y se preocupan por fantasías inmaduras.

La percepción de sí mismo de muchos individuos narcisistas va desde considerarse a sí mismo como admirable a considerarse como extraordinario, se ven como seres superiores y con derechos privilegiados dentro de la sociedad.

La personalidad de estos sujetos se construye sobre una autoestima aumentada, sentimientos de superioridad y nociones altamente irrealistas de capacidad. La racionalización es el mecanismo de defensa más comúnmente empleado para distorsionar la realidad, utilizan procesos inconscientes de autoengaño en los cuales el individuo

crea un alivio, una excusa o una justificación de sus frustraciones, fallos o actos socialmente inaceptables. (Millón, 1985)

4.3.5 Trastorno histriónico de la personalidad

El trastorno histriónico de la personalidad representa un trastorno activo-dependiente de acuerdo con la teoría de aprendizaje biosocial de Millon, esto se refiere a que estos individuos buscan activamente refuerzos de los demás. Han de proceder de una manera encantadora, gregaria y seductora para lograr refuerzos de quienes lo rodean.

Este trastorno puede ser considerado como una extensión sindròmatica patológica del patrón de personalidad con disfunciones leves y graves en sus formas histriónicas, se caracteriza por una conducta excesivamente dramática, exagerada y afectivamente lábil, y relaciones interpersonales abiertamente disfuncionales, caracterizadas por inmadurez, seducción y manipulación obvia. Se diagnóstica más frecuentemente entre las

mujeres y se encuentra a menudo agrupadas entre los miembros de una misma familia.

Su conducta aparente del trastorno histriónico se identifica por expresar sus pensamientos y sentimientos de una manera muy natural, usualmente las mujeres parecen ser seductoras y los hombre encantadores, generalmente son hiperreactivos y parecen tener una tendencia a la excitación. Como resultados suelen comprometerse en una serie de estimulantes "aventuras", una vez estas son saciadas buscan encontrar nuevas emociones sean interpersonales o materiales.

Los individuos histriónicos son claramente dependientes de los demás para su refuerzo, sus inseguridades pueden ser resultas solamente por ánimo, afecto y apoyo de los demás. En general el comportamiento interpersonal de la personalidad histriónica va desde coqueta a seductora.

El estilo cognitivo de los individuos histriónicos puede ser considerados desde vacilantes hasta dispersos. La expresión afectiva es la característica más

sobresaliente de este trastorno porque va desde voluble a impetuoso. Y su efecto voluble se muestra en forma de breves episodios de alteraciones dramáticas y superficiales del humor, pueden oscilar entre muestras de entusiasmo, aburrimiento, alegría o rabia.

A estos individuos, característicamente, les falta el *auto-insight*, en tanto, no reconocen o no admiten ningún signo de confusión, debilidad, depresión u hostilidad. Se preocupan por el mundo exterior y lo que pueden obtener de él porque siempre están en función de buscar el refuerzo que necesitan; se describen a sí mismos no en términos de sus rasgos intrínsecos propios, sino en términos de sus relaciones sociales y su efecto sobre los demás. (Millón, 1985)

4.3.6 *Trastorno de la personalidad por dependencia*

El trastorno de personalidad por dependencia se caracteriza por tener una baja autoestima, sentimientos de inferioridad y prefieren adjudicar su propia responsabilidad y su propio control en los demás, así como subordinan sus deseos. Son sometidos a la

intimidación y al abuso con la esperanza de evitar la soledad y el abandono; este trastorno se diagnostica más frecuentemente en mujeres que en hombres.

En su conducta pueden proyectar muchas imágenes, pero en general su comportamiento varía desde la moderación, incompetencia y la ausencia de confianza se ve reflejada en su aparente postura, la voz y los gestos de estos individuos hacen que las personas lo reconozcan como personas muy generosas y reflexivas, humildes, cordiales, y gentiles. Por debajo de esta apariencia de calidez y amabilidad subyace un individuo solemne y algo aprensivo que busca aceptación aprobación y apoyo.

Se suma a esto que son pasivo-independientes en procura con frecuencia de benefactores, muy a menudo depositan muy fácilmente su confianza en los demás para depender de ellos, para reconfortarse y buscar protección.

El estilo cognitivo del trastorno de personalidad por dependencia es una capacidad de aprensión propia, suelen adoptar una actitud optimista y minimizan las

dificultades que se presentan, son ingenuos y con tendencia a ser persuadidos fácilmente y a que la gente se aproveche de ellos.

Las personas dependientes varían desde pacíficas a tímidas, tienden hacer ansioso-depresiva de su estado anímico lo que sugiere un temperamento melancólico intrínseco, puede tener un estado afectivo caracterizado por el miedo y la tristeza. (Millón, 1985)

4.3.7 Trastorno esquizotípico de la personalidad

El trastorno esquizotípico de la personalidad es visto como una extensión sindromática más grave o deterioro. Este trastorno se relaciona con otros trastornos como lo es el esquizoide, el trastorno por evitación. (Millon, 1985, Pág. 169)

La conducta aparente del trastorno esquizotípico con frecuencia varía desde parecer excéntrico y aberrantes a completamente extravagantes en sus acciones, su conducta es claramente errática. Una de las características más habituales de este trastorno es que a menudo cambian de empleo o son despedidos, o porque ellos asumen el cambio

de un empleo a otro. Estas personas son inestables a la hora de mantener una relación de pareja.

Con el tiempo su conducta se vuelve excéntrica, prefiriendo el aislamiento social y pueden llevar a cabo actividades que los demás encuentran extrañas. En la parte interpersonal los esquizotípicos experimentan una vida de aislamiento, con una mínima vinculación y escasas relaciones personales, con el tiempo tienden a sentirse rechazados y laboralmente se sienten marginales, prácticamente no tienen amigos íntimos ni de confianza, tienen una gran dificultad con la interacción cara a cara y experimentan una intensa ansiedad frente a los mínimos desafíos sociales.

El estilo cognitivo se caracteriza por la capacidad de orientación y pensamiento lógico, pero en algunos momentos sus pensamientos aparecen dispersos y autísticos. A menudo presentan momentos psicóticos, porque ellos creen tener "poderes mágicos".

Su expresión afectiva varía desde ser apático a insensible y apagados presentando así un constante estado

de agitación, la percepción de sí mismo es considerarse frecuentemente desamparados y con falta de sentido en la vida, la introspección les hace verse como vacíos, presentando momentos de despersonalización y disociación. (Millon, 1985 pág. 169)

4.3.8 Trastorno límite de la personalidad

El trastorno límite de la personalidad puede entenderse como una continuidad de otros trastornos de personalidad como el dependiente, el histriónico o el pasivo-agresivo ya que todos estos poseen las mismas características de los trastornos precursores.

Una característica importante de este trastorno consiste en cómo estas personas se presenta antes los demás, su conducta varía entre espontánea a difícil y suele ser impulsivo al desarrollar crisis inesperadas que alteran los patrones irregular del sueño y detona un patrón de vigilancia frente al otro mostrándose muy ansioso. En ocasiones estos individuos tienen actuaciones peligrosas que representan riesgos o daños personales como accidentes repetitivos, peleas,

automutilación o actos suicidas, desarrollando comportamientos excesivos como comer en altas grandes cantidades, apuestas, despilfarro de dinero, sexo, entre otros.

El comportamiento interpersonal de estos individuos es errático, oposicionista, paradójico y predecible; además, con frecuencias tienden a manipular al otro, provocando rechazo en lugar de apoyo y afecto. La ansiedad por separación es uno de los motivadores principales en su comportamiento interpersonal ya que ellos son excesivamente dependientes de los demás y como resultado son, especialmente, vulnerables a un temor crónico de ser abandonados por su fuente de apoyo.

El estilo cognitivo hace que experimenten ciertos niveles de conflicto entre sus necesidades y su gran capacidad ocasional del individualismo, como resultado, cognitivamente, estas personas varían desde inconsistentes a predecibles y desorganizados.

La expresión afectiva del trastorno límite de personalidad es la marcada labilidad del estado de ánimo,

estos varían desde temperamentos frágiles o muy volubles en su comportamiento afectivo. Cambia espontáneamente de un estado de ánimo normal a una ira inapropiada intensa, para pasar luego a la excitación o euforia; estos cambios pueden durar varias horas o varios días.

La percepción de sí mismo del trastorno límite de personalidad con frecuencia aparece distorsionada porque ellos no están seguros de quiénes son ni adónde dirigen su vida, su autopercepción oscila entre perturbadora y confusa o contradictoria y conflictiva.

A menudo le es difícil mantener su autoestima y la falta de habilidad para la autodeterminación hace que estas personas sean crónicamente inestables; tienen una predisposición a ataques de ansiedad dado a su miedo al abandono y al aislamiento interpersonal. Frecuentemente tienen problemas de identidad sexual, planeación de la carrera. (Millon, 1985, pág. 179)

4.3.9 Trastorno paranoide de la personalidad

El trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por tener una suspicacia y desconfianza

generalizada e inmotivada frente a los demás combinadas con un deseo de permanecer libre de relaciones personales íntimas en las que exista una posibilidad de pérdida o poder, de independencia y de autocontrol.

La característica más relevante de las personas con el trastorno paranoide es que son muy suspicaces, resentidos y hostiles, tienen tendencia a responder con ira a cualquier cosa que se asemeje al ridículo, la decepción, el desprecio o la desconsideración generando así problemas intrapersonales e interpersonales.

La conducta aparente del trastorno paranoide es que ellos siempre suelen estar en guardia, movilizadas y listos para una emergencia o cualquier amenaza que puede suceder en su alrededor. Las personas paranoides detestan ser dependientes, no solo por lo que esto implica debilidad e inferioridad, sino también porque no tienen capacidad para fiarse de nadie.

El comportamiento interpersonal es problemáticos en tanto, son provocadores, corrosivos y petulantes con los demás, siempre están en función de exasperar e irritar a

los demás con sus continuas comprobaciones de lealtad y brusquedad de significados y motivaciones, por eso a los individuos paranoides les cuesta tanto mantener una relación afectiva porque se ubican en un rango de petulancia y provocación a la aspereza.

Cognitivamente, los individuos paranoides van desde la incredulidad y la suspicacia a ser verdaderos conspiradores, escépticos, cínicos y desconfiados. Su tendencia consiste en transformar acontecimientos neutros otorgándoles algún significado de crítica o desprecio presentando en algunos momentos delirios de persecución, generando así un aislamiento de los demás y se tornan incapaces de compartir sus perspectivas y actitudes con nadie, desarrollando estructuras cognitivas delirantes.

La percepción de sí misma es que se vuelven incapaces de aceptar sus propios errores y debilidades, mantienen una autoestima en virtud de la deficiencia que le atribuye a los demás mediante mecanismos de proyección. Manejan, a menudo, cierta envidia y hostilidad por las metas cumplidas de los demás. Por eso,

su percepción de sí mismo va desde ser formidable a ser inviolable y amargado. (Millon, 1985, Pág. 190)

4.3.10 Trastorno esquizoide de la personalidad: el patrón asocial

En este tipo de trastorno las personas tienen un déficit en la capacidad intrínseca para experimentar los aspectos alegres y placenteros de la vida. Una de sus características es su naturaleza reservada, introvertida y tendiente al aislamiento; en sus relaciones tienen problemas para establecer vínculos, optan por limitar sus interacciones con los demás, de ahí que su interés por las actividades sociales llega a situarse en una posición casi nula; socialmente tienden a verse completamente desvinculados a cualquier interacción con el entorno.

Debido a esto suelen ser llamados tímidos o ingenuos y lo hacen todo preferiblemente solos, pasan a ser casi invisibles por su afán de vivir tranquilamente; algo importante en este grupo es su profunda incapacidad para formar relaciones sociales y la ausencia de respuesta frente a cualquier tipo de estimulación externa.

Debido a su aislamiento con el mundo exterior carecen de una habilidad básica para experimentar los matices más sutiles de la vida emocional, de esta forma pasan como inconscientes ante los sentimientos y pensamientos de las otras personas, aunque esto no hace referencia a un rechazo si se puede tomar como un signo de la incapacidad que poseen para poder sentir el afecto y adquirir respuestas de empatía con los otros.

A este tipo de sujetos les hace falta vivacidad y espontaneidad, suelen ser torpes y hasta aburridos, sus vidas se convierten en una monotonía constante; su interés va dirigido hacia las cosas, los objetos o las abstracciones. Encuentran la vida fantasiosa y la no sociabilidad una satisfacción; por ejemplo, en su niñez son proclives a ser el objeto central de bromas y burlas de sus compañeros lo cual aumenta la idea de aislamiento y retraimiento que los caracteriza.

Anteriormente en el DSM III esta personalidad tendía a compartir características con los evitativos, pero la diferencia entre estas dos personalidades es que la característica fundamental de los esquizoides es el

defecto intrínseco de la capacidad para formalizar relaciones sociales. Hecho que ratifica lo planteado por Carl Jung (1921-1923) aludido por Millon:

Los esquizoides básicamente son silenciosos, inaccesibles, difíciles de entender... No destacan ni se abren a los demás. Su apariencia externa es poco llamativa, no desean afectar a los otros, impresionarlos, influirlos o cambiarlos de cualquier manera, lo que puede convertirse en una verdadera despreocupación por el bienestar de los demás (1998, Pág. 231).

- **Características clínicas:** Aunque varias personas compartan el mismo trastorno existen variaciones de una a otra forma, es así como se explicaran a continuación las diferentes variaciones existentes en este grupo de personalidad esquizoide.

Una de las características observables en ellos es su falta de expresividad, se ven como seres inanimados y sin espontaneidad, su forma de diálogo es lenta y monótona, en cuanto a los movimientos físicos son adormilados, ausentes de ritmo y gestos que manifiesten lo que están pensando, sus actuaciones son tranquilas e

intensamente pasivas y desvinculadas de los demás. Sus respuestas a las estimulaciones son deficientes, a los eventos que generan ira, alegría o tristeza en las otras personas les hacen caso omiso; raras veces muestran expresiones de ira, depresión o ansiedad.

4.3.11 Trastornos de la personalidad por evitación: el patrón de repliegue

En la personalidad evitativa se evidencian una preocupación desbordada y una hipersensibilidad a las tensiones vitales; es decir, que todos sus esfuerzos están centrados en evitar el dolor y la desgracia, permanecen en una constante vigilancia para excluir la capacidad de atender, buscar y por consiguiente experimentar los placeres de la vida. Su ansiedad está dada por el peligro y el malestar que perciben en los aspectos de su vida. Estas personas a decir de Bleuler: "Evitan de forma consciente cualquier contacto con la realidad, debido a que los afectos que sienten son demasiado fuertes y por ende deben evitar cualquier situación que pueda activar sus emociones" (Bleuler, 1950. Pág. 65). Pero en la interacción con estos sujetos

es difícil lograr identificarlos, ya que los temores de grupo están por lo general muy ocultos y se hace más complejo su identificación al momento de relacionarse en el mundo exterior. Kahn en 1931, habló de algunas características que tienen en común el prototipo evitador, pero en esencia señala que éste:

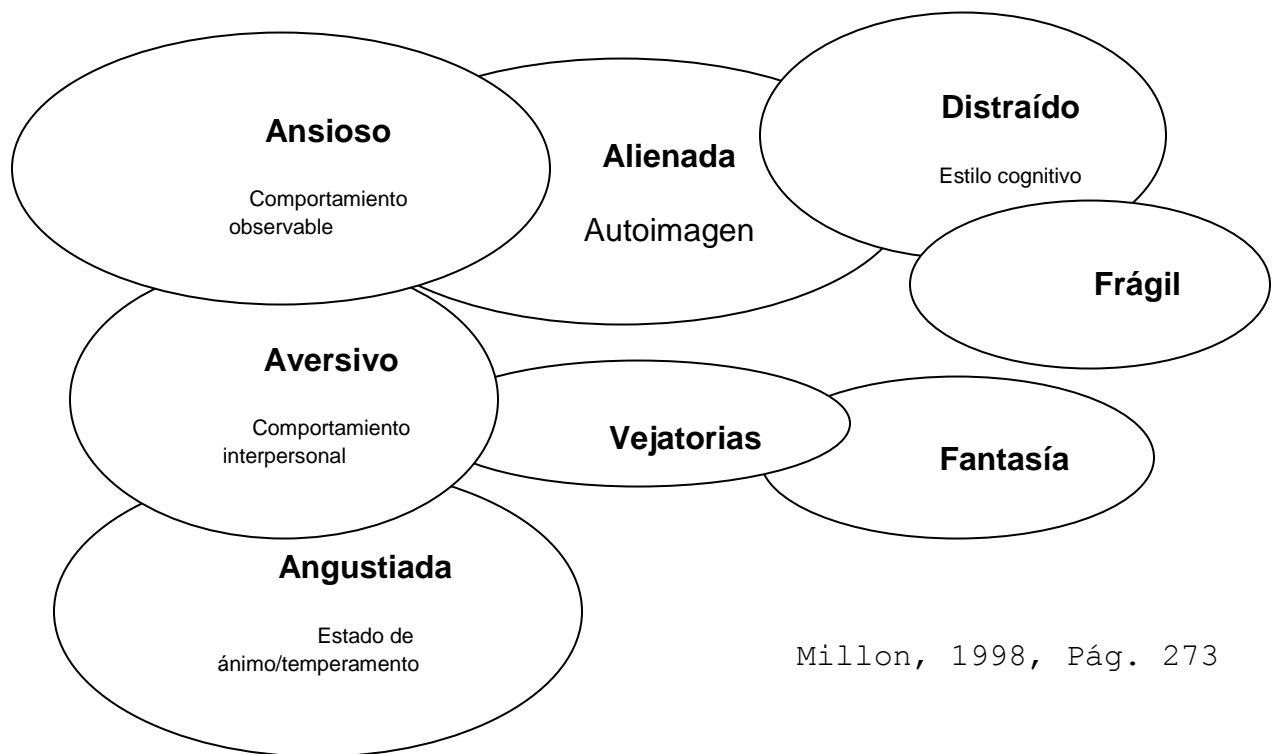
Es incapaz de experimentar a sí mismo igual que los demás y se mantiene siempre atrapado en una especie de experiencia fragmentaria. Es incapaz de afirmarse a sí mismo y no puede rendirse porque persigue fundamentalmente un objetivo: la protección del Yo, la protección de su propia personalidad que el siempre siente débil y acosada por todas partes" (Millon, 1998, Pág. 267).

A lo cual él lo denominaba autista pasivo.

- **Características Clínicas:** Las personas con este tipo de personalidad sienten de forma profunda su soledad y su existencia aislada, son sensibles a la depreciación social y la humillación, pueden ser partícipes activamente en el ámbito social, pero les genera temor el hecho que su bienestar resida en otras manos. Al estar sumergidos en medio de la soledad, no suelen expresar

abiertamente sus sentimientos, por el contrario, los acumulan dirigiéndolos de esta manera hacia un mundo interior permeado de fantasía e imaginación. El comportamiento en ocasiones manifestado a través del temor y un ámbito tenso incita a que los demás los desprecien, no en vano estas actuaciones derivadas de las dudas sobre sí mismos sirven como confirmación de su desconfianza hacia los demás, reactivando los fantasmas del pasado y aumentando la patología inicial.

Gráfica 1. Prototipo Evitador



4.3.12 Trastornos depresivos de la personalidad: el patrón de rendición

Para las personas que padecen este trastorno es esencial el sentido de desesperanza y pequeñez que logra incitarlos a no esperar nada y con ello no obtener las alegrías y recompensas que la vida puede otorgarle. De igual manera, utilizan esta desesperanza para no asumir responsabilidades, lo que les genera un cuadro sintomático depresivo y adoptan un carácter dramático, negativismo irritable, soledad pasiva e intelectualizaciones filosóficas.

En el DSM IV se realizaron una serie de discusiones acerca del constructo del trastorno depresivo de la personalidad y sobre el cual fue posible determinarlo como un tipo permanente de trastorno psicológico. Puede presentar un inicio muy temprano y por consiguiente su curso es considerado casi inestable y a largo plazo, presentando una diversidad de síntomas en el transcurso del tiempo.

Schneider entre los años 1923 y 1950, citado por Millon, describió este trastorno como:

Un constante pesimismo o, a cualquier nivel su visión tan escéptica de la vida, a la que le parecen que rechazan a la vez que aman de una manera más que deprimente. Tienden a tomarse todo con seriedad y no tienen capacidad para disfrutar con franqueza. Son propensos a mirar a través de las cosas y normalmente encuentran algo imperfecto. Pueden deplorar el pasado y temer el futuro. Son poco piadosos para sus propios propósitos y profundamente desconfiados. Se distraen en preocupaciones banales, temores hipocondriacos, autoanálisis y dudas sobre la propia vida. (1998, pág. 305)

- **Características clínicas:** en el comportamiento de las personas con personalidad depresiva no es difícil reconocerles el aspecto permanente de abatimiento, pues suelen utilizar un lenguaje con expresiones sombrías, afligidas y desconsoladas. Se puede decir que los individuos depresivos tienen poca iniciativa o espontaneidad, sus respuestas inexpresivas y con sensaciones de lentitud y pereza, hacen creer que se hallan en cámara lenta.

Buscan en los demás la figura de un cuidador, debido al hecho de sentirse indefensos y desprotegidos; dentro de sus pensamientos está continuamente una idea de abandono, por ello sus comportamientos vacilan en dos direcciones: "La de un individuo desprotegido e inútil que se aísla pasivamente de los demás, o la de una persona necesitada y demandante que busca que los demás le proporcionen garantías de afecto y estabilidad".
(Millon, 1998, Pág. 314)

Demostraciones de tristeza, malhumor y tendencia al llanto son características de los depresivos, estas personas se interesan poco por la vida, desean en lo mínimo la felicidad y la proximidad, y aunque su vida parezca transcurrir de forma normal en aspectos como las relaciones, la alimentación y la vida sexual, no lo hacen con entusiasmo debido a la tristeza que los invade, por ende, no son capaces de disfrutar y sonreír con cada uno de los placeres que la vida les pueda ofrecer.

4.3.13 Trastornos sádicos de la personalidad: el patrón de abuso

En este tipo de trastorno existe básicamente un conflicto entre la polaridad dolor-placer, en la que las experiencias que son normalmente agradables son vistas como algo doloroso, y lo que se percibe normalmente como doloroso es experimentado como algo agradable; en resumen, en los tipos sádico y masoquista se halla una disonancia psíquica entre las funciones de supervivencia del dolor y el placer.

A este respecto Kahn (1931) citado por Millon dice:

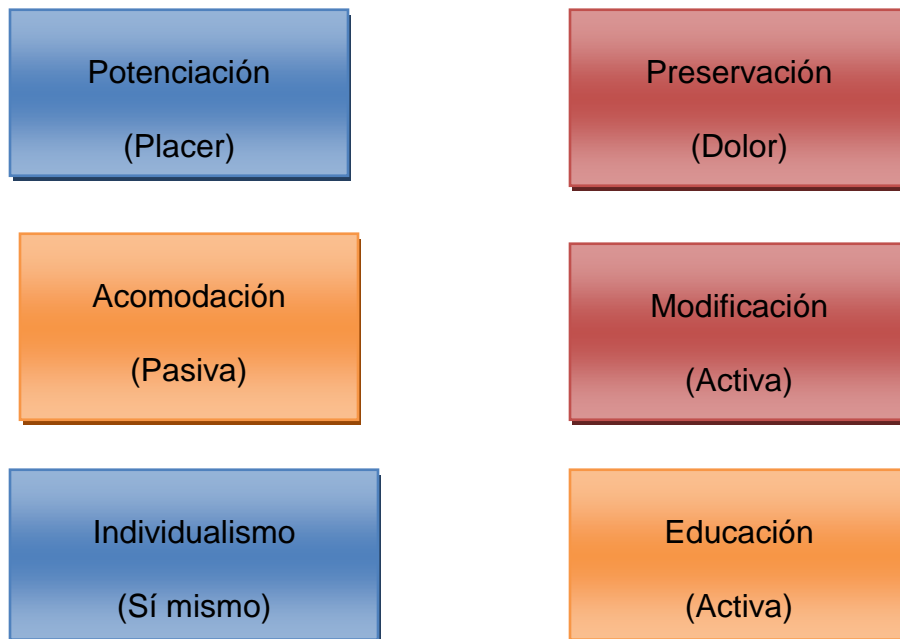
Es muy peculiar en estas personas su pronunciada tendencia a responder a los estímulos externos en formas de descargas súbitas..., y estos estados explosivos de excitación pueden producir actos de violencia particularmente peligrosos. El alcohol y otras sustancias intensifican esta característica, y su efecto destructivo sobre la persona que ya es excitable generalmente debe tenerse muy en cuenta. (1998) Pág. 496).

Este trastorno ha sido estudiado a lo largo de la historia por diferentes personalidades. Uno de ellos, Abraham quien fuera en su tiempo discípulo de Freud, dijo en el año de 1927 que las personalidades sádicas tenían sus orígenes en las frustraciones consecuentes a experiencias en los períodos anal-excretor y oral-mordedor del desarrollo libidinoso. Según él, el instinto sádico parte de la supresión o pérdida de un objeto el cual, puede tener relación con el proceso inconsciente y sádico de destrucción o con el de la expulsión anal (Millon, 1998, Pág. 497).

En los individuos sádicos la patología está enmarcada en las pocas limitaciones de carácter moral y afectivo que poseen al expresar el deseo insaciable de dominar, hecho que se acentúa en gran medida en el aspecto sexual. En la teoría Freudiana "el sadismo de cada etapa es el resultado de una mezcla entre la propia demanda sexual y el impulso destructivo contra la persona responsable de esta frustración" (Millon, 1998, Pág. 498).

La intuición así como la forma de utilizarla para su beneficio particular son herramientas fundamentales dentro de las características de las personas sádicas, son agudos al detectar los defectos de los otros y encontrar el punto débil para hacerle presión, todo esto con el único fin de tener los instrumentos para degradar a los otros y poder aliviar su malestar interno, logrando con ello demostrar el nivel de superioridad que posee.

El siguiente constituye un esquema del prototipo sádico, según el modelo de la polaridad de Millon:





Débil en la dimensión de la polaridad



Medio en la dimensión de la polaridad



Fuerte en la dimensión de la polaridad

(Millon, 1998, Pág. 502)

- **Características clínicas:** esta personalidad suele vincularse con algunas de las características de la personalidad antisocial; son percibidos como personas frías e insensibles a los sentimientos de los demás, tienden a discutir de forma agresiva con lo que no están de acuerdo. De igual forma, son sujetos ásperos, crueles y maliciosos, si se miran a sí mismos no se hallan ningún defecto, suelen ser dogmáticos en sus opiniones y muy pocas veces hacen concesiones. Cuando las personas que están a su alrededor se comportan muy amables, compasivos y bondadosos, sospechan y dudan de la autenticidad de esos sentimientos.

La tolerancia a la frustración no es una de sus mejores cualidades, pues no resisten comentarios que

estén acompañados de reproche o desprecio; cuando sienten algún tipo de desprecio responden de una forma furiosa y vengativa, se provocan fácilmente y la primera inclinación en ellos es a despreciar y dominar dentro de cualquier contexto. Sus reacciones son súbitas, en las que se evidencia explosiones de emociones de una naturaleza inesperada e injustificada.

Las posiciones sociales son ideales para demostrar sus comportamientos hostiles y beligerantes, debido que en ocasiones no son sancionados por estos, por el contrario, son admirados por las mismas. Esta insensibilidad al dolor del otro radica en la capacidad de percatarse de forma rápida de las debilidades de estos y utilizarlas de forma tal que puedan cumplir sus deseos y obtener los resultados esperados.

Millon dice: "La mayoría de las personalidades sádicas se ven a sí mismas como personas asertivas, enérgicas, autoconfiadas y quizás obstinadas, pero sinceras fuertes y realistas" (1998, pág. 504). En el patrón interno que rige a estas personas existe una escasez de objetos tiernos y sentimentales, y un

subdesarrollo de imágenes que activen sentimientos de vergüenza o culpa. La dureza que reflejan es justificada a través del comportamiento hostil y explotador de los otros, según ellos la única forma posible de vivir en este mundo es dominándolo y controlándolo.

4.3.14 Trastornos compulsivos de la personalidad: el patrón de conformismo

La personalidad compulsiva posee una característica de la personalidad antisocial y es en el deseo firme, aunque inconsciente de afirmarse, actuar de forma independiente e incluso transgredir las reglas que los otros han impuesto. Asimismo, las actitudes conscientes y sus comportamientos manifiestos tienen una similitud a los del sujeto dependiente, son obedientes y aceptan fácilmente las críticas severas que les hacen los demás. Estos individuos manifiestan una uniformidad rígida e invariable en todos los contextos significativos, estas actitudes son conseguidas a través de una represión de los impulsos hacia la autonomía y la independencia (Millon, 1998. Pág. 528).

W Reich (1933) realizó una concepción del carácter compulsivo donde decía:

Aunque no se manifieste el sentido neurótico compulsivo de orden, el carácter compulsivo se caracteriza por un sentido pedante de orden. Tanto en las cosas importantes como en las insignificantes, el sujeto vive en base a un sujeto preconcebido, irrevocable...indecisión, duda y desconfianza. En su aspecto externo, el carácter compulsivo presenta reserva y auto posesión (Reich., Pág. 530).

Según E. Fromm (1947) retomado por Millon (1998), dice que las personas compulsivas tratan de rodearse de sí mismos como formando una pared protectora, donde el objetivo principal es mantenerse en esa posición fortalecida y lo menos fuera de ella. El mundo externo es concebido como una amenaza y al tenerlo lejos evita que este pueda ser un intruso en su vida; otro de los hábitos más frecuentes y comunes son sus métodos compulsivos de limpieza, dentro del lenguaje permanece latente un "no" constante para evitar la interferencia en sus vidas.

Las personas obsesivo-compulsivas se identifican por la perfección de sus actos, tienen una creencia que si logran alcanzar una etapa trascendental finalmente recibirán la aprobación y la estima que sus padres no les dieron cuando eran niños. Esta personalidad posee un comportamiento meticuloso, abiertamente cauto, temeroso y fóbico; no son capaces de arriesgarse en aventuras o en situaciones nuevas donde no encuentre las cosas claras. (Millon, 1998. Pág. 532)

- **Características clínicas:** En los compulsivos el comportamiento inflexible y triste es bastante patente, sus gestos y movimientos reflejan una rigurosidad subyacente, un control tenso de las emociones contenidas. Parecen emocionalmente muy herméticos, con síntomas que están como resultado de una rigidez y un control interno, hablan con mucha precisión, con dicción clara y frases bien construidas.

Los compulsivos manifiestan un seguimiento inusual de las normas y los cánones sociales y prefieren mantener relaciones personales educadas, formales y correctas; la mayoría son bastante escrupulosos en

temas de la moral y la ética. Las relaciones con los demás son basadas por lo general en la jerarquía o el status, manteniendo una actitud autoritaria y en ningún caso equitativa (Millon, 1998, Pág. 535).

Estos individuos no sólo son correctos y educados, sino hipócritas y aduladores, de igual forma se alteran con facilidad cuando tiene que tratar con hábitos poco familiares e ideas nuevas. Los compulsivos desprecian a las personas que se comportan de manera frívola e impulsiva, debido que para ellos estos comportamientos rodeados de emotividad son inmaduros e irresponsables; para ellos las personas deben ser juzgadas por medio de normas objetivas que han sido estipuladas con el pasar del tiempo por la sociedad y la cultura.

Los demás consideran que estas personas son diligentes y eficientes, aunque suelen carecer de flexibilidad y espontaneidad; son personas entregadas al trabajo, aplicadas, dignas de confianza y extremadamente meticulosas. La autoimagen que tienen los compulsivos es la de ser concienzudos, desinteresados, leales,

cumplidores, prudentes y responsables. (Millon, 1998. Pág. 538)

Algo que también llega a observarse constantemente son los juicios crueles que hacen de sí mismos y de los otros, tienen un fuerte sentido de obligación con los otros, bajo ningún motivo deben decepcionarlos y estos sujetos compulsivos evitan a toda costa comportamientos que pueden desagradarle a los otros. Suelen dudar de sus capacidades y sienten culpa cuando no pueden vivir de acuerdo con algún ideal, no son capaces de hacer consciencia y percatarse que es su propia ambivalencia y el deseo inconsciente de ir en contra de la autoridad lo que sirve como obstáculo para la realización de sus deseos.

4.3.15 Trastornos negativistas de la personalidad: el patrón vacilante

La personalidad negativista suele desarrollarse cuando un niño interioriza las inconsistencias y vacilaciones de las actitudes y comportamientos paternos a que fue expuesto. Su talante variable y

caprichoso y su tendencia a cambiar la afabilidad por la negatividad son el simple reflejo de los modelos inconscientes y los refuerzos a los que estuvieron expuestos (Millon, 1998, Pág. 563).

Los sujetos negativistas no son capaces de suprimir ni resolver sus conflictos, como consecuencia, la ambivalencia de los negativistas se inmiscuye constantemente en su vida cotidiana, lo que les produce indecisión, actitudes fluctuantes, comportamientos y emociones oposicionistas, y una impredecibilidad y un talante cambiante generales (*Ibíd.*).

Las características originales que Millon formuló para el apéndice del DSM IV fueron:

La denominación "personalidad negativista" describe a estas personas a partir de su negatividad general y renuencia a hacer las cosas que los demás esperan de ellas o quieren que hagan. No obstante, más allá de esta resistencia pasiva poseen una impulsividad caprichosa, un estado de ánimo irritable y un pesimismo gruñón,

descontento, mohíno, rígido y criticón que caracteriza su comportamiento (Millon, 1969, pág. 564).

Posteriormente en 1970 Small, Small, Alig y Moore realizaron un estudio en el marco de la personalidad negativista en el que destacan como característica que estos sujetos tienen la capacidad de manipular y malinterpretar las situaciones interpersonales, las interacciones con los demás son intensas, variables y muy manipuladas, aunque pueden generar relaciones duraderas. (Millon, 1998. Pág. 567)

Años después Millon (1975) propuso una nueva versión de esta personalidad y decía que el patrón característico de ellos es su estado de ánimo impredecible, irritable y con tendencia a llevar la contraria socialmente y una apariencia general pesimista en la que destacan los sentimientos de engaño, incomprensión y desconsideración. Sumado a ello se encuentra la decepción malhumorada, tendencia a encontrarle inconvenientes a todo, esto acompañado de breves estallidos de ira y expresiones genuinas de culpa y arrepentimiento. (Millon, 1998. Pag. 569)

- **Características clínicas:** el resentimiento es un útil descriptor del negativista, pero este aspecto es casi característico de todas las personas, la diferencia radica en la facilidad para la actuación guiada por el resentimiento y la regularidad con la que manifiesta este tipo de comportamiento. En ellos el resentimiento es manifestado de diferentes formas, de allí que sus actitudes son ineficaces, obstinados y posponen en ocasiones las actividades a realizar; presentan comportamientos destinados a llevar la contraria y a resultar socialmente molestos. Estas acciones reflejan también la gratificación que los negativistas sienten al desmoralizar y quebrantar el bienestar y las aspiraciones de los otros. (Millon, 1998. Pág. 571)

Sus dificultades no proceden únicamente de la rigidez del estilo que poseen de afrontamiento, sino de la exagerada fluidez; son ambivalentes e incapaces de encontrar un curso satisfactorio para su comportamiento, la duda permanente en sus pensamientos no les permite decidir entre depender de los demás o ser completamente independientes; asimismo, tampoco son capaces de decidir

si responden a los acontecimientos de forma pasiva o activa.

La estrategia inconsciente de los negativistas es estar siempre descontentos y ser impredecibles, realizar cierto tipo de demandas y luego parecer insatisfechos, esta es una herramienta muy eficaz para el compañero sentimental y para el resto de las personas. Ellos utilizan como estrategia ir pasando del papel de mártir, al de ofendido, agraviado, incomprendido, arrepentido, culpable, enfermizo y cargado de trabajo; esta táctica les brinda la atención, seguridad y dependencia que anhelan; adicional a esto, esta estrategia les facilita poder desahogarse de manera sutil sus iras y resentimientos.

Es típico de los negativistas mostrarse dudosos, cínicos y desconfiados y así poder enfrentar los sucesos de su vida basados en la falta de credibilidad y el escepticismo que rodea su existencia. Ellos determinan que el destino los tiene presos y por consiguiente, nada de lo que hacen les sale bien; se convierten en seres envidiosos y más que tener un resentimiento hacia lo que

los rodea, detestan la vida fácil, son jueces extremadamente críticos de los éxitos de los demás utilizando esto como base fundamental para la queja constante que la vida los ha tratado mal y por eso todo lo que hacen tiende ser un fracaso.

4.3.16 Trastorno masoquista de la personalidad: el patrón afligido

Este término de masoquismo fue propuesto en 1882 por Krafft-Ebing cuando intentaba catalogar las perversiones sexuales, desde sus primeras formulaciones el concepto de masoquismo, aunque básicamente de naturaleza sexual, incluía la necesidad misma de experimentar sufrimiento y no se limitaba en los casos en los que el dolor físico era un ingrediente necesario de la excitación sexual. Desde el comienzo el masoquismo ha hecho parte de una forma de patología más masculina que femenina (Millon, 1998, Pág. 600).

En este sentido, Millon retoma lo que Freud entre 1919 y 1959 escribió:

El masoquismo no es la manifestación de un instinto primario, sino que surge del sadismo que se ha vuelto contra el propio individuo, es decir, mediante la regresión de un objeto al Yo. Los instintos con un objetivo pasivo existen, especialmente entre las mujeres. La pasividad no es el elemento central del masoquismo. También le pertenece el malestar, un acompañamiento desconcertante de la satisfacción de un instinto. La transformación del sadismo en masoquismo parece deberse a la influencia de la culpa, que a su vez influye en el acto de represión (1998, Pág. 601).

Pero en 1949 Reich fue la primera persona que conceptualizó este síndrome denominándolo como "carácter masoquista", donde identificó algunos rasgos característicos de esta personalidad como el sentimiento crónico y subjetivo de sufrimiento que se manifiesta objetivamente a través de la tendencia a quejarse; tienen una tendencia aguda a infligirse dolor y a humillarse, poseen una intensa pasión por atormentar a los otros de quienes finalmente recibe lo mismo.

En la actualidad existen otros teóricos que continuaron estudiando este fenómeno y uno de ellos es

Stone mencionado por Millon, quien se refiere a este trastorno de forma más contemporánea y sofisticada, el cual utiliza el término dependiente del dolor por las diferentes limitaciones que la palabra masoquista tiene en la actualidad. En el DSM IV se intenta proporcionar un sentido a esta calificación definiendo a estas personas como seres autodestructivos, con ello se pretende aclarar que estos sujetos deciden buscar a individuos y situaciones que les generen dolor, es así como rechazan constantemente la ayuda que se les ofrece, no sienten afinidad por las personas que manifiestan cuidaran de ellos (Millon, 1998. Pág. 605).

- **Características clínicas:** las principales características de la personalidad masoquista es la tendencia a actuar de forma autoanuladora, situándose siempre en un plano secundario, no suelen buscar experiencias agradables e intentan no mostrar signo alguno de disfrute de la vida presentándose ante los demás como personas sobrias, sencillas y poco indulgentes; no suelen vestirse ni aparentar una concordancia con su posición socioeconómica.

Estos individuos no desean obtener placer ni gratificación, dicen que las cosas buenas no fueron creadas para ellos, prefieren negarse y prohibirse de cualquier forma la autoindulgencia. Ellos consideran que la autonegación es un signo de conciencia social y de responsabilidad; los beneficios de orden material no tienen ningún atractivo sino se comparten equitativamente con los demás.

Tienen una clara tendencia a situarse en una posición general de deferencia, permiten e incluso animan a los otros para que los exploten y los traten mal, y se aprovechen de ellos. Tienen una necesidad casi que innata a solicitar juicios negativos de los otros y a aceptar culpas inmerecidas y toda clase de críticas injustas por sus actos (Millon, 1998, Pág. 609).

El autodesprecio que percibe el masoquista hace necesario que éste asuma un papel inferior al de los demás; es así que cuando ellos hacen demandas justas a los otros sienten que se están aprovechando, de allí que prefieran no hacer la demanda o la hacen de una manera deferencial y disculpándose repetidamente.

El éxito en las relaciones interpersonales y en la vida laboral no los hace más seguros, por el contrario, estos logros generan un nivel continuo de ansiedad. El malestar que sienten sólo lo pueden expresar de forma indirecta, únicamente en ocasiones extraordinarias hacen acusaciones a los demás, en forma de burla o sarcasmo; en definitiva la autoanulación, el sufrimiento y el huir constantemente del éxito les brindan el pretexto perfecto para no obtener nada valioso en la vida.

Mientras que los mecanismos reguladores son considerados procesos internos que están diseñados exclusivamente para resolver o disminuir el dolor psíquico que producen las realidades objetivas, para los masoquistas este proceso se encuentra invertido; en vez de disminuir el malestar social, estos individuos exageran las injusticias pasadas con el fin de aumentar su malestar, del mismo modo anticipan las frustraciones futuras para mantener el nivel de negatividad y el malestar que necesitan para continuar con su patología (Millon, 1998, Pág. 611).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

El presente trabajo *Descripción de las características de personalidad de los usuarios permanentes en el año 2011 del centro de caracterización y diagnóstico adscrito a la secretaria de bienestar social del municipio de Envigado*, tiene como paradigma de investigación lo cualitativo, lo cual se sustenta en la mirada de Galeano cuando plantea que:

La investigación cualitativa está caracterizada por la simultaneidad en todos los procesos que envuelven la realidad, es decir, que esta investigación es multi-ciclo, lo que nos hace pensar que varias veces pasamos por la etapa de formulación, así mismo como por la de diseño y rediseño, gestionamos los procesos de recolección de la información y su respectivo análisis. (2009, p.113)

Debido a que en la muestra seleccionada para este fin no se contó con documentación específica que haga referencia al tema abordado para la realización del

trabajo, se decidió tomar las bases teóricas de la investigación de orden cualitativo, puesto que fue pertinente para abordar de una mejor forma este sector de la realidad humana.

En este tipo de investigación cualitativa, Galeano plantea que: "un elemento importante que se debe tener en cuenta es el que tiene que ver con la naturaleza de la pregunta de investigación" (2009, pág. 116); esta importancia estriba en la orientación que genera la pregunta durante el estudio, en tanto orienta y circunscribe el desarrollo del trabajo; de igual forma, la pregunta es, sin duda, un acicate permanente para el alcance de los objetivos propuestos en la investigación y el logro de su impacto en la sociedad.

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVO

Este tipo de investigación tiene como objetivo específico describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés; aquí se caracterizó un fenómeno, hecho o a un grupo de sujetos, con el fin de establecer su estructura

o comportamiento; allí cada una de las experiencias y datos obtenidos en el trabajo de campo se abordaron desde la perspectiva fenomenológica³, que otorga la posibilidad de situarse y enfocarse en el hecho o sujeto observado.

5.3 CARACTERÍSTICAS

Este estudio descriptivo examinó únicamente la forma de descripción de los acontecimientos y/o situaciones; su interés primordial no estaba basado entonces en la comprobación de las explicaciones obtenidas, ni en evidenciar las determinadas hipótesis que surgen en cada investigación y mucho menos en hacer ningún tipo de predicciones acerca del tema en particular.

5.4 Etapas de la Investigación Descriptiva

Según Mario Tamayo y Tamayo estas son las etapas de la investigación descriptiva:

³ Para esta corriente filosófica *los fenómenos son, simplemente, las cosas tal y como se muestran, tal y como se ofrecen a la conciencia*. Su ideal es el *plegarse a las cosas mismas*, el ser fiel a lo que realmente se experimenta, de ahí que propugne la *intuición* como instrumento fundamental de conocimiento. Entre muchos otros, *Martin Heidegger* (1889-1976), fue un destacado teórico de esta perspectiva de pensamiento.

- Definir en términos claros y específicos que características se desean describir.
- Expresar cómo van a ser realizadas las observaciones; cómo los sujetos van a ser seleccionados de modo que sean muestras adecuadas de la población; qué técnicas para la observación van a ser utilizadas y si se someterán a una pre-prueba antes de usarlas.
- Recoger los datos.
- Informar apropiadamente los datos.

En este orden de ideas, el trabajo de investigación está dirigido a la descripción de los acontecimientos hallados durante el análisis y observación de la población; es decir, lo que se pretende es tratar de describir los rasgos de personalidad de los usuarios permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico adscrito a la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Envigado durante el año 2011.

5.5 POBLACIÓN

La investigación se realizó con 15 personas que asisten de forma voluntaria al Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado. Registrados entre Enero 2 de 2011 a Febrero 28 del año 2011, cuyas edades oscilan entre 18 a 60 años.

5.6 MUESTRA - INFORMANTES

La muestra estuvo compuesta por 15 usuarios (hombres) permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado. Para esta selección se tuvo como criterio metodológico la disponibilidad por parte del centro, y la aceptación voluntaria por cada uno de los participantes, la edad de los colaboradores está entre los 18 y 60 años, oscilan entre los estratos socioeconómicos del 0 al 4, con niveles de escolaridad desde 8° (Octavo) de secundaria hasta estudios Tecnológicos.

5.7 TIPO DE ESTUDIO: FENOMENOLÓGICO

Este estudio fenomenológico trató de describir la experiencia del sujeto sin acudir a explicaciones causales, esto según Holstein y Gubrium en 1994, y retomado por Galeano (2009, Pg. 59)

Los cuatro "existenciales" básicos para el análisis de los fenómenos son:

- El espacio vivido (Espacialidad)
- El cuerpo vivido (Corporeidad)
- El tiempo vivido (Temporalidad)
- Las relaciones humanas vividas (Relacionabilidad o comunalidad)

En este sentido, el interés de la fenomenología gira, entonces, alrededor de la búsqueda de acceso a la esencia de ese conjunto de existenciales, para lo cual Spielberg, citado en Boyd (1993), plantea los siguientes siete pasos:

❖ **Intuición:** implica el desarrollo de los niveles de conciencia a través del ver y el escuchar.

❖ **Análisis:** el cual involucra la identificación de la estructura del fenómeno bajo estudio mediante una dialéctica (conversación/diálogo) entre el actor (participante /sujeto) y el investigador. Este conocimiento se genera a través de un proyecto conjunto en el cual interrogado e investigador, juntos, se comprometen a describir el fenómeno bajo estudio. Es lo que Habermas irá a llamar "actitud realizativa".

❖ **Descripción:** en este paso, quien escucha explora su propia experiencia del fenómeno. El esclarecimiento comienza cuando el mismo es comunicado a través de la descripción.

❖ **Observación** de los modos de aparición del fenómeno.

❖ **Exploración en la conciencia:** en este estadio del proceso, el investigador reflexiona sobre las relaciones (o afinidades estructurales) del fenómeno. El investigador tenderá a ver bajo qué condiciones se

experimentan (modos de aparición) y la naturaleza y significado del dolor (Morse y Field, 1995).

❖ **Suspensión de las creencias** (reducción fenomenológica): es lo que Rockwell (1986) llama "suspensión temporal del juicio".

❖ **Interpretación de los significados ocultos o encubiertos**: este último paso se usa en la fenomenología hermenéutica para describir la experiencia vivida en una forma tal que pueda ser valorada para informar la práctica y la ciencia.

Desde la perspectiva de las técnicas específicas (Morse y Field, *óp. cit.*), señalan el rastreo de las fuentes etimológicas, la búsqueda de frases idiosincráticas o modismos, la obtención de descripciones experienciales (vivencias) de una persona interrogada, la observación y reflexión adicional de literatura, escritura y reescritura fenomenológica (Ray, 1994 y Van Manen, 1990; citados por Morse y Field, *op. cit.*) (Galeano, 2009, Pg. 60)

En este estudio realizado se tomó como parte fundamental la fenomenología, que abarca la subjetividad propia de cada uno de estos sujetos participantes de la investigación; con el fin de darle sentido a la existencia de cada uno de ellos dentro de la cotidianidad que viven a diario, tratar de comprender sus comportamientos y actitudes frente a las situaciones que generan en ellos inestabilidad emocional, personal, familiar, social y laboral.

5.8 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO DE CASO

Según Robert Yin, un estudio de caso en tanto indagación empírica que: "Investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que pueden usarse" (1984-1985, pág.23).

Ello permite comprender que en la investigación de estudios de caso, se puede ajustar tanto estudios

múltiples como de un solo caso. Cuando se habla del objeto de estudio éste podría ser una sociedad, una comunidad, una organización, una cultura, una subcultura, un grupo o fenómenos sociales como las creencias, prácticas o interacciones de tipo social, de igual forma, se puede tomar para este tipo de estudio cualquier aspecto general de la existencia humana, pues a decir de Galeano:

Los criterios de definición para optar por un estudio de caso pueden ser de naturaleza muy diversa; sin embargo, es posible encontrar algunos lineamientos generales como los que plantea Patton (1988) para dar cuenta de las modalidades de muestreo no probabilístico que conducen a realizar observaciones o búsquedas selectivas en casos específicos. (2009, Pg. 91)

La investigación basada en los estudios cualitativos de caso tomó un lugar importante en este estudio para elegir una comunidad y una subcultura particular, que permitieran vislumbrar una problemática común como lo son las adicciones a las SPA y, junto a ello, relacionar los

estilos y rasgos de personalidad existentes en esta población analizada.

5.9 INSTRUMENTOS

5.9.1 Entrevista clínica psicológica semi-estructurada

La entrevista semi-estructurada es un elemento que brinda la posibilidad de adaptarse a un contexto para lograr que el entrevistado pueda generar una mayor información sobre las condiciones socioculturales y psicológicas que intervienen en su vida. En el trabajo de campo el investigador debe tener habilidades que posibiliten un mayor procesamiento de la información y brinden a su vez una observación más amplia y clara acerca de lo que se le está indagando al entrevistado.

En la entrevista se realiza un proceso de identificación de los patrones culturales que el individuo posee, los cuales permitirán al investigador corroborar, descartar o descubrir los elementos que se puedan relacionar con los antecedentes del sujeto entrevistado.

Los siguientes son algunos elementos que se tuvieron en cuenta para la elaboración de la entrevista semi-estructurada:

- ✓ Definir el tipo de cuestionario
- ✓ Fases de elaboración de la entrevista semi-estructurada, en la que se deben tener en cuenta estos factores:
 - Justificación sobre la técnica
 - Contacto previo con el futuro entrevistado
 - Cita: clarificar el lugar, hora y fecha de encuentro
 - Predisposición del entrevistado
 - Auto preparación (tono, empatía y emoción a transmitir)

Se elaboró una entrevista semi-estructurada de preguntas abiertas basada en la observación del Centro,

bajo el aval de una persona experta. El concepto⁴ de la entrevista permitió al usuario desarrollar mejor su narración entre el entrevistador y el entrevistado con el fin de profundizar en los distintos temas de interés permitiendo así tener una percepción más amplia del mundo subjetivo de cada persona.

El diseño de la entrevista constó de 23 preguntas aplicadas a cada una de las personas que hacían parte de la muestra, la cual se organizó en una secuencia lógica de temas de interés particular al trabajo y susceptibles de omitir o incluir preguntas en virtud del desarrollo de la actividad, esto con el fin de darle un mayor dinamismo a la entrevista y una mejor fluidez por parte de la persona colaboradora, logrando de este modo una mejor empatía y un ambiente con mayor confianza tanto para el investigado como para el investigador.

⁴ La entrevista en tanto técnica de investigación activan la relación intersubjetiva investigador- participantes para expresarse, reflexionar sobre un objeto o situación, pregunta o problema a estudiar, y pensarse como sujetos capaces de construir o sistematizar conocimiento de manera reflexiva y colectiva (Alonso, 1995).

5.9.2 Test "Mips, Inventario De Estilos De Personalidad De Millon"

El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (M.I.P.S) explora tres índices de control y permite obtener los conocidos 16 tipos de Jung⁵. Consta de 180 elementos que se distribuyen en 24 escalas agrupadas en tres grandes áreas: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Relaciones Interpersonales. Dispone de dos índices de deseabilidad y uno de control. Con esta prueba se pretende identificar los rasgos y estilos de personalidad de los usuarios permanentes del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado, este resultado se obtendrá en el análisis del discurso del contenido de la prueba M.I.P.S. (MIPS, Pág. 11)

Su pertinencia en el trabajo radica en la amplitud del mismo, debido a que este evalúa 27 escalas, 24 de

⁵ Jung desarrolló una tipología de la personalidad que se ha vuelto tan popular que mucha gente cree que él no hizo nada más. Esta empieza con la diferencia entre introversión y extroversión. Las personas introvertidas prefieren su mundo interno de pensamientos, sentimientos, fantasías, sueños y demás, mientras que las extrovertidas prefieren el mundo externo de las cosas, las actividades y las personas.

personalidad y 3 de índices de control; las de personalidad se agrupan en 12 pares. Cada uno de estos pares consta de 2 escalas yuxtapuestas. Por ejemplo, las escalas retraimiento y sociabilidad corresponden a un par que pertenecen a comportamientos interpersonales. En cuanto a su agrupación las escalas del MIPS basan fundamento teórico en un modelo de personalidad que esta fundamentalmente enraizado en la teoría biosocial y evolutiva. (MIPS, Pág. 12) (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. MIPS

Metas	Modos	Comportamientos	Índices de
Motivacionales	Cognitivos	Interpersonales	Control
Expansión	Extraversión	Retraimiento	Impresión Positiva
Preservación	Introversión	Sociabilidad	Impresión Negativa
Modificación	Sensación	Indecisión	Consistencia
Adecuación	Intuición	Decisión	
Individualidad	Pensamiento	Discrepancia	
Protección	Sentimiento	Conformismo	
	Sistematización	Sumisión	
	Innovación	Dominio	
		Descontento	
		Aquiescencia	

Para la recolección de la información se utilizó como base las técnicas planteadas por Millon en el manual de interpretación de la prueba M.I.P.S, logrando obtener los resultados tanto individuales como colectivos de cada uno de los test aplicados a estos usuarios del centro; y de esta forma comenzar con la categorización de cada una de las escalas e ítems que esta prueba evalúa.

Al hacer el análisis de estas escalas se lograron identificar algunas similitudes entre las puntuaciones de cada prueba, las cuales se constituyeron en el eje fundamental para poder ir agrupando a estos individuos por rasgos similares de personalidad.

Para determinar las distintas categorías y subcategorías se analizaron los porcentajes de los resultados arrojados por el test, donde se pudo realizar una integración de las escalas ya establecidas por Millon; para ello, finalmente, se hizo una gráfica que posibilitó una aproximación clara y precisa a los nombres de las categorías y subcategorías que integraron los resultados y capítulos de este proyecto. A continuación se anexa la gráfica donde se analizaron las entrevistas

y se codificaron las respuestas obtenidas de los usuarios (Ver Anexo 7), y de allí salieron 3 subcategorías de análisis, que son:

- El policonsumidor
- Egocentrismo, manipulación, sentimientos de grandeza
- Dependencia, apego y pérdida de la dignidad

Entrelazando los resultados de los test y los códigos de las entrevistas surgieron 4 categorías de análisis que constituyen los capítulos de este trabajo, estas son:

- ¿Adicciones o estilo relacional adictivo?
- En busca de un esclarecimiento sobre el estilo relacional adictivo
- Formas de crianza y estilo relacional adictivo
- ¿Habilitarse o Rehabilitarse?

5.10 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS



Gráfica 2. Categorías y subcategorías

6. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

PROYECTO INICIAL DEL CENTRO DE CARACTERIZACIÓN Y DIAGNÓSTICO REALIZADO POR LA SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO

**Centro de Caracterización y Diagnóstico del
Habitante de y en la calle del Municipio de Envigado
Farmacodependientes y no Farmacodependientes**

**Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo
Comunitario**

Programa habitantes de y en la calle

Introducción

El uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas son considerados un problema en el ámbito social e individual y, teniendo en cuenta como premisa fundamental los factores de riesgo que incrementan y perpetúan en la persona condiciones de pobreza,

mendicidad, ausencia de una adecuada educación y oportunidades laborales.

Pensar que en el municipio de Envigado no se presenta esta problemática sería un contrasentido a la iniciativa que depara el trabajo de investigación, pero igualmente, sería una falta grave al desconocimiento de uno de los tantos males que aquejan a la comunidad envigadeña y un restarle importancia a un problema trasciende fronteras locales, nacionales y mundiales: las drogas. Por eso la presencia de este proyecto de atención e intervención de los habitantes de y en la calle del municipio de Envigado, que reivindicando a las personas consumidoras y no consumidoras de sustancias psicoactivas, contribuirá de manera directa e indirecta en una re-estructuración de cambio social, a través de un plan de intervenciones integrales, que conduzcan a la identificación de factores protectores, en beneficio de toda la comunidad.

Esta iniciativa implica una planificación continua, dado que contempla una perspectiva temporal indeterminada; es decir, no está diseñado para ejecutarlo

en una administración, sino que exige su continuo respaldo y su carácter permanente, y poder así, apuntarle a la recuperación de una comunidad inmersa en el fango de las drogas. Por eso el proyecto centra su interés en las personas y no en las sustancias que consumen.

En este sentido, el reto es orientar a las personas a que puedan decidir qué hacer con sus vidas, a que puedan ajustar completamente su conducta con sus objetivos y aspiraciones, conectoras de que el problema del uso y el abuso de las drogas no se da solo, sino que habitualmente es un elemento más de otras conductas problema que tiene el individuo.

Justificación

Con el proyecto de atención y de intervención en las personas en situación de calle del municipio de Envigado, se pretende encausar en lo humano lo que antes estaba en lo cuantitativo. En un contexto de inclusión social como pilar fundamental durante el desarrollo del proceso. Es así como esta propuesta tiene como objetivo principal desarrollar un modelo de atención e intervención que se

ajuste a las necesidades particulares del Municipio de Envigado, que contiene alternativas para ser utilizadas como herramientas de construcción social, que permita la transformación de conductas, aptitudes y que contribuya en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que se beneficiaran de los servicios.

Las personas que viven en la calle han llegado a ella por diferentes razones y su vida transcurre en las más diversas actividades legales e ilegales. Por ello, una estrategia de intervención tiene que partir del carácter social de la problemática, en tanto producto de una sociedad inequitativa, excluyente e indiferente.

Esta situación presente en la mayor parte de ciudades del país y en diversa magnitud en el mundo, no puede atribuirse a la ineficiencia o falta de voluntad política de una administración en particular. El deterioro social y económico del país es una fuente que nutre este drama humano. Piénsese en la dinámica del conflicto armado, en el desplazamiento y desarraigo de contingentes humanos, en el deterioro del ingreso y en el creciente desempleo, entre otros factores que se conjugan

hasta traducirse en la ruptura de las redes sociales, familiares y afectivas, donde se impone la ley de "sálvese quien pueda", a costa de su propia destrucción.

Estrategias de intervención

- **Ambulatorio:** La propuesta del funcionamiento del centro de atención descansa en un enfoque ambulatorio; se atenderá a los usuarios desde el área Psicológica, Trabajo social, Terapéutica y Lúdica con el fin de realizar caracterización de acuerdo a las necesidades individuales de cada usuario y a la vez concientizar, sensibilizar y persuadir a los beneficiarios frente a la posibilidad de iniciar de manera residencial procesos de re-educación, resocialización y/o rehabilitación.

- **Familiar:** Desde esta área pretendemos iniciar contactos a nivel familiar con el objeto de tener una visión más amplia de las problemáticas de los usuarios y de esta manera realizar intervenciones más eficaces, en busca de la reubicación de los usuarios dentro de sus

familias y la responsabilidad e importancia de estas en los procesos terapéuticos.

Estrategias para la intervención ambulatoria

En este centro se realizarán diversos tipos de programas dirigidos a la atención e intervención en el incremento de factores protectores, reestructuraciones emocionales, conciencia de problemática y reinserción social.

Fases del proceso

Adaptación:

Etapa inicial y crucial del proceso de intervención en donde el sujeto debe ser ubicado de acuerdo con su propio nivel de expectativas y necesidades, se realizará una evaluación inicial por cada una de las áreas de intervención, como punto inicial de la caracterización. Este a su vez deberá conocer la metodología de trabajo, las instalaciones físicas con las que cuenta y las normas generales de convivencia del centro. Lo anterior con el fin de que asuma eficientemente las etapas siguientes del

proceso. Es una etapa donde se realiza un diagnóstico por parte de todo el equipo interdisciplinario.

Identificación:

Segunda etapa del proceso de intervención. En ésta, el equipo interdisciplinario ha podido establecer el análisis del diagnóstico, allí se encamina al sujeto hacia la generación de conciencia de la enfermedad; es decir, se espera que el sujeto asuma realmente compromisos de cambio, que la motivación para asumir el proceso sea individual y no presionada por los agentes institucionales. Además, se inicia un proceso grupal estricto a través de los diversos métodos de intervención.

Remisión:

En esta tercera etapa se inicia un proceso de tratamiento. Es, quizá, la etapa decisiva del usuario como participación activa, donde se establecen sus problemas, las metas y estrategias, el equipo interdisciplinario sólo se encargará de hacer discusión de proceso de cada uno de los usuarios, ubicando un

perfil específico de esto para hacer una remisión al centro de intervención terapéutica del Municipio, a las entidades contratadas o a otros sitios del área metropolitana en caso de ser necesario.

Condiciones Técnicas:

Infraestructura Física

Se debe contar con un espacio físico que contenga las instalaciones necesarias para atender a 50 personas, tales como: oficinas, baterías de baños, losetas para lavar ropa, comedor, salón para talleres y conferencias.

Recursos

- **Humanos:**

Para atender una población de 50 personas se debe contar con el siguiente equipo interdisciplinario:

1 Coordinador	Tiempo Completo
1 Psicólogo	Tiempo Parcial
1 Trabajador Social	Tiempo Parcial
2 Operadores Terapéuticos	Tiempo Completo

Además desde el centro de caracterización se podría tener una agencia de práctica desde diferentes áreas, con el fin que el servicio sea más integral y una atención completa y efectiva.

Entre sus funciones estarían:

Coordinador: Planea, coordina y gestiona todas las actividades y recursos necesarios para el desarrollo del programa, velando por el buen funcionamiento y la calidad en el servicio.

Psicólogo: Planea, diseña e interviene en la psicoterapia individual y grupal en cada una de las fases del proyecto; trabajando, además, de una manera interdisciplinaria haciendo las remisiones con sus requerimientos específicos de cada uno de los usuarios.

Trabajador Social: Planea, diseña e interviene en todo lo relacionado con las familias de los y las usuarias en cada una de las fases. Localización, clasificación y orientación; trabajando, además, de una manera interdisciplinaria haciendo las remisiones con sus requerimiento específicos de cada uno de los usuarios.

Operador Terapéutico: Planeación e intervención en el área de talleres y jornadas de atención de la salud, encargado, además, de la recepción y el desarrollo de las actividades dentro del centro, manejo de las normas institucionales y el comportamiento de los usuarios, trabajando en equipo con los demás profesionales y elaborando los respectivos informes individuales, dando cuenta del proceso institucional.

Antecedentes

Desde mucho tiempo atrás se han realizado una serie de estudios encaminados en la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, tales estudios parten en ocasiones de contextos diferentes, dentro de los cuales se destacan los colegios, las reuniones sociales, familiares y la calle; este último es, sin duda, un factor que impulsa al consumo excesivo de sustancias psicoactivas, no únicamente por la adicción en sí, sino por la situación de desprotección que sienten y sufren, al no poseer apoyo de su familia ni de la sociedad en general.

En el año 1984, la Universidad del Norte realizó un estudio epidemiológico acerca del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de sexto año de bachillerato de colegios de Barranquilla. Uno de sus hallazgos consistía que la prevalencia del consumo era mayor en los alumnos cuyos padres eran violentos y poco comunicativos, en este grupo poblacional los sicofármacos que más consumían eran: la cocaína en la clase alta y la marihuana en la clase baja, en ambos casos el bazuco ocupa el segundo lugar; siguiendo la misma línea investigativa la Fundación Universitaria del Área Andina en el 2000, realizó una investigación titulada Accesibilidad de la Población Habitante de Calle a los Programas Promoción y Prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000, allí plantearon que la razón principal por la cual los habitantes de calle desertan de los programas de Promoción y Prevención, es la falta de dinero en un 18.6%, seguido de la pérdida de interés en el programa (15.8%) y el asumir que ya no necesitan más el tratamiento o la educación que allí reciben (15.3%).

En un estudio que realizó el Ministerio de la Protección Social para una actualización del programa de promoción y prevención del consumo de fármacos en el año 2004, el Ministerio publicó los resultados a través de un documento titulado: Actualización de la Guía Práctica de la Atención Integral en Farmacodependencia, allí se observó que en Colombia el fenómeno de la adicción a las sustancias psicoactivas continua siendo un tema central no sólo por el abuso de estas, sino por el lado de la salud donde muchas de estas personas consumidoras de fármacos no cuentan con una red de apoyo por parte del Gobierno Nacional, siendo este un factor de relevancia para desarrollar nuevos planes y programas acerca de la promoción y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Para finalizar en un estudio también descriptivo en el año 2010, en la ciudad de Barranquilla titulado como: Efectividad del Programa de Farmacodependencia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (ese-cari) de la ciudad de Barranquilla, Colombia; estableció como resultado la existencia de diferencias significativas

entre el grupo control y los que hacen parte del Programa, en lo correspondiente a la efectividad del mismo, en sus distintas fases o modalidades de intervención. A medida que los pacientes reciben tratamiento muestran menor consumo, mejoría en síntomas físicos y psicológicos, en el funcionamiento social, la inserción laboral y en disminución de la actividad delincinencial asociada al consumo. Los estudios anteriores muestran la necesidad de continuar con la línea de investigación en el tema de farmacodependencia, y todas las consecuencias posteriores que este fenómeno trae para las personas que se encuentran sumergidas en él y para todo el contexto social.

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro 2 . RESULTADOS

• Meta motivacionales bajas	• Metas motivacionales altas
<p>• Protección: el 80% de los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado, presentan una baja capacidad para satisfacer las necesidades de los demás, de preocuparse por el bienestar y los deseos de otras personas a dispensas de ellos mismos, se les dificulta ser protectores, reforzadores y tienen limitaciones para cuidar a los demás antes de cuidarse a sí mismo.</p>	<p>• Por tanto obtienen un alto porcentaje de individualidad con un porcentaje de 93% en el que hacen evidente su esfuerzo constante en satisfacer sus propios deseos y necesidades, buscando realizarse ellos mismo en primer lugar, no se preocupan o se preocupan poco por las repercusiones que su comportamiento puedan tener en los demás, tienen tendencia a ser altamente independientes y egocéntricos.</p>
<p>• Modificación: con un porcentaje cercano a la media de 53%, se hace evidente que los usuarios de centro de Caracterización y Diagnóstico experimentan dificultades para hacerse cargo de sus vidas, baja motivación para modificar el entorno y prefieren esperar que las cosas sucedan y sigan sus curso</p>	<p>• Por tanto, tienen un porcentaje en adecuación similar del 53%, lo que indica que hacen poco para dar forma a sus vidas y modificarlos, carecen de iniciativas se adaptan a las circunstancias que otros crean, y hacen poco para provocar los resultado que desean, lo cual conduce a pensar que no quieren asumir ningún tipo de</p>

sin ningún tipo de intervención personal, para satisfacer sus propios deseos y necesidades.

responsabilidades, y de esta manera adecuándose de manera pasiva a las circunstancias culpando a otros.

- **Expansión:** con un puntuación relativamente baja del 47%, la población presenta una visión muy pesimista de la vida con respecto a las posibilidades futuras, les cuesta trabajo divertirse, y grandes dificultades para enfrentar los altibajos con ecuanimidad.

Por tanto obtuvieron un porcentaje relativamente alto en preservación del 67%, estas personas tienen una alta tendencia a centrar demasiado la atención en los problemas y agudizarlos, perciben sus pasado como algo personalmente problemático, siempre a la expectativa de que algo nuevo salga mal, son hipersensibles y se molestan fácilmente con las mínimas preocupaciones y decepciones.

• Modos cognitivos bajos

• Modos cognitivos altos

- En la extroversión estos sujetos obtuvieron una puntuación relativamente baja del 73%, quienes obtiene una puntuación baja no recurren a los demás a buscar estímulos y ánimos, no utilizan a sus amigos como fuente de inspiración y energía, tampoco los utilizan para acumular confianza en sí mismos, además no sienten confort al estar acompañados.

- Por lo tanto, en la introversión obtuvieron un puntaje alto del 87%, aquellos que obtienen una puntuación alta en esta escala prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recurso; obtienen mayor estímulo de ellos mismos que de los demás; estas personas mantienen atentas a las inspiraciones que proviene de sí mismos.

- Los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron puntuaciones ubicadas en la

- Por tanto son altamente sensitivos con un porcentaje relativamente alto del 67%, estas personas adquieren el

media en la escala de intuición, en la que dice que estas personas utilizan lo simbólico y lo concreto según el contexto, dependiendo de las circunstancias abren las posibilidades a lo intangible y lo desconocido.

conocimiento de lo tangible y lo concreto, confían en la experiencia concreta y en los fenómenos observables, y no en la deducción y la abstracción. Lo que les da bienestar y confianza es lo práctico y lo real, lo exacto y lo objetivo.

- Los usuarios del centro de caracterización y diagnóstico obtuvieron puntuaciones significativamente bajas en el sentimiento donde el porcentaje es de 60% presentando dificultades en evaluar subjetivamente la repercusión que tendrán sus acciones sobre aquellos a los que afecta y tienen dificultades para seguir metas y valores personales, hay un cierto aplanamiento emocional.

- Por tanto obtuvieron una puntuación significativamente alta del 73% en el pensamiento prefiriendo procesar el conocimiento mediante la lógica y el razonamiento analítico, con una alta tendencia a tomar decisiones en juicios fríos impersonales, objetivos y sin emociones

- Los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron un porcentaje significativamente bajo en la sistematización del 60%, estas personas no son considerados como cuidadosos, organizados en los diferentes enfoques de la vida. No se ocupan de los mínimos detalles y por ende no se consideran metódicos y eficientes.

- Por lo tanto obtienen una puntuación media en la escala de innovación, estas personas son poco arriesgadas y creativas, modifican sólo en ocasiones las situaciones que vivencian. Se adaptan con alguna facilidad a trabajos rutinarios y les cuesta trabajo modificar lo que está ya estipulado.

- **Comportamientos interpersonales bajos**

- Los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron un porcentaje ubicado en la media con tendencia baja del 47% en la sociabilidad, determinando en ellos comportamientos en ocasiones que no buscan empatía con los demás ni su reconocimiento, en ocasiones el interés por alguna actividad se mantiene constante, debido a que esto les brinda la posibilidad de preocuparse menos por la posibilidad de nuevas relaciones, sus estrategias en general no están marcadas por la manipulación y exigencia a quienes los rodean.

- Los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron un porcentaje ubicado en la media en la escala decisión, son personas en ocasiones inseguras que no son dueñas de sus actos, que se relacionan poco debido a la escasa energía que le ponen a sus relaciones. Se creen a veces incompetentes y poco talentosos, por ello se desenvuelven como personas

- **Comportamientos interpersonales altos**

- Por lo tanto tienen una puntuación muy alta en la escala de retraimiento con un 87%, lo cual indica que la persona se relaciona con los demás de una manera distante, independiente, sin afecto y fríamente indiferente. Son personas extremadamente pasivas, en ocasiones son considerados como callados y aburridos, por consiguiente se ven como sujetos apáticos e indiferentes ante la vida de los demás.

- Por lo tanto obtuvieron puntuaciones con tendencia alta en la indecisión del 53%, son inseguros y temerosos, se comportan con cierto retraimiento y nerviosismo, la única decisión que toman es actuar en referencia a lo que los demás desean para poder agradecerles y no sentirse rechazados. Son desconfiados, solitarios y altamente sensibles.

sumisas e inestables en sus diferentes posturas acerca de las diversas situaciones que los rodean.

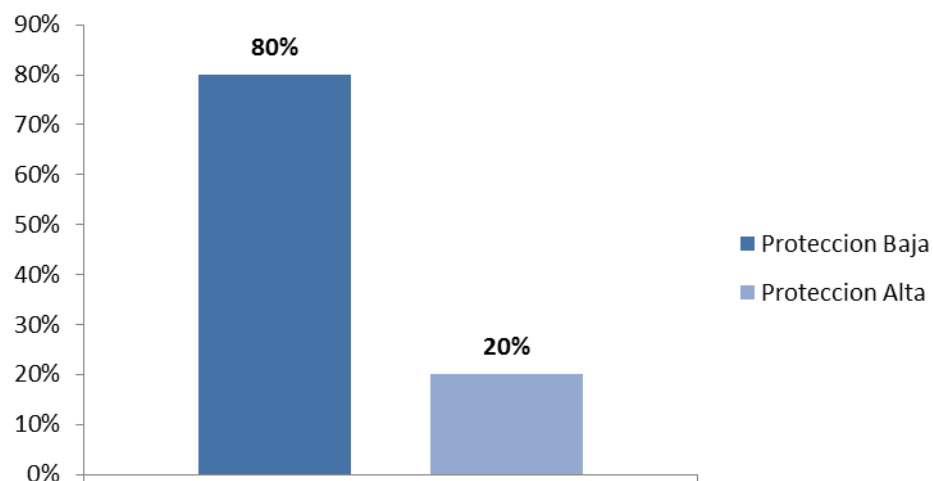
- Los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron un porcentaje ubicado en la media en la escala de conformismo, por lo tanto se comportan en ciertas ocasiones de manera desleal y con falta de dominio de sí mismos, en relación a la autoridad son irrespetuosos, actúan en algunos momentos de manera espontánea dejándose llevar por sus emociones más primarias perdiendo el poco control que puedan tener de sí mismos.
- Por lo tanto tienen alta la puntuación en la escala de discrepancia con un 87%, lo que indica que son personas que tienden a inclinarse más bien por no cumplir con las normas ciudadanas, las costumbres culturales y los reglamentos organizacionales. Optan mejor por actuar de forma autónoma y comportarse socialmente según las circunstancias.
- Los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron un porcentaje ubicado en la media en la escala de sumisión, son un poco egocéntricos y a veces seguros de sí mismos y ocultan en algunos momentos sus verdaderos sentimientos.
- Por lo tanto obtuvieron igualmente un porcentaje ubicado en la media en la escala de dominio, son vistos en ocasiones como voluntariosos, ambiciosos, enérgicos y están medianamente en busca del poder. Se a veces como personas audaces y competitivas, las demostraciones de afecto son muestra de debilidad, por lo tanto las evitan en ciertos momentos siendo obstinados y altamente egocéntricos.
- Los usuarios del Centro de Caracterización y
- Por lo tanto obtuvieron un puntaje ubicado en la

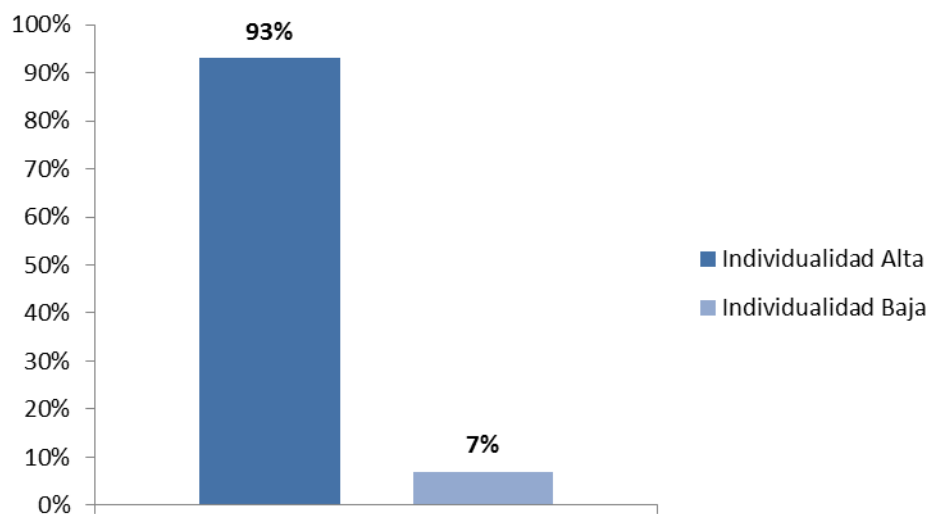
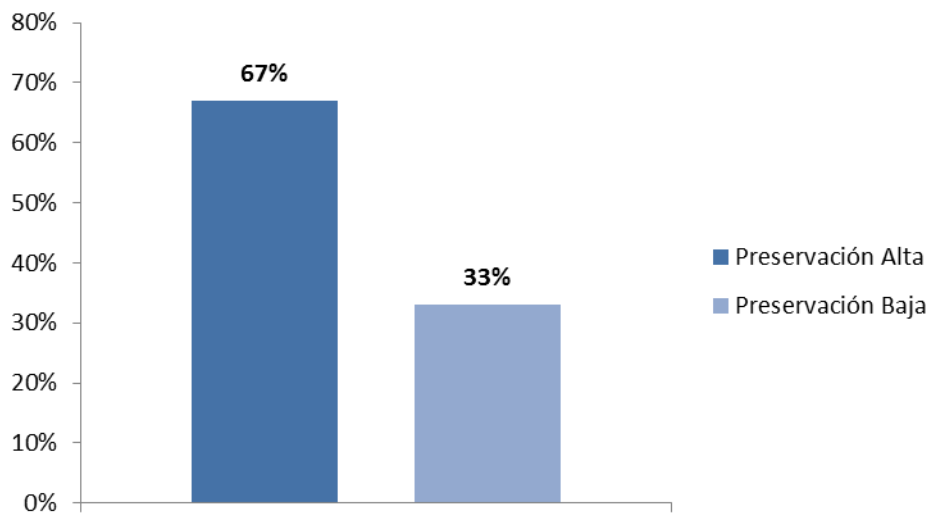
Diagnóstico obtuvieron un porcentaje bajo en la aquiescencia del 60%, son personas que no cooperan ni se comprometen permanentemente, no establecen vínculos con los demás, no disimulan los sentimientos negativos aun cuando estas demostraciones puedan ser censuradas por quienes lo rodean.

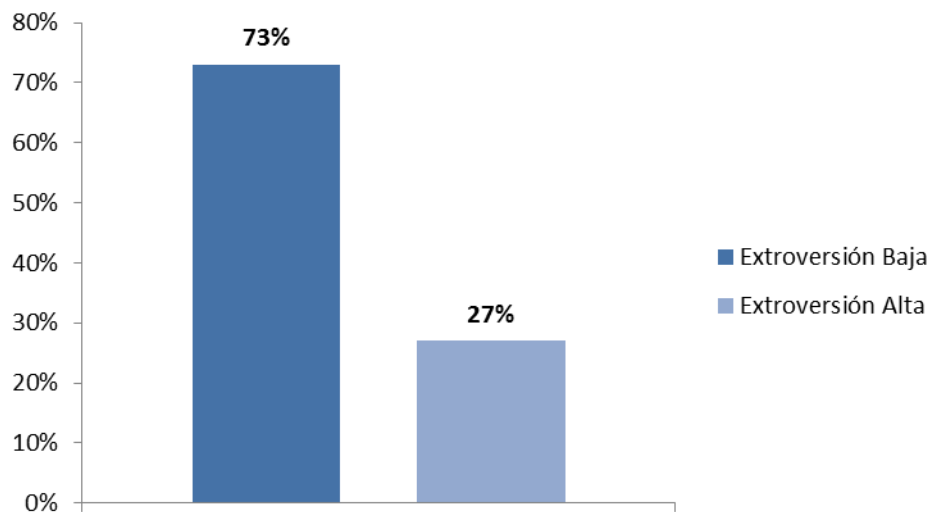
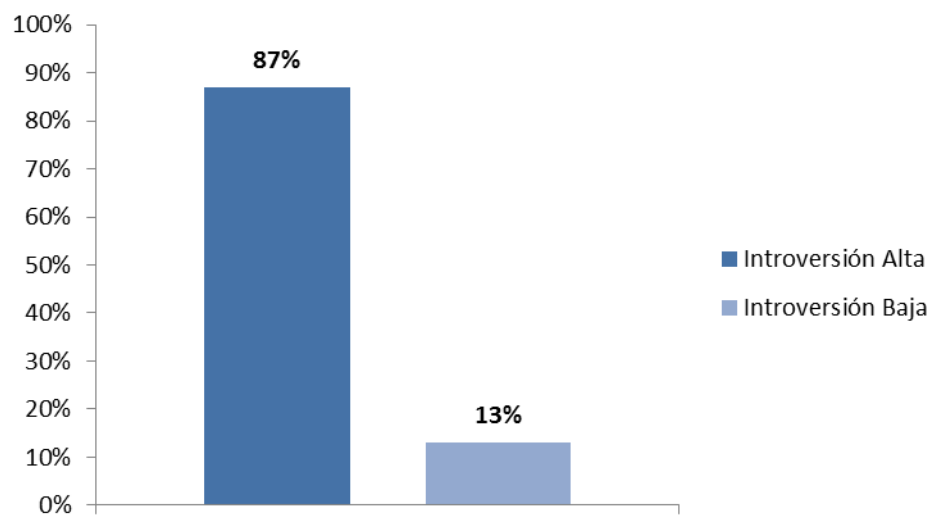
media en la escala descontento, reflejando un comportamiento en ocasiones sociable y amistoso en otras ocasiones pueden ser irritables y hostiles, de esta forma llegan a sentirse algunas veces como no comprendidos y no valorados.

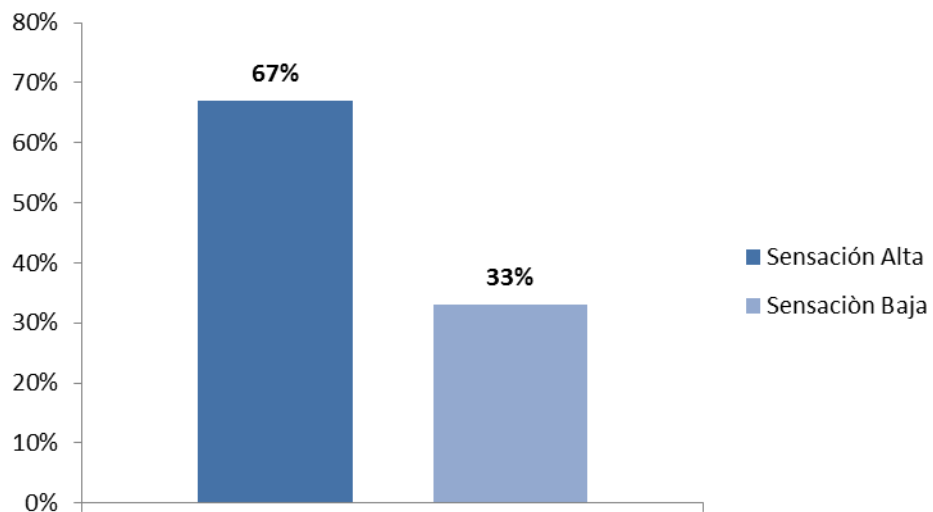
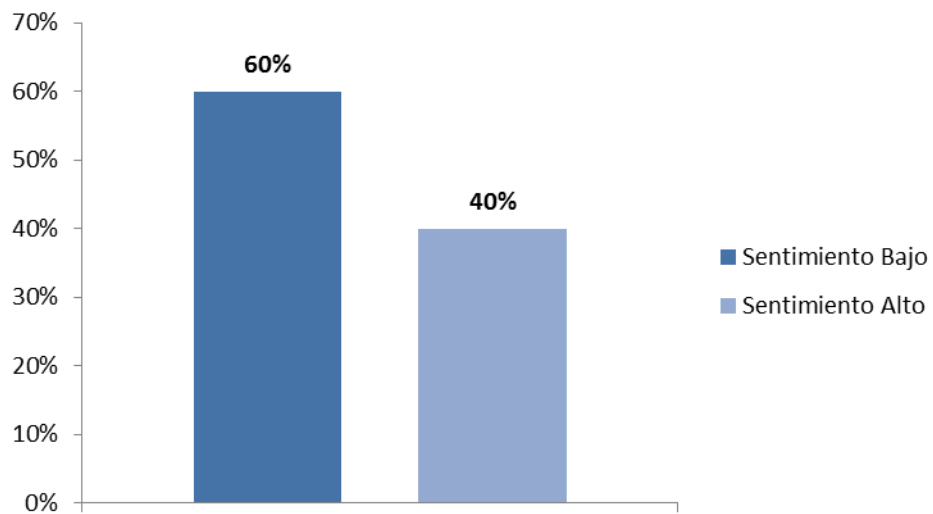
7.2 GRAFICAS DE RESULTADOS

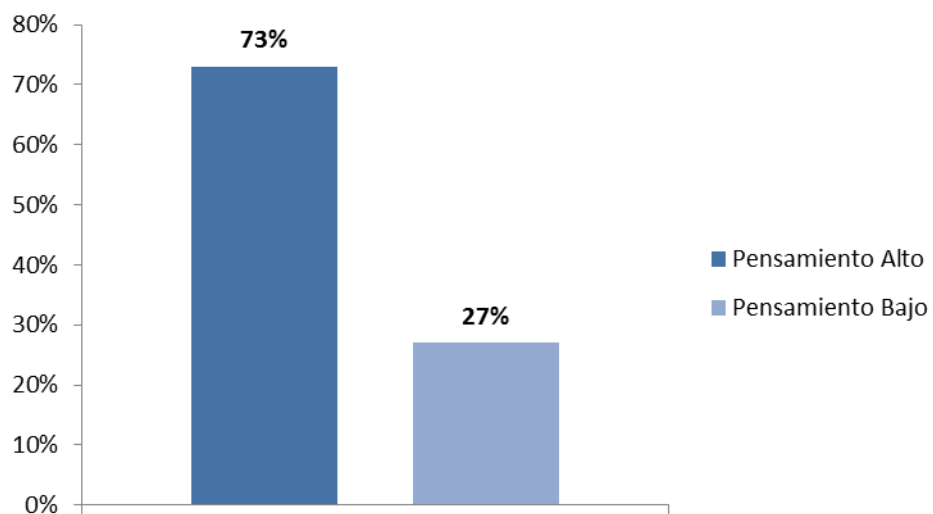
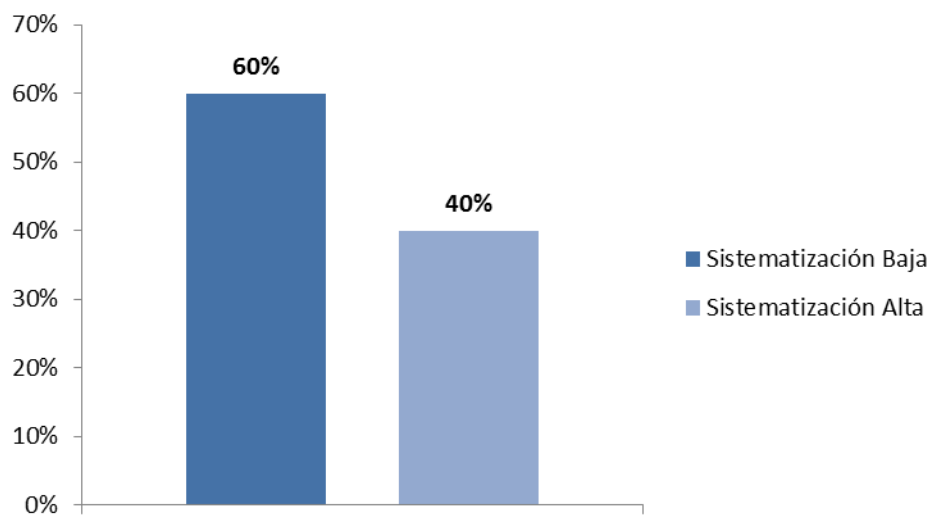
Gráfica 3. Protección

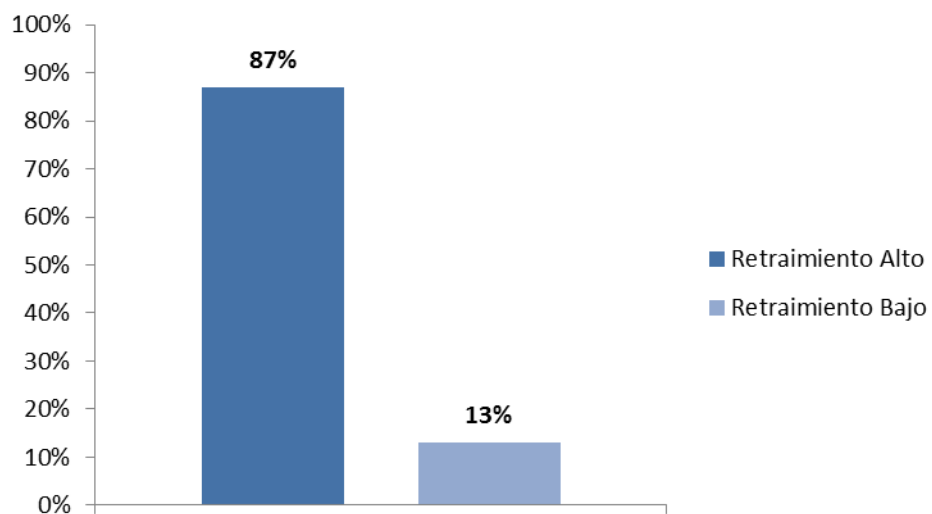
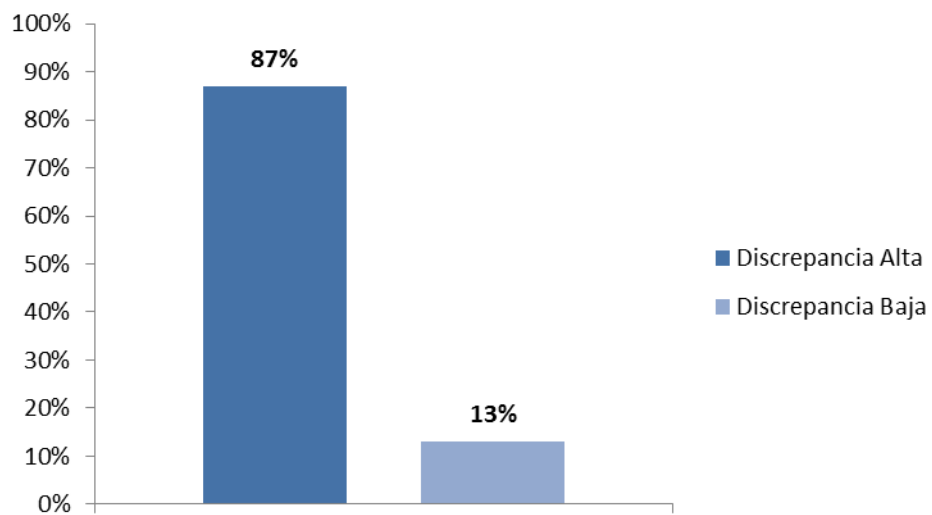


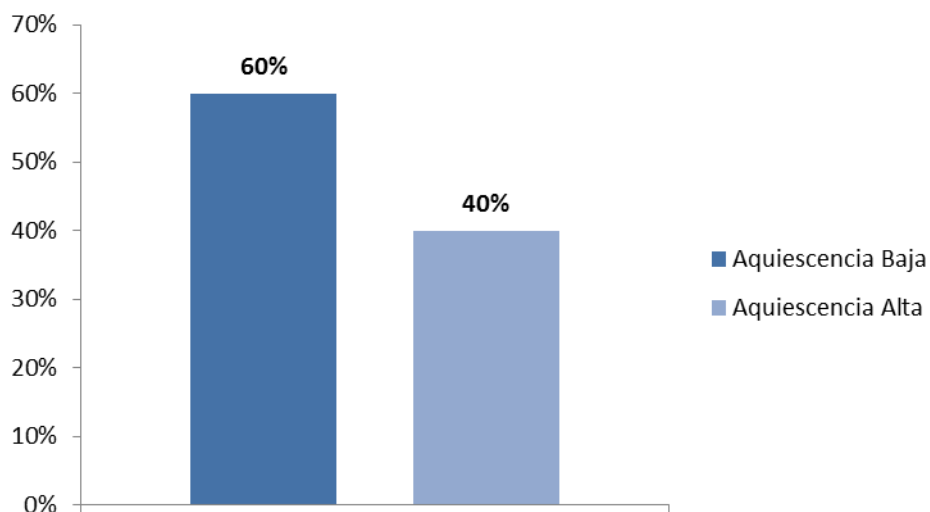
Gráfica 4. Individualidad**Gráfica 5. Preservación**

Gráfica 6. Extroversión**Gráfica 7. Introversión**

Gráfica 8. Sensación**Gráfica 9. Sentimiento**

Gráfica 10. Pensamiento**Gráfica 11. Sistematización**

Gráfica 12. Retraimiento**Gráfica 13. Discrepancia**

Gráfica 14. Aquiescencia

Las gráficas anteriores corresponden a las puntuaciones altas y bajas obtenidas en las escalas que evalúa el MIPS, es decir, que las escalas de: expansión, modificación, adecuación, sensación, intuición, innovación, indecisión, decisión, conformismo, sumisión dominio y descontento obtuvieron unas puntuaciones ubicadas en la media, por consiguiente no pueden ser graficadas.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1 ¿ADICCIONES O ESTILO RELACIONAL ADICTIVO?

En este capítulo, se mostrará las relaciones que establecen los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del municipio de Envigado, entre las adicciones y la construcción de un estilo relacional adictivo con las personas y las cosas existentes en el mundo con las que se pueden llegar a vincular.

Las sustancias psicoactivas son elementos que afectan el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (S.N.C); modifican la sensación, la percepción e incluso, el estado de ánimo; del mismo modo actúan en todas las demás especies vivas alterando su conducta y funcionamiento, creando manifestaciones en los sujetos que les proporcionan estados de alegría, bienestar, placer e incluso facilitan el pensamiento.

Estas adicciones a sustancias psicoactivas constituyen un fenómeno que ha permanecido durante toda la historia del ser humano; no obstante, hoy cobra gran

relevancia, dada la facilidad con que se presenta la distribución de estos psicofármacos dentro de cada una de las culturas, que no sólo afectan a las personas a nivel individual, sino a nivel familiar, social y de orden público; unido a esto se generan problemas de salud como: la expansión del sida (Jacobsen y Hanneman, 1992); esta situación así como otras asociadas a las adicciones en general, son de gran relevancia en este tipo de poblaciones, debido a que estos sujetos no poseen un criterio propio para desenvolverse dentro de este ámbito, y por consiguiente, terminan realizando diferentes actividades "de tipo sexual" en las cuales el tema de la salud se ve involucrado, afectándolo directamente con la propagación de este y otros virus.

Diversas teorías se han levantado en torno al tema de las adicciones. Una de las más pertinentes para este trabajo investigativo es la teoría relativa a los mecanismos psicológicos implicada en la adicción, ya que supone ésta que sólo los individuos con problemas de personalidad o sometidos a diversas clases de presiones

ambientales o sociales se vuelven adictos (Escohotado, 1994 Pág. 16).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) utilizó en el año 2003 el concepto de farmacodependencia en remplazo de los términos adicción, toxicomanía y habituación; definiéndola como un conjunto de fenómenos comportamentales y fisiológicos que comprenden un deseo imperioso e impulsivo de consumir drogas, de una forma continua o esporádica con el fin de obtener sensaciones físicas y psíquicas, obteniendo con esto el predominio de conductas tendientes a la búsqueda de la droga.

Medina define la dependencia como:

Aquella situación en la que la única prioridad es el uso de sustancia psicoactiva frente a cualquier otra actividad considerada más importante. (1991, Pág. 7)

Como se había aludido en el planteamiento del problema que según el último Estudio Nacional de Salud Mental se pudo observar que la OMS encuentra:

En el 2008, 155 a 250 millones de personas, o 3,5% a 5,7% de la población mundial de 15-64 años, utilizan otras sustancias psicoactivas, como cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos y psicofármacos no recetados. A nivel mundial, la cannabis es la más utilizada (129-190 millones de personas), seguida de los estimulantes de tipo anfetamínico, y luego la cocaína y los opiáceos. La OMS estima que el 0,7% de la carga mundial de morbilidad en 2004 se debió a la cocaína y el uso de opioides, con el coste social del consumo de sustancias ilícitas estar en el orden del 2% del Producto interno bruto (PIB) en los países que lo han medido (2006).

Muchos de los consumidores tienen antecedentes del orden de enfermedades mentales y de conflictos en la infancia con las personas que los criaron, así como de comorbilidad física y personales al haber tenido alguna experiencia y/o situacional grave, de allí, que el estilo de personalidad se moldee adecuándolo a la sustancia que mayor consumen y al entorno que rodea a cada una de las personas adictas a estas sustancias; es claro que la

personalidad no se modifica con el consumo de una u otra sustancia, sin embargo algunas de las SPA tienen efectos menores o mayores en los sujetos que las consumen, dependiendo claro está, del organismo de cada uno de ellos.

En la población de usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del municipio de Envigado se encontró que a nivel psicológico, existen ciertas características compartidas en términos de rasgos y estilos de personalidad, para esto se realizó una calificación de los resultados obtenidos del M.I.P.S.,⁶ hallando las siguientes similitudes: en las escalas evaluadas a lo largo de la prueba estas personas tienen una prevalencia alta en los ítems de: preservación (67%), adecuación (53%), individualidad (93%), introversión (87%), sensación (67%), pensamiento (73%), retraimiento (87%), indecisión (53%), discrepancia (87%); mientras que en los ítems de expansión (47%), modificación (53%),

⁶ Inventario de Estilos de Personalidad de Millon

protección (80%), extraversión (73%), sentimiento (60%), sistematización (60%), sociabilidad (47%) y aquiescencia (60%); estas personas obtuvieron puntuaciones bajas lo cual ha permitido identificar algunos estilos de personalidad en estos usuarios, que a lo largo del trabajo se irán desarrollando de tal forma, que permitan una mejor comprensión de los estilos de personalidad de quienes allí confluyen en calidad de usuarios.

En las entrevistas aplicadas se observa que estos individuos carecen de una vinculación a nivel social y familiar, de allí que para muchos de ellos su único refugio son las drogas, por ejemplo: en alguna de las entrevistas, el señor J.J.O⁷ expresaba que: *"con mi mamá era con la que más tenía contacto, pero con mis hermanos la voy con ellos pero no me gusta ir porque empiezan a quejarse ;que pobreza!...además no me gusta como mucho molestar la gente.. a nadie le contaba nada personal ni a mi mamá.."*. Este acto de habla se puede evidenciar en la teoría de J. Bowlby acerca del apego y la forma como este

⁷ Las iniciales de los usuarios que enfrentaron las encuestas y entrevistas

se estructura en cada individuo de acuerdo a sus vivencias tempranas; en un capítulo más adelante se desarrollará esta teoría y su incidencia en el estudio realizado.

Según Bowlby (1989), el desarrollo de la conducta del apego es visto como un método organizado, el cual tiene como eje primordial la conservación de la proximidad a una figura materna discriminada. Esta conducta es considerada como parte integral de la naturaleza humana, de hecho su función biológica es esencialmente de protección, en el M.I.P.S existe una escala denominada protección, en la cual dentro de la investigación se encontró una puntuación relativamente baja en los usuarios, lo que indicaría que su nivel de apego no se encuentra ubicado en el bienestar del otro y de sí mismos; es por ello que estas personas no son reforzadores y por ende son determinadas por una Organización de Significado Personal (O.S.P) fóbica, que tiene una relación directa con una necesidad de libertad e independencia de ese mundo, en la que llegan a tener una tendencia marcada por el miedo y la ansiedad.

Dentro de los rasgos se encuentra un estilo de personalidad en el cual la preocupación por el bienestar de los demás es poca, muestran síntomas de egocentrismo relacionados con el nivel de protección existente hacia lo exterior, su interés principal y casi único es por su bienestar individual y no en ningún momento por el colectivo, pero a pesar de preocuparse por sí mismos; no cuentan con una organización o sistematización que les brinde seguridad, no planean ni miden consecuencias, es por esto que actúan en ocasiones sin pensar y no se fijan en los detalles mínimos que se deben tener en cuenta para actuar en situaciones concretas; aun cuando estos errores les afecten directamente su vida, no les importa debido a que pierden a veces la idea de mirar el lado positivo de esta y no se proyectan a futuro, de ahí que en las decisiones la ecuanimidad no se percibe o si lo hacen es muy poco común.

A nivel de sociabilidad no se preocupan por tener la atención y ser reconocidos por los otros; muestran poco interés para obtener estímulos o elogios de quienes les rodean, hecho que refuerzan por las estrategias que

utilizan al entablar nuevas relaciones o mantener las ya existentes; es decir, debido a sus sentimientos de superioridad y dominancia frente a los otros; sus vínculos son frágiles y poco duraderos, cuando poseen sentimientos negativos hacia alguna persona no hacen ningún tipo de esfuerzo por disimularlo; por el contrario, lo hacen evidente como si esta acción los hiciera sentir más grandes, fuertes y quizás poderosos.

Los comportamientos observados tanto a nivel individual como colectivo se producen no desde la etapa adulta, sino desde la etapa de la gestación, según D. Winnicott (1972) en su teoría acerca de la transicionalidad. Alude que éste es un espacio ilusorio, es una zona intermedia entre la realidad interna del individuo y la realidad compartida del mundo que es exterior a los individuos; lo que constituye un razón para que el objeto transicional no se elimina en el caso de estos sujetos adictos a las S.P.A; es decir, el objeto ilusorio continua siendo partícipe en su vida real, pero a diferencia de la etapa de la infancia éste no radica en la madre, sino que se cambia por un objeto simbólico que

parte desde la fantasía y que es quien genera el vínculo en el mundo interno y el mundo externo que habitan a diario.

Winnicott (1979. pág. 214) dice: "La fantasía es más primaria que la realidad, y el enriquecimiento de la fantasía con las riquezas del mundo depende de la experiencia de la ilusión". En las personas adictas, la experiencia ilusoria tiene un papel fundamental para la vinculación al mundo de la farmacodependencia, ya que desde el mundo de sus propias fantasías ellos tienen la oportunidad de crear una realidad subjetiva, la cual los conduce a otra nueva realidad que tiene como base un mundo completamente ficticio y que no logra de esta manera vincularse con el mundo denominado "objetivo o real".

En la entrevista realizada con el señor C.G., él afirma que en el mundo que vive actualmente: "*se vuelve uno más degenerado, en el aspecto del aseo personal, las ganas de trabajar, de salir... se pierden todas esas cosas, como salir con los amigos, la familia, ya uno se vuelve más frío*". Retomando el postulado de Winnicott acerca de

la transicionalidad y relacionándolo con la entrevista hecha al señor C.G, se observa el encuentro entre lo afirmado por el psicólogo y las experiencias vivenciadas por la persona entrevistada, reforzando así, que el mundo creado a partir de la fantasía ilusoria deja como consecuencias un vacío en el vínculo con el objeto inicial de transición y posteriormente, en el vínculo que posee el individuo actualmente con el mundo interior y exterior.

El mundo ilusorio creado por el sujeto se genera cuando la madre posibilita el espacio al niño de crear su sí mismo, a partir de una zona virtual en la que este cree haber encontrado una realidad ya existente; desde allí que cada ser humano comienza su existencia a partir de una experiencia instaurada en una vinculación que se fundamenta de utopías, donde la madre no rompe la estructura psíquica de esta ilusión que contradice la verdad. (Winnicott, 1972. Pág. 20)

En el espacio transicional existe un puente que genera, une y separa simultáneamente el interior y el

exterior del individuo, donde sólo queda importando lo que transita, se intercambia y transforma en él.

Winnicott dice al respecto lo siguiente:

Por parte del otro significativo, la función de sostener la paradoja de lo creado-percibido es heurística, fundante y provoca los efectos de los trucos de un ilusionista, pues para vislumbrarlos es necesario conectar-desconectar lo subjetivo y lo objetivo en una relación simultánea y co-extensiva (Winnicott, 1972. Pág. 112).

- **El Poli-consumidor**

El poli-consumo hace referencia a un tipo de dependencia de sustancias en el cual una persona utiliza por lo menos 3 diferentes tipos de sustancias por un tiempo no menor a 12 meses y que no posee una droga favorita que califique para dependencia por sí sola. El poli-consumo se encuentra como clasificación diagnóstica en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales). El individuo no cumple los

criterios para diagnosticar dependencia a ninguna de las sustancias que consume de forma individual.

Este tipo de usuarios con características de poli-consumidores generan distintas consecuencias a nivel neurológico, afectando múltiples funciones cerebrales: como la ejecutiva, la meta cognición, el procesamiento de la información, la cognición en general y otros aspectos que posibilitan el buen desarrollo de la vida comportamental de cada sujeto.

Poseen una tendencia a vincularse abiertamente con diferentes personas, situaciones y cosas; lo que conduce a que estos tengan intereses difusos en la forma de relacionarse con lo externo, por tal motivo, al no poseer una claridad acerca de sus intereses particulares pierden su eje principal, cambiando de este modo el mundo real de cosas y personas por un mundo fantástico que habita en medio de la ilusión, sobre la cual son conducidos por la ingesta de sustancias psicoactivas.

En la aplicación del test y las entrevistas realizadas se pudo hallar que varias de las personas

estudiadas hacían parte de este grupo de poli-consumidores, muchos de ellos en su necesidad constante de satisfacer sus deseos, conducen a una autodestrucción interna que termina afectando no sólo su individualidad, sino que a su vez trae consigo consecuencias colectivas para el ámbito que los rodea, ya sea amigos, familiares o la sociedad en general.

Las sustancias de mayor presencia en los sujetos estudiados son: cannabis, bazuco, cocaína, anfetaminas, cigarrillo y el alcohol, siendo estos dos últimos un común denominador en la mayoría de ellos, puesto que al consumir algunas de las otras sustancias nombradas siempre venían combinadas con el cigarrillo o el alcohol, o incluso ambos.

Al mezclar las sustancias, se altera el S.N.C, haciendo que los comportamientos de orden fisiológicos se vean altamente alterados; algunos de los cambios a los que ellos hacían referencia a menudo son baja de presión, dilatación de la pupila, taquicardia, mareos y pérdida de conocimiento absoluto. Si encontramos una persona que exprese estos síntomas se podría llegar a creer que se

trata de una enfermedad común en cualquier individuo, pero al tener estas reacciones de sujetos afectados por el consumo de S.P.A, no serían un tipo de alarma que indique algo distinto a lo que ellos llaman "una traba"; es decir, ellos están actuando completamente bajo efectos de cualquiera o varias de estas sustancias nombradas anteriormente, por consiguiente, sus actitudes y otros comportamientos llegan a estar ajenos a su personalidad, desviándola a acciones que otorgan indicios de una personalidad afectada por situaciones diversas, desvirtuando su estructura inicial de personalidad.

Cuando se habla de estructuras de personalidad, también se incluye un concepto trabajado por los profesionales del área de la salud mental, los criterios de "normal y anormal". Según T. Millon retomado en 1985:

La normalidad es la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente, una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia y la habilidad de auto-realizarse o de alcanzar las propias potencialidades (1981, pág. 8).

Esto da pie a inferir que las personas estudiadas no cumplen con los criterios establecidos de poseer un "personalidad normal", debido a que como lo plantea Millon:

La conducta anormal se desarrolla y se forma de acuerdo con los mismos principios y mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal. Sin embargo, a causa de diferencias en las disposiciones biológicas y en las influencias ambientales, algunos individuos aprenden hábitos desadaptativos cognitivos, afectivos y de conductas manifiestas, mientras que otros individuos no lo hacen (1985, pág. 20).

En este orden de ideas se puede establecer que las condiciones psicosociales de los individuos analizados no encajan en esta primera definición de normalidad; es decir, que las influencias ambientales y familiares no posibilitaron un desarrollo normal de la personalidad, debido a que no obtuvieron una buena adaptación al entorno, quizás por la ausencia de normas, reglas, cuidados o afecto no permitieran ser guiados de una mejor forma, por consiguiente, mejores pautas de crianza y

mayor acompañamiento en todos los ámbitos que rodeaban la vida de cada uno de ellos.

Así como hay criterios para definir los tipos de personalidad, también hay algunas características que nos ayudarían a enfocar mejor el patrón de personalidad anormal, estas son:

- ✓ La persona intenta afrontar las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas des-adaptativas.
 - ✓ Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes.
 - ✓ Los patrones de conducta manifiesta del individuo tiene efectos perniciosos para la salud.
- (Millon, 1985, Pág. 20)

Si se toma en cuenta estos criterios y se relacionan con los comportamientos dentro del consumo, se encontraría una explicación a ese multi-consumo que sostienen estas personas y la indecisión permanente

acerca de su falta de preferencia por una sustancia en particular.

Esa falta de adaptación o como lo llama Millon "La inflexibilidad adaptativa", se refiere a:

Una tendencia consistente del individuo a relacionarse consigo mismo y enfrentarse al ambiente a través de estrategias inapropiadas, rígidas y aplicadas uniformemente. Tal rigidez, además, inhibe el desarrollo de un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento. No se trata sólo de la incapacidad del individuo para adaptarse a los acontecimientos, sino que además esta persona también intenta cambiar las condiciones ambientales, en tanto que no es capaz de llevar a cabo conductas más allá de su limitado repertorio conductual" (Millon, 1985. Pág. 21).

En una de las entrevistas realizadas con el señor N.C, él expresa sus sentimientos frente a la calle y lo que significa esta para su vida: *"... yo estuve en la calle por muy poco tiempo, uno sin poder dormir porque lo van a matar, o será porque yo le tengo mucho miedo a la calle... a la intemperie, yo soy muy sensible. Estaba muy*

desorganizada mi vida que me refugiaba en la droga para poder dormir, no pase ninguna noche de esas sin consumir...". Estas ideas en virtud de la teoría permiten analizar el nivel de adaptación que éste posee en relación a su situación de calle y consumo, se llega a evidenciar que en la teoría de Millon donde habla de las estrategias de afrontamiento, este sujeto en particular si tiene una estrategia para afrontar la situación que vive, aunque en el modelo de normalidad esta forma de enfrentarse a ello no es la correcta, ya que si tuviese otras opciones los resultados de ese miedo lo conducirían a actuar de manera más responsable consigo mismo.

Otro criterio que es de vital importancia retomar y que además tiene mucho que ver con la problemática central de esta investigación es la tendencia a fomentar círculos viciosos, en el que el individuo gira entorno a un eje que va y viene y oscila entre el consumo y no consumo. Da lugar al síndrome de abstinencia, fundamental en esta etapa de disputa interna. Abre paso la manipulación del ambiente; es decir, la abstinencia de estas sustancias se hace con el fin de obtener un

refuerzo positivo de los otros o por la falta de refuerzos dentro del mismo consumo, que los conduzca hacia un verdadero cambio y de esta forma tratar de encajar nuevamente en esa sociedad de la cual han sido excluidos.

Por último, existe un patrón denominado estabilidad lábil, comúnmente llamado ego débil, en este esquema los conflictos no resueltos tienden a emerger nuevamente, logrando desestabilizar las estrategias de afrontamiento que el sujeto poseía para controlar sus emociones y demás percepciones acerca de la realidad; cambiando así las estrategias antes pensadas por formas patológicas y distorsiones de la realidad subjetiva.

Para concluir este primer capítulo, se hace referencia al título inicial de éste y a los estilos adictivos encontrados en cada una de las personas objetos de la investigación, después del recorrido hecho por las teorías de D. Winnicot, J. Bowlby y T. Millon, los resultados obtenidos están contenidos en cada uno de los párrafos anteriores en los que se da cuenta de las herramientas utilizadas para este propósito, de esta

manera se obtuvo la información acerca de los estilos y rasgos de personalidad que abarcan el estilo adictivo, dentro de los que el poli-consumo jugó un papel importante para determinar que las conductas y comportamientos son sesgados por la forma de afrontar las diversas situaciones en que se ven envueltos, dentro y fuera del consumo de psicoactivos; esto debido al enorme vínculo que se crea entre las influencias ambientales. La forma afectiva y la disposición biológica que crean así hábitos desadaptativos y que terminan por influenciar todos los espacios vitales que logran desarrollar en cada una de sus etapas evolutivas.

8.2 EN BUSCA DE UN ESCLARECIMIENTO SOBRE EL ESTILO RELACIONAL ADICTIVO

Este acápite dará cuenta del estilo relacional adictivo de los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado, para ello es perentorio retomar, inicialmente, los postulados hechos en el capítulo anterior y afianzar las teorías psicodinámicas halladas a la luz de este tema, con los resultados del M.I.P.S y las escalas que este evalúa

acerca de los comportamientos interpersonales que afectan o influyen en este estilo relacional adictivo.

Cuando se habla de estilo relacional concita el esfuerzo para mencionar los niveles de dependencia tanto emocional, física y psíquica que se generan en el contexto de la farmacodependencia, especialmente, en atención a la adicción de sustancias alucinógenas, las cuales conllevan a que estos sujetos presenten comportamientos del orden desadaptativo, induciéndolos a una interrelación afectivo-dependiente.

Al interior de los trastornos de personalidad de tipo dependiente se encuentra en el cuadro clínico de las personas que padecen esta sintomatología, los rasgos característicos como: "baja autoestima, sentimientos de inferioridad, sometimiento a la intimidación y al abuso con la esperanza de evitar la soledad y el abandono. Cuando se dejan solos se ven impotentes para desarrollar un modo de vida constructivo..." (Millon, 1985, Pg. 92). Este estilo tan particular de comportamiento refleja una incapacidad marcada para desenvolverse de forma tranquila

y espontánea a nivel social; se observa un sentimiento de minusvalía en los contextos que habitan diariamente.

Estos sentimientos de conmisericordia son frecuentemente evidenciados en los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico; no obstante, en su realidad esta dependencia es tomada como un modo de vida, para que los demás perciban esa minusvalía y autoimagen, logrando con ello evitar las responsabilidades, ser vistos como incompetentes, otorgándoles así un pronóstico de personas ineptas e incapaces de realizar cualquier tipo de labor.

La American Psychological Association en el año 2007:

“Califica la negación como un mecanismo de defensa, que actúa inconscientemente, utilizado para resolver un conflicto emocional y aliviar la ansiedad rechazando los pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades o factores de la realidad externa que son conscientemente intolerables”.

Como se mencionó en el párrafo anterior estos sujetos investigados tienden a permanecer en un estado de inconsciencia; es decir, fuera del consenso social; en el M.I.P.S existe una escala llamada discrepancia, en la que se miden los niveles de *inconformidad, audacia y ambición*; al analizar los resultados obtenidos de los sujetos evaluados, se encontró que un 87% de estos usuarios presentan una marcada tendencia a demostrar con acciones más que con palabras que son independientes e inconformistas, no les gusta seguir ninguna norma tradicional, utilizan un tipo de audacia que puede llegar a considerarse en casos similares a este, como ambiciosa y manipuladora. (Millon, 1994, Pg. 14)

La manipulación es una de las actitudes y conductas más características del paciente adicto; y consiste en despertar en el interlocutor⁸, emociones de protección, lástima o comprensión que los lleven a mantenerse en el consumo y evitar las consecuencias de sus actos sin asumir las responsabilidades que ella implica. Para

⁸ Por lo general un familiar, un amigo, compañeros de trabajo o incluso el terapeuta.

ciertos autores la idea de manipulación se instaura cuando el individuo comienza a experimentar en el mundo de las sustancias psicoactivas, puesto que es en este momento donde se desarrolla; primero: un autoengaño donde son únicamente ellos mismos los que se crean la fantasía de lo que está sucediendo, y segundo, una mixtificación hacia su entorno, creando una estrategia que les servirá como barrera, impulsando en amigos, familiares y demás personas que están a su alrededor sentimientos de lástima, culpa y tristeza, con lo cual no serán juzgados ni rechazados, por el contrario, serán aceptados y tratados de manera más permisiva. En la población estudiada los resultados no fueron diferentes, el interés de manipular permanentemente todo lo que gira en su entorno es una idea que se pudo percibir en muchas de las respuestas que estos sujetos daban al momento de la entrevista.

En los resultados del M.I.P.S aplicado a estos usuarios, se evidenció que un 93% de la población tiene rasgos y estilos completamente marcados de **individualidad**, determinando que estas personas se

encauzan en satisfacer sus deseos y necesidades; es decir, buscan realizarse ellos mismos en primer lugar, se preocupan poco por las implicaciones de sus actos en los demás y tienden a ser independientes y egocéntricos (Millon, 1994, Pg. 13); en varias de las entrevistas realizadas a estas personas se encontraron frases como, (J.J.O): *"Prefiero estar aislado no por miedo si no que no me llama la atención me gusta estar solo, me gusta la soledad"*; de igual forma, (N.C): *"Yo soy una persona más bien tímida, más bien retraída, me gusta estar como solo"*, así como C.V: *"decidí refugiarme más en el alcohol y perdí el interés por todo"*; estos discursos corroboran la legitimidad de los resultados de la prueba aplicada, debido a que al interior de la escala de individualidad, el interés único por el bienestar de sí mismos va acompañado de momentos de soledad y de la idea de no necesitar a nadie más para obtener lo que desean, se consideran autosuficientes; estas personas tienen una relación fragmentada en el núcleo familiar, debido a que se encuentran exclusivamente centrados en su propio bienestar y olvidan con ello el bien común, provocando una desvinculación en todos los ámbitos de su vida:

emocional, económico, laboral, religioso, moral, familiar y social.

- **Egocentrismo y manipulación, sentimientos de grandeza**

Cuando se habla de expresiones egocéntricas estas se centran en conductas de ambición, presunción, ostentación y exhibicionismo. Este rasgo particular en algunas personas se puede trabajar desde el orden de lo psicológico, dado que estas personas no tienen en cuenta a los demás, y su forma de relacionarse no es creada por el sujeto como un individuo particular, sino que parte inicialmente de la interacción de éste con los padres, cuyos deseos de grandeza han sido fundados por las represiones que los padres desean transferir a sus hijos.

Según Fromm en 1991, "el egocentrismo se trata de un mecanismo de defensa"; estas personas particularmente aisladas de lo real, toman como verdadero sólo sus propios pensamientos y no aceptan en ningún caso las observaciones que los demás les hacen. Estas ideas se plantean para traer la prueba aplicada donde una de las escalas evaluadas es **preservación**, en la que los sujetos

investigados arrojaron una alta puntuación (67%), este ítem revela:

Que estas personas centran su atención en los problemas y los agudizan. Al percibir su pasado como algo personalmente problemático, siempre parecen estar esperando que algo nuevo salga mal y sienten que las cosas probablemente irían de mal en peor. Se molestan fácilmente con las más mínimas preocupaciones y decepciones (Millon, 1994, Pg. 13).

Es así como la afirmación de Fromm, toma validez en la medida que estas personas se protegen refugiándose en un mundo irreal, donde ocultan todo aquello que les sucede por temor a revelar sus verdaderas emociones.

Sentimientos de grandiosidad como la manipulación y el egocentrismo llevan a que estos sujetos piensen que son seres excepcionales y autosuficientes, sienten que sus necesidades son únicas y exclusivas y por ende, nadie más puede padecer lo que ellos están experimentando. Es así que cuando desean ser atendidos por otras personas quienes deben ser como ellos, es decir, que posean capacidades especiales.

Cuando una persona posee estos sentimientos y es determinada por sí misma como omnipotente, debe también poseer ciertas características que afiancen su estilo particular, entre ellas están: la lógica, el juicio frío, el razonamiento analítico, satisfacción de sus deseos y necesidades, modificación de su entorno para su beneficio propio, no demuestran sus emociones y son indiferentes ante los acontecimientos sociales, ambiciosos, sobrevaloran su importancia personal, arrogantes, sus relaciones interpersonales son abiertamente disfuncionales, impresionan a los demás, caprichosos, sofisticados, desconfiados, auto-controladores, no sienten culpa y son insensibles. En los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico se hallaron estos rasgos al aplicar el M.I.P.S, aunque no es algo generalizado si se obtuvo un alto porcentaje en las escalas que permitían evaluar rasgos que pertenecen a los estilos de personalidad antisocial, antisocial-psicopática, narcisista y paranoide.

En este sentido, se desarrollará cada una de las personalidades encontradas en los usuarios, se tendrá en

cuenta la teoría psicodinámica y los resultados de los test y las entrevistas realizadas con cada uno de ellos.

El trastorno de personalidad antisocial:

Representa un trastorno de personalidad de tipo activo- independiente, esto significa que los individuos que poseen el trastorno antisocial buscan activamente el refuerzo a través de su realización personal. Este trastorno de la personalidad se caracteriza por la ambición, persistencia, conducta dirigida hacia un objetivo, una aparente necesidad de control del ambiente y una dificultad en confiar en las habilidades de los demás (Millon, 1985, Pg. 48)

En el-M.I.P.S, la escala de **retraimiento** plantea que:

Aquellos que obtuvieron una puntuación alta en esta escala se caracterizan por no demostrar sus emociones y por su indiferencia social. Tienden a ser tranquilos, pasivos y a desligarse; es probable que los demás les consideren callados y aburridos, incapaces de hacer

amigos y también apáticos e indiferentes" (Millon, 1994, Pg. 14);

Para los sujetos investigados se obtuvo una puntuación de 87% en la escala de retraimiento, lo que conlleva a que posean un estilo de personalidad sesgado por el patrón antisocial.

Otra de las escalas evaluadas en el M.I.P.S que se puede relacionar con este trastorno es la de **sensación**, en la que los usuarios obtuvieron una puntuación de 67%, esta escala dice:

Estas personas adquieren sus conocimientos de lo tangible y lo concreto, confían en las experiencias directas y en los fenómenos observables y no en la deducción y la abstracción. Lo que les da bienestar y confianza es lo práctico y lo real, lo exacto y lo objetivo (Millon, 1994, Pg. 13).

De esta manera estos sujetos dejan de lado su fuerza de voluntad relacionada con el consumo de SPA, dando por hecho que no pueden obtener ningún resultado positivo frente a esta problemática, es así como ellos no son

capaces de visualizar un futuro dado su carácter incierto, por lo tanto, no tiene sentido ni en su realidad ni en su concreción.

De otro lado se encuentra el trastorno de personalidad antisocial psicopática, en la que algunos autores de la orientación psicodinámica afirman:

Que la razón por la cual una persona psicópata es una persona perversa, es porque se trata de sujetos cuya personalidad depende en gran medida de mantener el principio de realidad, pero careciendo de super-yo. Esto hace que la persona psicópata pueda cometer acciones criminales u otros actos cuestionables con total falta de escrúpulos, sin sentir culpa.

Bien vale la pena destacar que una función del *superyó* es integrar al individuo en la sociedad, lo que explica que las personas que poseen predominantemente estos rasgos el mundo externo es casi nulo, puesto que sus intereses particulares priman ante cualquier otro que no tenga como consecuencia su beneficio individual; como consecuencia de esto en el trastorno psicopático se

producen conductas anormalmente agresivas y gravemente irresponsables.

Robert Hare, creó un Psychopathy Checklist en el 2006 (PCL), para definir la psicopatía a través de una serie de síntomas interpersonales, afectivos y conductuales. Algunos de estos síntomas que exhiben los psicópatas son:

- Gran capacidad verbal y un encanto superficial.
- Autoestima exagerada.
- Constante necesidad de obtener estímulos y tendencia al aburrimiento.
- Tendencia a mentir de forma patológica.
- Comportamiento malicioso y manipulador.
- Falta de culpa o de cualquier tipo de remordimiento.
- Afectividad frívola, con una respuesta emocional superficial.
- Falta de empatía, crueldad e insensibilidad.

- Estilo de vida parasitario.
- Falta de control sobre la conducta.
- Vida sexual promiscua.
- Historial de problemas de conducta desde la niñez.
- Falta de metas realistas a largo plazo.
- Actitud impulsiva.
- Comportamiento irresponsable.
- Incapacidad patológica para aceptar responsabilidad sobre sus propios actos.
- Historial de muchos matrimonios de corta duración.
- Tendencia hacia la delincuencia juvenil.
- Revocación de la libertad condicional.
- Versatilidad para la acción criminal.

Ahora bien, se esbozará a continuación la relación con el M.I.P.S y las escalas que permiten visualizar este trastorno en los usuarios del Centro de Caracterización y

Diagnóstico. En primer lugar, se tomará la escala llamada **pensamiento** en la que los usuarios obtuvieron un puntaje del 73%, esta escala dice en palabras de Millon: "Que estas personas prefieren procesar el conocimiento que tienen mediante la lógica y el razonamiento analítico. Sus decisiones se basan más en juicios fríos, impersonales y objetivos que en emociones subjetivas" (1994, pág. 13). Es así como se desencadena un patrón de rasgos y estilos egocéntricos que forman un pensamiento individual, reforzando el cuadro clínico determinado inicialmente.

Para los especialistas el trastorno antisocial psicopático es incorregible, aunque en ciertos casos se utilicen fármacos antipsicóticos, con el fin de reducir los niveles de impulsividad, más allá de las implicaciones no sólo en la salud del paciente, sino para la seguridad e integridad del terapeuta.

La otra escala que hace referencia a la psicopatía es la **discrepancia** en la que los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico obtuvieron un 87%, esta escala a propósito de Millon plantea: "Tienden a

demostrar con acciones, más que con palabras, que son independientes e inconformistas. Con frecuencia se resisten a seguir las normas tradicionales y despliegan una audacia que puede ser considerada imprudente o vehemente y ambiciosa" (1994, pág.14). Esta discrepancia se ve reflejada en una de las frases de la entrevista con el señor N.C: *"Uno con el consumo cambia yo por ejemplo he llegado a tratar mal a las personas en lugares como la iglesia en alguna ocasión"*; es claro como estas personas pierden esa capacidad de autorregulación y las normas morales que están establecidas en el contexto social son infringidas de tal modo, de no importarles las consecuencias de las acciones ejecutadas en contra de quienes lo rodean.

Se observa el trastorno de personalidad narcisista, el cual se encontró latente en la población investigada. Este trastorno representa:

Una personalidad pasivo independiente en términos de la matriz de refuerzo, esto significa que los narcisistas son capaces de auto-refuerzo, pero más que auto-refuerzo conseguido activamente por medio de conductas ambiciosas,

persistentes y dirigidas hacia un objetivo, como los antisociales, los narcisistas no sienten la necesidad de probarse a sí mismos. Para los narcisistas, simplemente *el ser* les da el derecho de recibir refuerzo. Estos individuos sobrevaloran su importancia personal, dirigen sus afectos hacia sí mismo más que hacia los demás y esperan que los demás reconozcan su valor único y especial (Millon, 1985, Pg. 62).

Este estado de narcisismo lo retoma E. Fromm () diciendo que:

El hombre cuando más trata de ser Dios, más se aísla de la especie humana; este aislamiento la hace más temerosa, todo el mundo se convierte en enemigo suyo, y, para hacerse frente al miedo resultante, tiene que aumentar su poder, su crueldad y su narcisismo (1986, pág. 73).

Conceptos que permiten conocer cómo los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico tienen un estilo de personalidad marcado por el narcisismo en cuyo seno creen ocupar el centro de su propio universo.

En el test aplicado a estas personas se vislumbraron dos escalas. La primera, denominada **introversión** en la que se obtuvo un puntaje de 87%, que permite afirmar que:

Estas personas prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recursos; fundamentalmente obtienen más inspiración y estímulo de ellos mismos que de los demás. A diferencia de los extravertidos, los introvertidos se sienten más serenos y cómodos al distanciarse de los demás, de las fuentes externas; prefieren en cambio estar atentos a la inspiración que provienen de sí mismos (Millon, 1994, Pg. 13).

En esta escala se evalúa gran parte de los criterios que se deben tener en cuenta para diagnosticar un trastorno de personalidad narcisista; es desde allí que se puede hablar asertivamente de los factores que posibilitan su desarrollo y presencia en los usuarios, e igualmente, ver como el consumo de sustancias psicoactivas y la situación de calle llegan a influenciar en la capacidad de introversión o repliegamiento, olvidando la existencia del mundo externo y las otras posibilidades de vida que podrían llegar a conseguir. Esto da lugar a que en ciertos casos de los investigados

es tanto su nivel de egocentrismo que se consideran a sí mismos como admirables, dotados y únicos, extraordinarias y capaces de presentarse a cabalidad ante los demás, pero que en realidad su nivel de vida no logra llegar ni siquiera a los estándares mínimos esperados por una persona del común.

En este trastorno ocurre en ocasiones una confusión con respecto al trastorno de personalidad histriónica, por lo que se ha de tener mucho cuidado, puesto que existen algunos criterios que hacen la diferencia entre ambos; por ejemplo, y como lo plantea Millon:

La personalidad narcisista las personas esta inclinadas a evitar tener dependencia de los demás. Tienden a considerarse a sí mismos como independientes, fríos y por encima de muchas formas de responsabilidad social. Son explotadores. En contraste, las personalidades histriónicas son extremadamente dependientes de los demás para la aprobación y sentimientos de valoración de sí mismos pueden ser cálidos y expresivos, más que fríos y egocéntricos. Son seductores más que explotadores (1985, pág. 65).

La otra escala que permite diagnosticar un trastorno de personalidad narcisista es la llamada **individualidad**, referenciada en líneas introductorias de este acápite la cual se retoma para hacer énfasis en esa capacidad de independencia que poseen las personas con este tipo de trastorno. "Los narcisistas rechazan la insignificante conformidad, su concepto de sí mismo está construido sobre su superioridad única" (Millon, 1985, Pg. 66). En los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico la necesidad de sentirse superiores permanece latente, lo que ocasiona situaciones de no saciedad; es decir, su deseo insaciable de consumir una sustancia que le genere mayor sensación que la anterior es interminable; además, existe el prestigio y *estatus* que le puede otorgar el consumo de drogas con mayor incidencia biológica, debido a que su nivel de superioridad esta medido por la capacidad de consumir más y mejores sustancias de tipo psicoactivo.

Para finalizar con los rasgos e indicadores de trastornos hallados en los usuarios del Centro de

Caracterización y Diagnóstico, se define el trastorno de personalidad paranoide, como aquel en el que:

Los individuos paranoides son suspicaces, resentidos y hostiles. Tienen tendencia a responder con ira a cualquier cosa que se asemeje al ridículo, la decepción, el desprecio o la desconsideración. Esta facilidad para percibir la traición y la agresión, da lugar a innumerables problemas intrapersonales e interpersonales (Millon, 1985, Pg. 190).

Bajo este concepto se hallaron tres escalas en el test de M.I.P.S. La primera, se denomina **preservación** en la que estos sujetos obtuvieron un 67% y cuya característica precisada por Millon plantea:

Centran su atención en los problemas y los agudizan. Al percibir su pasado como algo personalmente problemático, siempre parecen estar esperando que algo nuevo salga mal y sienten que las cosas irán de mal en peor. Se molestan fácilmente con las mínimas preocupaciones y decepciones (1994, pág. 13).

Esto da cuenta y en virtud de la escala de preservación, incorporar la parte de la población de los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico al

interior de la categorización de dicho trastorno, debido a que estos sujetos se comportan de una forma hipersensible y catastrófica, permanecen irritables ante cualquier estímulo, juicio y señalamiento; es decir, siempre permanecen alertas y vigilantes frente a cualquier peligro ya sea que exista o no. En una entrevista aplicada el señor N.C dice: *"yo estuve en la calle por muy poco tiempo, uno sin poder dormir porque lo van a matar, o será porque yo le tengo mucho miedo a la calle. A la intemperie yo soy muy sensible. Estaba muy desorganizada esa vida que me refugiaba en la droga para poder dormir, no pase ninguna noche sin consumir"*; lo que se convierte en una evidencia de paranoia, en el que se halla un sujeto bajo los efectos del consumo de SPA ante el temor a enfrentar lo que para él es percibido como peligroso.

Otra de las escalas que hace parte de este trastorno es la denominada **adecuación** en la que se obtuvo un 53%, ésta en términos de Millon dice:

Estas personas hacen poco por sus vidas o modificarlas.

Ante los acontecimientos reaccionan adaptándose a las

circunstancias que otros crean. Parecen dar su consentimiento sin protestar, son incapaces de volverse activos, carecen de iniciativa y hacen muy poco para provocar los resultados que desean (1994, pág. 13).

Esta definición se vislumbra en la entrevista del señor H.J.R quien dice: *"Mi proyecto de vida es quedarme en el asilo hasta que me muera, yo ya bien enfermo que me voy a hacer en la calle. Entonces necesito un lugar en donde pueda salir por ahí a trabajar y a conseguir un poco de dinero..."*. Se habla allí, entonces, de una forma de auto-concepto de minusvalía y falta de iniciativa hacia su propio futuro, el cual prefiere dejar en manos de otros lo que puede hacer y pensar por sí solo.

La última escala de este trastorno se llama **indecisión** en la que obtuvieron una puntuación del 53%, y como plantea Millon:

Estas personas generalmente son cohibidos, tímidos y nerviosos en contextos sociales, desean fervientemente gustar y ser aceptados por los demás, sin embargo, con frecuencia temen ser rechazados. Al mismo tiempo que son

sensitivos y emocionalmente sensibles, son desconfiados, solitarios y se aíslan", (1994, pág. 14).

En la personalidad paranoide las personas se expresan en una forma que puede ir desde lo hosco, irascible y petulante, son especialmente fríos y sin ningún sentido del humor y permanecen activos a reacciones con enfado. Las cuales fueron son particulares en algunos de los individuos a los que se les aplicó la prueba, por tanto, esta escala como las anteriores son evidencia de los comportamientos no sólo interpersonal como intrapersonal.

Para finalizar este capítulo, se logra determinar que tanto los trastornos de personalidad antisocial, antisocial psicopática, narcisista y paranoide se relacionan con las escalas de preservación, adecuación, indecisión, individualidad, introversión, sensación, retraimiento, pensamiento y discrepancia que T. Millon propone en el M.I.P.S; de esta manera, se logró enlazar tanto el título inicial como el subtítulo con cada una de las escalas, lo que permitió unir las características de los trastorno con la definición de éstas y generar así,

una coherencia entre las teorías expuestas y los resultados arrojados por el test aplicado a los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado.

8.3 FORMAS DE CRIANZA Y ESTILO RELACIONAL ADICTIVO

En este capítulo, se retomarán las teorías de J. Bowlby mencionadas en el primer capítulo acerca del apego, la propuesta de Winnicott sobre el fenómeno transicional, su relación con algunas formas de crianza y la dependencia, que propician la creación de un estilo relacional adictivo temprano en los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico del Municipio de Envigado.

En la teoría expuesta por Bowlby (1976), se dice que la conducta del apego es definida como cualquier forma de comportamiento, en la cual su finalidad está basada en el sostenimiento de la proximidad de los otros individuos con los que se encuentran identificados, siendo estas figuras de identificación consideradas con más capacidades para enfrentarse al mundo. Cuando esta

figura de apego se facilita a las demandas y necesidades, proporciona un fuerte sentimiento de seguridad a la persona, y a su vez la motiva a mantener y valorar dicha relación.

Es de vital importancia resaltar que el proceso de las respuestas a la separación se generan en el desarrollo cognitivo del bebé a partir de los seis primeros meses de vida. En los sujetos investigados se evidenció por medio de las entrevistas realizadas, que al comienzo de la infancia se creó en unos un tipo de apego evitativo, lo que generó en ellos ciertos comportamientos característicos que aún permanecen en la adultez. En la entrevista el señor J.JO, dice: *"...mis relaciones eran... con mi papá eran más bien regulares, a nadie le contaba nada personal ni a mi mamá... mi mamá se dio cuenta muy tarde que consumía marihuana, he sido muy egoísta con los demás..."*, en este caso particular se logra identificar un tipo de apego evitativo, en el cual las personas le otorgan mucha importancia a la realización personal y la auto-confianza a costa de perder la intimidad con otros, son defensivos y llegan a desvalorizar la importancia de

los vínculos afectivos; este tipo de apego **evitativo** permite a su vez identificarlo con la escala de retraimiento propuesta por Millon, donde los sujetos investigados puntuaron con un 87% en dicha escala, lo que indica que son personas caracterizadas por no demostrar sus emociones y conservar una indiferencia social.

Un hallazgo importante y que se hace fundamental destacar es la concepción de J. Piaget, sobre el desarrollo:

La concepción sobre el desarrollo antecede y se constituye como la base del concepto sistémico de desarrollo, ya que tiene en cuenta los siguientes elementos: la adaptación, que implica los procesos o invariantes funcionales de asimilación y acomodación; la organización interna del sujeto, en términos de esquemas, operaciones y estructuras, que tienden a un equilibrio cada vez mejor; la interacción sujeto-objeto y la construcción por medio de la acción, que lleva en el sujeto a dos tipos de experiencia y a su vez a dos tipos de resultados, en términos de la abstracción empírica y la abstracción lógico-matemática. (1982)

Cuando el vínculo del sujeto con el mundo externo se ve distorsionado se debe exclusivamente al tipo de vinculación afectiva que se ha construido en la proximidad del bebé o el niño con sus padres o cuidadores; en palabras de Winnicott, el bebé existe sólo a través del significado que la madre le otorga a éste en el momento mismo de su nacimiento.

Para J. Bowlby las necesidades fundamentales del recién nacido se sitúan en el nivel de los contactos físicos, esto quiere decir que el bebé posee una necesidad innata del pecho, del contacto corporal y psíquico con la madre o quien haga la función de cuidador. Cuando se habla de la figura vincular, se debe hacer énfasis en que este papel no radica exclusivamente en la madre o el padre biológico, sino en la persona que tenga la capacidad de suplirle al bebé las necesidades con que éste llega al mundo, y de otorgarle el lugar de privilegio que permite configurar en el niño una estructura situada en el lugar del deseo.

Cuando el recién nacido llega al mundo en medio de diversos factores biopsicosociales, estos a su vez se

relacionan con la salud mental de los padres o cuidadores que crean comportamientos de estrés, depresión e irritabilidad que afectan el estilo de crianza y la forma de relacionarse con los hijos, es por este motivo que es de vital importancia tratar de identificar estos factores de riesgo para contrarrestarlos con factores protectores de la integridad física y mental, tanto de padres o cuidadores como de sus hijos.

Autores como Oliva, Parra & Arranz:

Proponen estilos parentales relacionales asociados con el clima y caracterizados por el apoyo, el afecto, la comunicación y la promoción de la autonomía desde una perspectiva más multidimensional, no sólo de afecto y control en las pautas de crianza. Oliva, Parra, Sánchez & López (2007) también estudian las relaciones entre estilos parentales y ajuste del adolescente y destacan las relaciones con el desarrollo de los hijos. (2008)

En las personas investigadas, existe un factor de vital importancia que los autores mencionan, el cual hace referencia a esta ausencia afectiva que vivieron cada uno de ellos en la etapa de crianza; quizás las pocas

demostraciones de afecto de sus padres hacia ellos han sido una de las causas que influyen hoy en día en su manera de comportarse afectiva y emocionalmente. Si bien estas primeras experiencias son la base fundamental para la estructuración de su personalidad, las experiencias siguientes van a permitir la posibilidad de afianzar estas vivencias, siendo estas últimas un complemento para desarrollar de forma individual su comportamiento hacia sí mismos y hacia el mundo externo.

En las historias de vida encontradas, hay factores asociados al contexto que influyen negativamente en la parentalidad, entre ellos los más repetitivos son la percepción negativa del bebé y la baja satisfacción materna, que a su vez confluyen en situaciones de maltrato y rechazo hacia ellos mismos. En la entrevista de C.V, este dice: "... *Las relaciones con mi esposa eran muy malas, estábamos distantes y ya no había casi comunicación, desde ahí fue que decidí refugiarme más en el alcohol y perdí el interés por todo...*"; como se puede evidenciar una de las características implícita en el comportamiento cotidiano de cada uno de ellos, era la

huida ante las situaciones difíciles que se presentaban y que por su condición de "minusvalía" (lástima) no las afrontaban.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2004, "resalta la participación del padre y la familia en la crianza y desarrollo infantil y en la importancia de identificar y optimizar las fortalezas de la familia en la crianza de los niños y niñas". Por su parte Ramírez plantea que:

Las prácticas de crianza que utilizan los padres se relacionan con los problemas de conducta de los hijos; como prácticas de crianza inadecuadas: afecto negativo, castigos no físicos, control autoritario y énfasis en el logro, los hijos tienen mayor probabilidad de presentar problemas de conducta tanto externos como internos. (2002)

En las familias de estos sujetos quien lleva en la mayoría de ocasiones la función de ley es la madre, esto debido a que en muchos de los casos la figura paterna se encontraba ausente, es así como la autoridad ejercida por la madre no fue lo suficientemente normativa y segura al momento de instaurar en ellos los castigos, resaltar los

logros e impulsarlos a continuar con la construcción de sueños y metas; no se puede asegurar, entonces, que este comportamiento de la madre hacia sus hijos sea un acto de abandono, dado que por las condiciones económicas y sociales ella debía realizar otras funciones externas de índole laboral para subsistir con sus hijos. Por otra parte, no se puede aseverar que los comportamientos en ciertos casos desadaptativos de estos sujetos tengan una justificación en la forma como fueron criados, pues siendo así existirían muchas otras personas en la misma situación de adicción, habitando la calle y con comportamientos inadecuados; es por ello que la relación vincular con la figura materna debe ser gestada desde un apego seguro para que en ocasiones donde esta no se encuentre presente, el niño tenga las pautas a seguir claras y esto lo conduzca a tomar una mejor decisión.

En la entrevista hecha a estas personas se le preguntó por el momento de iniciar el consumo y en su mayoría atinó a plantear que la edad oscilaba entre los 12 y 15 años; adicional a esto, las situaciones en las que se encontraban no eran muy diferentes unas de otras,

por ejemplo, el señor N.C dice: *"Yo empecé a los 12 años con la primera borrachera con un amigo de mi papa, y después de terminar el bachillerato empecé a consumir el cigarrillo a los 19 años, y ya luego el alcohol que es el que me ha dado muy duro"*, el señor C.G dice: *"A la edad de 13 años empecé por curiosidad, empecé con el consumo de marihuana pero eso era cada semana esporádico"* y el señor J.H.R dice: *"a los 12 años...sólo consumía alcohol, todo el que se atravesara"*. Se puede evidenciar como estas entrevistas tienen explicaciones parecidas sobre el inicio de su consumo y aunque no ingieran la misma sustancia todos iniciaron en situaciones y edades similares.

Winnicott dice en su teoría de la transicionalidad que:

Cuando su adaptación (la de la madre) a las necesidades del bebé es lo bastante buena, produce en éste (el niño) la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear. En términos psicológicos, el bebé se alimenta de un pecho que es

parte de él, y la madre da leche a un bebé que forma parte de ella (1972, pág. 30).

En esta figura de pecho y leche se puede comprender un poco la vinculación que se genera desde el nacimiento del infante con la madre, que es quien proporciona lo que para él está ausente y que sólo puede ser suplido por ella.

En este proceso de internalización del objeto transicional pueden ocurrir algunos fallos. Uno de ellos sería que este objeto transicional elegido por el infante/niño(a) sea tan inestable e impredecible que no permita un fenómeno transicional suficientemente bueno y estable que brinde la opción de recurrir a este en situaciones de separación, angustia o amenaza de depresión. En el M.I.P.S los sujetos evaluados obtuvieron un 87% en la escala llamada **discrepancia**, referida a la independencia y el inconformismo, de igual forma quienes puntúan alto en esta escala son personas que se resisten a seguir las normas tradicionales y que poseen una audacia en ocasiones ambiciosa; con este concepto otorgado por Millon y la teoría de la transicionalidad de

Winnicott, se logra exponer cómo la creación del objeto transicional sirve para mostrar que estos sujetos adictos permanecieron o permanecen atrapados en la lógica transicional y por ende, mantienen un apego concreto con el objeto transicional creado, en este caso el tipo de sustancia adictiva en remplazo de la madre; de ahí que la sustancia psicoactiva sea el sustituto materno, lo que los mantiene en esa lógica subjetiva infantil en la que se recrea la ausencia de la madre y la búsqueda compulsiva de su sustituto.

- **Dependencia, apego y pérdida de la dignidad.**

Inicialmente se definirá el concepto relacionado a la dependencia, en el que se hablará tanto de la emocional como física, ambas en virtud al consumo de sustancias psicoactivas.

Según Palacio en la dependencia de sustancias psicoactivas existen dos tipos:

Dependencia física (neuroadaptación): es la modificación fisiológica de las neuronas que obligan al organismo a incorporar la sustancia con el fin de

mantener una sensación de bienestar cuando se suprime bruscamente el consumo de la droga, aparecen intensos trastornos físicos, el denominado síndrome de abstinencia que son a su vez el conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir una droga de la que un sujeto es dependiente.

Dependencia psíquica. Denominada también hábito, no se presenta el síndrome de abstinencia al cesar la administración de la droga aunque el sujeto experimenta una necesidad incontenible de buscar, conseguir y reiniciar el consumo. (1994. pág. 50)

Ambos tipos de dependencia se pudieron hallar en los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico, en los que algunos de ellos podían permanecer ciertos lapsos de tiempo sin el consumo de drogas y no experimentar el síndrome de abstinencia; sin embargo, sí podían sentir un deseo de reiniciar el consumo. Otros de ellos, por el contrario, expresaban su deseo latente de consumo continuo, sea el caso del señor N.C: *"ahora después de 25 años yo no sé qué pasó que volví a retomar la marihuana, porque en algún sentido eso me genera mucha seguridad, y*

me comporto mejor o igual, y el efecto después de que pasa es que me provoca volver a fumar...”, esto evidencia el planteamiento expuesto en la teoría de la dependencia física que estos sujetos mantienen sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

En estas personas no sólo se logra crear una dependencia física a las sustancias psicoactivas, sino también una dependencia emocional con los seres que hacen parte de sus relaciones vinculares, reforzando más la patología inicial de la adicción con la dependencia emocional.

Autores como Bartholomew y Larsen (2005), han relacionado el concepto de trastorno instrumental o dependiente con la teoría del apego, destacando que estas tienen relación en un tipo de apego evitativo-temeroso que J. Bowlby denominó como apego ansioso. (Castello, 2005, Pg. 33).

En cuanto a las características del apego evitativo se puede identificar el tipo de relación existente con la figura de apego, que tiene como elementos importantes las

demostración del niño como un ser dependiente, esto fue lo que Ainsworth (1960) denominó como la *Situación del Extraño*. Esta situación se realiza generalmente con niños a partir de los 12 meses de edad, momento en el cual la relación madre-infante debe estar claramente establecida. Está diseñada para probar la calidad existente de la relación entre el bebé y su cuidador/a o madre, por lo que durante dicha observación es vital prestar atención a las reacciones del niño al separarlo de la madre y en el momento que este se vuelve a reunir con ella. En los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico se establece un apego evitativo, debido a que muchos de ellos habían sufrido rechazos en el pasado, y si se hubiese intentado recrear en ellos la teoría expuesta por Ainsworth de la Situación Extraña posiblemente estos hubiesen reaccionado en forma de renuncia con la figura de apego o negando los sentimientos que estos poseían frente a ella.

Dentro de la investigación se observó en los discursos que estos sujetos manifestaban en las terapias grupal como individual llevadas a cabo en el Centro de

Caracterización y Diagnóstico, que existían algunos vínculos ya establecidos, incluso entre los mismos usuarios del programa de índole homosexual y heterosexual, sin importar en ciertos casos sus verdaderas inclinaciones sexuales; esto quizá propiciado, muchas veces, por la soledad y el abandono que debían soportar y en otras, por la necesidad latente de consumo de S.P.A; de allí que sea difícil hallar en estos usuarios una buena estabilidad emocional y una relación afectiva que se pueda determinar cómo segura y duradera.

En coherencia con lo anterior Castello plantea con respecto a la personalidad dependiente:

La persona que sufre de este trastorno puede compararse con un niño adulto que busca relacionarse para bajar ese nivel de ansiedad generado por la sensación de sentirse desprotegido e indefenso ante un mundo que aunque sea conocido por él, genere el temor a no saber cómo comportarse en determinada situación, ya que no cuenta con la autonomía suficiente para tomar sus propias decisiones (2005, pág. 33).

En este tipo de dependencia emocional se pueden incluir la capacidad o calidad de las personas para establecer vínculos significativos con los demás, de ahí que pueden aparecer una serie de sentimientos no resueltos de culpa, rabia, ira, aislamiento y miedo; favoreciendo en estas personas a presencia de la llamada codependencia, que en el ámbito de la farmacodependencia es conocida y trabajada desde lo terapéutico, en la que el sujeto afectado por la codependencia parte de la idea equívoca que es él, quien debe rescatar a esa figura de afecto del trastorno adictivo en el cual se encuentra, con la idea de ocupar el vacío emocional existente en sí mismo.

El sistema de apego, cuyo objetivo es la experiencia de seguridad, es un regulador de la experiencia emocional. Para Bowlby, la presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo, modelos de funcionamiento interno y de las figuras de apego, constituyen características centrales del funcionamiento de la personalidad. En los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico el sistema

de apego no se logra percibir claramente como un medio regulador de la experiencia emocional, esto a propósito de las conductas observables en el contexto que habitan y confirmadas con los resultados obtenidos en el M.I.P.S y las respuestas de estos en las entrevistas realizadas.

Otro autor que hace su aporte es V. Guidano, con su teoría de la Organización del Significado Personal (OSP), en la que expresa que el desarrollo cognitivo y emocional del individuo y de las experiencias interpersonales son fundamentales para la conformación del sí mismo, y esto a su vez es un determinante en la forma de establecer una relación interpersonal y afectiva, en su manera de mantenerla y hasta de desvincularse. Tanto este autor como Bowlby toman la forma de vinculación como un aspecto indispensable en la construcción del *self* o *sí mismo*; este aspecto se relaciona en la teoría psicodinámica con el estilo de personalidad que marca de forma clara a un individuo y que configura sus comportamientos y formas de relacionarse consigo mismo y con los demás.

En el epílogo de este capítulo, se hará una recopilación de los ítems más relevantes mencionados a lo

largo del escrito. Para comenzar se retoma nuevamente el concepto de apego propuesto por J. Bowlby en el que se logró determinar que varios de los usuarios se encontraban ubicados en un tipo de apego evitativo, se mostraban aislados e independientes a la hora de establecer un vínculo adecuado con las personas que los rodeaban; otro aspecto que se mencionó es el de la dependencia que estas personas crean tanto a nivel físico con las SPA como a nivel emocional con la/s figuras vinculares, y por último, se retoma lo expuesto por Winnicott en el fenómeno transicional donde expone que la vinculación entre madre - infante es uno de los pilares para la conformación del objeto transicional; con esto se finaliza, por un lado, el recorrido por las diferentes teorías y los resultados obtenidos en el M.I.P.S, y por otro, se deja un planteamiento teórico que será desarrollado en virtud de lo planteado y que constituye la base esencial para la construcción del último capítulo.

8.4 ¿HABILITARSE O REHABILITARSE?

En este último capítulo se pretende realizar un recorrido por algunos de los temas tratados a lo largo de los capítulos anteriores, adicional a esto se hablará de ciertos conceptos como habitante de calle, autoesquemas y valores éticos y morales; dentro de esta recopilación se intenta así lograr esclarecer y profundizar los planteamientos obtenidos dentro de los resultados de esta investigación.

Pero antes es importante dilucidar en aras de la claridad los conceptos de habilitación y rehabilitación. Una definición inicial otorgada por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) de término *habilitar*: "Hacer a alguien o algo hábil, apto o capaz para una cosa determinada"; mientras que el concepto *de rehabilitar* lo define como un proceso de aprendizaje en el que interactúan el paciente, la familia y la comunidad, donde se realiza la aplicación de diversos procedimientos que posibilitan al paciente ser una persona funcional; es decir, un ser hábil en su vida. Si bien ambos son procesos de aprendizaje, el primero es un modo de aprendizaje que

el sujeto determina en ocasiones por voluntad propia o autonomía, donde se le otorga una importancia al sentido que tiene esa habilidad específica para la existencia del individuo y su hacer en particular; en el segundo indica que en un comienzo la persona pudo haber estado habilitada para cierto oficio, donde se obtenían tanto beneficios personales como colectivos pero que por diferentes circunstancias debe realizar una readaptación al contexto, al reconocimiento de su sí mismo y las aptitudes que posee para desempeñar un papel fundamental dentro de una sociedad.

En la entrevista realizada a los usuarios del Centro de Caracterización se hizo una pregunta acerca de lo que piensan ellos sobre la *rehabilitación*, algunas de las respuestas estriban en: (C.V): *"...Para mi es rehabilitar mi malos hábitos, reevaluar los conceptos de la vida que estaba llevando y cambiarlos para vivir más tranquilamente"*. (J.J.O): *"...Es el mayor logro que uno puede tener en la vida, yo me siento muy bien considero que estoy casi rehabilitado, es algo positivo"*. Estos enunciados logran evidenciar que para estas personas la

rehabilitación es algo importante en el proceso de desintoxicación y de reinserción social, debido a la relevancia que tiene para ellos su papel dentro de la comunidad y la forma como esta ve su potencial en el desarrollo de la misma. Desde el punto de vista psicológico la rehabilitación juega un papel importante a nivel psíquico de las personas que consumen SPA, dado que el interés fundamental dentro de un tratamiento es lograr la habilitación y rehabilitación de estos sujetos, y es precisamente este pensamiento el que se le transmite a ellos por medio de las terapias donde el encargado de hacerlo es el profesional, el cual cuenta con los conocimientos apropiados, que le otorgan las herramientas para poder dirigir de forma más asertiva a estos pacientes en cada uno de los procesos individuales y grupales.

Sin duda, la rehabilitación en tanto proceso de aprendizaje no sólo intervienen en él la voluntad individual, sino que es una creación grupal: el paciente, el terapeuta, la familia y la comunidad en general; es decir, que la rehabilitación hace parte de una

construcción de un grupo de apoyo que ayuda a generar soluciones a la problemática del paciente para que este a su vez obtenga una mejor calidad de vida, direccionado a la imagen de una idea integral, comprende la recuperación física, psíquica, social y laboral.

Ahora bien, cómo se concibe el *habitar de calle*: "La Habitabilidad en la Calle es un fenómeno producido entre otros, por la marginalidad social, debido a la falta de oportunidades y que el problema de la drogadicción pesa en el proceso de asentamiento de las personas en la vida en calle". Esta situación es un fenómeno que hace parte de una realidad inminente en cada una de las ciudades del mundo, donde el flagelo del habitar la calle se convierte en una tragedia, donde todos dicen preocuparse pero son pocos quienes actúan para contrarrestar una problemática que desborda día a día los muros de la familia, por diversas causas que van desde los conflictos familiares, la ingesta de sustancias psicoactivas, la violencia, el desplazamiento forzado, el deseo de no seguir las reglas, entre otros con una incidencia social de ribetes inimaginables.

Para los sujetos investigados no es diferente la situación de calle en la que tienen o han tenido que permanecer durante ciertos períodos de tiempo, en palabras de ellos esta circunstancia es concebida como: N.C *"...yo estuve en la calle por muy poco tiempo, uno sin poder dormir porque lo van a matar, o será porque yo le tengo mucho miedo a la calle. A la intemperie yo soy muy sensible"*. C.G dice *"...pase mucho tiempo en la calle por culpa de la droga , dos meses, quince días...y así como habitante de la calle, he estado en el escenario de calle dentro de los puentes aquí en Envigado. Los sentimientos que yo tenía cuando estaba en situación de calle era el querer dejar la droga, en ese momento prefería estar muerto, deseaba la muerte cuando estaba en esa situación"*. Debido a esta situación tan compleja se genera en ellos sentimientos negativos y de autodestrucción, se podría decir entonces que es la necesidad de acabar con todo incluyendo con su propia vida; esto es lo que en psicoanálisis se denomina como pulsión de muerte. En el MIPS hay una escala llamada Introversión, allí los usuarios del Centro de

Caracterización obtuvieron una puntuación relativamente alta del 87%; esta escala dice:

Quienes obtienen una puntuación alta en esta escala prefieren utilizar sus propios pensamientos y sentimientos como recursos; fundamentalmente obtiene más inspiración y estímulo de ellos mismos que de los demás. A diferencia de los extravertidos, los introvertidos se sienten más serenos y cómodos al distanciarse de los demás, de las fuentes externas; prefieren en cambio estar atentos a la inspiración que proviene de sí mismos" (Millon, 1994, Pág. 13).

Al realizar un análisis entre la capacidad de autodestrucción que poseen estos individuos y los resultados en la escala de introversión, se logra ver cómo estas personas no poseen la capacidad de dejar la droga por sí solos; es decir, que este deseo de destrucción continuará latente en su psique mientras no sientan la necesidad de buscar ayuda externa para dejar el consumo de sustancias psicoactivas. Si bien para hacer un proceso de recuperación es fundamental la capacidad individual, también es indispensable que el individuo

otorgue un espacio que pueda compartir con otra persona, y que esta a su vez sea un apoyo idóneo, que cuente con las habilidades que su profesión como terapeuta le exige para lograr la sensibilización y así permitir una modificación en las estrategias que estas personas tienen para afrontar el problema.

La Pulsión de muerte es según Freud en 1933: "un prototipo de la pulsión, cuya especificidad reside precisamente en ese movimiento regresivo de retorno al estado anterior" (2008, Pág. 907). En este tipo de pulsión se tiende a reducir al ser vivo a un estado inorgánico; es decir, se induce a una tendencia continua hacia el interior para generar una manifestación de autodestrucción, en la que el sujeto logra devolver su cuerpo a un estado de reposo absoluto. Esta pulsión también denominada como Tánatos, se puede ver reflejada en el MIPS en la escala denominada como Preservación, donde los sujetos investigados obtuvieron una puntuación alta del 67% y que dice:

Quienes obtienen una puntuación alta en esta escala centran su atención en los problemas y los agudizan. Al

percibir su pasado como algo personalmente problemático, siempre parecen estar esperando que algo nuevo salga mal y sienten que las cosas probablemente irán de mal en peor. Se molestan fácilmente con las mínimas preocupaciones y decepciones.

Al analizar lo que evalúa esta escala se encuentran argumentos que pueden encajar fácilmente en lo planteado por Freud acerca de la pulsión de muerte, donde el ser humano realiza un retroceso en las experiencias vividas, siendo esto el origen de un deseo único y quizás inconsciente de muerte.

Aunque tal vez sea muy evidente el deseo de muerte, Erich Fromm en su libro *Anatomía de la Destructividad Humana* (1998) habla de una diferenciación sobre dos tipos de agresión en el hombre, donde una de ellas es dada filogenéticamente, es decir, que es innata en el hombre; pero el otro tipo de agresión es considerado "maligno", que se refiere a la crueldad y destructividad; esta agresividad no tiene ninguna finalidad y su única satisfacción es a través del placer; en esta última definición se puede analizar que la teoría de la pulsión

de muerte que tiene como fin único la destrucción, también trae internamente una lectura desde el narcisismo, en la que esta persona aun cuando no confíe en las habilidades y aptitudes de los demás individuos, desea tener una rehabilitación física y mental que por su condición no puede obtener de manera individual, es así como estos sujetos deben de iniciar un proceso interno donde revalúen todos los aspectos que utilizan como barrera frente a los demás y que corta la comunicación en los procesos terapéuticos de rehabilitación a las sustancias psicoactivas.

En la entrevista que se realizó se cuestionó acerca del concepto que tienen ellos de sí mismos, en lo que uno de los usuarios respondió (J.J.O): *"...yo sé que perdí mucha vida con el vicio, me perdí de hacer cosas mejores para mí por estar entregado al vicio, perdí muchas oportunidades... "*. Es claro que para ellos también se encontraba latente un sentimiento en el que no percibían el vivir como algo agradable; sin embargo, deseaban seguir luchando cada día frente a la problemática que poseían actualmente. De esta manera era como cada uno de

ellos dejaba a un lado lo enseñado por la familia y la sociedad acerca de los valores éticos y morales que rigen en cada una de las culturas, que son finalmente los que otorgan la posibilidad de vivir y habitar en un ambiente sano, estable y seguro.

Al preguntarles sobre los valores que consideran poseen o poseían, sus respuestas fueron estas, (N.C): *"en cuanto a cualidades soy muy humano a mi todo me molesta, me duele no me gusta que atropellen a nadie, me choca la gente soberbia"*. (C.V): *"Pues voy a empezar por mis defectos me considero un hombre rencoroso, malgeniado, sarcástico y pues yo creo que tengo muchas cualidades soy buen amigo, sincero, honrado, buen trabajador, piloso, responsable, buen padre, honesto, tengo costumbres sanas, soy honrado y tengo una cualidad que es muy bonita en mi concepto yo soy una persona altruista, me gusta que las personas que están alrededor se sientan bien"* y (C.G) *"...como defecto es la forma de ser mía, soy amargado pero mi fortaleza es mi humildad"*.

En estas respuestas se observa que el concepto que cada uno de ellos tiene de sus valores, fortalezas y

debilidades es en ocasiones contradictorio y que se devalúan así mismos, de hecho para algunos no fue fácil encontrar valores significativos acerca de la forma como se comportan en sociedad. Estas personas aun cuando mencionan los defectos no son conscientes de asumir una responsabilidad frente a las consecuencias que sus actos tienen en las personas que los rodean, esta incapacidad para tolerar las frustraciones cuando algo no sale como ellos lo esperan es una de las características del trastorno narcisista; para las personas que padecen de este trastorno el significado que le otorgan a los otros está dado por medio del refuerzo que les puedan dar considerándolos como seres únicos y especiales.

En todos los seres humanos es sabido que para generar una buena convivencia dentro de una comunidad se deben seguir unos lineamientos morales y éticos, también llamados "valores", los cuales ayudan a estructurar el comportamiento que se debe tener en los diferentes contextos en que se halla inmerso el ser humano. Esto impele hacer una descripción de los valores que son más comunes y los cuales dinamizan la convivencia.

Uno de los valores que todos deben poseer es el *respeto*, el cual consiste en tanto derecho inalienable, determinar hasta dónde llegan las posibilidades de hacer o decir algo, pues los derechos de los actos llegan hasta donde empiezan los derechos del otro; constituye base de una sana y buena convivencia en sociedad. Otro valor de suma importancia en el marco de las relaciones sociales es la *responsabilidad*, en cuyo seno se da la confianza, la lealtad y la credibilidad que toda persona coloca en virtud del fortalecimiento de las mismas.

Así como existen estos valores, también se encuentran unos que son de carácter moral, sean ellos *la honestidad, la sinceridad, la amistad y la libertad*. Su aprendizaje se da en virtud de la relación con el Otro; es decir, en sociedad. De alguna manera, generan criterios de relación y permiten estipular el tipo de persona en el que se deposita la confianza, en quién se despliega frete a los demás con sinceridad y quiénes hablan bajo la verdad, pues en suma configuran un prototipo de persona que servirá como fundamento social

para el logro de las grandes metas o propósitos que en la vida fincan bajo la presencia del Otro.

En algunos escenarios se logra afianzar más los valores éticos y morales, si bien el escenario de la calle se torna difícil y es visto como un ambiente negativo, no se puede dejar de reconocer que quienes lo habitan son seres humanos que en algún momento de su vida tuvieron la oportunidad de potencializarlos; pero que por diferentes circunstancias de la vida se encuentran hoy en la calle, marginados de la ilusión de un mejor vivir y con la ausencia de algunos de los valores que les permitan recuperarse como seres humanos, pues ellos son igualmente, seres especiales.

No sólo estos valores contribuyen en la configuración de la estructura de la personalidad, sino que la manera como se conciben tiene un peso importante al interior de la idea de sí mismo "self", que no es más que la presencia vital de lo que se ha dado en llamar *autoesquemas*, pues permite en tanto forma, que el sujeto se reconozca ante el mundo interno y externo.

Existen varios conceptos al interior de los *autoesquemas* que juegan un papel relevante en el ámbito de conocer cómo se proyecta un individuo hacia los otros. Uno de ellos es el *autoconcepto* que no es algo innato, sino que se define a lo largo de las experiencias significativas tanto familiares y sociales; es decir, desde los primeros años de vida cada sujeto va construyendo una valoración positiva o negativa de sí mismo; de ahí que la autoestima sea uno de los *autoesquemas* que mayor relevancia tienen en el ser humano, y encuentra su mayor expresión en las percepciones, los pensamientos y los sentimientos que cada ser tiene de sí mismo, lo que configura o define la forma en que se comporta el sujeto consigo mismo.

Otro de los *autoesquemas* es la *autoimagen* que se ve reflejada en la presentación física, como lo es el sexo, la edad, la talla, entre otros aspectos que brindan a la persona una autorreferencia mental de lo que siente y es, y en cuyo centro se halla el *autorespeto* que indica la forma como se comporta y expresa los sentimientos y

emociones consigo mismo sin necesidad de hacerse daño o sentir culpa.

El MIPS cuenta con una escala que evalúa unos aspectos relevantes dentro de la personalidad y esta se denomina *sistematización*, en la que los usuarios del Centro de Caracterización obtuvieron un puntaje relativamente bajo, un 60% de la población. Esta escala plantea:

Quienes obtienen una puntuación alta en esta escala son muy organizados y predecibles en cuanto al enfoque de sus experiencias en la vida. Adaptan sus nuevos conocimientos a los ya habituales y son cuidadosos, cuando no perfeccionistas, al ocuparse incluso de los mínimos detalles. Como resultado de esto, los demás les consideran metódicos, meticulosos y eficientes.

Si se toma en cuenta las definiciones anteriores acerca de los *autoesquemas* se podrá decir que para que estas personas cuenten con un *autoconcepto*, *autoestima*, *autoimagen* y *autorespeto* suficientemente bueno sus puntuaciones deben estar ubicadas en una escala alta,

pero al observar los resultados de la prueba se puede evidenciar todo lo contrario, dado que más de la mitad de la población se encuentra ubicada en una escala baja indicando que este grupo poblacional tiene dificultades con la interiorización de estos *autoesquemas*.

Continuando con el recorrido por los temas tratados en los capítulos anteriores se mencionará nuevamente y de forma muy breve los trastornos de personalidad hallados según los resultados del MIPS y las entrevistas realizadas en los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico, para llegar a esta definición se hizo un análisis de las escalas del MIPS y las puntuaciones tanto bajas como altas en cada una de estas, junto con los criterios que definen cada uno de los trastornos de personalidad antisocial, antisocial- psicopática, narcisista y paranoide.

Algunos de los criterios para definir el trastorno de personalidad antisocial son la ambición, persistencia, conducta dirigida hacia un objetivo, una aparente necesidad de control del ambiente y una dificultad en confiar en las habilidades de los demás; en

el trastorno de personalidad antisocial-psicopática los criterios determinados son cometer acciones criminales u otros actos cuestionables con total falta de escrúpulos sin sentir culpa, autoestima exagerada, comportamiento malicioso, manipulador e irresponsable. Otro de los trastornos de personalidad hallado en estos sujetos es el narcisismo en el que se hallan criterios como una sobrevaloración de su importancia personal, dirigen sus afectos hacia sí mismo más que hacia los demás y esperan que los éstos reconozcan su valor único y especial; por último, está el trastorno de personalidad paranoide se funda en criterios como suspicacia, resentimiento y hostilidad, y tienen tendencia a responder con ira a cualquier cosa que se asemeje al ridículo, la decepción, el desprecio o la desconsideración.

Estos trastornos hacen parte de la estructuración de la personalidad de los sujetos investigados, quienes determinaron su psiquismo y comportamientos a través de la *habitabilidad de la calle*, lugar donde la mayoría de ellos se encontraban viviendo experiencias significativas para la estructuración de su sí mismo; según la

psicología, la personalidad se estructura por las experiencias vivenciadas de cada sujeto; sin embargo, también existe un orden cronológico que permite por medio de estos sucesos estructurarla y es en su mayoría en la etapa llamada adolescencia. En este orden de ideas, los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico expresaron en las entrevistas que la mayoría de ellos a la edad de 12 años se encontraban consumiendo sustancias psicoactivas, además, muchos no seguían las normas establecidas por sus cuidadores, lo cual indica que estas personas tuvieron experiencias no acordes a su edad, generando circunstancias que se convierten en un detonante a la construcción temprana de estos trastornos de personalidad.

Estas personas construyeron una personalidad sobre una base que no es exactamente la adecuada; sin embargo, muchos de ellos no intentan modificar sus comportamientos en circunstancias inadecuadas debido a esa ausencia del deseo de vivir, de construir unos sueños, metas y mejores vínculos con las personas que los rodean en la actualidad. Esta afirmación parte se funda de las

narraciones hechas en las entrevistas donde un gran número afirmó que su adicción y la experiencia de la calle les llevan más de la mitad de sus vidas. Apartes de las entrevistas muestran no sólo el inicio del consumo, sino la forma en la que se han desvalorizado frente a su autoimagen, donde ésta, por ejemplo, se halla en niveles extremadamente bajos. Sea el caso de N.C *"Yo empecé a los 12 años con la primera borrachera con un amigo de mi papa, y después de terminar el bachillerato empecé a consumir el cigarrillo a los 19 años y ya luego el alcohol que es el que me ha dado muy duro y a los 25 años ya me volví muy irresponsable"*, con esta narración se ve como ellos pierden parte de sus vidas a través del consumo y por ende la autoestima se ve plenamente fragmentada. EL señor C.G dice: *"Yo me siento muy triste por mi mamá porque es más duro para ella que para uno, porque ella está esperando de nosotros y uno haber salido así tan basura"*; para estos sujetos el concepto que tiene la familia y la sociedad de ellos mismos no es algo que pase siempre desapercibido, este refuerzo que le hacen los padres, hermanos o hijos es esencial para continuar manteniendo los criterios que definen el trastorno

narcisista, pues son los familiares quienes impulsan estos comportamientos y son ellos mismos quienes los agudizan con una capacidad autorreforzadora, convirtiéndose en personas con una responsabilidad social deficiente.

Si se hace una mirada retrospectiva de lo planteado en los capítulos, se ratifica la inminente necesidad de una habilitación o rehabilitación de estas poblaciones, más aún si se toman en cuenta los detalles inmersos dentro de la existencia de cada uno de estos seres humanos, que no son producto de una fantasía generada por las drogas, sino una realidad que aunque se quiera que pase desapercibida está latente día a día entre los jóvenes y adultos que sufren de una marginalidad por parte de la sociedad.

Para concluir, las nociones de este capítulo y en general de la investigación, parte de considerar que en estos procesos de drogadicción no basta únicamente con asistir a un centro terapéutico o de rehabilitación, sino que es aún más importante contar con un grupo interdisciplinario de psicólogos, psiquiatras, médicos y

enfermeras, con el fin de optimizar y generar estrategias de afrontamiento que refuercen los potenciales de cada uno de los pacientes o usuarios de estos centros. Algunas de las personas que participaron de esta investigación expresaron ya haber asistido a diferentes centros de rehabilitación y en varias oportunidades sin obtener el resultado que tanto anhelaban; es decir, la rehabilitación al consumo de SPA para lograr una reinserción social efectiva. Estas personas de carne y hueso que sienten y expresan tanto sentimientos como emociones, son seres que deben ser tenidos en cuenta, porque así como para un profesional es importante terminar su carrera y posteriormente, ser poseedor de un título que le genere un reconocimiento social y familiar, para los usuarios del Centro de Caracterización y Diagnóstico, es importante sentirse valorados por el esfuerzo que hicieron o hacen en un proceso de rehabilitación, pues lo único que desean ellos es superar ese escollo que alguna vez les detuvo la vida y hoy les niega su dignidad, pero aún más importante en aras de su superación, es poder ser reconocidos por su familia y a la sociedad.

Conclusiones

➤ Dentro de la investigación se encontró que es importante contar con profesionales idóneos en las diferentes áreas de la salud física y mental, para lograr un tratamiento terapéutico eficaz en cada proceso de rehabilitación; para ello es necesario la formación teórica que los profesionales obtuvieron en la academia, los más destacados para este campo son: psicólogos, psiquiatras, médicos y enfermeras con el fin de implementar estrategias de afrontamiento de acuerdo a las necesidades de cada sujeto.

➤ Se puede destacar el valor de estos proyectos, que posibilitan una visión más global acerca de la problemática actual de la farmacodependencia, que ha superado fronteras locales y por ende, debe tratarse con mayor responsabilidad social, frente a las personas que hacen parte de la estadística y que por sus condiciones psicosociales poseen unos rasgos y estilos característicos de personalidad.

➤ En la investigación se halló que es necesario y pertinente la vinculación afectiva entre el sujeto y los padres, puesto que el individuo a partir de esta interacción construye los fundamentos para la estructuración de su psiquismo; esta formación del apego debe consolidarse sobre una base segura donde el ser humano tenga la posibilidad de hacer una desvinculación positiva y no fragmentar los lazos construidos en la etapa de la infancia.

➤ En este tipo de tratamientos se privilegia destacar las fortalezas y cualidades que estos sujetos poseen, pero al mismo tiempo es de vital importancia potencializar estas características con el fin de lograr mejores resultados al finalizar cada proceso, para evitar al máximo nuevas recaídas en el tratamiento terapéutico.

➤ Esta investigación ratifica y destaca la necesidad de identificar los rasgos y estilos de personalidad de cada usuario, para determinar con ello estrategias terapéuticas eficaces que brinden una comunicación más asertiva entre usuario y terapeuta, que

coadyuve a suplir las necesidades psicológicas y físicas de cada individuo.

➤ La investigación observa que el apoyo del gobierno a estas entidades de habilitación y rehabilitación sigue siendo tímida, pues no basta con poseer unos recursos económicos que no permiten un tratamiento integral a su atención.

Recomendaciones

➤ Se destaca la importancia de un acompañamiento en este tipo de reuniones por un profesional en el área de psicología, si bien estas personas necesitan ayuda, también merecen un respeto en la forma de dirigirse a ellos y aunque sus acciones a veces están fuera de los lineamientos sociales, las intervenciones que realizan los operadores terapéuticos deben ser guiadas por el principio de vida y por conocimientos teóricos y experienciales, obteniendo con ello un contraste entre la teoría y la práctica.

➤ Otra recomendación es la realización de un sondeo acerca del tipo de comportamientos que rodean o enmarcan las vivencias de los usuarios que ingresan allí; es decir, que al momento de integrar una comunidad terapéutica se evalúe a la persona a través de un test o una entrevista clínica conductual que pueda prever el nivel de riesgo de la sana convivencia y la seguridad de quienes permanecen este lugar.

➤ Otro es el de las instalaciones físicas, pues aunque para los usuarios cualquier lugar es considerado mejor, por el bienestar de ellos y un logro exitoso de las metas del tratamiento se deben tener instalaciones adecuadas que generen en ellos un sentido de pertenencia y un entusiasmo aún mayor para una pronta recuperación.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, R. (1988). *Alcohol y alcoholismo*. Trabajo de grado presentado para optar e título de magíster en Psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de Antioquia. Medellín.
- Allport, G. (1966). *La personalidad: su configuración y desarrollo*. Barcelona, Herder.
- Alonso, L. E. *Sujeto y discurso. El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. En: Delgado y Gutiérrez, 1995, *Métodos y técnicas cualitativas de la investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, Síntesis, S.A.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Paidós, Buenos Aires.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Paidós, Buenos Aires.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Paidós, Buenos Aires.

Bowlby, J. (1999). *Los Vínculos Afectivos: formación, desarrollo y perdida* 3ª Edición. Ed. Morata.

Consumo, abuso y dependencia de Sustancias. Recuperado de:

<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/581/3/Capitulo%202.pdf>

Contemporary Directions In Psychopathology. (2001)

Guilford Pubn, New York.

Correa A, M. E. & otros. (2007). *La otra Ciudad y el habitante de calle*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Dolto, Françoise, Winnicott & Donald. (2009). *El bebé en el Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós.

Escobar Melo, Hugo. Historia y naturaleza de la psicología del desarrollo. (2003). Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de:
<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V2N108historia.pdf>

- Escohotado, Antonio. (1994). *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid. Ed. Alianza Madrid.
- Fromm, E. (1986). *El corazón del hombre*. México, Ed. Olimpia.
- Fromm, E. (1991). *Anatomía de la destructividad humana*. Ed. Siglo XXI, Madrid.
- Galeano, M. E. (2009). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Universidad EAFIT, Medellín.
- Heidegger, M. (2008). *Introducción a la Investigación fenomenológica*. Ed. Síntesis, Madrid.
- Hernández, Sampieri Roberto & otros. (1988). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill, México.
- Jacobsen, C. Hanneman, RA. (1992). *Illegal Drugs: Past, Present and Possible Futures*. EEUU.
- Medina, Pedro Nel. (1991). *Las drogas: fenómeno coyuntural en la sociedad contemporánea*. Vol. 2. Coloquio Internacional.

- Millon, T. (2010). *MIPS Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*. Madrid, TEA Ediciones.
- Millon, T. (2007). *Resolving Difficult Clinical Syndromes*. John Wiley & Sons. EEUU.
- Millon, Theodore & otros. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. 2ª Edición, Barcelona, Masson.
- Millon, Theodore. (1994). *Inventario de Estilos de Personalidad MIPS*. Madrid. TEA Ediciones S.A.
- Millon, Theodore. Davis & Roger. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM IV*. Barcelona, Masson.
- Millon, Theodore. Everly & George. (1985). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- Ministerio del interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de consumo de drogas en Colombia. Colombia. (2009). Recuperado de:

<http://www.risaralda.gov.co/sitio/main/images/files/risaraldasegura/estudio-consumo-de-drogas.pdf>

Moral Jimenez, Maria de la Vila. Autoengaño en adictos y dependientes emocionales. (2012). Chile. XIII Congreso Virtual de Psiquiatria.

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5133/1/1conf7%2054751.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Farmacodependencia.

(2006). Recuperado de:

[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 942 spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_942_spa.pdf)

Ortiz, Andrea Liliana. La sensibilización hacia el habitante de calle, brigadas y comunidad desde la lúdica como estrategia de un proceso de inclusión social. (2004). Bogota D.C. Fundación Libre.

Recuperado de:

<http://www.redcreacion.org/documentos/congreso8/comfenalco.html>.

Palacio C. Alberto & otros. (1994). *Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo*. Hospital San Vicente de Paul. Medellín, Ed. Urbe.

Papalia, D. E. (1998). *Psicología de la personalidad y desarrollo, Temperamento*, editorial MC GRAW, México, VII Edición.

Piatigorsky, J. (2008). *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Buenos Aires, Paidós.

Programa Rumbos Pilas con las drogas. Las sustancias psicoactivas y sus efectos. (2009) Bogota D.C.

Maloka. Recuperado de:

http://maloka.org/corporativo/index.php?option=com_content&view=article&id=191:las-sustancias-psicoactivas-y-sus-efectos-&catid=36:noticias-maloka&Itemid=123

Psicópata, un habitante mas y uno mas peligroso. (2009).

Recuperado de: [http:](http://www.academiaatenea.org/psicologia/psicopata-un-habitante-mas-y-uno-mas-peligroso)

[//www.academiaatenea.org/psicologia/psicopata-un-habitante-mas-y-uno-mas-peligroso](http://www.academiaatenea.org/psicologia/psicopata-un-habitante-mas-y-uno-mas-peligroso)

Sirvent, Carlos. *Mentira, Autoengaño, Adicción y*

deferencia de género. (2003). Recuperado de:

www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/resumenes/Csirvent.pdf

Torres Garcia, Lenin. El adicto y la familia en recuperación. (2007). Edición especial, Familia y Adicciones.
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/cecas/gro/anud43_adicto.pdf

Vernengo, Pia. Apego. Buenos Aires. Recuperado de:
<http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero4/resenaapego4.htm>

Winnicott, D. (1957). *The Child and the outside world: studies in developing relationships*. Paidós, Buenos Aires.

Winnicott, D. (1964). *La familia y el desarrollo del Individuo*. Paidós, Buenos Aires.

Winnicott, D. (1972). *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. Realidad y juego. Buenos Aires: Granica Editor.

Winnicott, D. (1979). *Preocupación maternal primaria, escritos de pediatría y psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.

Winnicott, D. (1997). *El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (1998). *Objetos y Fenómenos Transicionales*. Barcelona, Paidós.

ANEXOS

ANEXO A. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cuándo comenzó con el consumo de SPA?
2. ¿Cómo era su vida cuando comenzó a consumir?
3. ¿Con que sustancias comenzó y como era su consumo?
4. ¿Qué sustancias psicoactivas consume actualmente?
5. ¿Qué efectos tiene sobre usted esta sustancia que consume o ha consumido preferentemente?
6. ¿Qué siente usted después de que pasan los efectos del consumo de la sustancia?
7. ¿Cómo se siente usted física y mentalmente ahora, al haber pasado parte de su vida consumiendo sustancias psicoactivas?
8. ¿Cómo eran sus relaciones familiares al momento de comenzar con el consumo de SPA?
9. ¿Ahora cómo son sus relaciones familiares, si las tiene?
10. ¿Se ha encontrado usted como consecuencia del consumo de SPA en situación de calle?

11. ¿Cuánto tiempo lleva o ha pasado usted ya sea como habitante de o en la calle?
12. ¿En qué escenarios de calle ha habitado usted?
13. ¿Cuáles eran sus sentimientos y pensamientos cuando estuvo en situación de calle?
14. ¿Cómo se define usted como persona (cualidades, fortalezas y defectos)?
15. ¿Cree usted que posee actualmente estas cualidades?
16. ¿Cómo cree usted que se han mantenido los aspectos positivos de su personalidad pese al consumo de SPA?
17. ¿Qué cambios en su personalidad aparecieron con el consumo de SPA?
18. ¿Cree usted que esos cambios en la personalidad son comunes a todos los adictos a las SPA?
19. ¿Cuáles son los sueños y proyectos que tiene para su vida?
20. Después de todo lo que ha vivido ¿Cuál es el concepto que tiene de sí mismo?
21. ¿Qué significa para usted la re-habilitación?
22. ¿Para usted de que depende la rehabilitación del abuso de SPA?

23. ¿Por qué cree usted que algunos adictos no logran rehabilitarse del abuso de sustancias psicoactivas?

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INSTITUCIÓN**CONSENTIMIENTO INFORMADO****DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS
USUARIOS PERMANENTES DEL CENTRO DE CARACTERIZACIÓN Y
DIAGNÓSTICO ADSCRITO A LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL
DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO**

Yo:

Identificado con la Cédula de Ciudadanía:

Como coordinador del proyecto del "Habitante de y en la calle de la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Envigado", certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante y coordinador de este programa de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy concedor (a)

de las finalidades que tendrá esta investigación y de los derechos que en mi cargo tengo, ya sea para detenerla en el momento que sus objetivos iniciales sean desvirtuados o para brindar el aval y realizarla de carácter claro y transparente si no hay ningún tipo de inconvenientes.

Reconozco que la información que los usuarios de este programa provean en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin el consentimiento mío y del usuario investigado. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Acepto participar voluntariamente desde mi rol de coordinador del proyecto del habitante de y en la calle, conducida por Lina Marcela Benítez Millán C.C.

1.017.140.202 de Medellín y Margarita María Vélez

Piedrahita C.C 43.999.640 de Medellín. He sido informado

(a) de que la meta de este estudio es *la caracterización de los rasgos de personalidad de los usuarios permanentes del centro de caracterización y diagnóstico del municipio de Envigado.*

FIRMA COORDINADOR PROYECTO

FIRMA ESTUDIANTE

"HABITANTE DE Y EN LA CALLE"
INVESTIGADORA
C.C
C.C

CO-

FIRMA ASESORA DE PROYECTO DE GRADO

C.C.

ANEXO C CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Lina Marcela Benítez Millán identificada con C.C 1.017.140.202 de Medellín y Margarita María Vélez Piedrahita identificada con C.C 43.999.640 de Medellín, de la Institución Universitaria de Envigado. La meta de este estudio es realizar una caracterización de la personalidad de los usuarios permanentes del centro de caracterización y diagnóstico del municipio de Envigado.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y contestar el test de personalidad de Millon (MIPS). Esto tomará

aproximadamente una hora (1) de su tiempo cada instrumento. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al test y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los discos con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lina Marcela Benítez Millan y Margarita María Vélez Piedrahita. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es la caracterización de los rasgos de personalidad de los usuarios permanentes del centro de caracterización y diagnóstico del municipio de Envigado.

Me han indicado también que tendré que responder un test y unas preguntas de una entrevista, lo cual tomará aproximadamente una hora (1) hora cada uno de los instrumentos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Entiendo que una copia de este consentimiento informado me será entregada, y que puedo pedir

información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante	Firma
del Participante	Fecha (En letra de
impresión)	

ANEXO D. LISTADO MULTIDIMENSIONAL DE CRITERIOS PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Listado multidimensional de criterios para trastornos de la personalidad								
Trastornos	Conductas Aparentes/ Observables	Comportamiento Interpersonal	Estilo Cognitivo	Expresión Afectiva Estado de Ánimo	Percepción de sí mismo (Autoimagen)	Representaciones Objetales	Mecanismos de defensa	Organización morfológica
Antisocial	Osado a temerario e Impulsivo	Antagónico a beligerante e Irresponsable	Individualista afático y desviado	Hostil a malévolo e Insensible	Competitivo a dominador (Autónomo)	Degradadas	Impulsividad y actuación	Indisciplinada
Narcisista	Arrogante a pomposos	Explorador a desvergonzado	Expansivo a indisciplinado	Indiferente a exuberante (Despreocupado)	Admirable a extraordinario	Artificiales	Racionalización	Espúrea
Histriónico	Afectado a Teatral-Dramático	Coqueto a seductor y buscador de atención	Vacilante a disperso Y frívolo	Inconstante a impetuoso	Sociable a hedonista	Superficiales	Disociación	Inconexa
Dependiente	Incompetente a impotente	Sumiso a dependiente	Ingenuo a incauto	Pacífico a tímido	Inepto a inadecuado	Inmaduras	Introyección	Rudimentaria
Pasivo agresivo Negativista	Terco a oposicionista y Resentido	Ambivalente a no cooperador	Inconsistente a desorientado y escéptico	irritable agitado	descontento a maltratado	Vacilantes	Desplazamiento	Divergente

Compulsivo	Disciplinado a perfeccionista	Respetuoso a congraciado	Reprimido a bloqueado y Constreñido	Solemne a serio	Escrupuloso a integrado	Ocultas	Formación reactiva	Compartimentada
Evitación	Cauteloso a alerta y Ansioso	Aversivo a aislado	Distraído a perplejo	Angustiado a hiperexcitado	Ajeno o rechazado (Alienada)	Vejatorias	Fantasmía	Frágil
Esquizoide	Apático a inerte e Impasible	Reservado a ausente y Desvinculado	Empobrecido a árido	Aplanado a frío (Apático)	Complaciente a falta de vitalidad (Autosuficiente)	Escasas	Intelectualización	Indiferenciada
Esquizotípico	Excéntrico y aberrante a extravagante	Aislado y reservado a inaccesible	Rumiador y autista a desconcertado	Aprehensivo a trastorno y frenético apático a insensible y apegado	Desamparado a extraño y vacío (Enajenadora)	Caóticas	Anulación	Fragmentada
Límite	Espontáneo a precipitado y caótico e Irregular	Oposicionista a paradójico y voluble	Inconstante a caprichoso y desorganizado	Temperamental a lábil y voluble	Perturbador a confuso y conflictivo (Insegura)	Incompatibles	Regresión	Dividida
Paranoide	Prudente y defensivo	Pendenciero y provocativo a amargado	Incrédulo a suspicaz y conspirador	Hosco a irascible y pendenciero	Formidable e inviolable y amargado	Inalterables	Proyección	Inflexible
Depresivo	Abatido	Indefenso	Pesimista	Melancólico	Inútil	Abandonadas	Ascetismo	Disminuida

Masoquista	Abstinente	Deferente	Inseguro	Disfórico	Desmerecedora	Desacreditadas	Exageración	Invertida
Sádico	Precipitado	Áspero	Dogmático	Hostil	Combativa	Perniciosas	Aislamiento	Eruptiva

ANEXO E. HOJA DE RESPUESTA

APELLIDOS Y NOMBRE (Letras mayúsculas)				CENTRO																																																																																																																																												
D.N.I. / NÚMERO				GRUPO																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table>				0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td></tr> </table>				0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </table>				A	B	C	0	0	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6	6	7	7	7	8	8	8	9	9	9
0	0	0	0	0	0	0	0																																																																																																																																									
1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																																																																									
2	2	2	2	2	2	2	2																																																																																																																																									
3	3	3	3	3	3	3	3																																																																																																																																									
4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																																																																									
5	5	5	5	5	5	5	5																																																																																																																																									
6	6	6	6	6	6	6	6																																																																																																																																									
7	7	7	7	7	7	7	7																																																																																																																																									
8	8	8	8	8	8	8	8																																																																																																																																									
9	9	9	9	9	9	9	9																																																																																																																																									
0	0																																																																																																																																															
1	1																																																																																																																																															
2	2																																																																																																																																															
3	3																																																																																																																																															
4	4																																																																																																																																															
5	5																																																																																																																																															
6	6																																																																																																																																															
7	7																																																																																																																																															
8	8																																																																																																																																															
9	9																																																																																																																																															
A	B	C																																																																																																																																														
0	0	0																																																																																																																																														
1	1	1																																																																																																																																														
2	2	2																																																																																																																																														
3	3	3																																																																																																																																														
4	4	4																																																																																																																																														
5	5	5																																																																																																																																														
6	6	6																																																																																																																																														
7	7	7																																																																																																																																														
8	8	8																																																																																																																																														
9	9	9																																																																																																																																														
EDAD				FIRMA																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td></tr> </table>				0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9																																																																																																																									
0	0																																																																																																																																															
1	1																																																																																																																																															
2	2																																																																																																																																															
3	3																																																																																																																																															
4	4																																																																																																																																															
5	5																																																																																																																																															
6	6																																																																																																																																															
7	7																																																																																																																																															
8	8																																																																																																																																															
9	9																																																																																																																																															
SEXO				FECHA																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: 8px;"> <tr><td>V</td><td>B</td></tr> <tr><td>M</td><td>9</td></tr> </table>				V	B	M	9	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">(Al firmar no sobrepase el recuadro)</p>																																																																																																																																								
V	B																																																																																																																																															
M	9																																																																																																																																															

Consiento expresamente en la corrección de esta prueba, por medios manuales o mecánicos, y en la incorporación de sus resultados a un fichero automatizado, con los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos, y me doy por enterado de mi derecho a acceder a la información contenida en el mismo, rectificaria o cancelaria en lo que me afecte.

INSTRUCCIONES SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR

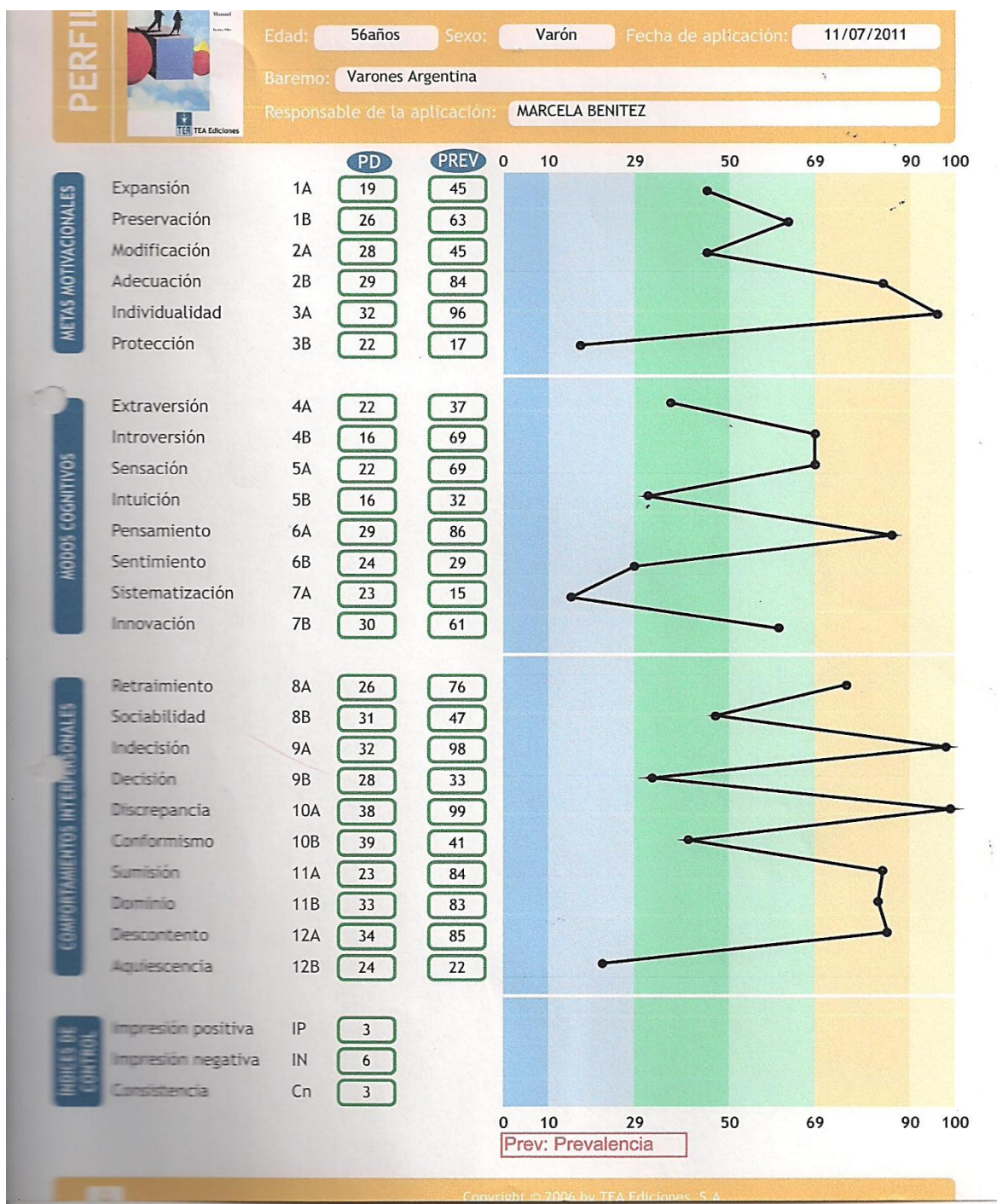
- Utilice **lapicero** (n.º 2 preferentemente)
- Si se equivoca, **borre totalmente**
- **No doble ni arrugue** esta hoja

CORRECTO
INCORRECTO

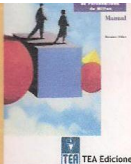
1	V	F	31	V	F	61	V	F	91	V	F	121	V	F	151	V	F
2	V	F	32	V	F	62	V	F	92	V	F	122	V	F	152	V	F
3	V	F	33	V	F	63	V	F	93	V	F	123	V	F	153	V	F
4	V	F	34	V	F	64	V	F	94	V	F	124	V	F	154	V	F
5	V	F	35	V	F	65	V	F	95	V	F	125	V	F	155	V	F
6	V	F	36	V	F	66	V	F	96	V	F	126	V	F	156	V	F
7	V	F	37	V	F	67	V	F	97	V	F	127	V	F	157	V	F
8	V	F	38	V	F	68	V	F	98	V	F	128	V	F	158	V	F
9	V	F	39	V	F	69	V	F	99	V	F	129	V	F	159	V	F
10	V	F	40	V	F	70	V	F	100	V	F	130	V	F	160	V	F
11	V	F	41	V	F	71	V	F	101	V	F	131	V	F	161	V	F
12	V	F	42	V	F	72	V	F	102	V	F	132	V	F	162	V	F
13	V	F	43	V	F	73	V	F	103	V	F	133	V	F	163	V	F
14	V	F	44	V	F	74	V	F	104	V	F	134	V	F	164	V	F
15	V	F	45	V	F	75	V	F	105	V	F	135	V	F	165	V	F
16	V	F	46	V	F	76	V	F	106	V	F	136	V	F	166	V	F
17	V	F	47	V	F	77	V	F	107	V	F	137	V	F	167	V	F
18	V	F	48	V	F	78	V	F	108	V	F	138	V	F	168	V	F
19	V	F	49	V	F	79	V	F	109	V	F	139	V	F	169	V	F
20	V	F	50	V	F	80	V	F	110	V	F	140	V	F	170	V	F
21	V	F	51	V	F	81	V	F	111	V	F	141	V	F	171	V	F
22	V	F	52	V	F	82	V	F	112	V	F	142	V	F	172	V	F
23	V	F	53	V	F	83	V	F	113	V	F	143	V	F	173	V	F
24	V	F	54	V	F	84	V	F	114	V	F	144	V	F	174	V	F
25	V	F	55	V	F	85	V	F	115	V	F	145	V	F	175	V	F
26	V	F	56	V	F	86	V	F	116	V	F	146	V	F	176	V	F
27	V	F	57	V	F	87	V	F	117	V	F	147	V	F	177	V	F
28	V	F	58	V	F	88	V	F	118	V	F	148	V	F	178	V	F
29	V	F	59	V	F	89	V	F	119	V	F	149	V	F	179	V	F
30	V	F	60	V	F	90	V	F	120	V	F	150	V	F	180	V	F



Anexo F. HOJAS DEL TEST CALIFICADAS



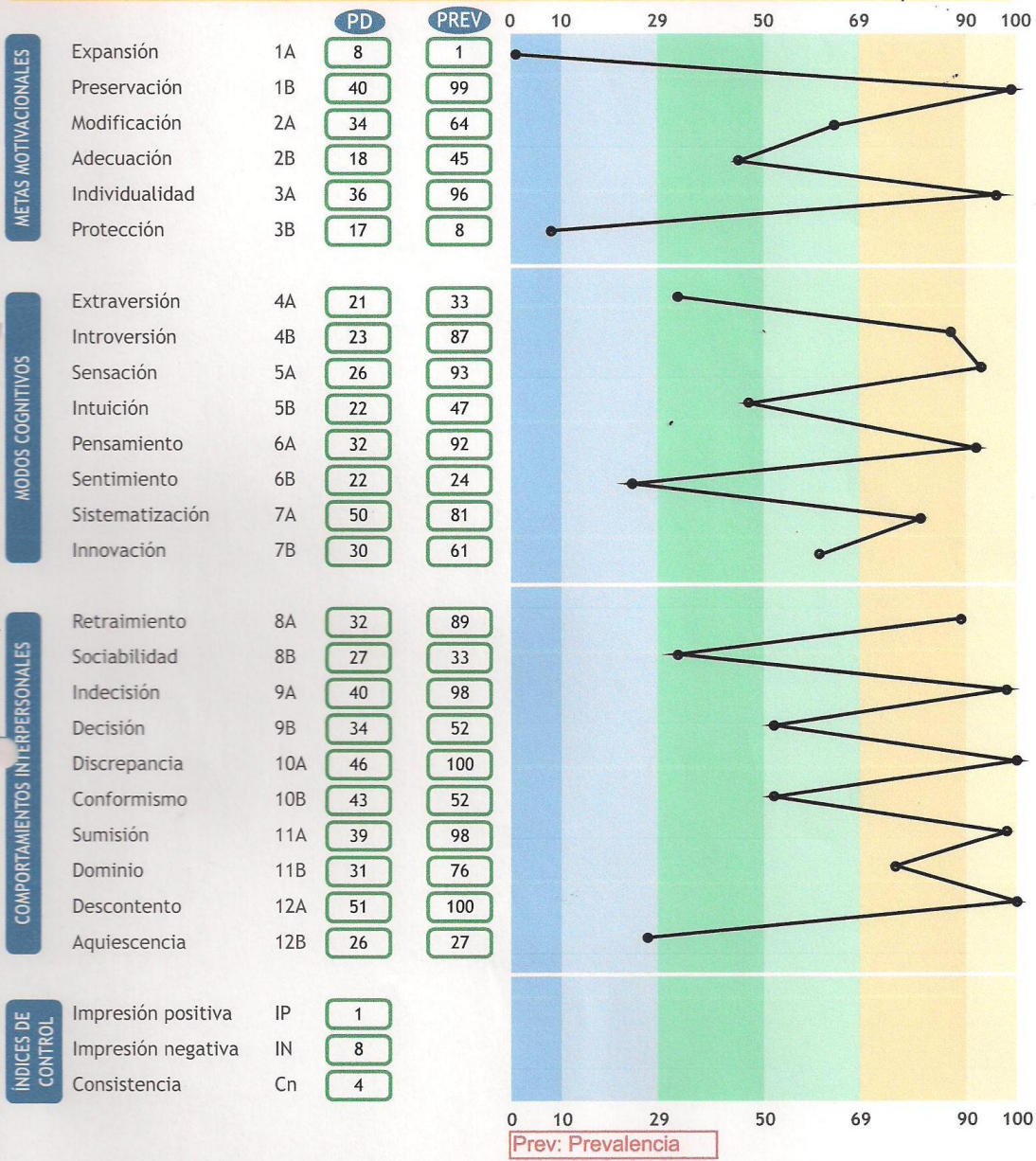
PERFIL



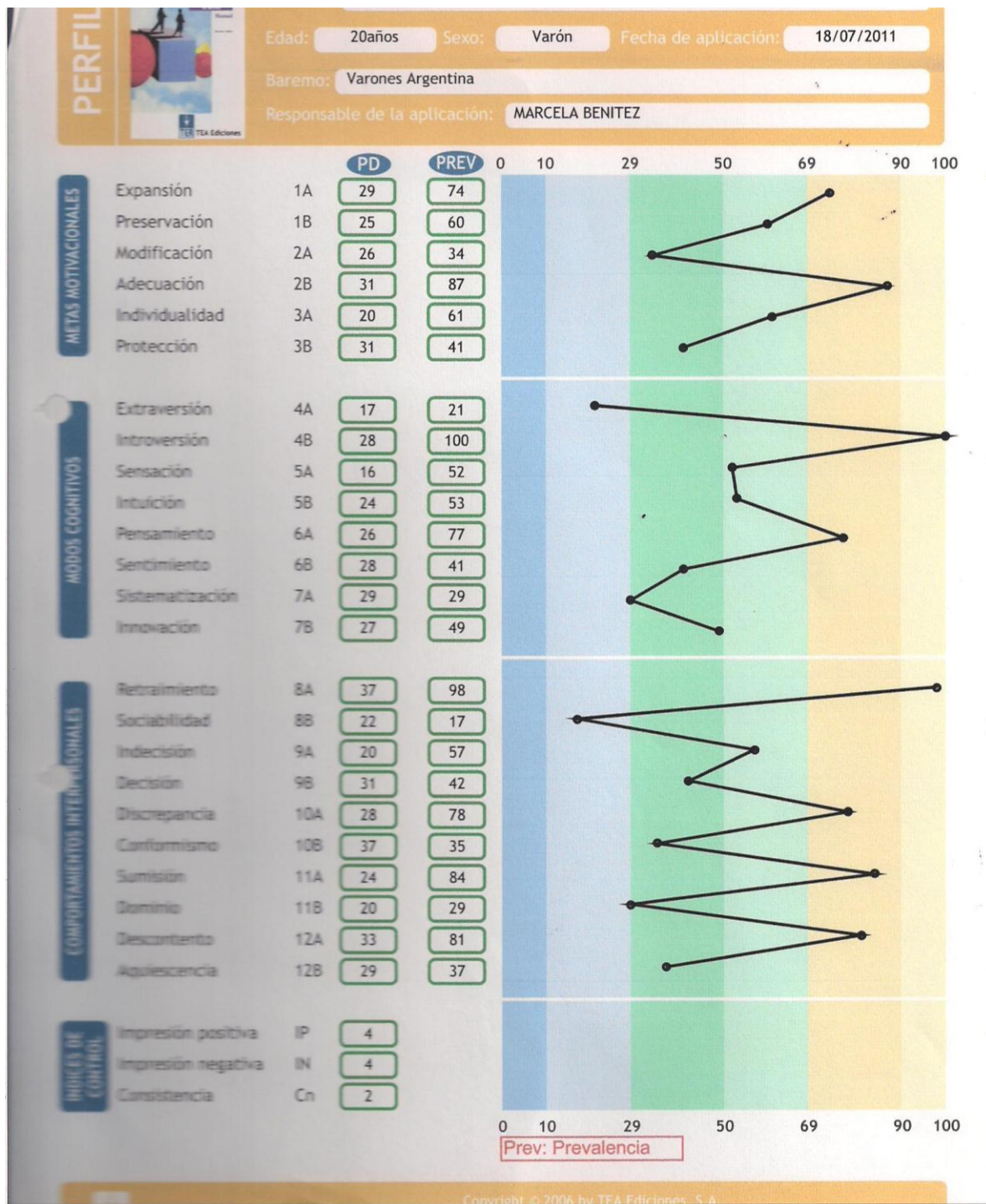
Edad: 34 años Sexo: Varón Fecha de aplicación: 11/07/2011

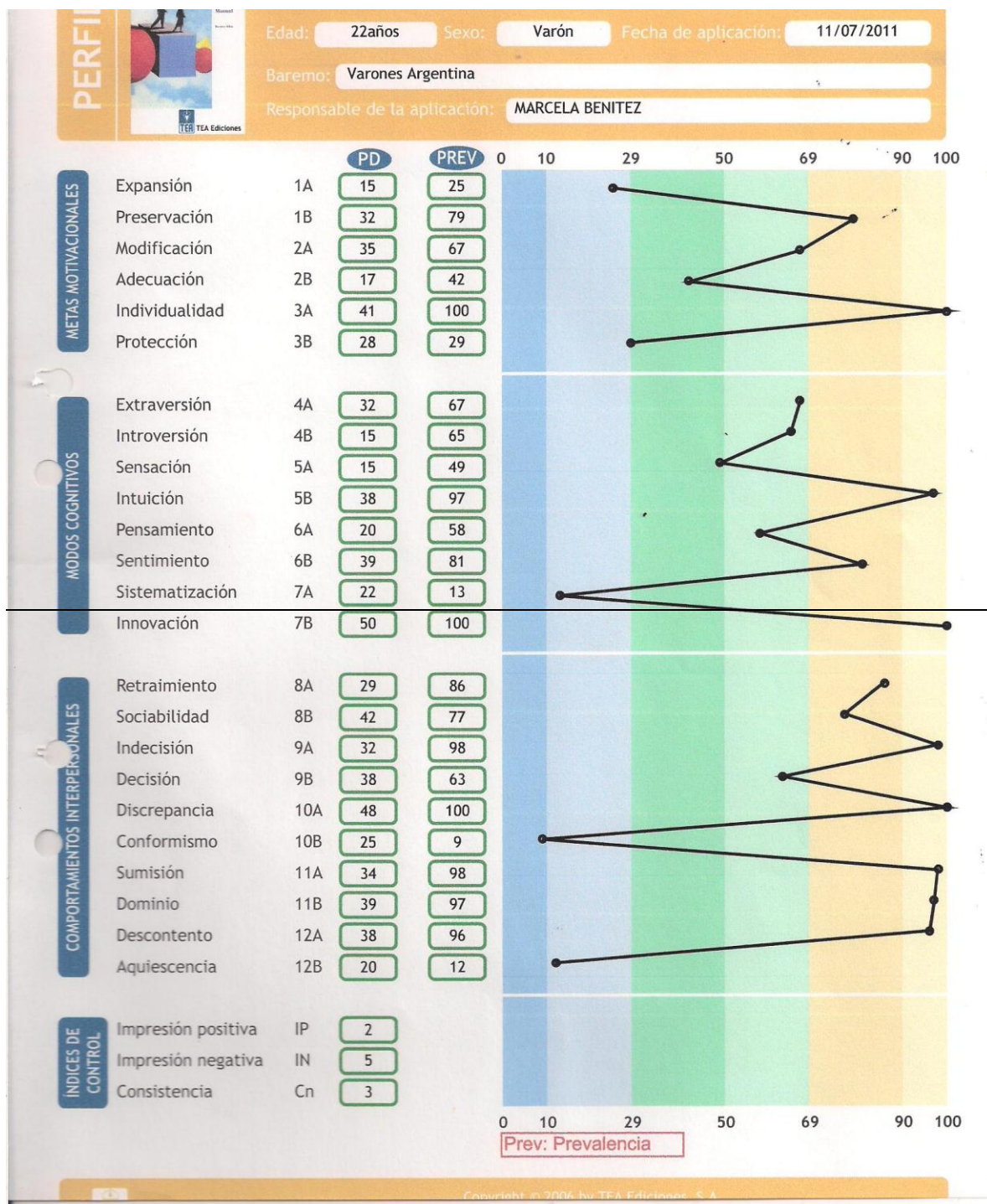
Baremo: Varones Argentina

Responsable de la aplicación: MARCELA BENITEZ

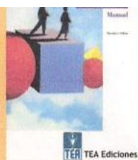


Prev: Prevalencia





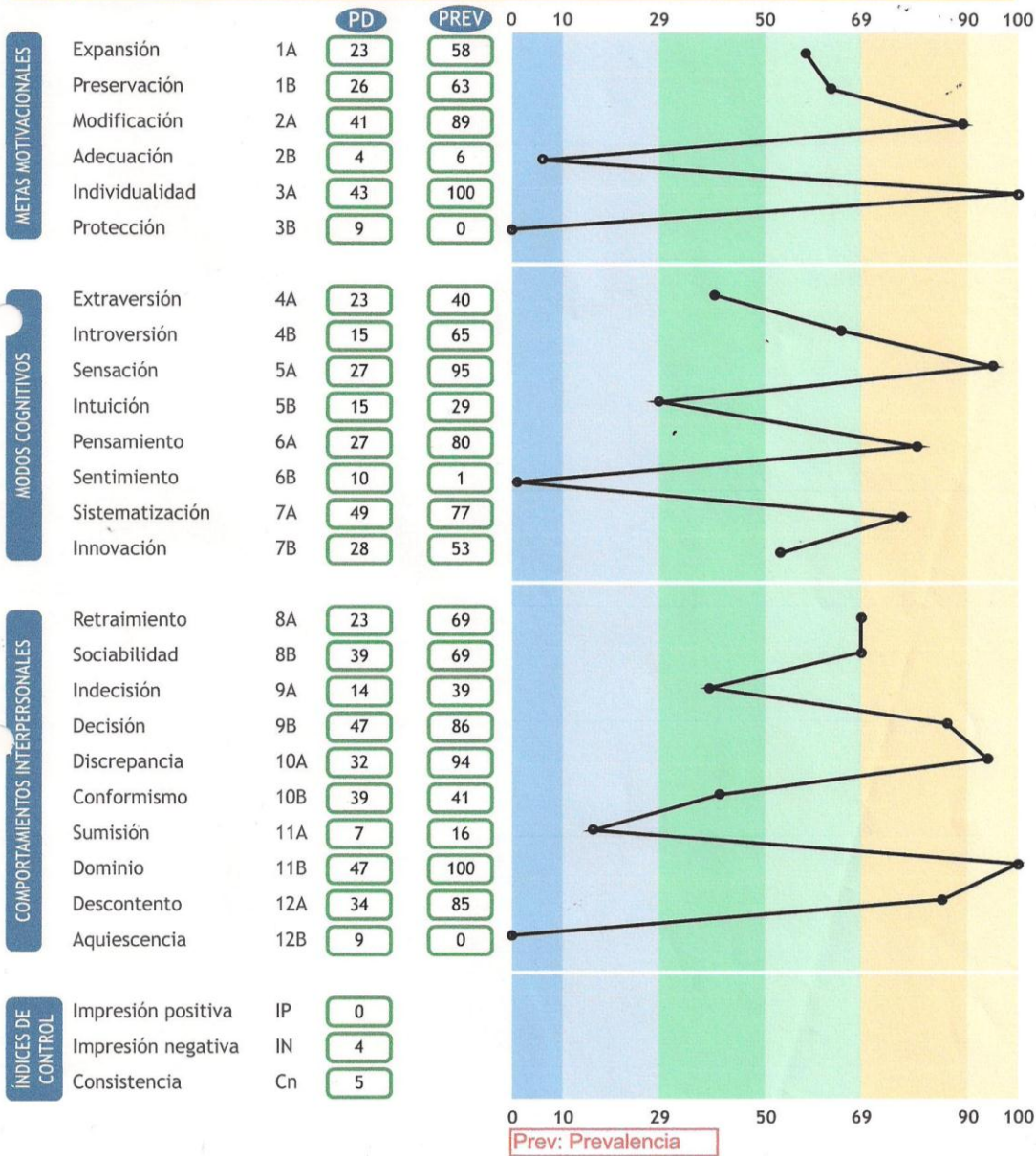
PERFIL



Edad: 35 años Sexo: Varón Fecha de aplicación: 18/07/2011

Baremo: Varones Argentina

Responsable de la aplicación: MARCELA BENITEZ



PERFIL



Edad: 57 años Sexo: Varón Fecha de aplicación: 11/07/2011
 Baremo: Varones Argentina
 Responsable de la aplicación: MARCELA BENITEZ

METAS MOTIVACIONALES

- Expansión
- Preservación
- Modificación
- Adecuación
- Individualidad
- Protección

	PD	PREV
1A	15	25
1B	11	32
2A	8	0
2B	25	72
3A	7	1
3B	15	7

MODOS COGNITIVOS

- Extraversión
- Introversión
- Sensación
- Intuición
- Pensamiento
- Sentimiento
- Sistematización
- Innovación

	PD	PREV
4A	16	18
4B	8	40
5A	7	9
5B	17	35
6A	8	9
6B	16	7
7A	15	2
7B	23	36

COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES

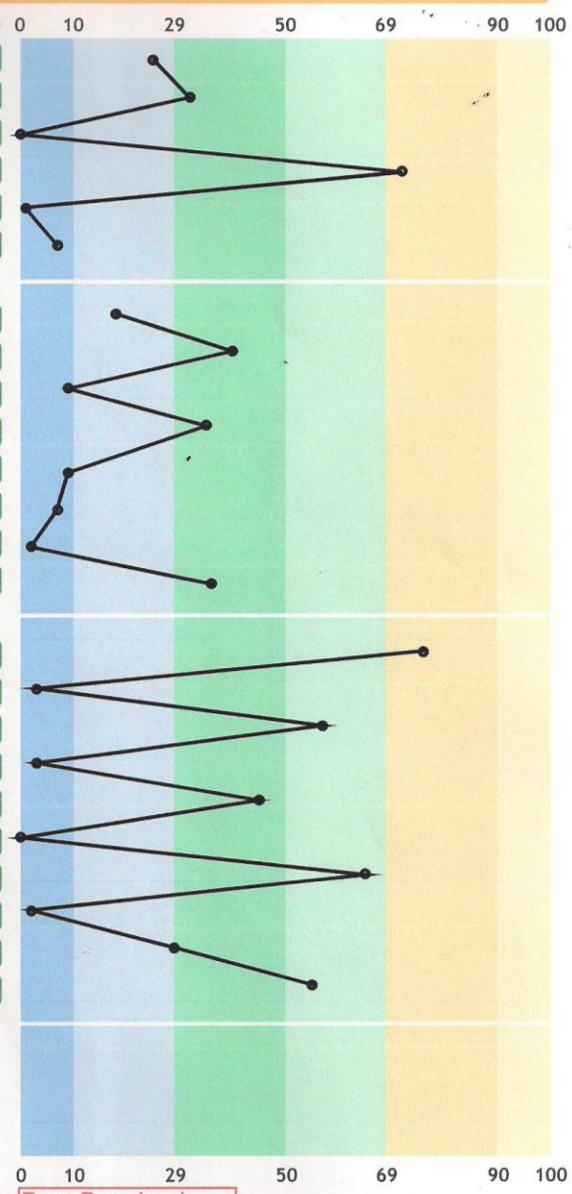
- Retraimiento
- Sociabilidad
- Indecisión
- Decisión
- Discrepancia
- Conformismo
- Sumisión
- Dominio
- Descontento
- Aquiescencia

	PD	PREV
8A	26	76
8B	15	3
9A	20	57
9B	16	3
10A	19	45
10B	13	0
11A	19	65
11B	12	2
12A	18	29
12B	34	55

INDICES DE CONTROL

- Impresión positiva
- Impresión negativa
- Consistencia

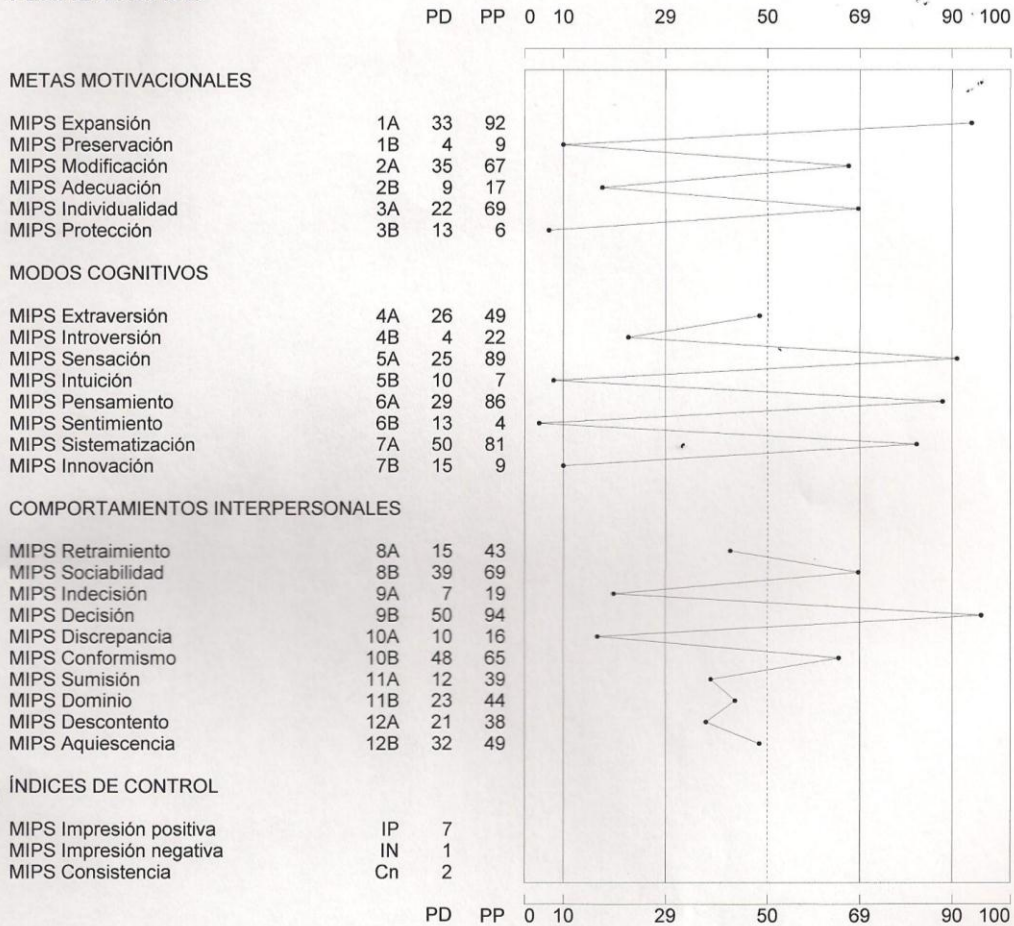
IP	0
IN	0
Cn	0



Prev: Prevalencia

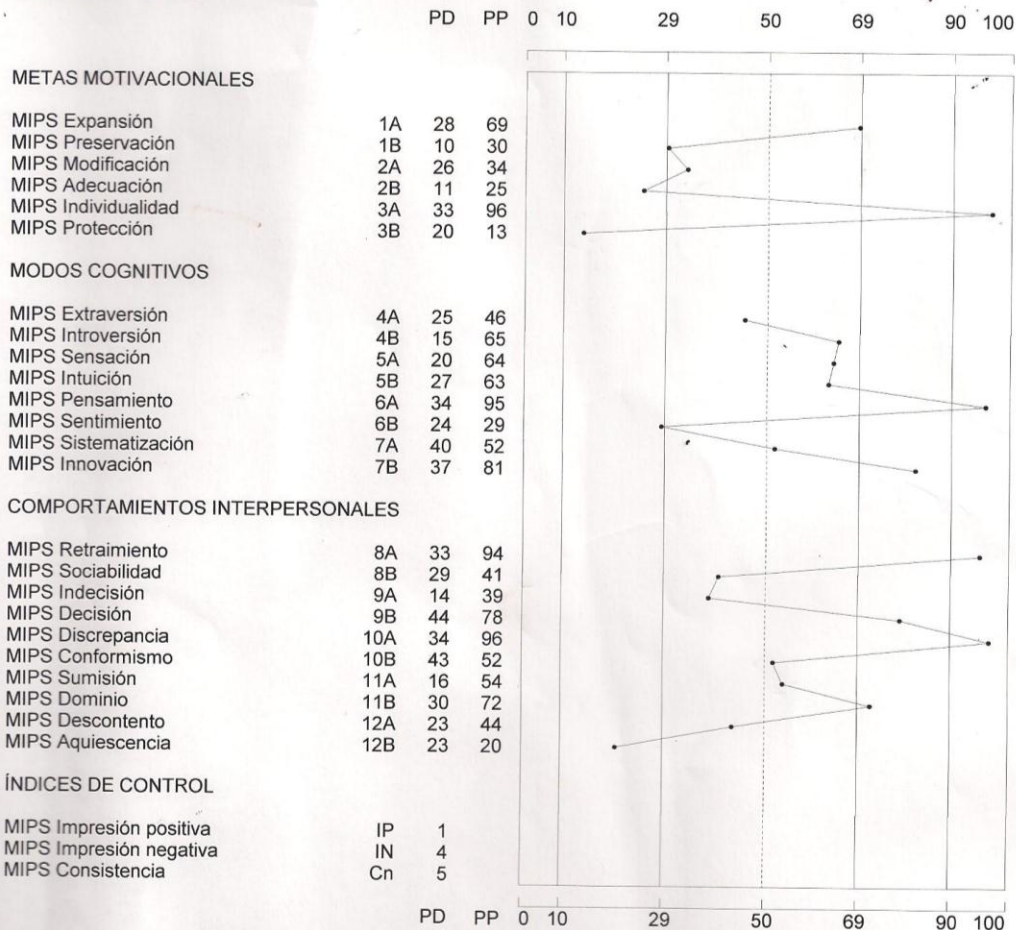
Edad: 61 Sexo: Varón Fecha: 18/5/2011 Código: 15-61
 Responsable: PSICOLOGA MARGARITA MARÍA VÉLEZ
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



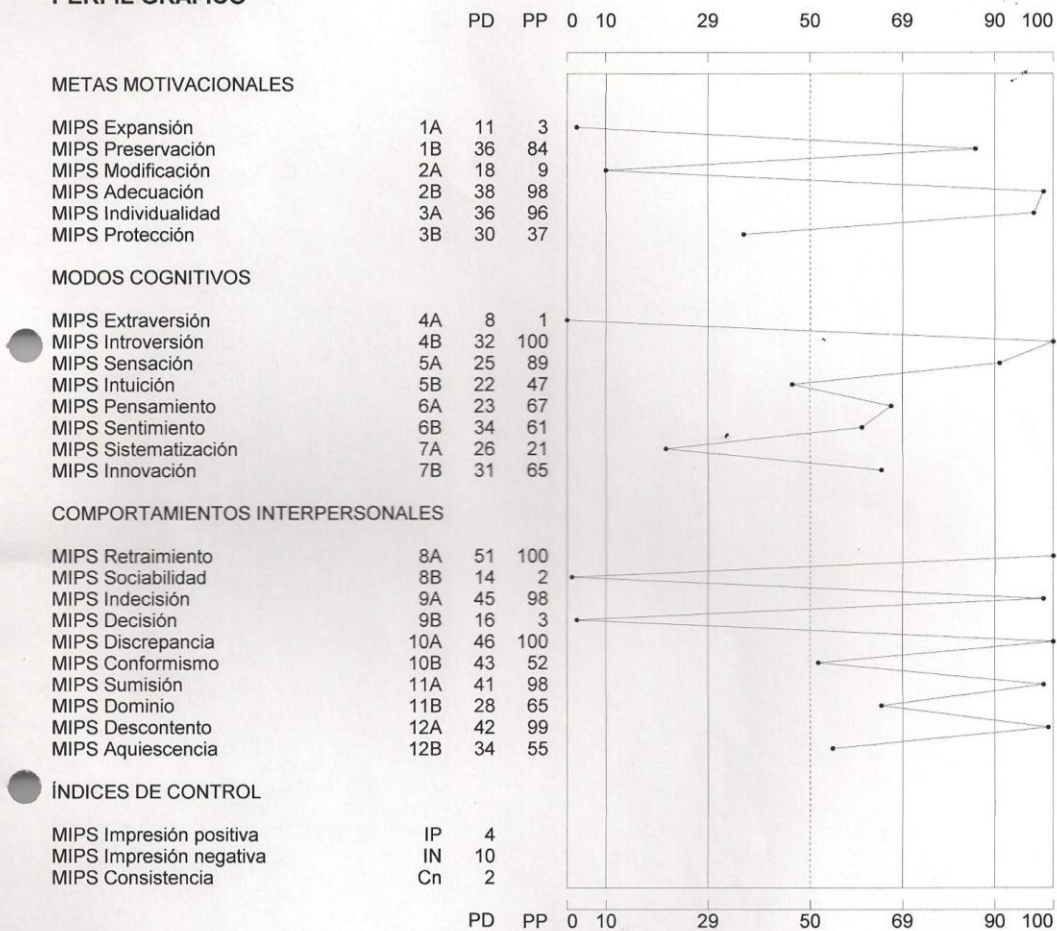
Edad: 20 Sexo: Varón Fecha: 27/5/2011 Código: 2120
 Responsable: PSICOLOGA MARCELA BENÍTEZ MILLÁN
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



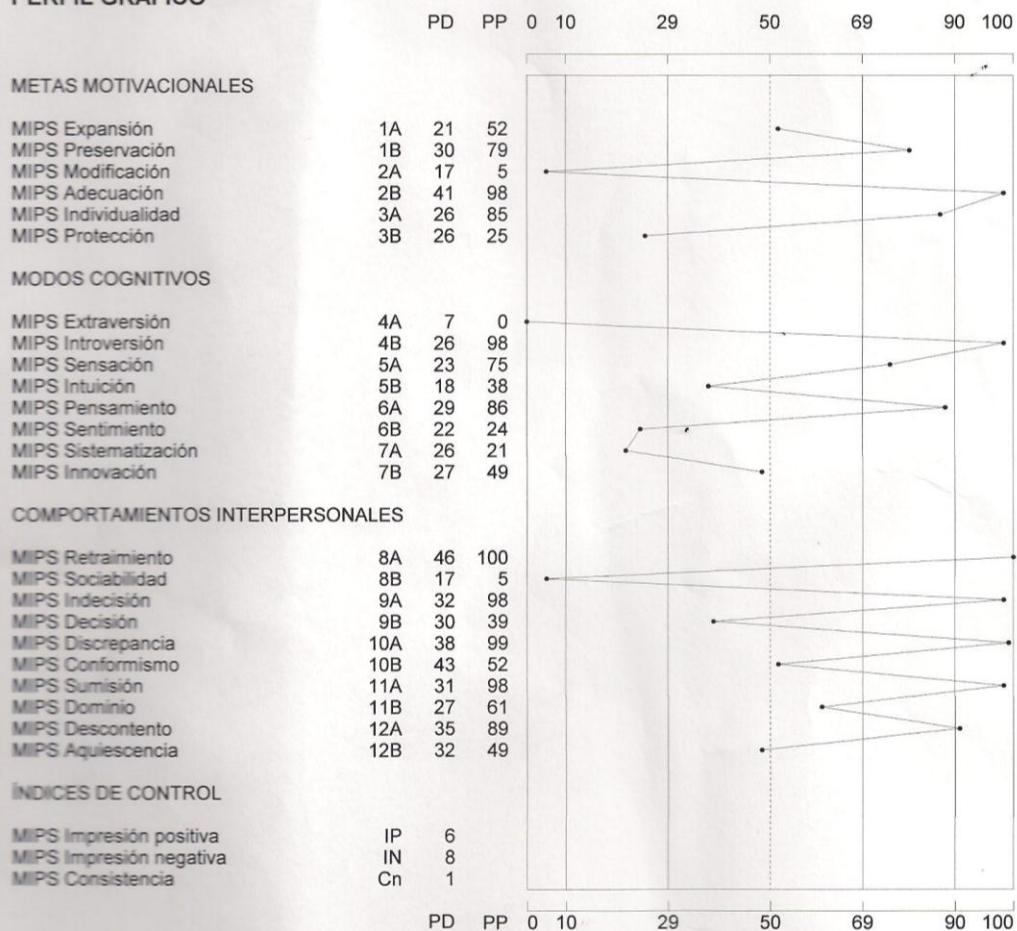
Edad: 59 Sexo: Varón Fecha: 18/5/2011 Código: 16-59
 Responsable: PSICOLOGA MARGARITA MARÍA VÉLEZ
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



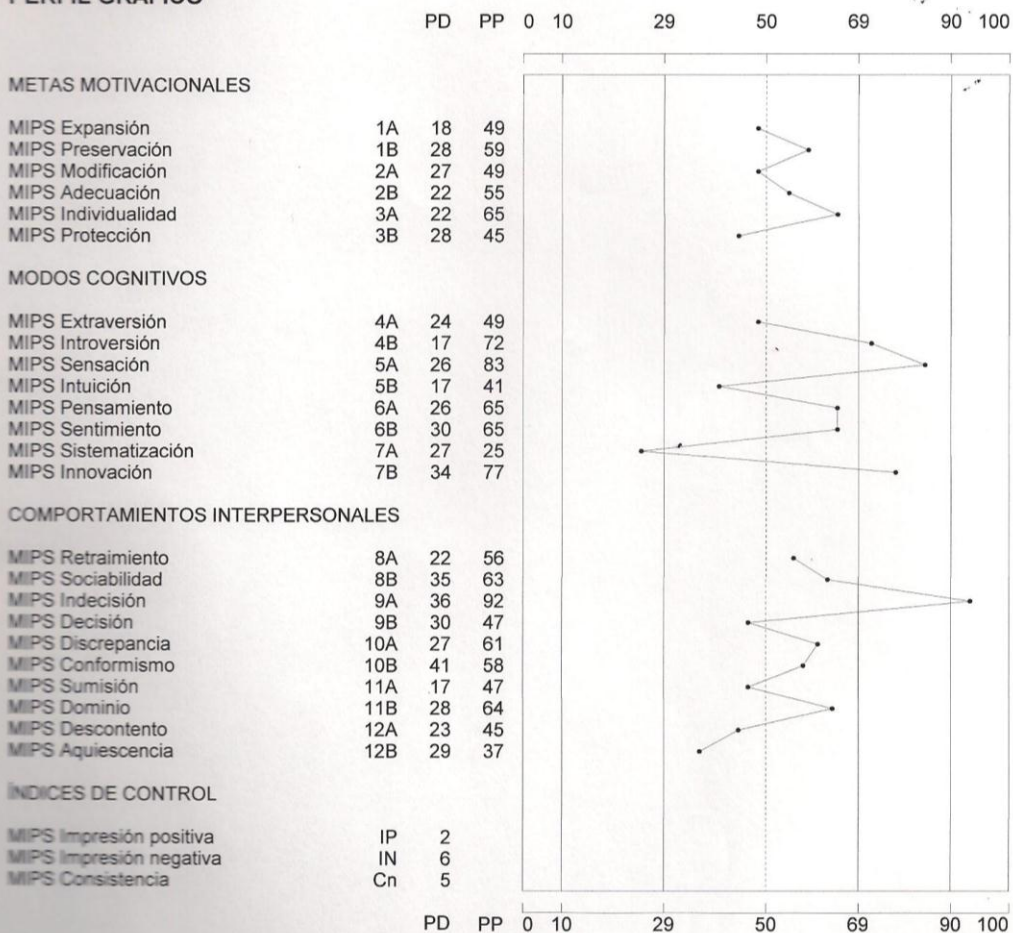
Edad: 51 Sexo: Varón Fecha: 27/5/2011 Código: 2351
 Responsable: PSICOLOGA MARCELA BENÍTEZ MILLÁN
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



Edad: 48 Sexo: Varón Fecha: 18/5/2011 Código: 14-48
 Responsable: PSICOLOGA CLAUDIA ARDILA
 Baremo: España Adultos mujeres

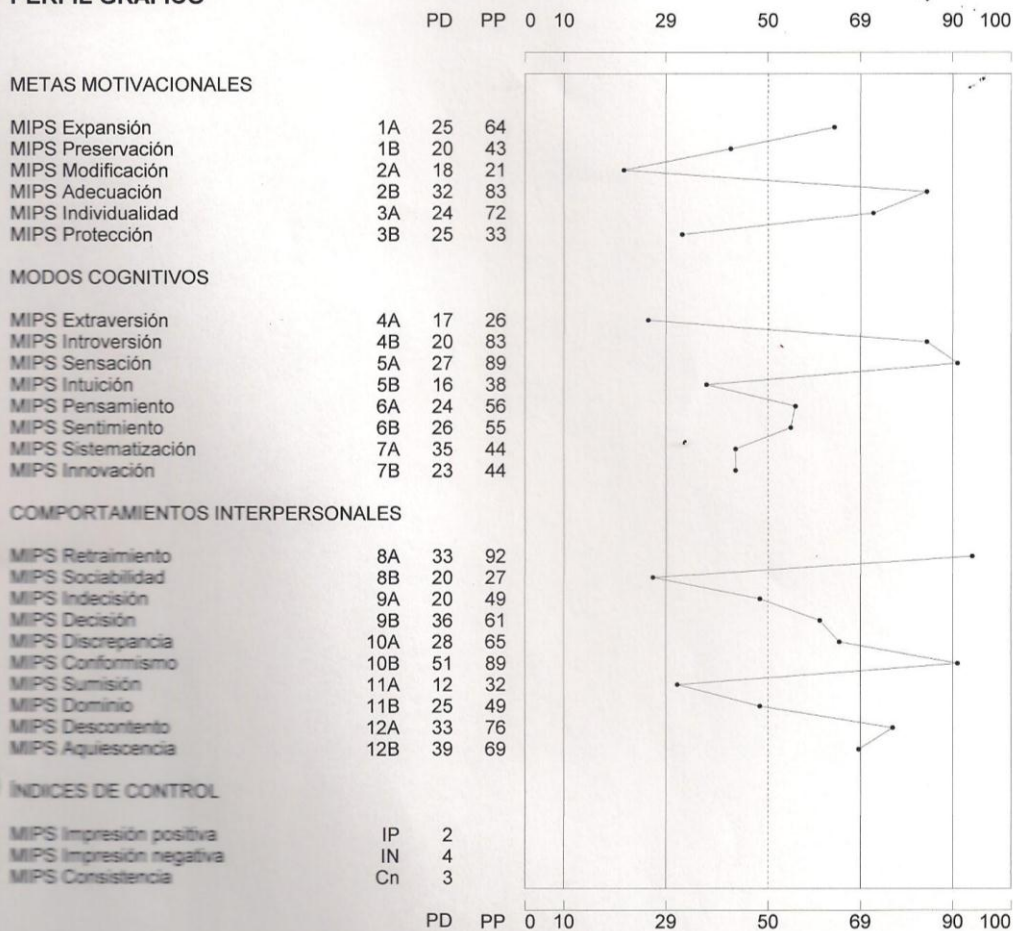
PERFIL GRÁFICO



Índice de ajuste (Ia) PD = -8 Típica = 36

Edad: 59 Sexo: Varón Fecha: 18/5/2011 Código: 18-59
 Responsable: PSICOLOGA MARGARITA MARÍA VÉLEZ
 Baremo: España Adultos mujeres

PERFIL GRÁFICO



Índice de ajuste (Ia) PD = 9 Típica = 43

Edad: 45 Sexo: Varón Fecha: 27/5/2011 Código: 2445
 Responsable: PSICOLOGA MARCELA BENÍTEZ MILLÁN
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO

METAS MOTIVACIONALES

MIPS Expansión	1A	13	14
MIPS Preservación	1B	28	69
MIPS Modificación	2A	32	58
MIPS Adecuación	2B	13	31
MIPS Individualidad	3A	26	85
MIPS Protección	3B	25	23

MODOS COGNITIVOS

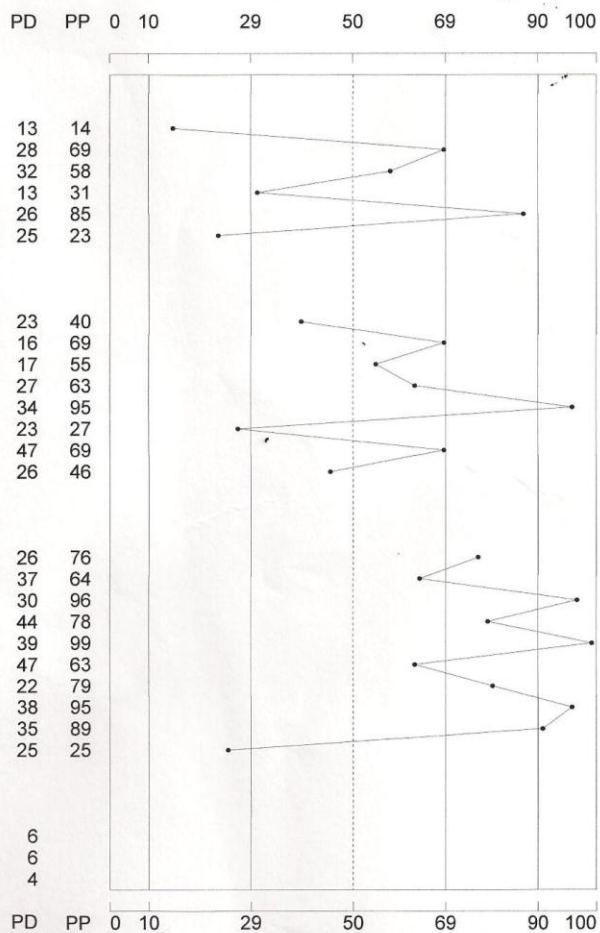
MIPS Extraversión	4A	23	40
MIPS Introversión	4B	16	69
MIPS Sensación	5A	17	55
MIPS Intuición	5B	27	63
MIPS Pensamiento	6A	34	95
MIPS Sentimiento	6B	23	27
MIPS Sistematización	7A	47	69
MIPS Innovación	7B	26	46

COMPORTAMIENTOS INTERPERSONALES

MIPS Retraimiento	8A	26	76
MIPS Sociabilidad	8B	37	64
MIPS Indecisión	9A	30	96
MIPS Decisión	9B	44	78
MIPS Discrepancia	10A	39	99
MIPS Conformismo	10B	47	63
MIPS Sumisión	11A	22	79
MIPS Dominio	11B	38	95
MIPS Descontento	12A	35	89
MIPS Aquiescencia	12B	25	25

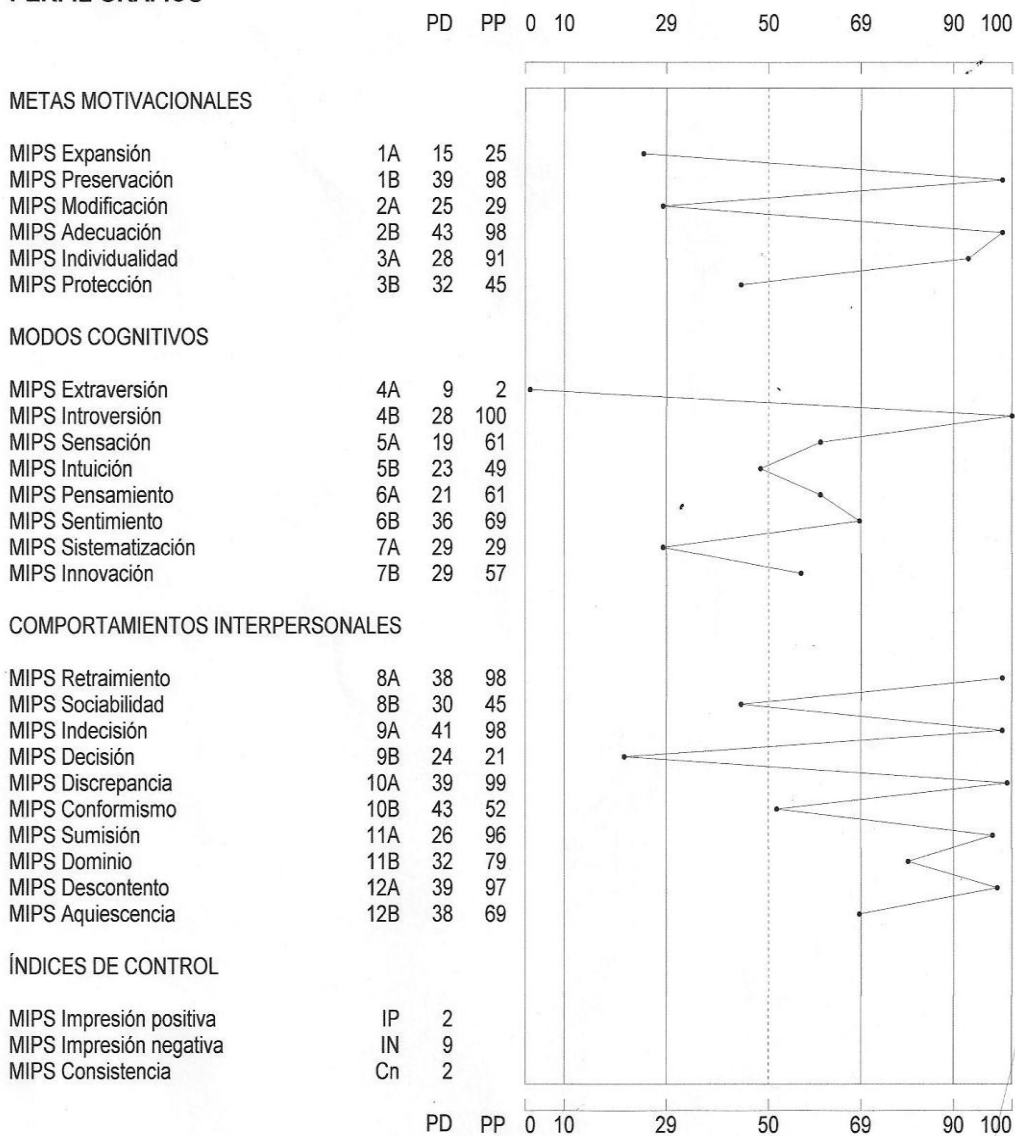
ÍNDICES DE CONTROL

MIPS Impresión positiva	IP	6	
MIPS Impresión negativa	IN	6	
MIPS Consistencia	Cn	4	



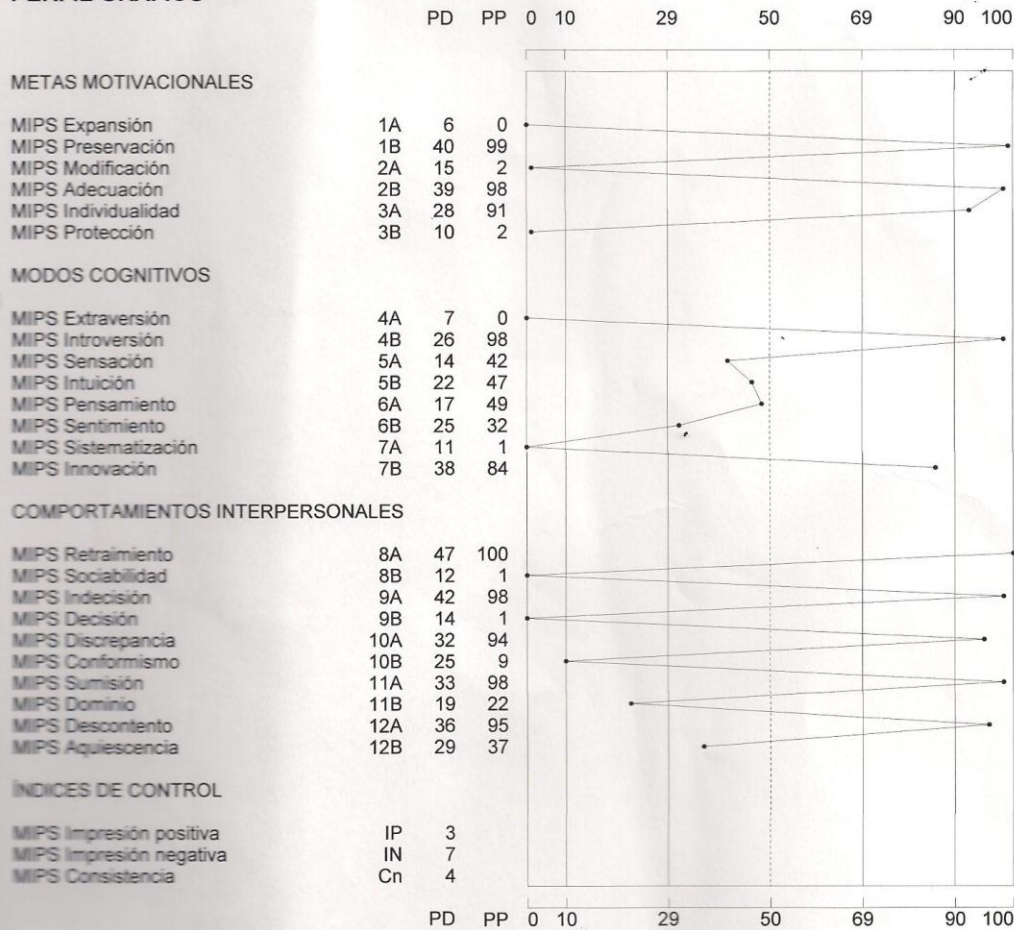
Edad: 52 Sexo: Varón Fecha: 18/5/2011 Código: 17-52
 Responsable: PSICOLOGA MARGARITA MARÍA VÉLEZ
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



Edad: 42 Sexo: Varón Fecha: 27/5/2011 Código: 2242
 Responsable: PSICOLOGA MARCELA BENÍTEZ MILLÁN
 Baremo: Argentina Adultos varones

PERFIL GRÁFICO



ANEXO G. CUADRO DE ENTREVISTA Y ANÁLISIS DE

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

1. ¿Cuándo comenzó con el consumo de SPA?	2. Cómo era su vida cuando comenzó a consumir?	3. ¿Con que sustancias comenzó y como era su consumo?	4. ¿Qué sustancias psicoactivas consume actualmente?	5. ¿Qué efectos tiene sobre usted esta sustancia que consume o ha consumido preferentemente?	6. ¿Qué siente usted después de que pasan los efectos del consumo de la sustancia?
Impulsividad	Ausencia de valores	Necesidad de experimentar nuevas sensaciones	Deseo de satisfacción	Ambivalencia	Necesidad de satisfacción
Necesidad de satisfacción	Estabilidad	Policonsumidor	Incoherencia	Nuevas sensaciones	Sentimiento de culpa
Falta de responsabilidad	Sin límites		Búsqueda insaciable	Ideas irracionales	Conocimiento
	Sentimiento de culpa				Hacerlo desde el aprendizaje
	Sentimientos de autodestrucción				Ausencia de satisfacción
	Ambivalencia				Búsqueda de soledad
					Minusvalía

7. ¿Cómo se siente usted física y mentalmente ahora, al haber pasado parte de su vida consumiendo sustancias psicoactivas?	8. ¿Cómo eran sus relaciones familiares al momento de comenzar con el consumo de SPA?	9. ¿Ahora cómo son sus relaciones familiares, si las tiene?	10. ¿Se ha encontrado usted como consecuencia del consumo de SPA en situación de calle?	11. ¿Cuánto tiempo lleva o ha pasado usted ya sea como habitante de o en la calle?	12. ¿En qué escenarios de calle ha habitado usted?
Remordimiento	Falta de responsabilidad	Manipulación	Perdida de dignidad	Desplazamiento	Negación de la realidad
Nivel de tolerancia alto	Dependencia	Búsqueda insaciable	Perdida de consciencia		Falta de consciencia
Autodestrucción	Apego	Sentido de pertenencia nulo	Ausencia de la realidad		
Discapacidad	Aislamiento social	Control premeditado			
Búsqueda continua de valores	Poca conciencia				
Poca conservación					

13. ¿Cuáles eran sus sentimientos y pensamientos cuando estuvo en situación de calle?	14. ¿Cómo se define usted como persona (cualidades, fortalezas y defectos)?	15. ¿Cree usted que posee actualmente estas cualidades?	16. ¿Cómo cree usted que se han mantenido los aspectos positivos de su personalidad pese al consumo de SPA?	17. ¿Qué cambios en su personalidad aparecieron con el consumo de SPA?	18. ¿Cree usted que esos cambios en la personalidad son comunes a todos los adictos a las SPA?
Consecuencia	Sentimiento de Grandeza	Sentimiento de minusvalía	Egocéntrico	Responsabilidad puesta en el otro	Reconocimiento de diferencias entre adictos
Autocompasión	Autoengaño	Autoengaño			
Aislamiento	Escudo de manipulación				
Competencia de poder	Poca valoración				

19. ¿Cuáles son los sueños y proyectos que tiene para su vida?	20. Después de todo lo que ha vivido ¿Cuál es el concepto que tiene de sí mismo?	21. ¿Qué significa para usted la rehabilitación?	22. ¿Para usted de que depende la rehabilitación del abuso de SPA?	23. ¿Por qué cree usted que algunos adictos no logran rehabilitarse del abuso de sustancias psicoactivas?
Metas por cumplir	Pensamientos automáticos	Autoevaluación	Imagen de autosuficiencia	Incoherencia interna
Individualismo	Autocompasión		Mayor consciencia	Egocéntrico
Ambicioso				Falta de deseo de recuperación
Necesidad de rehabilitación				
Comiseración				

⁹ Las palabras que se encuentran ubicadas en los recuadros de las preguntas son los análisis de las respuestas que dieron los sujetos a esta entrevista, y fueron catalogadas de esta manera para consolidar de forma más clara y concisa cada uno de las categorías y capítulos de esta investigación.