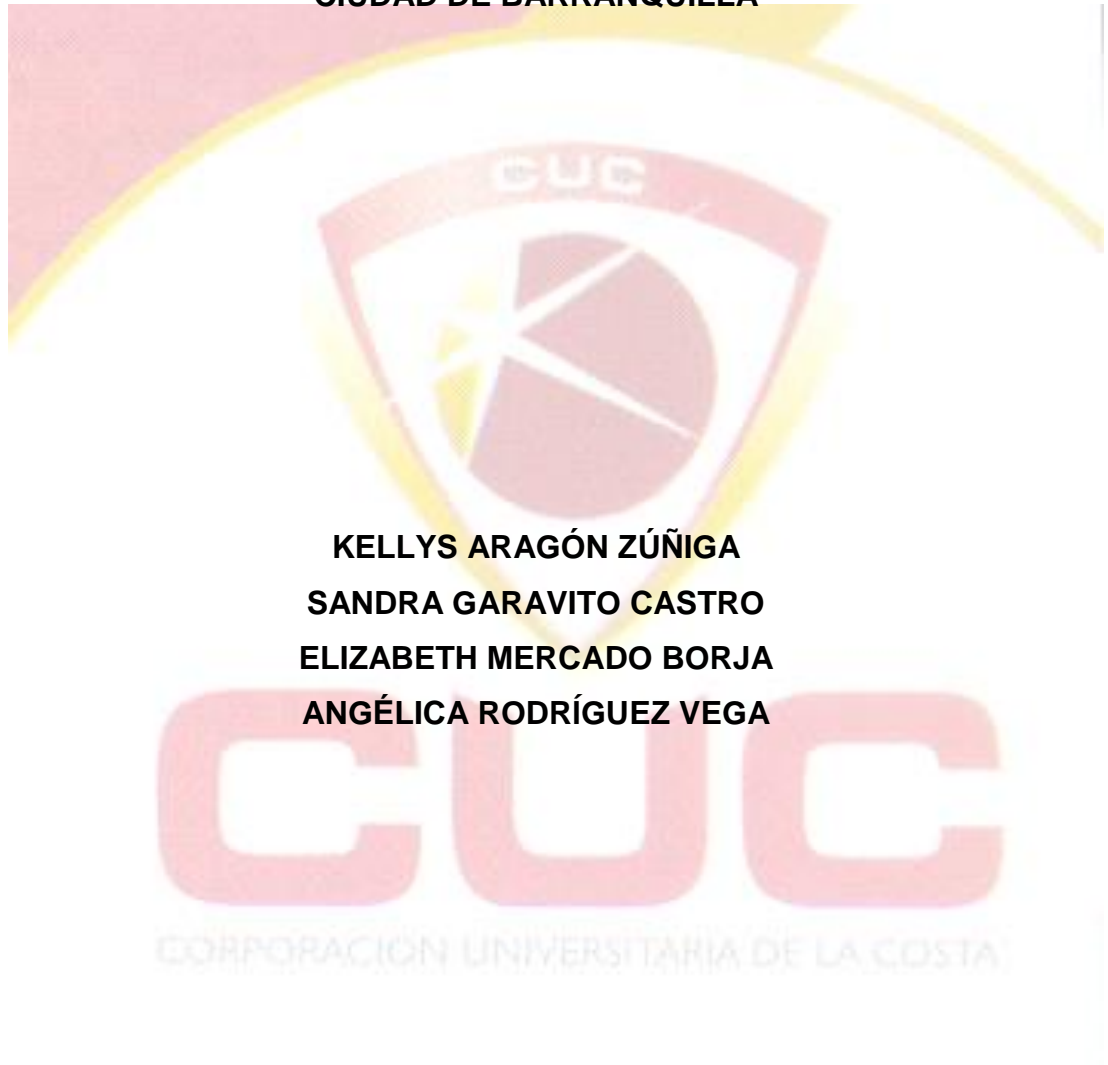


**RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD EN FARMACODEPENDIENTES DE
18 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y
CARCELARIO (INPEC) RECLUIDOS EN LA SECCIONAL DEL BOSQUE DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA**



**KELLYS ARAGÓN ZÚÑIGA
SANDRA GARAVITO CASTRO
ELIZABETH MERCADO BORJA
ANGÉLICA RODRÍGUEZ VEGA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE LA COSTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2.006

**RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD EN FARMACODEPENDIENTES DE
18 A 35 AÑOS DE EDAD, DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y
CARCELARIO (INPEC) RECLUIDOS EN LA SECCIONAL DEL BOSQUE DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA.**

**KELLYS ARAGÓN ZÚÑIGA
SANDRA GARAVITO CASTRO
ELIZABETH MERCADO BORJA
ANGÉLICA RODRÍGUEZ VEGA**

Tesis de grado presentado como requisito para optar al título de:

PSICÓLOGOS

**Asesor Metodológico:
MARGARITA ROCA VIDES**

**Asesor Teórico:
KAREN VILLACOB FERNÁNDEZ**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE LA COSTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2.006

NOTA DE ACEPTACIÓN



Barranquilla, Abril de 2.006.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus palabras de agradecimiento:

A la Facultad de Psicología de la Corporación Universitaria de la Costa "C.U.C.", por abrirnos sus puertas y brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente en esta prestigiosa institución.

A los profesores Dennys Martínez, Angélica Alarcón, Inírida Avendaño, Marlene Rojas, Robert Ferrel, Antonio Páez, Mildred Puello Scarpatti, Cirit Mateus, Jorge Galindo, Adriana De la Peña, Martha González, Mabel Devia y a todos en general, muchas gracias por ofrecernos sus conocimientos y compartir con nosotros sus experiencias.

A la Decana, Esther Antequera, por su atención y colaboración en el desarrollo de nuestro Proyecto.

A nuestros asesores, Víctor Ovalle, Margarita Roca y Karen Villacob, por su aporte objetivo a nuestra investigación.

A la señora Martha, por su ayuda incondicional.

A Enith Noriega, por su paciencia, colaboración incondicional y por su espontaneidad y sencillez.

A la Institución que nos facilitó la posibilidad de realizar esta investigación, brindándonos su mayor apoyo y confianza al permitir evaluar la población reclusa, Establecimiento Penitenciario y Carcelario (INPEC) Seccional Bosque, de la ciudad de Barranquilla.

DEDICATORIA

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos:

A Dios, por darme fortaleza en los momentos de incertidumbre y la posibilidad de culminar con éxito esta meta.

A mi madre, fuente de toda inspiración que me impulsó a estar donde estoy.

A mi padre, que me ha sabido guiar con amor en el camino de la vida.

A mis hermanas, esos seres tan especiales que me han regalado su amor incondicional.

A una persona que me enseñó que con amor todo se puede y convirtiéndose en un apoyo permanente "Antonio".

A todos mis amigos, quienes estuvieron a mi lado en todo momento sin dejar que las dificultades me vencieran, ofreciéndome su amistad incondicional.

A todas estas personas quiero dedicarles esta tesis de grado porque sé que sin su apoyo no lo hubiera logrado.

Kellys Patricia Aragón Zúñiga

DEDICATORIA

Dedico y doy gracias a Dios por permitirme culminar un sueño más, regalándome la fortaleza para vencer obstáculos y no rendirme.

Al ser que me trajo al mundo, que siempre ha creído en mí y me ha regalado su amor incondicionalmente, mi Madre.

A la memoria de un ángel que me ve desde el cielo y fue ejemplo de superación y amor a la vida, Nataly.

A un ángel que Dios nos envió del cielo, mi hermanita María José.

A dos personas que le dieron luz a mi vida en un momento de oscuridad "ANDE".

A mi tía y abuela, quienes aportaron su esfuerzo económico para que yo pudiera culminar mi carrera profesional.

Y a todos los que influyeron en mi crecimiento personal y profesional entre ellos la Universidad, mis profesores, mis jefes en el sitio de práctica y mis amigas.

Sandra Garavito Castro

DEDICATORIA

Este triunfo lo dedico a Dios, por ser mi fortaleza y voluntad, para escalar este gran peldaño en mi vida.

A la memoria de mi madre; por los gratos consejos y valores que infundió en mi vida, los cuales hoy en día son parte fundamental en la formación de mi vida personal y profesional.

A mis hermanos, que a la distancia se convirtieron en pilares fundamentales en mi vida, brindándome apoyo para llevar a feliz término esta meta.

A Gala y Rafael, esos seres tan especiales, les agradezco el apoyo que me brindaron.

A mis amigos que siempre me acompañaron en las alegrías y dificultades, siempre los tendré presente en mi corazón.

Elizabeth Mercado Borja

DEDICATORIA

Dedico este nuevo logro a Dios por su grandeza, porque a pesar de las adversidades siempre estuvo ahí llenándome de sabiduría y empeño.

A mis padres quienes no escatimaron esfuerzos tanto económicos como motivacionales para hacer de mí una profesional.

A mis amigos, los cuales con su apoyo, confianza y compañía aportaron un granito de arena para este triunfo.

A todos mis familiares, quienes estuvieron ahí en los momentos en que los necesité.

Angélica Rodríguez Vega

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. MARCO TEÓRICO	22
5.1. PERSONALIDAD.	22
5.1.1. Definición de Términos Básicos Asociados a la Personalidad.	23
5.1.2. Perspectivas Psicológicas que Definen la Personalidad.	24
5.1.3. Trastornos de la Personalidad.	33
5.1.4. Relación entre los Trastornos de la Personalidad y la Farmacodependencia.	41
5.1.5. Antecedentes de la Construcción de Pruebas de Medición de la Personalidad	43
5.2. TEORÍA DE LOS RASGOS SEGÚN RAYMOND B. CATTELL	44
5.2.1. Biografía. Raymond B. Cattell	44
5.2.2. Formación de la Personalidad por el Ambiente y la Herencia	52
5.2.2.1. Situaciones y rasgos	52

5.3. FARMACODEPENDENCIA	53
5.3.1. Antecedentes Históricos	53
5.3.2. Estatuto Nacional de Estupefacientes	60
5.3.3. Otras definiciones del Estatuto Nacional de Estupefacientes.	63
5.3.4. Definición de Términos Básicos Asociados a la Farmacodependencia	66
5.3.5. Abuso de Sustancias.	69
5.3.6. Tipos de Consumidores.	71
5.3.7. Clasificación de las Drogas.	74
5.3.8. Trastornos Relacionados con Sustancias.	75
5.3.9. Dependencia de Sustancias.	76
5.3.10. Factores de Riesgo para la Problemática de la Farmacodependencia.	77
5.3.10.1. Factores de Riesgo Relacionados con la Organización Social	78
5.3.10.2. Factores de Riesgo Relacionados con la Estructura Familiar	79
5.3.11. Índices de Consumo.	79
5.4. DESARROLLO EN LA EDAD ADULTA TEMPRANA.	81
5.4.1. Periodos del Ciclo Vital.	82
5.4.2. Desarrollo Físico y Cognitivo en la Edad Adulta Temprana.	82
5.4.3. Desarrollo Psicosocial en la Edad Adulta Temprana.	83
5.5. DESARROLLO EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA	84
5.5.1. Desarrollo Físico	84

5.5.2. Desarrollo Cognitivo.	85
5.5.3. Desarrollo Psicosocial.	86
5.5.4. Identidad de Género.	86
5.6. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE BARRANQUILLA (INPEC)	88
5.6.1 Antecedentes.	88
5.6.2. Descripción de la Penitenciaría del Bosque.	88
5.6.3. Estructura Organizacional INPEC.	93
6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	101
6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	101
6.1.1. Personalidad.	101
6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL	102
7. CONTROL DE VARIABLES	104
7.1. EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS	104
7.2. EN EL AMBIENTE	104
7.3. EN EL INSTRUMENTO	105
7.4. EN LOS INVESTIGADORES	105
8. METODOLOGÍA	106
8.1. POBLACIÓN	106
8.1.1 Características de la Población	106
8.2. MUESTRA	109
8.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	109

8.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	110
8.5. PARADIGMA	114
9. RESULTADOS ESPERADOS	115
10. ANÁLISIS DE RESULTADOS	116
11. PRESUPUESTO	135
12. CRONOGRAMA	136
CONCLUSIONES	137
RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFÍA	142
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Desde antaño el ser humano ha hecho uso de una o varias drogas ya sea con fines religiosos, médicos o ceremoniales.

Con el transcurso del tiempo, esta práctica se ha diversificado en grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de los países se ha convertido en un grave problema social y de salud que afectan particularmente a la población joven.

En cada una de las etapas de la vida del ser humano se experimentan dificultades y logros, que le llevan a experimentar sensaciones de angustia o bienestar que fortalecen o debilitan la estructura de su personalidad.

El individuo, opta por tomar decisiones encaminadas a la búsqueda de soluciones que le generen satisfacción y placer, las cuales muchas veces resultan ser efímeras y traen consigo consecuencias perjudiciales para sí mismo y para su entorno.

En búsqueda de experiencias y motivado por la curiosidad, el hombre, se inmersa en el consumo de la droga, que, de una experiencia personal satisfactoria, se convierte en una necesidad que lo impulsa a consumirla de forma compulsiva hasta generar dependencia física y psicológica hacia esas sustancias nocivas a la salud.

El consecuente comportamiento del individuo asiduo al consumo, incide

negativamente en su entorno familiar, escolar y laboral, marcando también una alta incidencia en accidentes de tránsito y actos delictivos.

Por lo anterior, resulta de gran interés el estudio de los rasgos de personalidad que caracterizan a los consumidores de drogas y las conductas que presentan en determinadas situaciones de angustia e insatisfacción personal.

Se plantea la necesidad de realizar un proyecto de investigación acerca de los rasgos de personalidad en farmacodependientes de 18 a 35 años reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla, para ello se aplicará el instrumento de evaluación “test de personalidad CAQ”, a través de sus escalas de primer orden (Hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja, culpabilidad-resentimiento, apatía-reiterada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia, desajuste psicológico) y las de segundo orden (ansiedad, extraversión, independencia, socialización controlada o superego y depresión).

Se organizará la información primaria de manera útil para la interpretación, y las herramientas mencionadas ayudaran a especificar y definir los rasgos característicos de los reclusos farmacodependientes teniendo en cuenta que se fundamenta en la investigación estructural cuantitativa.

Bajo el paradigma empírico analítico se estudiarán las teorías del análisis factorial de la personalidad de CATELL, (principal autor guía), con el propósito de que a través de su conjunto de leyes se puedan fundamentar los hechos siguiendo las pautas de este esquema, (reduccionista, realista, objetivista, retrospectiva y formal); que permitan la aplicación a la praxis educativa optimizando el principal instrumento de evaluación, la prueba de personalidad CAQ.

2. JUSTIFICACIÓN

Resulta de gran importancia estudiar la personalidad de la población farmacodependiente, quienes en su mayoría son rechazados por la sociedad. Y cuya temática es ignorada por gran parte de la humanidad. Para abordar la problemática de esta población es relevante que se analicen los beneficios que arrojará la investigación.

En los farmacodependientes se da una transformación psíquica y física producida por la interacción de un individuo y una droga cuyos efectos tienen injerencia directa sobre la estructura de la personalidad, término amplio del que aun, no se tiene una definición exacta, pero que pudiera ser determinante para que un sujeto opte por sumirse en la droga, esta puede producir estados psicóticos y en otros puede ser que no genere alteración alguna.

Se requiere por ello, de un instrumento que permita describir los rasgos clínicos de personalidad de farmacodependientes, se opta por el CAQ, porque permite determinar resultados sobre los patrones típicos de personalidad y sus desviaciones. Los resultados del test permitirán encontrar y describir los rasgos de personalidad que predominan en los farmacodependientes así, se conocerán los rasgos que prevalecen en estos sujetos y el grado de influencia de la personalidad en la tendencia al consumo de sustancia psicoactivas.

Esta temática resulta benéfica para la comunidad científica porque genera nuevas investigaciones y les permite adquirir datos estadísticos de los índices de consumo de fármacos, siendo esta una herramienta para determinar el tipo de población más vulnerable ante esta problemática.

A las diferentes áreas de la psicología tales como la educativa, social y jurídica la investigación les facilita la elaboración de planes y/o programas de promoción, prevención e intervención de acuerdo al caso; les permite implementar proyectos teniendo en cuenta los rasgos de personalidad y los procesos psicológicos básicos.

Como psicólogos, se investiga para establecer la importancia de conocer cómo se dan los procesos de desarrollo de la personalidad y la tendencia a consumir drogas, por esto la labor como profesionales es el manejo de datos confiables, y comprobables utilizando herramientas específicas y convenientes para la población estudiada con el fin de obtener perfiles típicos de personalidad.

En el establecimiento penitenciario y carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla, en la que será evaluada una muestra de la población que esta constituida por 34 sujetos farmacodependientes de 18 a 35 años de edad le permitirá fortalecer su programa y apoyará la efectividad y validez de los diagnósticos.

La población evaluada, fortalecerá la investigación porque a través de su experiencia como farmacodependientes y sus conductas que serán medidas a través de las pruebas, brindan a la ciencia, herramientas necesarias para el manejo de ésta problemática.

La Corporación Universitaria de la Costa C.U.C con los resultados de la investigación tendrá un avance científico del estudio de la población farmacodependiente, el cual ha sido un tema poco abordado en la institución.

Los beneficios que se mencionan anteriormente reafirman la importancia de esta investigación demostrando que los rasgos clínicos de personalidad de los sujetos facilitan la implementación del trabajo personalizado por lo que se asegura que los resultados en el tratamiento que se implemente serán más confiables.

3. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la historia del hombre, desde sus orígenes, está presente el uso de sustancias químicas que alteran el curso y los contenidos del pensamiento.

Los factores antropológicos, culturales y religiosos, remontan el consumo de droga a los guerreros triviales para infundirle valor a los rituales de purificación y en épocas más actuales a los ámbitos lúdicos y de vanguardia.

La referencia más antigua data del año 600 a.c y se refiere al opio, que es quizás una de las primeras drogas con gran potencial adictivo.

El abuso y dependencia a sustancias es un tema que no es exclusivo de nuestra época ni de nuestro país. En las tres últimas décadas esta práctica se ha diversificado, se ha extendido a grandes sectores de la comunidad mundial y representa un gran problema social que afecta preponderadamente a la población joven, es causa de daños a la salud, familia, trabajo y a la sociedad.

La farmacodependencia, es el estado psíquico y físico producido por la interacción de un individuo y un fármaco, caracterizado por los comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de las sustancias de forma continua y periódica para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por sus ausencias.

La característica primordial de la farmacodependencia, es el irreparable deseo de consumo ligado al placer inicial a la dependencia psicosocial y a la adición física final¹.

El inicio de consumo se produce a través de diferentes formas experimentales, lúdicas o por inducción del entorno.

Se han realizado investigaciones complejas y diversas sobre las causas y formas de prevención del consumo; pero no se puede desconocer la influencia de la personalidad de cada sujeto, quien de forma individual vive de diversas maneras su inicio y desarrollo paulatino en el mundo de las drogas; por tal razón, surge la idea de investigar; cuáles son los rasgos de personalidad en farmacodependientes, para conocer las características de estos individuos; a partir de esto se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los rasgos clínicos de personalidad en farmacodependientes de 18 a 35 años de edad, reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla?

¹ CONRAD, Surribas Figuls. Enciclopedia de La Psicología. Tomo II. Barcelona: Océano. 2003. p. 430.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Describir los rasgos clínicos de personalidad en farmacodependientes de 18 a 35 años de edad, reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir los siguientes rasgos clínicos de personalidad del primer orden: Hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja energía, culpabilidad – resentimiento, apatía - retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico en farmacodependientes de 18 a 35 años de edad, reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla.
- ❖ Describir los siguientes rasgos clínicos de personalidad del segundo orden: Ansiedad, extraversión, independencia, socialización controlada o superego y depresión en farmacodependientes de 18 a 35 años de edad, reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. PERSONALIDAD

La personalidad ha sido definida, como la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conducta, pensamiento y sentimientos. Esta definición recalca varios aspectos:

La personalidad no es solo una acumulación de partes y piezas; tiene una organización, la personalidad no se limita a estar ahí; es activa, tiene procesos, la personalidad es un concepto psicobiológico, pero está intrínsecamente unida al cuerpo físico, la personalidad es una fuerza causal; ayuda a determinar la forma en la que el individuo se relaciona con el mundo, la personalidad se muestra en patrones, recurrencias y coherencias, la personalidad no se muestra de una sino de varias maneras, en conductas, pensamientos y sentimientos².

Se encuentra que Raymond B. Cattell, define la personalidad como aquello que permite la predicción de lo que una persona va hacer en una situación dada³.

² CARVER, Charles S. Teorías de la Personalidad. México: Prentice hall. 1997. p. 5

³ FREDMAN, Alfred. Compendio de Psiquiatría. Bogotá: Salvat. 1991. p. 150

5.1.1. Definición de Términos Básicos Asociados a la Personalidad. Al hablar de personalidad existe similitud en el contenido de términos lo que podría generar confusión. A continuación se definen:

- ❖ **Temperamento:** Constitución somática en acción. Aspecto emotivo - racional de la personalidad. El temperamento es la contribución directa de la química tisular a la vida mental.

Las tipologías de Kretschmer y de Sheldon son teorías del temperamento. Ambas señalan la estrecha vinculación de las características temperamentales del individuo a su constitución somática.

- ❖ **Carácter:** La etimología de carácter viene del griego que significa cuña. Es la marca o sello que rubrica la personalidad y da lugar a la valoración ética de la persona.

El carácter es definido como la faceta de la personalidad que decide el valor ético de un individuo. Personalidad transcendida de lo biológico y social y lo genuinamente humano. Carácter implica:

Una motivación permanente para ciertas actitudes y conductas, una cierta firmeza en el modo de hablar, pensar y actuar y una disposición ética permanente de amar, de hacer el bien⁴.

5.1.2. Perspectivas Psicológicas que Definen la Personalidad. La definición de personalidad difiere de acuerdo a las teorías que emiten los diversos enfoques entre los que predominan:

❖ Perspectiva psicodinámica. Dentro de Las teorías de este modelo se destacan: Freud, Jung y Murray, cuya característica común es el inconsciente del sujeto, utilizan procedimientos de evaluación indirectos, como las pruebas proyectivas y la prueba de asociación de palabras, para descubrir dicho contenido inconsciente.

Freud y Jung se identifican claramente a sí mismos como psicólogos de profundidad, debido a que se interesan en la naturaleza y los principios funcionales de las capas inconscientes de la psique. Para Freud, el motivo principal de la vida, manifestado desde nuestra más tierna infancia, es la búsqueda del placer. El niño busca aquello que le resulta agradable y evita aquello que le resulta doloroso. Este proceso búsqueda-evitación se da de diversas maneras, durante toda nuestra existencia.

⁴ BRUK, Ignacio. Psicología, Un Enfoque Actual. Caracas: Insula, 1995. p. 147.

En los diversos periodos o etapas por las que atraviesa el niño en su desarrollo predominan determinadas necesidades específicas (físicas, intelectuales, emocionales). Que se relacionan con diversas zonas concretas del cuerpo: Ano, órganos genitales; zonas que en los adultos representan los lugares de placer y tensión sexual y que en los niños se manifiesta de modo rudimentario, percibido sólo como sensaciones agradables o placenteras. Freud delineó cuatro etapas de desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, genital.

Murray también acepta el papel preponderante del inconsciente y utiliza las divisiones de la personalidad de Freud: id, ego y superego. El término psicodinámico denota también la naturaleza activa de la personalidad. Para Freud, Jung y Murray, las causas de la conducta son primordialmente internas: las fuerzas dinámicas (motivacional-emocional). Estas fuerzas impulsoras son predominantemente inconscientes⁵.

❖ Perspectiva psicosocial. Las teorías sociales consideradas tienden a subrayar el papel de los factores socioculturales dentro del desarrollo de la personalidad y especialmente, en la maduración del ego. Las teorías sociales se centran en la influencia penetrante de las fuerzas socioculturales. A las fuerzas socioculturales se le ha asignado un gran peso en la formación de la personalidad. La gran capacidad de aprendizaje de los seres humanos imparte suma importancia al medio cultural.

⁵ DICAPRIO, Nicholas S. Teorías de la Personalidad. México: Mc Graw Hill, 1989. p. 31.

Las influencias culturales pueden ser tan poderosas como los impulsos biológicos básicos y, de hecho, pueden alterar la manera en que son expresados y satisfechos. Erick Erickson aceptó muchos de los puntos de vista sobre el desarrollo de la personalidad de Freud, pero pensaba que Freud no había ido muy lejos por haberse concentrado en los primeros años. El ego necesitaba que se le diera una mayor influencia en el desarrollo de la personalidad, así como los determinantes sociales y culturales. Erickson propuso el criterio de que el desarrollo de la personalidad consistía principalmente en la maduración del ego, conforme la persona enfrenta las principales tareas de la vida.

Estas tareas son el resultado de cambios personales y sociales: por tanto, Erickson habla de las ocho etapas psicosociales del desarrollo:

- ❖ **Confianza básica frente a desconfianza:** (desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad). En este periodo el infante está completamente desvalido y depende de los demás para que satisfagan sus necesidades más elementales. El sentimiento de confianza resulta en extremo importante en el desarrollo de la personalidad porque proporciona la base para creer lo que se puede predecir del mundo, incluyéndose uno mismo y especialmente en las relaciones. El sentimiento de desconfianza es generado por un trato inconsistente, por inaccesibilidad emocional o por el rechazo.

- ❖ Autonomía frente a vergüenza y duda: (18 meses a 3 años de edad). El desarrollo físico del niño está en progreso, y el centro de sus esfuerzos empieza a cambiar al desarrollo de un sentimiento de control sobre sus acciones. Lograr el autocontrol sobre funciones como el control de esfínteres proporciona un sentimiento de control que contrasta con el sentimiento de estar a merced de los impulsos del cuerpo.

- ❖ Iniciativa frente a culpabilidad: (3 a 6 años). Los niños que toman la iniciativa pretenden imponer sobre el entorno su recientemente desarrollado sentimiento de voluntad. Expresan su curiosidad cuando exploran y manipulan su mundo y hacen preguntas sobre las cosas que suceden a su alrededor.

- ❖ Laboriosidad frente a inferioridad: (desde los 6 años hasta la pubertad). Ahora se experimenta la presión para hacer cosas que quienes nos rodean reconocen como buenas, en dos sentidos de la palabra: la laboriosidad no consiste solo en hacer cosas que los demás valoran, y también en hacerlas de la manera que los otros consideran apropiada y meritoria. Manejar el conflicto entre laboriosidad y la inferioridad produce una cualidad del yo a la que Erickson denominó como competencia.

- ❖ Identidad frente a confusión de la identidad: (desde la pubertad hasta la adultez temprana). El concepto de identidad refleja que el individuo tiene una noción integrada de sí mismo. Es la respuesta a la pregunta “¿quién soy?” empieza a

pensar explícitamente en si mismo. La expresión confusión de roles refleja, en parte, el hecho de que cada persona tiene múltiples facetas que en ocasiones parecen incompatibles. Entre mayor sea la incompatibilidad, más difícil resultará unir las facetas y mayor la confusión.

- ❖ Intimidad frente a aislamiento: (adulthood temprana). La intimidad es una relación cercana y cálida con una persona con la que se tiene un sentido de compromiso. El polo opuesto de esta etapa de desarrollo es el aislamiento, el sentirse aislado de los otros e incapaz de comprometerse con ellos.
- ❖ Generatividad frente a estancamiento: (adulthood intermedia). La generatividad según Erickson incluye la creación de ideas o de objetos físicos, enseñar a los jóvenes que no son los propios hijos, cualquier cosa que tenga impacto positivo sobre el futuro. El estancamiento es la incapacidad o la falta de voluntad para dar algo de uno mismo al futuro. Las personas estancadas se preocupan por sus propias necesidades y les impide comprometerse más con el mundo que les rodea.
- ❖ Integridad del yo frente a desesperación: (adulthood mayor)⁶. La integridad del yo hace referencia a la satisfacción pues supone que las cosas sucedieron como se deseaba y que no se cambiaría mucho de ellas aunque fuera posible: El polo opuesto es la desesperación, el sentimiento de que la vida fué

⁶ Ibid., p. 167.

desperdiciada. En lugar de aceptar la historia que constituye su vida como un presente valioso, el individuo siente amargura por la forma en que resultaron las cosas.

- ❖ Perspectiva humanista. Los psicólogos humanísticos y existenciales han intentado formular teorías de la naturaleza humana que se basan en atributos humanos y problemas de existencia característicos, ocasionados por la condición de ser humano. Gordon W. Allport, Carl Rogers, Abraham Maslow y Erick Fromm, los representantes del movimiento humanístico-existencial han rechazado el modelo maquinal de los seres humanos, el modelo animal, el modelo patológico y el modelo del niño como caracterizaciones inapropiadas de la naturaleza insatisfecha.

Según los psicólogos humanísticos-existenciales, una teoría adecuada de la personalidad debe tomar en cuenta el significado que tiene para vivir como seres humanos. Además, los humanos han creado un ambiente sociocultural, que a su vez les afecta fuertemente. Los psicólogos humanistas sostienen que se pueden controlar los propios destinos, si las condiciones no son demasiado restrictivas. También contemplan a los seres humanos como poseedores de la capacidad de examinarse y producir cambios inducidos por ellos mismos⁷.

⁷ Ibid., p. 437.

- ❖ **Perspectiva conductual.** Quienes afirman que la personalidad proviene del medio y la conducta, sostiene que cuando se conoce la naturaleza de la personalidad, están en mejor posición para relacionar la conducta con sus causas, porque las variables de la personalidad en sí mismas son las principales causas de la conducta.

John B. Watson, propuso el conductismo nueva idea osada que propone que la psicología debe renunciar a la psique. Este punto de vista se denominó método del organismo vacío, debido a que considera únicamente la conducta observable en relación con estímulos ambientales y no con los agentes inobservables de la personalidad.

Watson argumentó que podría obtener conocimiento confiable sobre la conducta animal y la humana al observar lo que hace el individuo en diferentes situaciones⁸.

- ❖ **Perspectiva Cognitiva.** Jean Piaget quien se caracteriza por ser el precursor de la teoría cognitiva, consideró que el desarrollo cognitivo comienza con una capacidad innata para adaptarse al entorno. Piaget afirmó que en el desarrollo cognitivo ocurre una serie de etapas cualitativamente diferentes; en cada etapa la mente del niño desarrolla un nuevo modo de operar a través de la observación y el análisis de los procesos mentales involucrados en la percepción. Piaget clasificó el desarrollo cognitivo en cuatro etapas:

⁸ Ibid., p. 279.

- Sensoriomotora: (Desde el nacimiento hasta los 2 años). En este periodo habla de los esquemas sensomotores predispuestos o reflejos durante el primer mes.
- Preoperacional: (2 a 7 años de edad). Los procesos son egocéntricos, concretos, irreversibles y centrados en aspectos importantes sin percibir los detalles. En ellos ve, Piaget, la aparición del pensamiento simbólico a partir de una conducta adaptativa y mediante un proceso de acomodación y asimilación.
- Operaciones concretas: (7 a 11 años). El niño redescubre las operaciones de la lógica formal: el conjunto, la adición, la sustracción y la inclusión y continúa manteniendo el egocentrismo en la representación de objetos y en las relaciones sociales y consiguiendo su mente cierta descentración y movilidad.
- Operaciones formales: (desde los 11 años hasta la adultez). Es el paso a la abstracción o capacidad de formular hipótesis y operar con enunciados verbales, lo que indica la maduración intelectual que Piaget da como lograda a los 15 años.

Este tipo de teoría explica la conducta, basándose en los procesos del pensamiento humano. Los psicólogos cognitivos hacen hincapié en la manera

como reacciona una persona a los acontecimientos, depende del modo como los interpretamos. Si una mujer extraña le dá un pisotón a otra persona, esta puede interpretar la acción de diversas causas. La interpretación que deja determina la conducta del sujeto. Los teóricos de la consistencia cognitiva conceden mayor importancia a la forma como procesan selectivamente la información, modificando la manera de pensar de forma que se adecua a la conducta y viceversa.

La conducta que se dirige hacia la obtención de una meta determinada dependerá de cómo se evalúen ciertos factores. Los fines poseen valores incentivadores o valencia.

Cuando una meta tiene una valencia más grande que otro, existen mayor probabilidad de que la persona la elija⁹.

❖ Perspectiva psiquiátrica. En la clínica no hay ninguna posibilidad de observación inmediata de la personalidad, sino que su tipificación es el producto de una inferencia, del establecimiento mental de una categoría a partir de las características y de las conductas de cada sujeto.

La personalidad es un concepto que resume la idiosincrasia funcional de cada individuo, la noción de personalidad se justifica por la necesidad de apelar a predisposiciones individuales o a variables intermedias para explicar

⁹ FREDMAN, Alfred. Op cit., p. 169.

comportamientos contrarios a la lógica o a las leyes del refuerzo y por eso la clínica psiquiátrica habla de trastornos de la personalidad al margen de la teorización psicológica.¹⁰

5.1.3. Trastornos de la Personalidad. Según el DSM IV la sección de esta temática comienza con una definición general del trastorno de la personalidad que es aplicable a cada uno de los 10 trastornos específicos de la personalidad.

El DSM IV define, el trastorno de la personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación:

❖ Trastorno paranoide de la personalidad: La característica diagnóstica esencial, es que hay marcados rasgos de desconfianza y suspicacia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Se ha señalado que la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es del 0,5 - 2,5% en la población general, del 10 - 20% en los hospitales psiquiátricos y del 2 - 10% en los pacientes psiquiátricos ambulatorios.

¹⁰ VELEZ, Hernán. Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2004. p. 274.

Existen algunos datos que apuntan hacia un aumento de la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad en los familiares de los sujetos con esquizofrenia crónica y hacia una relación familiar más específica con el trastorno delirante, tipo persecutorio.

- ❖ Trastorno esquizoide de la personalidad: La característica esencial es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

La prevalencia en el trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico.

Trastorno esquizoide de la personalidad, puede ser prevalente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con trastorno esquizotípico de la personalidad.

- ❖ El trastorno esquizotípico de la personalidad. La característica esencial de este trastorno es que es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos.

Se ha descrito que el trastorno esquizotípico de la personalidad se observa aproximadamente en el 3% de la población general.

El trastorno esquizotípico de la personalidad tiene un curso relativamente estable y únicamente un pequeño número de sujetos desarrollan una esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

El trastorno esquizotípico de la personalidad es de incidencia familiar y más prevalente en los familiares de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. También puede haber un ligero aumento de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los familiares de los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad.

- ❖ El trastorno antisocial de la personalidad. La característica esencial del trastorno antisocial es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente del 3% en los varones y del 1% en las mujeres. Las estimaciones de la prevalencia en poblaciones clínicas han variado entre el 3 y el 30%, dependiendo de las características predominantes de las muestras. En los lugares de tratamiento de abuso de sustancias y en la

cárcel o en el marco forense, se han encontrado cifras de prevalencia incluso más elevadas.

El trastorno antisocial de la personalidad tiene un curso crónico, pero puede hacerse menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto se va haciendo mayor, especialmente hacia la cuarta década de la vida. Si bien esta remisión suele ser más clara por lo que respecta a involucrarse en comportamientos delictivos, es probable que se produzca un descenso en el espectro completo de comportamientos antisociales y de consumo de sustancias.

El trastorno antisocial de la personalidad es más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. El riesgo de los parientes biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser superior al riesgo de los parientes biológicos de los varones con el trastorno.

- ❖ El trastorno límite de la personalidad. La característica esencial de este trastorno es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2% de la población general, aproximadamente del 10% entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20%

entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60%.

Hay una considerable variedad en el curso de los trastornos límite de la personalidad. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Durante la cuarta y quinta década de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

El trastorno límite de la personalidad, es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. También hay un riesgo familiar aumentado para los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo.

- ❖ El trastorno histriónico de la personalidad. La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con

trastorno histriónico de la personalidad no están cómodos o se sienten despreciados.

Los datos limitados que proporcionan los estudios en la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2 - 3%. Utilizando evaluaciones estructuradas, se han señalado tasas del 10 - 15% en centros de salud mental tanto hospitalarios como ambulatorios.

- ❖ El trastorno narcisista de la personalidad. La característica esencial es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos. Los sujetos con este trastorno tienen un sentido grandioso de auto importancia.

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16% en la población clínica y son menos del 1% en la población general.

- ❖ El trastorno de la personalidad por evitación. La característica esencial es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos. Los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación evitan trabajos o actividades escolares que

impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo.

- ❖ El trastorno de la personalidad por dependencia. La característica esencial es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (p. Ej. qué color de camisa escoger para ir a trabajar o si llevar paraguas o no), si no cuentan con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

El trastorno de la personalidad por dependencia está entre los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental.

- ❖ El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. La característica esencial de este trastorno de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la

flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia estimada del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad aproximadamente del 1% en las muestras de población general y del 3 - 10% en los individuos que acuden a clínicas de salud mental.

- ❖ El trastorno de la personalidad no especificado, esta categoría se reserva para los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. Un ejemplo es la presencia de características de más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de la personalidad («personalidad mixta»), pero que, en conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes de la actividad del individuo.

En el proceso del desarrollo de la personalidad de algunos sujetos se da la tendencia a consumir drogas; uno con mayor frecuencia que otros, por esto se hace importante el abordaje de la farmacodependencia¹¹.

¹¹ AMERICAN, Psychiatric Asociación. DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1995. p. 645.

5.1.4. Relación entre los Trastornos de la Personalidad y la Farmacodependencia. En la personalidad se dan algunas distorsiones que pueden influir en la elección de consumir sustancias, por lo que resulta importante relacionar los trastornos de ésta con las características esenciales de la dependencia a sustancias psicoactivas.

En el Trastorno paranoide de la personalidad, el sujeto puede empezar a consumir droga partiendo de su desconfianza del mundo real; bajo el efecto de la droga y puede presentar conductas de agresividad, baja tolerancia a la frustración relacionada a la ansiedad que varía ampliamente según la sustancia que se consume.

En el Trastorno esquizoide de la personalidad, Los sujetos bajo la dependencia de la droga muestran un patrón de comportamiento agresivo, como resultado de su huida del contacto social, para así alejarse del contexto, siendo la droga un estimulante.

En el Trastorno Esquizotípico de la personalidad, el sujeto elige consumir drogas por la incapacidad de adaptarse a la sociedad y bajo los efectos de la sustancia pueden presentar ideación siendo este un facilitador en las relaciones interpersonales.

En el Trastorno Antisocial de la personalidad, el sujeto consume sustancias para fortalecer el impulso de violar las normas establecidas en cualquier contexto.

En el Trastorno Límite de la personalidad los sujetos presentan síntomas como alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, estos individuos optan por el uso de la droga para así incrementar su deseo de autodestrucción, hasta el punto de ocasionar una muerte prematura por suicidio.

En el Trastorno Histriónico de la personalidad, la droga pasaría a ser un motivador para lograr la aceptación social y sentir importancia en el juicio de los demás.

En el Trastorno Narcisista de la personalidad, la droga sería el estímulo para que el sujeto en determinados momentos afiance sus sentimientos de grandeza ante los demás cuando esté bajo sus efectos.

En el Trastorno de la Personalidad por Evitación, el consumo de sustancias psicoactivas pasaría a ser en estos sujetos la única compañía en sus momentos de crisis, sintiéndose inhibido socialmente.

En el Trastorno de la Personalidad por Dependencia, los sujetos debido a su frustración podrían llegar a depender fácilmente de la droga, para lograr sentirse bien consigo mismo; toda su atención y dedicación estaría destinada al consumo de sustancias psicoactivas.

En el Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad, sus características sintomáticas se relacionan con la droga en determinadas circunstancias que el sujeto no pueda controlar el orden y la perfección, siendo la sustancia psicoactiva la única salida que encontraría a su sentimiento de impotencia.

En el Trastorno de la Personalidad no Especificado, el consumo de la droga provocaría un deterioro en la actividad general del individuo.

5.1.5. Antecedentes de la Construcción de Pruebas de Medición de la Personalidad. La Primera Guerra Mundial desempeñó un papel importante en el desarrollo de los psicólogos como evaluadores de características humanas. Durante la guerra un comité de psicólogos se estableció en el departamento médico del ejército estadounidense para idear tests de aptitudes y de personalidad para la clasificación de los reclutas. Este trabajo llevó al desarrollo del tests de inteligencia colectivo, el "Army Alpha", y un inventario de personalidad, la ficha de información personal (Personal Data Sheet) diseñado para excluir individuos con graves problemas neurológicos. Aunque este último no se basa en el análisis factorial, representaba un hito en el uso de los cuestionarios de la personalidad para decisiones importantes sobre el personal.

En este punto avanzamos hasta 1940, donde vemos el florecimiento de la aproximación correlacional a la personalidad. Este período reúne el uso de escalas de medidas y cuestionarios como fuentes de información de la

personalidad, el uso del análisis factorial como técnica estadística determinados tipos de datos, escalas de medidas y cuestionarios. El concepto de rasgo ha ejercido una fuerte influencia en la materia.

Es aquí donde podemos ver, cuando menos, el cumplimiento parcial de la predicción de Allport, de que el punto de vista de Galton “parece destinado a dominar la psicología de la personalidad durante el siglo veinte”¹².

5.2. TEORÍA DE LOS RASGOS SEGÚN RAYMOND B. CATTELL

5.2.1. Biografía. Raymond B. Cattell Nació en Devonshire en 1905, se licenció en Química en la Universidad de Londres, pero posteriormente se interesó por la Psicología y se declaró en esta disciplina, al tiempo que obtenía además el doctorado en ciencias y comenzaba a investigar bajo la dirección de Charles Spearman que por aquel entonces iniciaba sus trabajos sobre el análisis factorial, el cual iba a convertirse en el instrumento para el establecimiento de la tabla periódica de los elementos de la psicología de la personalidad. Los elementos de la personalidad tenían que ser rasgos o comportamientos que típicamente covariaban (crecían y decrecían juntos). En otras palabras, los rasgos se referían a comportamientos que tenían correlación unos con otros. El método para descubrir los rasgos era el análisis factorial¹³.

¹² LAWRENCE A. Pervin. La Ciencia de la Personalidad. Barcelona: Mc Graw Hill, 1998. p. 13

¹³ CATTELL, Raymond. Biografía de Raymond Cattell. [www. Biografías y vidas.com/ Biografía de Raymond Cattell](http://www.Biografías.y.vidas.com/Biografía.de.Raymond.Cattell).

Tras algunas experiencias clínicas en la dirección de un centro de educación de niños, se asoció a las investigaciones de E. L. Thorndike, en Nueva York. Ocupó diversos puestos en las universidades de Harvard, Clark y Duke, y elaboró algunos test en la Adjutant General's Office durante la Segunda Guerra Mundial. Durante veinte años fue profesor de Investigación en psicología y Director del Laboratorio de Estudio de la personalidad de la Universidad de Illinois. El profesor Cattell ha realizado muchas aportaciones a distintos simposiums y escribió más de doscientos artículos en revistas científicas, y quince libros sobre investigación de la personalidad y la motivación, y sus determinantes culturales y hereditarios. Obtuvo el Darwin Fellowship para la investigación genética en psicología, y fue galardonado con el premio Wenner-Gren, de la Academia de Ciencias de Nueva York por su trabajo acerca de la psicología del investigador.

El profesor Cattell fue fundador de la Society for Multivariate Experimental Psychology, y organizó un equipo de activos investigadores que se dedicaron a situar el estudio de la personalidad y la motivación humana sobre una base cuantitativa, experimental y matemática; fue director de la City Psychological Clinic de Leicester (1932-37). Cattell de formación química creía que el desarrollo de una clasificación de los elementos básicos de la personalidad era comparable a la tabla periódica de los elementos de la química.

¿Cómo se pueden empezar a descubrir los elementos básicos de la personalidad, su tabla básica de elementos? Cattell (1943) se basó en un esfuerzo temprano de

(Allport y Odbert, 1936) para utilizar los descriptores de la personalidad hallados en la lengua inglesa. Que mejor lugar hay para buscar los elementos básicos de la personalidad que en el lenguaje que la gente utiliza para describirse los unos a los otros. Lo que Cattell hizo fue desarrollar una lista de términos de la personalidad, en su mayor parte rasgos de la personalidad, hallados en el uso común y en las publicaciones profesionales.

Un centenar de adultos fueron evaluados según estos 171 términos, y estas evaluaciones fueron sometidas al análisis factorial para determinar los grupos básicos o unidades. Cattell llegó a la conclusión de que habían 12 factores básicos de la personalidad (Cattell, 1943,1945).

Esto llevó al descubrimiento de 16 factores de la personalidad y a la publicación del cuestionario de 16 factores de la personalidad (Cattell, 1956,1965).

El trabajo de Cattell con escalas de medidas fue realizado mediante el análisis factorial de las respuestas de una gran cantidad de sujetos a miles de cuestionarios de la personalidad. La teoría de la personalidad está fundada en la técnica estadística del análisis factorial y sirve de puente de unión entre las teorías clínicas y las experimentales.

El elemento estructural básico en su teoría, es el rasgo, que es definido como la estructura mental inferida de la conducta que explica las regularidades de ésta.

Existen diferentes rasgos que caracterizan a cada individuo, entre los que se encuentran:

- ❖ Rasgos comunes a muchas personas y rasgos únicos, propios de un solo individuo.
- ❖ Rasgos aptitudinales (capacidades para la conductas), rasgos temperamentales (referidos a la conducta emitida) y rasgos dinámicos (referidos a la motivación de la conducta).
- ❖ Rasgos constitucionales (dependientes del organismo) y rasgos ambientales (asociados al ambiente).
- ❖ Rasgos de superficie (conjunto de respuestas que suelen aparecer juntas) y rasgos causales (referidos a las variables que subyacen a las conductas y las provocan; las tres clasificaciones anteriores se aplican a los rasgos causales).

El rasgo representa tendencias reactivas generales y nos indica características de conducta del sujeto que son relativamente permanentes. El rasgo implica una configuración y regularidad de conducta a lo largo del tiempo y de las situaciones. Algunos rasgos pueden ser comunes a todos los individuos, y otros pueden ser exclusivos de un individuo. Ciertos rasgos pueden estar determinados por la herencia otros por el ambiente. Algunos rasgos están relacionados con motivos,

que son los rasgos dinámicos, y otros guardan relación con la capacidad y el temperamento. Se puede establecer una distinción entre:

- ❖ Los rasgos superficiales: son expresivos de conductas, que superficialmente pueden aparecer unidas, pero que de hecho no covarían conjuntamente, ni tienen una raíz, causal común. Estos rasgos pueden ser descubiertos a través de métodos subjetivos.

- ❖ Los rasgos fuente o rasgos profundos: son expresivos de una relación de conductas que covarían conjuntamente, de modo que forman una dimensión de personalidad unitaria e independiente. Para descubrir estos rasgos se ha de acudir a los procedimientos estadísticos del análisis factorial. Según Cattell hay tres fuentes de datos para descubrir estos rasgos profundos: los datos procedentes de la vida, los datos del cuestionario y los datos de los tests objetivos.

Cattell distingue entre ergios y sentimientos:

- ❖ Ergios: son factores que reflejan las fuerzas de los impulsos biológicos innatos.

- ❖ Sentimientos: son factores que reflejan pautas de conducta determinadas por el ambiente.

Un ergio es una tendencia innata a reaccionar de una forma específica ante ciertos objetivos. La expresión externa puede haber sido afectada por el proceso de socialización, pero existe un marcado carácter innato, teniendo en cuenta que estos ergios van asociados a cualidades emocionales y objetivas biológicas que permanecen constantes en diversas culturas.

Ejemplos de ergios son: apareamiento (sexo), seguridad-miedo, autoafirmación, gregarismo, protección parental, exploración (curiosidad), sensualidad, atracción y constructividad.

Los sentimientos tienen su fuente en instituciones sociales como la familia o la escuela. Representan pautas de actitudes no innatas sino adquiridas. Por ejemplo: el sentimiento religioso, el sentimiento profesional, y el sentimiento del sí mismo.

Una misma conducta puede ser expresión de diversas actitudes, las cuales, pueden relacionarse con sentimientos y ergios muy diversos.

Es decir, una sola conducta puede dar satisfacción a impulsos muy diversos. Según Cattell, los rasgos están determinados por la influencia de la herencia y del ambiente.

La conducta del individuo ante una situación dependerá de los rasgos de su personalidad pertinentes a dicha situación, y de otras variables transitorias que

pueden intervenir en ésta; un ejemplo de estas variables transitorias es el estado; si alguien está angustiado en determinado momento, su conducta se verá influida por el estado de ansiedad experimentado en ese momento.

Gordon Allport consideró que los rasgos constituían el medio más útil para describir la personalidad de un individuo. El rasgo es una predisposición a responder de una forma particular.

Hans J. Eysenck (1916), otro psicólogo británico, prosiguió la aproximación correlacional de la personalidad de forma similar, a través del análisis factorial de respuestas a ítems del cuestionario. Eysenck, basado en su investigación, destacó tres dimensiones básicas de los rasgos de la personalidad: introversión, extraversión, neuroticismo (estable, inestable) y psicoticismo (insensible, sensible) y construyó cuestionarios para evaluar las diferencias en las tres dimensiones (Eysenck, 1970,1990).

Para Cattell, el elemento básico de la personalidad es el rasgo; entendido por éste como “estructuras mentales que son relativamente permanentes”.

Las teorías de los tres autores coinciden en dar importancia a los rasgos; como aspecto fundamental en la formación y conservación de la personalidad, lo que le permite al individuo la capacidad de responder a determinadas situaciones. Hacen

relevancia del rasgo como el factor que caracteriza a cada individuo dándole una identidad y permitiéndoles diferenciarse de los demás sujetos.

Según Cattell, los rasgos se refieren a cualquier aspecto de la personalidad que permite caracterizar la conducta del individuo y distinguirlo de otro. La diferencia de los rasgos entre una persona y otra es cuantitativa más que cualitativas, es decir, que la mayoría de las personas tienen los mismos rasgos, pero los que se presentan con más intensidad, son los que difieren su personalidad. Algunos aspectos indican que en la formación de la personalidad de un individuo, existen cuatro aspectos que inciden fuertemente en ella, como son los factores intelectuales, fisiológicos, impulsivos, volitivos y los factores afectivos.

- ❖ Aspectos intelectuales: Hace referencia a la capacidad de conocer y saber; la información acumulada, tanto a través del aprendizaje voluntario como del derivado de la experiencia; el discurso del pensamiento, las áreas de análisis y de crítica, la acumulación de ideas y creencias y su forma de integrarse que tiene el individuo.
- ❖ Factores Fisiológicos: La personalidad se expresa a través de ciertos aspectos somáticos, biológicamente diferenciados, que condicionan sus características.
- ❖ Factores impulsivos y volitivos: Los aspectos impulsivos, hacen referencias a aquellas respuestas personales que, forman en el individuo como necesidades

o comportamientos no siempre controlables; se mantienen en forma de deseo intenso. La volición hace referencia a la capacidad de querer hacer algo.

- ❖ Factores afectivos: Se refiere a la capacidad que tiene el individuo de vivir la afectividad y se relaciona con la forma de emocionarse, a partir de respuestas psicofisiológicas y con los comportamientos individualizados¹⁴.

5.2.2. Formación de la Personalidad por el Ambiente y la Herencia.

5.2.2.1. Situaciones y rasgos. La personalidad puede definirse como aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada. Esta afirmación se puede formular así:

$$R=f(S.P)$$

Donde R, es la naturaleza y magnitud de la respuesta (conducta) de una persona, o sea, dice, piensa o hace, es función de S, (la situación estimulante en que se encuentra, y de P), la naturaleza de su personalidad implicaría varios rasgos.

Partiendo de la conducta podemos inferir la personalidad, al tiempo que si conocemos ya los rasgos de la personalidad podemos inferir, con un cierto grado de exactitud, la respuesta probable (conducta).

¹⁴ CATTELL, Raymond. Cuestionario 16 PF de Personalidad. Barcelona: Tea. 1995. pags. 14-18

La inestabilidad del estado de ánimo es en sí un rasgo, pero el encontrarse en un estado de ánimo concreto en un momento determinado constituye un rasgo aunque determine la conducta.

R/s=f La personalidad es lo que determina la conducta en una situación definida y un estado de ánimo definido.

Así pues, es evidente que por rasgo entendemos una tendencia a reaccionar, relativamente permanente y amplia, por lo general los rasgos se dividen en tres modalidades: Habilidades, Rasgos temperamentales, y Rasgos dinámicos. La Habilidad se manifiesta en la forma de responder a la complejidad de una situación, cuando el individuo ve claramente que objetivo quiere alcanzar en esa situación. Un Rasgo Temperamental o general de la personalidad es normalmente estilístico, en el sentido de que se refiere al ritmo, forma y persistencia, etc. y abarca una gran variedad de respuestas específicas. Un Rasgo Dinámico se refiere a las motivaciones o intereses. Hablamos de rasgos dinámicos cuando se describe a un individuo como enamorado, o ambicioso o interesado por el atletismo, o manifestado una actitud autoritaria.

5.3. FARMACODEPENDENCIA

5.3.1. Antecedentes históricos La farmacodependencia no es un fenómeno reciente, se registran acontecimientos en la historia; como la utilización del opio en los rituales religiosos para dar apertura a las invocaciones mágicas.

En la India se presentó su consumo con fines medicinales y fue una de las principales naciones productoras del opio el cual era utilizado en el siglo XVI para curar el insomnio, los problemas nerviosos y reumáticos.

La cocaína también se empezó a cultivar en el Perú en los años 1000 DC, utilizada por los Incas en ceremonias religiosas considerándola como símbolo de vigor, fertilidad y resistencia; era también utilizado para disminuir la fatiga y el hambre. El uso de la coca se expandió posteriormente a las clases sociales, también la marihuana que fue una de las primeras plantas domesticadas por el hombre.

Con el pasar del tiempo se ha ido explorando mas el uso de las drogas y han aparecido nuevas sustancias las que se han clasificado en; narcóticos, depresores, estimulantes y alucinógenos, los cuales han sido explorados y consumidos por muchas sociedades en la que se ha visto afectada primordialmente la población adolescente y adulta los que se ven motivados por la curiosidad y el deseo de explorar, por la experiencia personal inigualable que expresan sentir y principalmente porque a través de las drogas alcanzan a unirse a la diversión y a las experiencias del grupo de pares al que pertenecen.

En América Latina cada cultura prehispánica, cada grupo étnico, tenía sus drogas socialmente aceptadas; pero existían también las normas de uso que se transmitían de una generación a otra y que todos respetaban.

Entre algunos grupos indígenas de los Andes la coca aún se consume colectivamente; en situaciones especiales, siguiendo estrictas reglas éticas bajo el control de la comunidad. Rodeada de formalidades, cortesía y buenos modales, la coca es usada con la medida que impone la costumbre secular, raras veces es objeto de abuso o descontrol.

En las sociedades del pasado solo se consumían las drogas extraídas directamente de la naturaleza, ya que no existían los productos químicos elaborados. Debido a nuevos descubrimientos científicos y tecnológicos, las sustancias utilizadas se han vuelto más potentes.

El opio fumado en la antigüedad no tenía la misma concentración que sus derivados actuales, ni se encontraba con la jeringa para inyectarlo directamente en la sangre. La hoja de coca se consumía en su forma natural hasta que gracias a la tecnología se logró aislar su ingrediente activo y producir un extracto mucho más potente.

En las sociedades del pasado, el consumo de drogas carecía de sentido fuera del contexto de ceremonias religiosas y/o sociales y estaba limitado exclusivamente a los adultos; los adolescentes normalmente no participaban. En general, se usaba una sola droga, siempre la misma, para lograr un determinado estado¹⁵.

¹⁵ Ibid. p. 27

Se establece entonces, que en todos los tiempos, movido por la curiosidad, el deseo o la necesidad, el hombre ha buscado sustancias que le proporcionen estados placenteros, éxtasis místico, supresión u olvido del dolor físico o moral. El uso social, cultural o religioso de sustancias psicotrópicas (Hongos, plantas, alcohol) forma parte de la historia de las costumbres y hasta las últimas décadas no representaba un problema o una amenaza grave para la humanidad.

Vivimos además, en una sociedad de consumo y algunos hablan de cultura de drogas, es decir, un mundo invadido por los productos químicos (tranquilizantes, somníferos, antidepresivos). Existe una creciente medicalización de los problemas humanos y, paralelamente, un debilitamiento general de la aptitud del hombre para soportar frustraciones o dolor físico. Condicionados por la publicidad, los niños crecen con la falsa idea de que cualquier dolor, problema personal o dificultad emocional se resuelve con una pastilla; y el menor sentimiento de infelicidad o malestar les parece entonces intolerable.

El uso indebido de drogas consiste en la autoadministración deliberada de sustancias toxicomanígenas mas allá de los límites generalmente aceptados de la terapéutica o en contra de la legislación vigente. En otras palabras; hay un uso indebido de drogas cuando este uso puede comprometer la salud del individuo, o interferir con su funcionamiento social o económico normal. Las drogas pueden ser legales o ilegales. El fumar tabaco para una persona que sufre de enfisema constituye uso indebido, lo mismo que el fumar marihuana, aun con moderación,

en una sociedad que castiga el consumo con el encarcelamiento o el estigma social.

Existen muchas formas de uso indebido, una de ellas es el uso indebido de medicamentos, que consiste en tomarlos sin supervisión médica (automedicación), en dosis o por vías de administración que no son los indicados por los médicos; o con un propósito no terapéutico. Uso indebido constituye también, tomar en exceso cualquiera de las drogas socialmente aceptadas (alcohol).

Existe en todo ser humano un instinto natural de escapar a las presiones demasiado fuertes, a la angustia, al sentimiento de vacío, y utilizando los medios que estén a su alcance.

En la sociedad de consumo, tan marcada por la proliferación de productos químicos para todo tipo de males (somniaferos, estimulantes, tranquilizantes), cualquier sentimiento de no-felicidad parece anormal o intolerable.

La gran mayoría de jóvenes llegan a evitar el círculo vicioso de la dependencia. Si bien es cierto que los verdaderos farmacodependientes presentan sistemáticamente alguna deficiencia en el comportamiento personal y un trastorno psicológico preexistente a la droga, este por si solo no explica su estado de dependencia. Para ello existen por lo menos tres grupos de factores condicionantes aparte de la predisposición psicológica, los efectos de la droga y el

ambiente. Ninguno de estos factores puede considerarse de forma aislada, ya que interactúan constantemente¹⁶.

La farmacodependencia es un estado psíquico y físico producido por la interacción de un individuo y un fármaco caracterizado por los comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia continua o periódica para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia. Se da la dependencia psicológica y la dependencia física, la primera es definida como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor, convierte al consumidor en una especie de esclavo que no podrá realizar sus actividades normales sin recurrir a la droga. La segunda consiste en la adaptación fisiológica a una sustancia, el organismo se adapta a recibir su dosis de psicoactivos al no serle suministrado, esta se origina en la protesta al inicio de la crisis de abstinencia.

Entre las causas más comunes de la farmacodependencia se encuentran: Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinados productos, la presión de los pares acompañado del pretender ser aceptado por otros, tener experiencias nuevas, placenteras, emocionantes o peligrosas, expresar independencia y a veces hostilidad, personalidad mal integrada, desgaste emocional, intelectual y social, descontento de su calidad de vida, carencia de autoestima, ambiente

¹⁶ MASSÜN, Edith, Prevención del Uso Indebido de la Droga. México: Trillas, 1991. p. 29

desfavorable, crisis familiares al fácil acceso a menudo a sustancias que producen dependencia y escapar del dolor¹⁷.

Las consecuencias del consumo indiscriminado de sustancias afectan las distintas esferas del ser humano; estos sujetos presentan conductas como:

- ❖ La sustancia se toma con frecuencia en cantidades superiores o durante un periodo mas largo de tiempo que el que la persona pensaba.
- ❖ Se presentan síntomas frecuentes de intoxicación o privación cuando deben cubrirse obligaciones laborales, escolares o caseras importantes, o cuando el uso es físicamente peligroso.
- ❖ Con frecuencia la sustancia se toma para aliviar o evitar los síntomas de privación.
- ❖ Se padecen síntomas de privación cuando se suspende el uso.
- ❖ Se presenta un deseo persistente de hacer esfuerzos por reducir o controlar el consumo.
- ❖ Se reducen o abandonan las actividades sociales, ocupacionales o recreacionales debido al uso de las sustancias.

¹⁷ BARRIGA, Salgado Lino, farmacodependencia. <http://mxgeocities.com/linodi48/fármaco-dependencia.html>.

- ❖ Se ha desarrollado tolerancia de manera que se necesita por los menos 50% más para obtener el efecto deseado.
- ❖ Se presenta un deseo persistente de hacer esfuerzos por reducir o controlar el consumo.
- ❖ Se pasa un tiempo importante en actividades para obtener o tomar la sustancia, o bien para recuperarse de sus efectos.

Queda muy marcado entonces que la farmacodependencia se ha convertido en uno de los principales problemas sociales de la época infiltrándose en todas las comunidades sin distinción de clase social o cultura donde cada vez son mas las víctimas del flagelo debido a la variedad de opciones que son comercializadas y distribuidas atacando como una epidemia. El problema ha llevado a las grandes ciudades a tomar medidas de urgencia debido al desesperado alarme¹⁸.

5.3.2. Estatuto Nacional de Estupefacientes. El Estatuto Nacional de Estupefacientes (Ley 30 de 1986 -1 de enero); adopta las siguientes definiciones:

Abuso: Uso de la droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos.

¹⁸ CLEGHORN, Jhon M. Enfermedades Mentales. México: Manual Moderno, 1993 p. 83.

Adicción o drogadicción: Dependencia de una droga con una aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga.

Cultivo: Es la actividad destinada al desarrollo de una plantación en los términos descritos en el literal anterior¹⁹.

Dependencia Psicológica: Necesidad repetida de consumir una droga, no obstante sus consecuencias.

Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. No es dosis para uso personal, que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin la distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad.

Dosis terapéutica: Cantidad de droga o de medicamento que un médico prescribe según las necesidades clínicas de su paciente.

Droga: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas.

Estupefaciente: Es la droga no prescrita médicamente, que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia.

¹⁹ MASSÜN, Edith. Op cit. p. 493.

Medicamento: Es toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica reconocida que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.

Plantación: Es la pluralidad de plantas, en numero superior a veinte, de las que pueden extraerse drogas que causen dependencia.

Precursor: Es la sustancia o mezcla de sustancias a partir de las cuales se producen, sintetizan u obtienen drogas que puedan producir dependencia.

Prevención: Es el conjunto de actividades encaminadas a reducir y evitar la dependencia.

Psicotrópico: Droga que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neuro-fisiológicos.

Rehabilitación: Es la actividad conducente a la reincorporación útil del fármaco dependiente a la sociedad.

Toxicomanía: Entendiéndose como dependencia a sustancias médicamente calificadas como tóxicas.

Tratamiento: Son los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga.

5.3.3. Otras Definiciones del Estatuto Nacional de Estupefacientes. Dirección de campañas [3603] L.30/86 ART.9 Toda campaña tendiente a evitar los cultivos y la producción, tráfico y consumo de sustancias estupefaciente, deberá ser dirigido y supervisada por el Consejo Nacional de Estupefaciente, directamente o a través del comité técnico que crea por medio de la presente ley.

Traslado a la Procuraduría General de la Nación [3604] D.R.3788/86. ART 48 La secretaria ejecutiva del Consejo Nacional de Estupefacientes solicitará los informes pertinentes acerca del cumplimiento de las campañas de prevención y si observare que no se esta realizando a cabalidad, correrá traslado a la Procuraduría General de la Nación, cuando fuere el caso o la autoridad competente para el correspondiente proceso contravencional.

Medio de comunicación [3605] L 30/86 ART 10 A partir de la vigencia del presente estatuto la prensa escrita, la estaciones de radio difusión sonora y las programadoras de televisión que operaron en el país deberán adelantar campañas destinada a combatir el tráfico y consumo de drogas que producen dependencia con la duración y periodicidad que determinen el Consejo Nacional de Estupefacientes, de común acuerdo con el Ministerio de Comunicaciones, los cuales reglamentarán y vigilarán el cumplimiento de esta disposición. Los programas podrán ser elaborados directamente por el correspondiente medio

de comunicación, pero para su difusión deben ser sometidos a aprobación del Consejo Nacional de Estupefacientes.

Programas educativos [3606] L30/86 ART 11 Los programas de educación primarias, secundaria y superior, así como los de educación formal, incluirán información sobre los riesgos de la farmacodependencia, en la forma como determine el Ministerio de Educación Nacional ICFES en coordinación Consejo Nacional de Estupefacientes.

Planes curriculares [3607] DR 3788/86 ART 34 En los programas de educación primaria, secundaria, media vocacional y educación no formal el Ministerio de Educación Nacional diseñara los lineamientos generales para introducir en los planes curriculares contenidos y actividades para la prevención de la drogadicción e información sobre el riesgo de la farmacodependencia.

Programas académicos en la educación secundaria [3608] DR 3788/86 ART 35 A nivel de postsecundaria, el Ministerio de Salud, trazarán los lineamientos generales para incluir información sobre la farmacodependencia en los programas académicos.

Programa en educación Postsecundaria. [3609] DR 3788/86 ART 36 Con base en los lineamientos de que trata el artículo anterior, toda institución de educación postsecundaria deberá desarrollar semestralmente campañas de prevención de la

farmacodependencia. El Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior reglamentará y vigilará el cumplimiento de esta disposición.

Responsabilidades [3610] DR 3788/86 ART 37. Las secretarías de educación en cada unidad territorial, serán responsables del desarrollo de los programas de prevención de la drogadicción en cumplimiento de las políticas trazadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Nacional de Estupefacientes, directamente o a través de los consejos de seccionales de estupefaciente.

Organizaciones Juveniles e infantiles. [3611] DR3788/86 ART 38. Como estrategias de prevención de la drogadicción, los institutos docentes públicos y privados de educación primaria y secundaria, media vocacional y educación no formal estarán obligados a partir de la vigencia de este decreto a constituir y fortalecer organizaciones creativas, juveniles e infantiles, según la orientación impartida por el Ministerio de Educación Nacional a través del programa de prevención de la drogadicción.

Universidades [3612] L30/86 ART 12. Las instituciones universitarias públicas y privadas obligadas a ello conforme a la reglamentación que acuerden el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el ICFES, incluirán en sus programas académicos el servicio obligatorio gratuito de consultas clínico para la atención de farmacodependientes.

Curso sobre Prevención [3617] L124/94 ART 2. El menor que sea hallado consumiendo bebidas embriagantes o en estado de beodez, deberá asistir con sus padres o acudientes a un curso sobre prevención de alcoholismo al Instituto Colombiano de Bienestar o a la entidad que haga sus veces.

5.3.4. Definición de Términos Básicos Asociados a la Farmacodependencia.

Para abordar la farmacodependencia es necesaria la comprensión de términos que permiten identificar el trastorno tales como: Droga. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las drogas en 1975: con independencia de su finalidad, una droga es toda sustancia que introducida en un organismo, puede modificar una o mas de sus funciones” la OMS llama la atención acerca de que, según su propia definición, los conceptos de droga, fármaco, y medicamento son sinónimos. También advierte que ésta definición es intencionadamente amplia y que, por tanto, debe delimitarse con conceptos a tales como dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia²⁰.

La Farmacodependencia, es el estado extremo al que puede llevar el abuso de drogas, quedando el consumidor atrapado por la sustancia. Es decir, que este siente un impulso irreprimible de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos o simplemente para evitar el malestar que le produce la ausencia de determinada sustancia.

²⁰ BOUSO S. José C. ¿Qué son las Drogas de Síntesis? Barcelona: Integral, 2003. p.17.

Un farmacodependiente, es una persona que ha perdido la libertad frente a la droga; se ha acostumbrado a ella de tal manera que aún cuando quisiera, ya no puede prescindir de ella sin ayuda exterior.

El médico argentino M. Matrajt define al dependiente, como el sujeto que requiere indispensablemente de una droga para lograr un determinado rendimiento psíquico. Como tal entendemos tanto una vivencia subjetiva como un logro intersubjetivo.

La dependencia psicológica, cuando el individuo llega a sentirse mentalmente incapaz de vivir sin la droga, aunque su cuerpo no la requiera. Es un fenómeno que se sitúa en el cerebro, impidiendo que intervenga la voluntad para dejar la droga. Cuando falta la droga se produce una sensación de insatisfacción y ansiedad profunda, la persona difícilmente puede concentrarse en otra cosa porque le viene a la mente, con inusitada insistencia, la sustancia que desea.

La dependencia física, abarca no solo la mente sino también el cuerpo. Debido a la constante administración de la droga se operan en el organismo cambios metabólicos. La droga llega a alterar la química del cuerpo; este desarrolla una demanda celular (las células empiezan a necesitar la droga para cumplir sus funciones vitales) de modo que ya no puede vivir sino recibe la sustancia acostumbrada. En el organismo del adicto, ésta se convierte en algo tan vital como la insulina para los diabéticos. En este caso la falta de droga no solo despierta el

intenso deseo de tomarla, sino que aparece una serie de trastornos físicos graves (nauseas, vómitos, convulsiones) que únicamente se calman con una nueva administración generalmente de dosis cada vez mayores.

Abuso de fármacos, significa consumo excesivo de alcohol u otras drogas. Es un patrón de comportamiento de adaptación deficiente que dura más o menos un mes, en el cual una persona continúa consumiendo fármacos aun después de saber que le hacen daño o lo consume repetidamente en situaciones peligrosas. El abuso puede conducir a la farmacodependencia (adicción), que puede ser fisiológico o psicológico o ambas y es probable que continuara en la edad adulta.

El síndrome de abstinencia, es la reacción del cuerpo acostumbrado a la droga ante su falta. Se manifiesta por un intenso malestar físico y puede provocar la muerte si el enfermo no recibe a tiempo la atención médica adecuada. Para el farmacodependiente, evitar los sufrimientos del síndrome de abstinencia se vuelve un poderoso incentivo para seguir administrándose la droga. Las drogas mas susceptibles a causar dependencia física y, por lo tanto, de provocar el síndrome de abstinencia son los opiáceos, los barbitúricos y el alcohol.

La Tolerancia, consiste en la resistencia desarrollada por el organismo a los efectos de la droga. A medida que el cuerpo se va acostumbrando a la droga para alcanzar los mismos efectos necesita cada vez dosis mayores. La tolerancia se desarrolla más o menos rápidamente según la sustancia, la dosis, la frecuencia

del uso, el modo de aplicación y la capacidad de resistencia de cada organismo. Con la heroína y los barbitúricos inyectados la tolerancia aumenta con una rapidez prácticamente incontrolada. Para el adicto con este grado de tolerancia, la supresión abrupta de la droga puede a su vez causar la muerte.

La politoxicomanía, es el consumo de diferentes tipos de drogas al mismo tiempo. La mezcla de drogas dificulta todavía más la posibilidad de prever las reacciones del organismo²¹.

5.3.5. Abuso de Sustancias. La característica esencial del abuso de sustancias, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes.

Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses²².

❖ **La Predisposición Psicológica.** En todo grupo humano, aquellos que son marcadamente depresivos tienen más probabilidades de volverse

²¹ MASSÜN, Edith. Op cit., p. 29.

²² Ibid. P. 188.

farmacodependientes. El drogarse representa para ellos un alivio para su mal vivir, la fórmula mas fácil para huir de una situación de sufrimiento que casi siempre tiene sus raíces en la niñez. Para estas personas la dependencia puede ser, al principio, un descubrimiento maravilloso porque invaden su campo de conciencia para ya no ver sus verdaderos problemas y pensar únicamente en la droga.

Muchos psicólogos, coinciden en reconocer los siguientes rasgos de personalidad que al parecer predisponen a la farmacodependencia: la falta de confianza en si mismo y pasividad, las dificultades de interrelación y de socialización, la poca capacidad de decisión, la vulnerabilidad a toda influencia externa y la intolerancia a la frustración²³.

- ❖ **Los Efectos Farmacológicos de la Droga.** Se trata de la interacción bioquímica y biopsíquica entre una sustancia y un organismo humano, algunas drogas son farmacologicamente mas potentes y, en consecuencia, mas rápidas en causar alteraciones en el cuerpo y dependencia física²⁴.

- ❖ **Las Influencias del Medio.** El abuso de drogas ocurre siempre en un contexto sociocultural determinado, que a su vez influye para que una persona se vuelva o no farmacodependiente, ya sea por imitación de patrones de conducta

²³ MASSÜN, Edith. Op cit., p. 37

²⁴ Ibid., p. 38

o modas prevalecientes en su medio; o bien por las frustraciones que este mundo le produce²⁵.

❖ **Tendencias y factores en el uso de drogas.** ¿Qué aumenta la probabilidad de que una persona joven abuse de las drogas?

5.3.6. Tipos de Consumidores. Al hablar de farmacodependencia no se puede generalizar, puesto que cada sujeto se caracteriza por la individualidad de acuerdo a su personalidad; por esto, no todos los consumidores mantienen la misma relación con la droga. Se presenta una gran variedad al referirse a los consumidores, entre estos se encuentran: Consumidores experimentales. Son los que prueban una o más veces una o varias drogas capaces de producir dependencia sin continuar usándola después. Sus motivaciones principales; la curiosidad, la búsqueda del placer, la presión del grupo de pares, la atracción de hacer algo prohibido o emocionante, o por afirmar su independencia.

El momento típico de probar por primera vez las drogas prohibidas es durante la adolescencia, y las motivaciones para hacerlo se relacionan con las características de este periodo del desarrollo de la personalidad. Por lo tanto no tiene nada de anormal dentro de la psicología humana. Al contrario; la curiosidad, el deseo de experimentación y el correr riesgos son actitudes naturales en la juventud que, en todos los demás aspectos del aprendizaje, son más bien

²⁵ Ibid., p. 38

estimuladas. En la mayoría de los casos, una vez satisfecha la curiosidad, el adolescente pierde interés en la droga. Una primera prueba decepcionante puede incluso provocar rechazo definitivo.

Consumidores ocasionales o sociales: Son los que consumen drogas de vez en cuando, de forma intermitente, sobre todo en reuniones sociales y fiestas. La gran mayoría de los que toman alcohol lo hacen de esta manera. Lo mismo se puede decir de la marihuana en los países en los cuales su uso está tolerado o socialmente aceptado. Los consumidores sociales siguen viviendo normalmente y son también capaces de disfrutar y departir sin ayuda de la droga, ya que ésta no ocupa un lugar primordial en sus vidas. Sus motivaciones principales son: relajarse, sentirse bien, experimentar placer, relacionarse con los demás, estar en la moda, violar las normas.

Los consumidores ocasionales de drogas prohibidas generalmente abandonan el uso al acercarse a la madurez. El uso ocasional ilícito tiene, por lo tanto, un carácter transitorio.

Consumidores habituales: Son los que se acostumbraron a tomar una droga con cierta regularidad, pero que no han perdido completamente el control de sí mismos y pueden dejar de consumirla si así se lo proponen. Sus motivaciones principales son: experimentar sensaciones placenteras, necesidad de ser aceptados en el grupo, la búsqueda de la identidad, distraerse de la soledad, olvidarse de los

problemas, expresar independencia. Todas estas motivaciones se encuentran en cualquier adolescente sin que estén necesariamente ligadas a un trastorno psicológico, ni siquiera a problemas familiares o sociales. Todo adolescente que piensa y siente tiene problemas de menor o mayor gravedad, pero que no conducen automáticamente al uso indebido de drogas, ya que puede resolverse por muchos otros medios. El abuso de drogas empieza cuando el joven con estas necesidades no encuentra otra solución para enfrentarlas.

Consumidores compulsivos o farmacodependientes: Este tipo de consumidores se divide en dos categorías; los funcionales que son los que necesitan cierta dosis de una droga para poder funcionar adecuadamente en sociedad; es decir relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o su profesión. Algunas adicciones se disfrazan de prescripción médica de fármacos. Los médicos y las empresas farmacéuticas son, en estos casos, los verdaderos responsables de la farmacodependencia.

Los consumidores disfuncionales: Son los que han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad, ya que su vida se reduce a conseguir y a consumir la droga, con la consiguiente pérdida de interés hacia todo lo que no se relacione con aquellas sustancias.

El adulto joven recibe una satisfacción de su primera experiencia con una droga puede tener ganas de repetirla. Mientras más frágil sea la persona²⁶.

5.3.7. Clasificación de las Drogas. Las drogas psicoactivas, es decir, las que modifican la conciencia y la conducta actuando sobre el Sistema Nervioso Central (S.N.C) se clasifican en tres grandes grupos:

Psicolépticos o depresores del S.N.C: Disminuyen la actividad del S.N.C, induciendo relajación y somnolencia- y el estado de alerta, entorpecen los reflejos, y enlentecen la conducta en general. En esta categoría se incluyen sustancias como el alcohol, los ansiolíticos, los barbitúricos y los opiáceos, tranquilizantes (tipo librium o valium), inhalables (cemento plástico, gasolina, pegamentos).

Psicoanalépticos o estimulantes del SNC: Incrementan la actividad del SNC produciendo sensaciones de energía amplificada, aumentan el estado de vigilia, reduciendo la sensación de cansancio, a veces potencian la capacidad de concentración y, a dosis altas, pueden producir estados de excitación extrema. En esta categoría se incluyen drogas como el tabaco, café, las anfetaminas, algunos antidepresivos y la cocaína.

Psicodélicos o alucinógenos: Son drogas cuyas propiedades sobresalientes no consisten en excitar ni producir relajación, aunque a veces también puedan

²⁶ Ibid. p. 33

provocar alguno de estos efectos. Los psicodélicos actúan principalmente alterando el estado de conciencia de tal forma que tanto la realidad como el sentimiento de identidad se pueden percibir de manera distinta a la habitual, induciendo visiones o alucinaciones y alterando el estado de ánimo, pudiéndose sentir a la vez emociones distintas o pasar rápidamente de una emoción a otro. Entre las drogas psicodélicas se encuentran la LSD, la psilocibina, la mezcalina y un número importante de compuestos sintéticos y naturales. A la marihuana y a otros derivados del cánnabis también se les suele incluir dentro de este grupo.

5.3.8. Trastornos Relacionados con Sustancias. Los trastornos relacionados con sustancias, incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. El término sustancia puede referirse a una droga de abuso a un medicamento o a un tóxico; muchos de los medicamentos prescritos o que son tomados por iniciativa propia pueden causar también trastornos relacionados con sustancias.

Los síntomas suelen estar relacionados con las dosis del medicamento y normalmente desaparecen al disminuir estos o al suspender el medicamento; sin embargo a veces pueden producirse reacciones idiosincrásicas a una sola dosis. Los medicamentos que ocasionan trastornos relacionados con sustancias incluyen, entre otros, los anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivos, antihistamínicos, antihipertensivos y medicamentos

cardiovasculares, antimicrobianos, antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos, corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos y otros medicamentos sin receta médica.²⁷

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos ; trastornos por consumo de sustancia (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastornos amnésicos inducidos por sustancias, trastornos psicóticos inducidos por sustancias, trastornos del estado del animo inducido por sustancia, ansiedad inducida por sustancia, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias²⁸.

5.3.9. Dependencia de Sustancias. La característica esencial de la dependencia de sustancias, consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos

²⁷ AMERICAN Psychiatric Association. Op cit. p.181.

²⁸ Ibid., p.182.

patentes e incluso pueden no aparecer (p. Ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses²⁹.

5.3.10. Factores de Riesgo para la Problemática de la Farmacodependencia.

La farmacodependencia es un problema multinacional, ya que en el intervienen factores relacionados con el individuo, la droga y la sociedad; los cuales actúan en estricta interdependencia, afectando el riesgo de cada individuo.

Se han adelantado estudios tendientes a determinar aquellos factores causales asociados al fenómeno de las drogas, algunos de los cuales se relacionan con factores psicosociales, tales como la violencia intrafamiliar, deserción escolar, desocupación, aislamiento social, conductas antisociales y otras desviaciones del comportamiento. Se denominan factores de riesgo a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado.³⁰

²⁹ Ibid. p. 182.

³⁰ CARI, Factores de Riesgo y Factores Protectivos para la problemática de la droga: serie para la prevención. Barranquilla. 1997. p. 4-5

5.3.10.1. Factores de riesgo relacionados con la organización social. Bajo nivel escolar, este factor reduce la capacidad del individuo para tomar decisiones, interactuar ventajosamente con otros, relacionarse con su medio y desarrollar alternativas que contribuyan a su crecimiento personal, situando a los sujetos en una posición de vulnerabilidad frente a la presión inadecuada de un grupo.

Actitudes y valores sociales que favorecen y promueven el consumo en comunidades con alto índice de dependencia. Se han encontrado niveles de captación elevada con relación al consumo y calificación de estos comportamientos como algo normal, configurándose estilos de vida desviados con normas y valores influidos por el comportamiento de comerciantes de drogas los cuales a su vez se convierten en figuras de identidad para las nuevas generaciones. Déficit de áreas y alternativas recreativas, para la población y carencia de planes preventivos alternos que constituye un medio ambiente empobrecido en el que no se probó la oportunidad de hacer una utilización creativa del tiempo libre.

Interacción social con grupos consumidores, son aquellas personas con características de personalidad débil e formación, ven en el consumo la manera de ser aceptado en el grupo.

Promoción de sustancia psicoactivas a través de los medios de comunicación.³¹

³¹ Ibid., p. 42-43

5.3.10.2. Factores de riesgo relacionados con la estructura familiar.

Influencias familiares (como predisposición genética al alcoholismo, consumo o aceptación de drogas por los padres, prácticas de crianza incoherente o deficiente, conflicto familiar, relaciones familiares distantes o difíciles y no vivir con los dos.

Cuanto más temprano comiencen los jóvenes a consumir drogas, con mayor frecuencia la consumirán y mayor será la tendencia a abusar de ellas. Cuantos más factores de riesgos existan mayor será la posibilidad de que un adolescente o un adulto joven abuse de las drogas.

El consumo de drogas comienza cuando los niños pasan de la escuela primaria a la escuela secundaria, donde encuentran nuevos amigos y son vulnerables a la presión de los pares³².

5.3.11. Índices de Consumo. A través de un estudio realizado en las universidades de Medellín en el año 1995 se desplegaron los siguientes resultados.

En cuanto al consumo de marihuana la tendencia encontrada para la prevaencia anual en Medellín desde 1984, ha mostrado un incremento para los dos sexos, pasando de 5.6 % en 1984 a 11.3% en 1992, para el sexo masculino.

³² Ibid., p. 40

La edad de inicio mínimo para el consumo de marihuana fue de 11 años, la promedio de 23 años, con una desviación estándar de 7.1 años y la máxima de 42 años, lo que evidencia una amplia dispersión en la edad de inicio para esta sustancia.

Comparando el consumo de la cocaína con el de la marihuana, se encuentra una razón de 3.5, o sea por cada diez consumidores de cocaína, se encuentran 35 de marihuana, siendo mayor la fuerza para el sexo femenino.

El promedio de edad de inicio es de 20 años con una desviación estándar de 5.5 años, la edad mínima para inicio fue de 11 años y la máxima de 38 años.

Colombia es el país número uno de producción de cocaína en el mundo, y lamentablemente empezamos a registrar el avance que en la adicción tiene nuestra gente joven pues en el curso de la última década la edad promedio de iniciación bajó de los 14 a los 9 años.

Ha aumentado el uso de las drogas entre las mujeres jóvenes que empiezan a igualar a los hombres en el consumo de estas sustancias. Inquieta el avance en la edad de iniciación de las muchachas y por supuesto en el mayor consumo promedio de los jóvenes y de los viejos frente a los índices de los consumos más estables en las personas maduras. Existe un dato alentador presentado al foro por el señor Sergio Calvanni, director para la zona andina del UNODC de Naciones

Unidas en el sentido de que las áreas sembradas en Colombia de cocaína se han reducido en un 46%.

El llamado mentores o combate contra la drogadicción entre nosotros muestra resultados positivos por la acción especialmente en lo que está adelantando el gobierno a través del Ministerio de Protección Social y la tarea descentralizada que realizan los departamentos y especialmente 417 municipios que están adelantando programas orientados a beneficiar a unas 350 mil personas. Para combatir eficazmente la drogadicción se requiere que quienes lo adelantan se sometan a tratamientos en períodos que oscilan entre los nueve meses a los dos años³³.

5.4. DESARROLLO EN LA EDAD ADULTA TEMPRANA.

El crecimiento del cuerpo y el cerebro, las capacidades sensoriales, las habilidades motrices y la salud hacen parte del desarrollo físico y pueden influenciar otros aspectos del desarrollo. Durante la pubertad, los cambios fisiológicos y hormonales afectan el sentido del desarrollo. En algunos adultos mayores, los cambios físicos del cerebro pueden conducir al deterioro del intelecto y de la personalidad.

³³ CALVANNI, Sergio, Coordinación y Desarrollo de Promoción y Prevención de la Drogadicción. Medellín, 1995. www.fne.gov.co.

El cambio y la estabilidad de las capacidades mentales como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento moral y la creatividad constituyen el desarrollo cognitivo. Estas están estrechamente relacionadas con el, crecimiento físico y emocional.

El cambio y la estabilidad de la personalidad y las relaciones sociales en conjunto constituyen el desarrollo psicosocial, el cual puede afectar la función cognitiva y física.

5.4.1. Periodos del Ciclo Vital. El concepto de los periodos del ciclo vital, es una construcción social, una idea sobre la naturaleza de la realidad aceptada por los miembros de una sociedad particular en un momento determinado con base en suposiciones o percepciones subjetivas.

No existe un momento objetivamente definible en el cual el niño se convierte en adulto o una persona joven en anciana. Las sociedades del mundo reconocen las diferencias en la manera como piensan, sienten, y actúan las personas de distintas edades³⁴.

5.4.2. Desarrollo Físico y Cognitivo en la Edad Adulta Temprana. En esta etapa se sientan las bases del funcionamiento físico para el resto de la vida. La alimentación de los adultos, la actividad física que desarrolla, el hábito de fumar o

³⁴ PAPANIA, Diane. Desarrollo Humano. Bogotá: MaC Graw Hill, 200. p. 13

beber, así como el consumo de drogas son factores que influyen mucho en el estado de salud y el bienestar actual y futuro. Hacia los 25 años, la mayor parte de las funciones corporales se han desarrollado por completo.

El vínculo entre comportamiento y salud apunta a la interrelación entre aspectos físicos, cognitivos y emocionales del desarrollo. Lo que saben las personas acerca de la salud afecta lo que hacen, y lo que hacen afecta la manera como se sienten.

Con frecuencia la personalidad, las emociones, y el entorno social importan más que lo que las personas saben que deben de hacer, pues las conducen a seguir comportamientos no saludables³⁵.

5.4.3. Desarrollo Psicosocial en la Edad Adulta Temprana. Ya sea que la personalidad muestre principalmente estabilidad o cambio, depende en parte como se estudia y se mide la personalidad. Existen cuatro enfoques principales del desarrollo psicosocial:

Los modelos de rasgos se enfocan en las características o atributos intelectuales, emocionales, temperamentales y de comportamiento, como la jovialidad y la irritabilidad.

³⁵Ibid., p. 487

Los modelos tipológicos, identifican amplios tipos o estilos de personalidad y representa la organización de los rasgos de la personalidad en el individuo.

Los modelos de crisis normativa, reflejan una consecuencia típica de desarrollo relacionado con la edad que continúa, durante la edad adulta, después de pasar por la niñez y la adolescencia.

Los modelos de ocurrencia oportuna de eventos que sostienen el cambio, están relacionados no tanto con la edad sino con la ocurrencia esperada o inesperada y la época de importantes eventos de la vida. Este modelo en diferencias contextuales e individuales³⁶.

5.5. DESARROLLO EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA

El desarrollo de edad adulta intermedia, se ha convertido en una etapa distinta donde se establecen unos procesos de individualización de la personalidad donde se dan cambios como:

5.5.1. Desarrollo Físico. Algunos cambios fisiológicos son el resultado directo del envejecimiento biológico y la constitución genética, la acumulación de factores de comportamiento y el estilo de vida, que datan de la juventud, afectan la probabilidad, la oportunidad y el alcance del cambio físico. Las personas

³⁶ Ibid., p. 523.

físicamente activas pueden mantener la fortaleza muscular. La mente y el cuerpo tienen manera de compensar los cambios que ocurren.

5.5.2. Desarrollo Cognitivo. En apariencia, el desarrollo no es uniforme durante la edad adulta, pues implica pérdidas y ganancias en diferentes habilidades y en diferentes épocas.

La investigación precedente (Cattell, 1965; Horn y Hofer, 1992) distinguió dos aspectos de la inteligencia: fluida y cristalizada.

La inteligencia fluida, es la facultad de aplicar la capacidad mental a problemas nuevos que requieren poco o ningún conocimiento previo; implica la relación de percepciones, formación de conceptos e inferencia.

La inteligencia cristalizada, es la capacidad para recordar y emplear información adquirida durante toda la vida; se mide a través de pruebas de vocabulario, información general y respuestas a situaciones y dilemas sociales.

En general, se ha encontrado que la inteligencia fluida alcanza su máximo durante la edad adulta temprana, mientras la inteligencia cristalizada mejora durante la edad adulta intermedia y con frecuencia hasta el final de la vida.

5.5.3. Desarrollo Psicosocial. Aunque Erikson planteó que la formación de identidad es la preocupación principal de la adolescencia, también observo que la identidad continua desarrollándose.

Algunos teóricos del desarrollo ven la formación de la identidad como un aspecto central de la edad adulta. La identidad puede no constar de un solo yo sino de múltiples “yo posibles”, incluido el yo que una persona espera tener y el yo que una persona teme ser.

Con frecuencia, momentos cruciales como la transición a la edad adulta intermedia implica cambios en la manera como las personas se ven a sí mismas. Como observó Erikson, la identidad está estrechamente asociada a los papeles sociales y a los compromisos (“soy profesor”, “soy ciudadano”,). Puesto que la edad adulta intermedia es una época de revisión respecto de los papeles y de las relaciones, en ella pueden aflorar aspectos no resueltos de la identidad.

5.5.4. Identidad de Género. Entre los aspectos más estudiados sobre la personalidad, en la teoría y en la investigación, están los relacionados con el género. En muchos estudios realizados durante los años de 1960, 1970, y 1980, los hombres de edad adulta intermedia fueron mas abiertos acerca de sus sentimientos, más interesados en las relaciones intimas y más cariñosas (características tradicionalmente rotuladas como femeninas) que en edades más tempranas, mientras las mujeres de edad adulta intermedia eran más dogmáticas,

autoconfidentes y se orientaban hacia los logros (características tradicionalmente marcadas como masculinas).

Algunos científicos sociales atribuyen este desarrollo a cambios hormonales en la edad adulta intermedia. Jung lo juzgó como parte de los procesos de individualización o equilibrio de la personalidad.

Según Gutmann, los papeles de género tradicionales evolucionaron para garantizar la seguridad y el bienestar de los hijos en crecimiento. La madre debe ser la cuidadora y el padre el proveedor. Terminada la crianza activa, no hay un equilibrio sino una inversión de papeles de género: los hombres libres para explorar su lado “femenino” represado, se tornan más pasivos; las mujeres son más dominantes e independientes.

En una época en que la mayoría de las mujeres jóvenes combinan el empleo con la crianza de niños, cuando muchos hombres toman parte activa en la crianza y cuando tener hijos quizá no sea realidad hasta la edad adulta intermedia, la inversión de papeles de género en esta edad parece menos probable. Incluso se ha puesto en duda el uso de los términos “masculino” y “femenino” para describir los rasgos de la personalidad correspondientes a dominante y sumiso³⁷.

³⁷ Ibid., p. 561.

5.6. ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE BARRANQUILLA (INPEC)

5.6.1. Antecedentes. El INPEC inició esfuerzo por mitigar el consumo de sustancia psicoactivas en 1992, mediante un proyecto que fue financiado y asesorado técnicamente por UNDP (Programa de naciones unidas para el control de drogas) en coordinación con el DNP (Departamento Nacional de Planeación) y que sustentó sus acciones hasta Diciembre 1999.

- ❖ En 1992 se creó el centro piloto para rehabilitación de internos drogadictos CRID en la colonia penal de Acacias, bajo el modelo de comunidad terapéutica y le extendió el programa en los establecimientos EPC picota. EPC Bucaramanga, R.M. Bogota, EPC Cúcuta, otros.

- ❖ En el 2004 mediante un proyecto de inversión de reiniciación las acciones en 17 establecimientos del país.

5.6.2. Descripción de la Penitenciaría del Bosque. El Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla se encuentra adscrito a la Dirección Regional Norte 3 del INPEC bajo código 322 y se halla ubicado en las calles 76 y 87, entre carreras 8 y 9 del Barrio El Bosque en la ciudad de Barranquilla, La construcción de esta obra, se inicio en el año de 1.956, durante el Gobierno del General Gustavo Rojas Pinilla cuyo objetivo era recluir los internos de la región

caribe, repatriando todos los que se encontraban en las cárceles y penitenciarias del interior del País. Mediante acuerdo 010 de octubre de 1.995, fue creado el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla, por el Consejo Directivo del INPEC, dirigido por el entonces Ministro de Justicia, Doctor Néstor Humberto Martínez Neira, en la Administración del señor presidente Ernesto Samper Pizano.

Está organizado a través de grupos internos de trabajo, que mediante sus coordinadores garantizan el funcionamiento, la seguridad, el orden interno y el cumplimiento de las funciones emanadas de las directrices Regional y Nacional, son estos: grupo de Dirección, grupo de subdirección, grupo de custodia y vigilancia, grupo de sistemas y planeación, grupo de gestión humana, grupo administrativo y financiero, grupo jurídico, grupo de investigaciones y grupo de tratamiento y desarrollo.

Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Barranquilla, inició sus labores el 10 de Noviembre de 1.995, con el propósito de crear un centro piloto, con la implementación del Sistema Carcelario Español. Por ello se recomendó que los primeros internos que ingresaran se encontraran en condiciones de mínima seguridad, su conducta fuera ejemplar, acreedores de beneficios administrativos y conocimientos básicos en las áreas productivas, lo cual no se logró. El día que ingresaron los primeros 16 internos procedentes de la Cárcel de Bellavista de Medellín presentaban una situación jurídica totalmente diferente a las exigencias

antes señaladas, lo que permitió que no se cumplieren los objetivos tratados para el Establecimiento como centro piloto lo que hizo que se convirtiera en un establecimiento de mediana seguridad, afectando de manera gradual los planes de seguridad y régimen interno. Los pabellones están referenciados con las letras A, B, C y D.

La labor del psicólogo jurídico dentro de la penitenciaria del Bosque: se enmarca dentro del grupo de Tratamiento y Desarrollo y sus funciones específicas son: Coordinar con la Dirección Regional, las directrices generales, los procedimientos, las nuevas disposiciones del grupo, así como la presentación y rendición de informes, realizar las actividades de acuerdo a procedimientos e instructivos aprobados para el grupo, utilizando los formatos ya establecidos que permitan racionalizar y hacer eficiente la gestión administrativa del establecimiento, Adelantar el proceso de inducción, y participar en los procesos de clasificación y ubicación de los internos que ingresen al penal. Diseñar y desarrollar la intervención grupal y/o individual que requieran los internos, partiendo del diagnóstico inicial o de los seguimientos realizados. Las demás funciones asignadas por la dirección del establecimiento de acuerdo con la naturaleza de su cargo.

Corresponde al Gobierno Nacional por conducto del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, la ejecución de las sentencias penales y de la

detención precautelativa, la aplicación de las medidas de seguridad y la reglamentación y control de las penas accesorias, fijadas en el Código Penal.

Los establecimientos de reclusión del orden nacional serán creados, fusionados, suprimidos, dirigidos y administrados, sostenidos y vigilados por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. El mismo Instituto determinará los lugares donde funcionarán estos establecimientos.

La reclusión en un establecimiento penitenciario o carcelario se hará en los términos señalados en el código de procedimiento penal y en las normas del régimen penitenciario y carcelario de Colombia.

La clasificación de los internos se hará por categorías, por las mismas juntas de distribución de patios y asignación de celdas y para estos efectos se considerarán no solo las pautas aquí expresadas, sino la personalidad del sujeto, sus antecedentes y conducta.

Fases del tratamiento. el sistema del tratamiento progresivo está integrado por las siguientes fases:

- a. Observación, diagnóstico y clasificación del interno.
- b. Alta seguridad que comprende el período cerrado.
- c. Mediana seguridad que comprende el período semiabierto.

- d. Mínima seguridad o período abierto.
- e. De confianza, que coincidirá con la libertad condicional.

Los programas de educación penitenciaria serán obligatorios en las tres primeras fases para todos los internos, sin que esto excluya el trabajo. La sección educativa del INPEC suministrará las pautas para estos programas, teniendo en cuenta que su contenido debe abarcar todas las disciplinas orientadas a la resocialización del interno.

La Educación. La educación al igual que el trabajo constituye la base fundamental de la resocialización. En las penitenciarías y cárceles de Distrito Judicial habrá centros educativos para el desarrollo de programas de educación permanente, como medio de instrucción o de tratamiento penitenciario, que podrán ir desde la alfabetización hasta programas de instrucción superior. La educación impartida deberá tener en cuenta los métodos pedagógicos propios del sistema penitenciario, el cual enseñará y afirmará en el interno, el conocimiento y respeto de los valores humanos, de las instituciones públicas y sociales, de las leyes y normas de convivencia ciudadana y el desarrollo de su sentido moral.

Los internos analfabetos asistirán obligatoriamente a las horas de instrucción, organizadas para este fin.

La Dirección General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, determinará los estudios que deban organizarse en cada centro de reclusión que sean válidos para la redención de la pena.

El estudio será certificado según el artículo 81 del régimen penitenciario y carcelario por previa evaluación de los estudios realizados.

El Juez de Ejecución de penas y medidas de seguridad concederá la redención de pena por estudio a los condenados a pena privativa de la libertad. A los detenidos y a los condenados se les abonará un día de reclusión por dos días de estudio. Se computará como un día de estudio la dedicación a esta actividad durante seis horas, así sea en días diferentes. Para esos efectos, no se podrán computar más de seis horas diarias de estudio.

5.6.3. Estructura Organizacional INPEC. Tiene como misión la establecida en el plan de acción Institucional, donde se pretende administrar el Sistema Penitenciario y Carcelario, garantizando el cumplimiento de la pena privativa de la libertad, la seguridad, la atención social y el tratamiento penitenciario de la población reclusa del penal en marco de los derechos humanos y como visión consolidar con eficiencia y efectividad del Sistema Penitenciario y Carcelario, garantizando una organización moderna, humanizada, comprometida con el Estado y sus Instituciones: Mediante la gerencia de los recursos, orientada a la solución integral de la problemática Penitenciaria y Carcelaria en el campo de la

seguridad y la integración social positiva. Como toda institución cuenta con dos objetivos estratégicos; el cumplimiento de la ley y el mejoramiento de la calidad.

Las Políticas Institucionales están basadas en el orden y autoridad en los establecimientos de reclusión, modernizar la estructura orgánica y funcional del INPEC hacia un estado comunitario, diseñar y aplicar los perfiles de la población reclusa de acuerdo con lo previsto en la normatividad vigente, privatizar a algunos servicios de la administración de la pena, fortalecer la seguridad, custodia y vigilancia del Sistema Penitenciario y Carcelario, fortalecer procesos psicosociales en la población interna, formar, capacitar y actualizar al funcionario Penitenciario y Carcelario, hacia el compromiso y la excelencia fortalecer el desarrollo de los programas de atención integral y tratamiento penitenciario dirigido a la población de internos, definir e implementar un sistema de gestión de la calidad direccionado al mejoramiento continuo de la entidad, implementar programas de anticorrupción, generara cultura de autocontrol, clasificar la población reclusa, generar alianzas estratégicas de mutuo apoyo.

Los Valores Corporativos de la Institución lo constituyen la Lealtad, hace referencia en la institución, (a la firmeza en la defensa de los intereses del instituto respetándolo con honor y sirviéndole con vocación).

El Respeto, entendiéndose como (actuar, reconociendo en sí mismo y en el otro, sus valores, derechos y diferencias).

Honestidad, entendiéndose como (hacer lo que se debe hacer, obrando con rectitud, ética y moral).

Responsabilidad, entendiéndose como (compromiso integral con el Instituto).

Solidaridad, entendiéndose como (unión de esfuerzos en el cumplimiento de los objetivos del Instituto).

Las Metas institucionales, apuntan a Incrementar la ocupación laboral y cobertura en educación, a la Renovación Administrativa del INPEC, a la Privatización de algunos servicios del sistema de inteligencia, a Convertir los Establecimientos de Reclusión en Empresas Productivas, a Fusionar y Suprimir Establecimientos de Reclusión de menor tamaño, a capacitar y sensibilizar funcionarios penitenciarios en Derechos Humanos, definir los perfiles de la población interna y los establecimientos de reclusión, a la consolidación de un sistema Interconectado, estadístico, confiable funcional, a la participación ciudadana a través del programa de Gobierno en Línea, a incentivar el desarrollo de competencias individuales e institucionales. El programa de farmacodependencia que se implementa en el establecimiento penitenciario y carcelario de Barranquilla (INPEC), se divide en tres niveles:

Prevención primaria. Este nivel se caracteriza por 8 módulos de información catedrática que apuntan a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas; que se mencionarán a continuación:

- ❖ Programa de actividad física y salud: A través de este programa se busca promover la practica del ejercicio físico en beneficio de su calidad de vida y por ende de su salud.
- ❖ Manejo del estrés: A través de este programa se ofrecen pautas que permitan manejar en forma adecuada el estrés. Identificando sus causas como previniendo y controlándolo.
- ❖ Estilo de vida saludable: A través de este programa se pretende identificar los conceptos básicos y relacionados con los hábitos no saludables y los estilos de vida saludables.
- ❖ Planificación de familia: Informar sobre los métodos de planificación familiar y promover su uso.
- ❖ Enfermedades de transmisión sexual: Promover la modificación de comportamientos que permitan prevenir las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el SIDA.
- ❖ Convivencia pacífica y resolución de conflictos: Ofrecer pautas que permitan convivir pacíficamente, aceptando la diversidad cultural, racial e ideológica y solucionando los conflictos por vías diferentes de la violencia.
- ❖ Autoestima y autocuidado: Orientar a la población sobre la necesidad y beneficio de fortalecer sus beneficios y autoestima, promover crecimiento personal a través de la promoción y formación de la misma, como método para prevenir patología como fisiológica, sociológicas y cognitivas.

- ❖ Alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia: Identificar, prevenir y controlar el consumo de drogas psicoactivas mediante la información dada a la población objeto.

Prevención secundaria. En este nivel los objetivos hacen referencia a:

- ❖ Incentivar en el interno(a), la necesidad de adoptar estilos de convivencia adecuados dentro del contexto de su realidad.
- ❖ Motivar en el interno consumidor de sustancias psicoactivas la necesidad de disminuir o erradicar el consumo de las mismas.

La prevención secundaria se constituye en una intervención más específica y especializada centrada en aquellos aspectos de sustancias psicoactivas.

La prevención secundaria implica la detección temprana del consumo de drogas en internos(a) disminuir la incidencia y prevalencia en el consumo de realizar la intervención oportuna, ofreciendo salidas diferentes al consumo o que lleguen al deterioro propio de un fármaco dependiente.

Algunas investigaciones en la práctica determinan que las personas antes consumidoras, incrementan el mismo bajo situaciones de presión como la pérdida de la libertad, por lo que el programa pretende ponerle remedio a los primeros síntomas de un problema de salud que involucra el cuerpo físico, psíquico y mental.

El primer modulo propone fortalecer el autoestima creando una mayor conciencia para llegar a tener conductas autónomas y una mejor calidad en sus relaciones interpersonales.

El segundo modulo reafirma y activa habilidades y valores con el fin de que el interno(a), tenga la total claridad de la responsabilidad de su vida y actúe de acuerdo a estos principios, obteniendo calidad de vida y mejores relaciones que le permitan manejar una actitud hacia el cambio y vincularse en un modelo de vida saludable.

El tercer modulo le brinda al interno herramientas para solucionar adecuadamente los conflictos que se le puedan presentar y generar proyectos de vida saludable.

Para desarrollar las acciones del programa, específicamente es este nivel, se establece una metodología participativa, a través de talleres. Dentro de los mismos se realizan trabajos individuales, colectivos, debates, expresión de sentimientos, identificación y fortalecimientos de habilidades artísticas y creativas.

Paralelamente se utilizan técnicas alternativas que estimulan el sistema nervioso central, disminuyendo los niveles de ansiedad, para crear una atmósfera de tranquilidad y apertura hacia las actividades a desarrollar en los talleres como la música terapia, aromaterapia y relajación. El programa en este nivel de intervención se divide en tres módulos, estos son:

- ❖ **Autonomía del ser:** Este módulo busca sensibilizar en el interno(a), el mismo y lo van sensibilizando hacia el proceso de autonomía. Esta primera fase se desarrolla a través de 19 talleres con los siguientes temas: autoestima, comunicación efectiva, control en las respuestas emocionales, manejo del estrés y evaluación del modulo. reconocimiento, autoaceptación, que lo van sensibilizando hacia el amor por si.

- ❖ **Habilidades para vivir:** Este módulo comprende el desarrollo de estrategias que facilitan al interno(a), responsabilizarse por su bien maspreciado. Su vida y le brinda alternativas para desarrollar un modelo o plan de vida saludable. Para lograr este objetivo diseñaran 11 talleres y un contenido teórico con los siguientes temas: valores, pensamientos críticos, pensamientos positivos, proyecto de vida saludable.

- ❖ **Relaciones sociales:** Este módulo fue diseñado para permitirle al interno(a) manejar adecuadamente los conflictos que se le presenten en su convivencia con su grupo de compañeros, familia y de pareja. Para logra este objetivo se crearon 7 talleres: intervención terapéutica, intervención familiar, relación de pareja, estructura familiar, ciclos y roces familiares.

- ❖ **Programa de Preacogida.** El trabajo en esta fase es específicamente con internos(as) consumidores de psicoactivos. Los objetivos de esta fase es de enganchar, motivar e incorporara personas que manifiestan su problema de

adicción creando necesidades de cambio a través de talleres, grupos terapéuticos que facilitan la adquisición o rescate del pilar axiológico y habilidades sociales.

El interno debe tener las siguientes características:

- ❖ Deterioro importante en el ámbito social, laboral, familiar y educativa.
- ❖ Alta frecuencia de consumo de psicoactivos
- ❖ No tener doble diagnostico
- ❖ Diligenciar fichas de solicitud.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

6.1.1. Personalidad. Raymond Cattell define la personalidad como aquello que permite la predicción de lo que una persona va a hacer en una situación dada; tomando como elemento básico de la personalidad el rasgo, que le permite caracterizar la conducta del individuo y distinguirlo de otros³⁸.

³⁸ LAWRENCE A, Pervin. Op cit, p. 13.

6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	SUB-INDICES
PERSONALIDAD	FACTORES DE PRIMER ORDEN	HIPOCONDRIASIS D1	Preocupación por la alteración de las funciones del cuerpo.	ALTO 8-10 MEDIO 4-7 BAJO 1-3
		DEPRESION SUICIDA D2	Pensamientos de autodestrucción.	
		AGITACION D3	Deseo de hacer cosas arriesgadas.	
		DEPRESION ANSIOSA D4	Reacción frente a situaciones de miedo.	
		DEPRESION BAJA ENERGIA D5	Sentimiento de tristeza y mal humor.	
		CULPABILIDAD-RESENTIMIENTO D6	Perturbación de sentimientos de culpabilidad.	
		APATIA RETIRADA D7	Sensación de no encontrarle sentido a la vida.	
		PARANOIA Pa	Sensación de persecución.	
		DESVIACION PSICOPATICA Pp	Grado de inhibición, búsqueda de sensaciones.	
		ESQUIZOFRENIA Sc	Dificultades para expresar sus ideas, impulsos extraños.	
		PSICASTENIA As	Poco autocontrol sobre el tipo obsesivo de la conducta.	
		DESAJUSTE PSICOLOGICO Ps	Desviación en el área de la autovaloración de la realidad.	

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	SUB-INDICES
	FACTORES DE SEGUNDO ORDEN	ANSIEDAD	Favorece el ajuste	
		EXTRAVERSION	Conexión entre algunas conductas desviadas.	
		INDEPENDENCIA	Escala de dominancia, realismo, radicalismo, autosuficiencia y suspicacia	
		SOCIALIZACIÓN CONTROLADO O SUPEREGO	Polo bajo, es interpretada como sociopatía.	
		DEPRESIÓN	Tiende a aparecer en personas ansiosas, introvertidos y faltas de autocontrol social.	

7. CONTROL DE VARIABLES

7.1. EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
Farmacodependientes	Escogiendo una población farmacodependiente	Permitirá describir los rasgos de personalidad en esta población.
Edad	Escogiendo una población de sujetos entre 18-35 años.	Con el fin de encontrar sujetos con personalidades definidas
Género	Escogiendo sujetos de género masculino.	Según las estadísticas nacionales es la población mas afectada por la farmacodependencia.
Estado de abstinencia y controlados bajo medicación.	Escogiendo los sujetos que estén medicados y en estado de abstinencia.	Si los sujetos están controlados podrán arrojar resultados más confiables.
Presencia de psicosis tóxicas.	Escogiendo sujetos diagnosticados con psicosis tóxicas.	Permitirá describir rasgos clínicos del sujeto debido a la droga.

7.2. EN EL AMBIENTE

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
El sitio de la aplicación de los instrumentos	Habituando un lugar espacioso, iluminado con buena ventilación, y aislado de posibles ruidos y distractores visuales.	Permitirá mayor concentración, y mayor visibilidad.

7.3. EN EL INSTRUMENTO

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
Validez	Aplicando un instrumento que ha sido revisado y estandarizado.	Arrojará resultados confiables para el desarrollo de la investigación.

7.4. EN LOS INVESTIGADORES

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
Prejuicios	Eludiéndolos	Permitirá centrarse en el objetivo primordial de la investigación.
Manejo y dominio del test.	Evaluando los resultados de acuerdo a los parámetros que indica el test.	Permitirá mayor objetividad

8. METODOLOGÍA

8.1. POBLACIÓN

8.1.1 Características de la población. Teniendo en cuenta las necesidades de la investigación resulta necesario para la toma de una muestra representativa, dar a conocer primordialmente las características de la totalidad de la población de internos reclusos en el centro penitenciario y carcelario el bosque. Los índices estadísticos arrojados por el último cubrimiento, sobre los datos recogidos en el informe hasta el 31 de octubre donde se relaciona la información que se describe a continuación.

Hasta la fecha del último informe realizado fueron reportados 697 internos condenados como la totalidad de la población reclusa; De los cuales el 84% de la población presenta problemas de consumo de sustancias lo que representa una totalidad de 585 internos.

Según los datos obtenidos por el rango de edades de los internos se clasifican en: el rango de edades entre los 18 y 29 años hay una totalidad de 259 internos. En el rango de edades entre los 30 y 40 años hay una totalidad de 352 internos. En el rango de edades entre 45 y 59 años hay una totalidad de 7 internos y entre los sujetos mayores de sesenta (60) años hay una totalidad de 11 internos.

Según los datos obtenidos por el estado civil de los internos se clasifican en: entre los sujetos casados hay una totalidad de 118 internos, entre los sujetos separados hay una totalidad de 10 internos, entre los sujetos solteros hay una totalidad de 241 internos, entre los sujetos que viven en unión libre hay una totalidad de 327 internos, y entre los sujetos viudos hay una totalidad de 1 interno.

Según los datos obtenidos por el grado de escolaridad de los internos se clasifican en: entre los sujetos iletrados sin ningún tipo de educación hay una totalidad de 43 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad entre primero a tercer grado de primaria hay una totalidad de 122 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad entre cuarto y quinto de primaria hay una totalidad de 69 internos, entre los sujetos que tienen un grado de educación primaria hay una totalidad de 98 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad de sexto a séptimo de secundaria hay una totalidad de 122 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad entre octavo y noveno de secundaria hay una totalidad 107 internos, entre los sujetos con grado de escolaridad de décimo grado hay una totalidad de 12 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad de undécimo grado hay una totalidad de 13 internos, entre los sujetos con grado de escolaridad bachiller hay una totalidad de 86 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad técnico hay una totalidad de 3 internos, entre los sujetos con un grado de escolaridad profesional hay una totalidad de 18 internos y una totalidad de 0 internos especializados.

Según los datos obtenidos sobre los delitos cometidos por los internos se clasifican en: entre los sujetos que cometieron el delito e homicidio hay un total de 398 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de secuestro y afines hay una totalidad de 77 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de hurto y afines hay una totalidad de 75 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de narcotráfico hay un total de 52 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de extorsión hay una totalidad de 31 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de acceso carnal violento hay una totalidad de 30 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de acto sexual abusivo hay una totalidad de 14 internos, entre los sujetos que cometieron el delito de rebelión hay una totalidad de 2 internos y en otros delitos no clasificados hay 18 internos.

Según los datos obtenidos por los años de condena de los internos se clasifican en: entre los sujetos condenados entre 0 y 5 años hay una totalidad de 88 internos, entre los sujetos condenados entre 6 y 10 años hay una totalidad de 130 internos, entre los sujetos condenados entre 11 y 15 años hay una totalidad de 133 internos, entre los sujetos condenados entre 15 y 20 años hay una totalidad de 84 internos, entre los sujetos condenados entre 21 y 25 años hay una totalidad de 98 internos, entre los sujetos condenados entre 26 y 30 años hay una totalidad de 99 internos, entre los sujetos condenados entre 31 y 35 años hay una totalidad de 29 internos y entre los sujetos condenados con mas de 36 años hay una totalidad de 36 internos

8.2. MUESTRA

Para fines de la obtención de resultados acerca de los Rasgos Clínicos de Personalidad en Farmacodependientes asistidos en el Establecimiento y Penitenciario y Carcelario (INPEC) seccional Bosque de la ciudad de Barranquilla, a través de la aplicación del test CAQ; se seleccionará una muestra representativa de 30 reclusos, a través de la técnica de muestreo intencional que permite seleccionar los elementos de la investigación, que son representativos (reclusos), a partir del conocimiento previo de la población y por los datos arrojados en el último informe y para el logro de resultados significativos en la investigación se escogió un 5% de la población lo que totaliza 35 internos los cuales se escogieron teniendo en cuenta el rango de edad entre los 18 y los 35 años, los cuales son condenados por delitos de homicidios, con un nivel socioeconómico bajo y un grado de escolaridad básico primario.

8.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación utilizado es el Descriptivo, porque el propósito de la investigación es describir a través de la medición de los rasgos de la personalidad de primer y segundo orden en farmacodependientes con edades entre los 18 y 35 años reclusos en el establecimiento penitenciario y carcelario de Barranquilla INPEC

8.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo a través de la aplicación del Cuestionario de análisis clínico (CAQ) / Krug, Samuel E. basado en la evaluación de 12 aspectos clínicos de la personalidad normal. Su aplicación es de forma Colectiva y tendrá un tiempo de 30 y 45 minutos. Este test puede ser aplicado a adolescentes y adultos.

Este cuestionario del CAQ fué elaborado para completar la información que se obtuvo a través de algunas pruebas de personalidad (rasgos no patológicos).

Contiene 12 escalas:

- ❖ **Hipocondriasis:** Si puntúa alto indica que la persona es depresiva en el sentido de que le preocupa la alteración de las funciones de su cuerpo. Esas persona cree que sus nervios están apunto de estallar, que esta peor de salud que los demás, que se siente floja y tan cansada que apenas puede moverse. Esta escala es una de las principales contribuciones al factor secundario de depresión, y existe algún indicio de que su importancia es ligeramente mayor entre las mujeres neuróticas y esquizofrénicas, suelen puntuar más alto que los varones en esta dimensión secundaria.

- ❖ **Depresión suicida:** El contenido de los elementos de esta escala se encuentra en los pensamientos de autodestrucción. Los sujetos que puntúan alto afirman

estar hartos y a disgusto con la vida, que esta ya le parece ya vacía, sin sentido ni propósito.

- ❖ Agitación: Los sujetos que puntúan alto afirma que le gustaría hacer cosas arriesgadas e intentar cosas nuevas, o que están a disgusto hasta que encuentran algo arriesgado que hacer; y busca la agitación. Debajo de estos deseos puede haber un anhelo de muerte asociado a esta dimensión y que explicaría esta búsqueda inquieta de aventura y riesgo.
- ❖ Depresión ansiosa: El análisis factorial ha mostrado que es diferente del patrón de esta dimensión secundaria y, por otra parte es una de las contribuciones menos importantes en la estructura de la depresión. Las personas que puntúan alto se definen a sí mismo como torpe y desmañada al manejar objetos, sueña mucho sobre cosas que le dan miedo.
- ❖ Depresión baja-energía: el individuo que puntúa alto se siente triste y de mal humor se despierta sin energías para comenzar el día. Casi nunca duerme profundamente a menudo la vida le parece vacía y solitaria.
- ❖ Culpabilidad-resentimiento: Este es el aspecto de la depresión asociado al sentimiento de haber cometido lo imperdonable y la consecuente sensación de inutilidad o impotencia. El sujeto que puntúa alto declara que le perturban

los sentimientos de culpabilidad. La puntuación mas altas se encuentran en casos de alcoholismo, abuso de narcóticos o problemas de conducta.

- ❖ Apatía-retirada: esta dimensión se caracteriza por dos rasgos principales. La sensación de que la vida es bastante absurda y sin sentido como para preocuparse, y la tendencia a evitar el trato con los demás. El sujeto que puntúa alto se encuentra a gusto cuando esta solo, sin los demás y se siente demasiado decaído e inútil como no querer hablar con la gente.
- ❖ Paranoia: se refiere a las declaraciones de recelo, sensación de injusticia y persecución; celos con respecto a otros, cinismo sobre la naturaleza humana y miedo a ser envenenado.
- ❖ Desviación psicopática: Los sujetos que puntúan alto son, generalmente menos inhibidos que el promedio de las personas, tanto como el respeto al peligro o dolor físico como las criticas de la sociedad.
- ❖ Esquizofrenia: según sus propias auto evaluaciones, el sujeto que puntúa alto encuentra dificultad para expresar sus ideas, tiene impulsos extraños cree que la gente no le comprende y le evita por motivo que desconoce y no le da la importancia que le merece, y tiene perdida de memoria. Sentimiento de irrealidad y alucinaciones.

- ❖ Psicastenia y Desajuste psicológico: se caracteriza por el tipo obsesivo de conducta sobre la que el sujeto declara tener poco autocontrol. Estas conductas incluyen el contar cosas, tener ideas o palabras sin importancia que pasan por la cabeza y están rondando una y otra vez.

También incluye baremos de casos clínicos. Entre los factores de segundo orden:

- ❖ Ansiedad: además de las saturaciones propias de las escalas del 16PF, la dimensión incluyen pesos de culpabilidad-resentimiento y psicastenia: en menor medida aparece un peso negativo desviación psicopática, (es decir que esta escala favorece al ajuste) y otro positivo de esquizofrenia.
- ❖ Extraversión: Este factor incorpora también con peso negativo dos escalas del CAQ, la apatía retirada y la depresión ansiosa. por tanto, existe una conexión entre la extraversión y una conducta desviada.
- ❖ Independencia: Es una dimensión mas propia del 16PF, definida por las escalas de dominancia, realismo, radicalismo, auto suspicacia.
- ❖ Socialización controlada o superego: es la dimensión que Karson y Odel interpretan en el polo bajo como sociopatía y probablemente en esta dirección tiene mayores aplicaciones clínicas. Sin embargo sus influencias esta casi limitada a las escalas primarias del 16PF.

- ❖ Depresión. Sus saturaciones principales están en seis de las siete escalas primarias de depresión (Se exceptúa la agitación), y la estructura es muy similar en ambos sexos. En otras palabras, el tipo de depresión tiende a aparecer en personas ansiosas, introvertidas y falta de autocontrol social³⁹.

8.5. PARADIGMA

La investigación está soportada en el Paradigma empírico analítico; por lo que se pretendió estudiar profundamente a la población y demostrar a través de resultados cuantificados los rasgos de personalidad en farmacodependientes con edades de 18 a 35 años del establecimiento y carcelario de Barranquilla INPEC, a partir del abordaje del enfoque cognitivo conductual cuyo objeto de estudio psicológico son los procesos cognitivos, este enfoque está formado por una combinación racional del enfoque cognitivo que enfatiza el rol de los aspectos mediacionales en el aprendizaje y las conductas de las personas es decir que este enfoque evalúa a los sujetos en las situaciones preceptuales conductuales integrando las relaciones entre el organismo y el medio.

³⁹ KRUG, Samuel E. Cuestionario de Análisis Clínico CAQ. Madrid: Tea, 2001. p. 37.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Comprobando la efectividad de los objetivos planteados en la investigación donde se intenta evaluar los rasgos clínicos de personalidad en farmacodependientes de 18 a 35 años de edad reclusos del establecimiento y carcelario de Barranquilla INPEC, a través del test de personalidad CAQ con el objetivo de obtener la respuesta de las 144 preguntas que plantea el instrumento.

El paso a seguir es colocar las plantillas de evaluación que arrojaran los puntajes brutos pasando a calcular los resultados directos. Es necesario conocer las características de la muestra para la comprensión del significado de las puntuaciones transformadas; clasificando a los sujetos por edad (adolescente, adulto) con el fin de obtener el perfil de personalidad de los sujetos.

El test permitirá conocer si los resultados puntúan bajo, medio o alto de acuerdo a las características de los rasgos, haciendo la lectura del perfil y una tabla. Finalmente se hace una evaluación general de los resultados obtenidos de la muestra.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO 1

SUBESCALAS	TOTALES	PROMEDIOS	TENDENCIA
D1	153	450	BAJO
D2	170	500	BAJO
D3	210	617.64	ALTO
D4	162	476.47	BAJO
D5	127	373.52	BAJO
D6	165	485.29	BAJO
D7	124	364.70	BAJO
Pa	201	591.17	ALTO
Pp	188	552.94	BAJO
Sc	191	276.47	BAJO
As	193	567.64	ALTO
Ps	122	358.82	BAJO

Se observa en el cuadro N° 1, los resultados generales de todas las escalas del CAQ; a continuación se describen detalladamente.

CUADRO 2
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D1) "HIPOCONDRIASIS"

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	20	58.83
MEDIOS	8	23.53
ALTOS	6	17.64
TOTALES	34	100%

Se observa en el cuadro N° 2, resultados arrojados en la escala de primer orden "Hipocondriasis" que indica predominio en el nivel bajo, reflejando desinterés por

su salud es decir que frente a un síntoma de enfermedad podrían hacer caso omiso.

El aumento del interés por el consumo de sustancias psicoactivas tiende a darse por que les proporciona estados placenteros que les permiten olvidar el dolor físico o moral.

Es de anotar que la escala de primer orden arroja resultados significativos en el nivel medio en parte de la muestra; lo que indica que al parecer les dan el cuidado necesario a un síntoma de malestar sin excederse en la preocupación ni restar importancia y en el nivel alto el resultado es muy poco significativo lo que significa que probablemente a la muestra no le preocupa las alteraciones de las funciones de su cuerpo.

Lo anterior podría dar respuesta al interés de la población en consumir sustancias psicoactivas, si se piensa en el bienestar que posiblemente les hace sentir y por ende no les preocupa los efectos que la droga produzca en su cuerpo.

CUADRO 3
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D2) “DEPRESIÓN SUICIDA”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	16	47.05
MEDIOS	14	41.18
ALTOS	4	11.77
TOTALES	34	100%

Se observa en el cuadro N° 3, resultados arrojados en la escala de segundo orden “Depresión suicida” en donde hay predominio en el nivel bajo lo que al parecer les permite estar a gusto con la vida, le encuentran sentido a todo lo que hacen sin detenerse.

En esta escala el nivel medio presenta un resultados significativos que refleja un posible equilibrio emocional, no hay depresiones ni apasionamiento extralimitado por las cosas. El nivel alto arroja un puntaje mínimo.

En los farmacodependientes las drogas les facilita tener momentos de éxtasis y adrenalina que de alguna manera permite las conductas extremas que les pueden hacer sentir grandes y ver la vida como placentera .

CUADRO 4
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D3) “AGITACIÓN”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	9	26.47
MEDIOS	6	17.65
ALTOS	19	55.88
TOTALES	34	100%

Se observa en el cuadro N° 4, resultados arrojados en la escala de tercer orden “Agitación” reflejando que en la muestra evaluada predomina el nivel alto, es decir que estos sujetos, muestran que de alguna manera les gusta hacer cosas arriesgadas.

En esta escala en el nivel bajo arroja resultados significativos que muestra el aparente desinterés por hacer las cosas arriesgadas. En el nivel medio el puntaje es muy bajo.

En los consumidores, las sustancias psicoactivas les pueden producir valentía para no tener miedo ante nada y por el contrario buscar aventuras y cosas arriesgadas que al parecer les genera éxtasis cuando se efectúan estas conductas y por esto se repite una y otra vez el consumo.

CUADRO 5
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D4) “DEPRESIÓN ANSIOSA”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	19	55.88
MEDIOS	11	32.36
ALTOS	4	11.76
TOTALES	34	100%

Se observa en el cuadro N° 5, “Depresión ansiosa”, con puntuación en el nivel bajo, al parecer la muestra evaluada está orientada y se sienten capaces de enfrentarse a todas las exigencias, pueden sentirse seguros de si mismos, tranquilos y estar preparados para todo.

El nivel medio arroja resultados significativos mostrando que al parecer en algunos de los sujetos evaluados la conducta está bajo cierto equilibrio. El nivel alto el puntaje es muy bajo.

A los farmacodependientes los alucinógenos al parecer les producen confianza en si, les da valor para actuar en determinadas situaciones que sin los efectos de la droga no podrían hacerlo.

CUADRO 6
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D5) “DEPRESIÓN BAJA ENERGÍA”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	28	82.36
MEDIOS	6	17.64
ALTOS	0	0
TOTALES	34	100%

Se observa en el cuadro N° 6, “Depresión baja energía” que en la muestra evaluada predomina el nivel bajo lo que podría interpretarse como el buen ánimo y el inicio de sus días con energía, aparentemente duermen tranquilos, y alcanzan a relajar su cuerpo. El nivel medio y alto son poco significativos.

Los farmacodependientes utilizan la droga para estar muy activos o para relajarse, porque esta sustancia posiblemente les permite encontrar el nivel de descanso que desean.

CUADRO 7
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D6) “CULPABILIDAD - RESENTIMIENTO”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	18	52.95
MEDIOS	12	35.29
ALTOS	4	11.76
TOTALES	34	100%

En este cuadro, se evidencia que en la muestra evaluada predomina el nivel bajo, lo que al parecer refleja que existen sentimientos de culpabilidad en los sujetos, ya que se obtuvo una puntuación de 18 equivalente a un porcentaje de 52.94%. Lo que posiblemente ayuda a que los sujetos con problemas de fármaco-dependencia no se detengan a analizar las consecuencias que puedan ocasionar sus actos y no les genere culpa alguna.

Teóricamente los farmacodependientes usan sustancias para realizar actividades que no harían sin los efectos de la droga.

Estas sustancias psicoactivas son capaces de generar adicción, abuso o dependencia en los sujetos.

En la sociedad para el consumidor de sustancia psicoactivas, el drogarse representa una forma de alivio, o mecanismo para huir de situaciones de sufrimientos: conflictos familiares, problemas socioeconómicos baja autoestima etc, estas situaciones por lo general se presentan desde la infancia.

Por otra parte, mucho de los farmocodependientes, realizan conductas de tipo delictivo para obtener la droga, por ejemplo: hurtar a sus propias familias, vecinos supermercados etc. situaciones que no provoca en ellos sentimientos de culpabilidad.

CUADRO 8
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(D7) “APATÍA RETIRADA”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	25	73.53
MEDIOS	7	20.59
ALTOS	2	5.88
TOTALES	34	100%

Según los resultados interpretados en el cuadro anterior en la escala denominada Apatía-Retirada, se observa una tendencia muy marcada hacia el predominio de los puntajes bajos, lo que indica que pueden ser relajados, considerados y

animosos con las personas, lo que podría significar en estos sujetos la búsqueda de compañía.

Desde la perspectiva teórica, el inicio en el consumo de alucinógenos se da durante la adolescencia, y la motivación principal para hacerlo es la curiosidad, la búsqueda del placer, la presión del grupo de pares, siendo una de las características de este periodo del desarrollo de la personalidad.

Estos están siempre en la búsqueda de placeres y la aceptación del grupo de amigos, las cuales pueden aportarle al afianzamiento de su personalidad, por lo cual el consumo de sustancias psicoactivas, conlleva a encontrar rumbo y sentido a su vida.

Además, en la vida cotidiana, se observan estas situaciones donde la presión de grupo es un factor de riesgo para aquellas personas que disfrutan de la compañía de otras personas y no les gusta sentirse excluido al grupo al que pertenecen.

CUADRO 9
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(Pa) "PARANOIA"

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	9	26.48
MEDIOS	8	23.52
ALTOS	17	50
TOTALES	34	100%

En este cuadro se puede observar una mayor tendencia hacia el predominio del puntaje alto, cree que se les persigue, espía, controla o maltrata; al parecer significa una marcada sensación de persecución e injusticia. Son sujetos que por lo general están a la defensiva.

La tendencia paranoica se observa en sujetos alcohólicos y narcóticos lo que los conlleva a vivir en constante sentimientos de persecución y sospecha de las demás, en especial de las personas más cercanas.

De igual forma los sujetos farmacodependientes tienden a empezar a consumir droga partiendo de la desconfianza del mundo real y a pesar de buscar la aceptación del grupo y la necesidad de estar rodeado de muchas personas, casi siempre desconfían y tienen ideas del daño que puedan recibir de los demás. En la vida cotidiana del farmacodependiente se pueden observar conductas donde manifiestan su paranoia a través del cuestionamiento, revisión de lo que se les presenta, son reservados hacen declaraciones de recelo. Estas conductas se dan por su desconfianza a ser maltratados o recibir algún tipo de daño de parte de las personas que lo rodean.

CUADRO 10
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(Pp) “DESVIACIÓN PSICOPÁTICA”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	13	38.24
MEDIOS	11	32.35
ALTOS	10	29.41
TOTALES	34	100%

En este cuadro se analiza que la frecuencia y los porcentajes de los resultados tienden a ser equilibrados y estables. Se observan que 13 sujetos presentan un nivel bajo, lo que al parecer significa que son personas sensatas, evitan implicarse en algo ilegal o romper las normas.

Sin embargo, la mayoría de ellos han atravesado por problemas con las normas y la ley, pero al estar en un proceso de recuperación o rehabilitación se evidencia su compromiso de someterse a la autoridad.

Por otro lado, existen 11 sujetos con un nivel alto, donde generalmente son personas que tienden ser inhibidas, no le ofenden las críticas, aceptan lo antisocial en si mismo o en otros. Al parecer esto demuestra que a pesar de estar en tratamiento se resisten a la aceptación de la autoridad y las leyes.

Teóricamente los sujetos farmacodependientes tiene una tendencia a la desviación psicopática donde recurren a la droga para cometer actos delictivos o

lo contrario realizar conductas fuera de la ley (hurto), para obtener las sustancias psicoactivas que le satisfagan sus necesidades.

CUADRO 11
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(Sc) "ESQUIZOFRENIA"

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	15	44.11
MEDIOS	10	29.41
ALTOS	9	26.48
TOTALES	34	100%

En este cuadro se evidencia una tendencia hacia el puntaje bajo, donde evalúa con realidad a las personas, sin conductas regresivas; que probablemente significa que son sujetos que no tienden a alejarse de la realidad, no tienen impulsos extraños, no presentan dificultades para expresar sus ideas, y no se presentan sentimientos de irrealidad o alucinaciones.

Teóricamente se habla de que los sujetos bajo efectos de la droga tienden a presentar perdida del contacto con la realidad; sin embargo, 9 de los sujetos evaluados manifiestan impulsos repentinos, extraños e incontrolados y tienden a alejarse de la realidad sin estar bajo efectos de la droga al momento de realizar la prueba.

CUADRO 12
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(As) “PSICASTENIA”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	11	32.35
MEDIOS	11	32.35
ALTOS	12	35.29
TOTALES	34	100%

Se analiza en este cuadro una tendencia al puntaje alto, al parecer les molestan las ideas repetitivas, insistentes o hábitos compulsivos, lo cual significa la presencia de característica de tipo obsesivo donde se observa el poco control, que las personas tienen hacia sus conductas. Posiblemente les molestan las ideas repetitivas y presentan hábitos compulsivos, notándose un marcado impulso a repetir metódicamente el acto a consumir.

En el medio, los farmacodependientes manifiestan el poco autocontrol que poseen hacia el consumo de sustancias psicoactivas, ya que tienen que aliviar sus pensamientos e ideas obsesivas generadoras de ansiedad, esta situación produce en el sujeto conductas repetitivas y la falta de control en el consumo.

CUADRO 13
RESULTADOS EN LAS SUBESCALAS DE PRIMER ORDEN
(Ps) “DESAJUSTE PSICOLÓGICO”

PUNTAJES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
BAJOS	27	79.42
MEDIOS	4	11.76
ALTOS	3	8.82
TOTALES	34	100%

En el cuadro anterior se puede observar explícitamente la tendencia de los resultados hacia las puntuaciones bajas, tienden a considerarse aptos, confiables y agradables como la mayoría, lo cual indica que la mayoría de estos sujetos tienden a no presentar desajuste psicológico mostrando claramente que pueden presentar una autoestima alta, poseen mucha confianza en si mismo y en sus capacidades o habilidades.

Teóricamente esta claro que los sujetos farmacodependientes a través del consumo pueden lograr sentirse con muchas capacidades y cualidades para realizar cualquier actividad, incluso para afrontar experiencias riesgosas.

Por otro lado, el abuso de drogas ocurre en un contexto sociocultural determinado, donde influyen factores socioeconómicos que predisponen para que las personas consuman o no sustancias psicoactivas, ya sea imitando patrones de conductas o modos prevalecientes en su medio o bien por frustraciones que este medio les produce.

CUADRO 14
RESULTADOS EN LA SUBESCALA DE SEGUNDO ORDEN
“ANSIEDAD”

PUNTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BAJOS	57	41.91%
MEDIOS	44	32.35%
ALTOS	35	25.74%
TOTALES	136	100 %

En el cuadro 14 se presentan los resultados encontrados de la subescala de segundo orden denominada “Ansiedad”.

Se observa que hay tendencia hacia el predominio de los puntajes bajos, lo que significa que los sujetos de la muestra suelen ser poco ansioso. Que pocas veces experimentan sensaciones de angustia, miedo, deseo de huir y desesperación permanente. Que tienden a vivir el presente sin pensar en las consecuencias que se pueden presentar posteriormente.

También se pudo observar que el puntaje medio obtuvo un porcentaje significativo lo que significa que los individuos de la muestra pueden llegar a reaccionar ante un peligro o amenaza que se llegan a manifestar mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

CUADRO 15
RESULTADOS EN LA SUBESCALA DE SEGUNDO ORDEN
“EXTRAVERSIÓN”

PUNTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BAJOS	44	64.70%
MEDIOS	18	26.47%
ALTOS	6	5.88%
TOTALES	68	100%

En el cuadro 15 se presentan los resultados encontrados en la subescala de segundo orden denominada “extraversión”.

Se observa que hay tendencia hacia el predominio de los puntajes bajos, lo que significa que los sujetos tienen un nivel de alerta naturalmente bajo, que hace que en ocasiones busquen niveles de estimulación mayores a los normales para “sentirse vivo”.

Los individuos de la muestra recurren a las drogas, en muchas ocasiones para experimentar cosas nuevas, y buscan la manera de influir o controlar su entorno. Se siente atraído por las actividades competitivas, de riesgo o eventos donde hay acción.

CUADRO 16
RESULTADOS EN LA SUBESCALA DE SEGUNDO ORDEN
“INDEPENDENCIA”

PUNTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BAJOS	31	30.40%
MEDIOS	25	24.51%
ALTOS	46	45.09%
TOTALES	102	100%

En el cuadro 16 se presentan los resultados encontrados de la subescala de segundo orden denominada "Independencia".

Se observa que hay tendencia hacia el predominio de los puntajes altos, lo que significa que estas personas pueden ser independientes, que no requieren de la aprobación de otras personas.

Los individuos de la población evaluada pueden ser personas que se rigen por sus propias reglas, que se sienten seguros de sus acciones y no siente remordimiento de sus actos, aunque estén en contra de las norma y reglas de la sociedad.

CUADRO 17
RESULTADOS EN LA SUBESCALA DE SEGUNDO ORDEN
"SOCIALIZACIÓN CONTROLADA"

PUNTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BAJOS	19	55.89%
MEDIOS	11	32.35%
ALTOS	4	11.76%
TOTALES	34	100%

En el cuadro 17 se presentan los resultados encontrados de la subescala de segundo orden denominada "Socialización controlada".

Se observan que hay tendencia hacia el predominio de los puntajes Bajos, lo que puede significar que son personas con bajo control de superego. El superego es la expresión interna del individuo acerca de la moral de la sociedad y de los códigos

éticos de conducta trata de dirigir los impulsos del subconsciente hacia comportamientos socialmente admitidos.

CUADRO 18
RESULTADOS EN LA SUBESCALA DE SEGUNDO ORDEN
“DEPRESIÓN”

PUNTAJES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
BAJOS	62	45.59%
MEDIOS	33	24.27%
ALTOS	41	30.14%
TOTALES	136	100%

En el cuadro 18 representan los resultados de la subescala de segundo orden denominada “Depresión”

Se observa que hay tendencia hacia el predominio de los puntajes bajos, lo que puede significar que las personas tienen un bajo grado de depresión.

Los farmacodependientes muchas veces recurren a la droga por que no saben como enfrentar situaciones y sentimientos que se presentan en su diario vivir y recurren a la droga para suprimir estos.

Como análisis general los resultados mencionados anteriormente arrojados por el instrumento aplicado (CAQ) arrojan datos acerca de rasgos de personalidad de 34 sujetos farmacodependientes reclusos en el Centro Penitenciario y Carcelario del Bosque de Barranquilla, mostrando características que denotan rasgos de personalidad.

En las escalas de primer orden, Hipocondriasis (D1), Depresión suicida (D2), Depresión ansiosa (D4), Depresión baja energía (D5), Culpabilidad- Resentimiento (D6), Apatía retirada (D7), Desviación psicopática (Pp), Esquizofrenia (Sc), Desajuste psicológico (Ps); en las que predomina el nivel BAJO, muestra que al parecer la población evaluada está contenta, se siente saludables y satisfechos con la vida que llevan, muestran calma en situaciones estresantes, no les perturba la culpabilidad, están en búsqueda de compañía, evitan romper las normas, no se alejan de la realidad, confían en sus capacidades y habilidades. En las escalas restantes de primer orden Agitación (D3), Paranoia (Pa), y Psicastenia (As); predomina el nivel alto lo que refleja que posiblemente la población es incansable, acepta riesgos, le molesta las ideas repetitivas y tiene ideas obsesivas.

En las escalas de segundo orden Ansiedad, Extraversión, Socialización controlada y Depresión predomina el nivel bajo lo que muestra que los sujetos evaluados presentan posibles sensaciones de angustia y tensión sin causa aparente, están en búsqueda de niveles alto de adrenalina por ende es factible que no se ciñan por la escala de valores y su comportamiento se rija por sus propias reglas y tengan control social producto de su extroversión.

Las escalas se mezclan entre sí formando características específicas de personalidad, para construir el perfil de sujetos en los que predomina el autoestima alta lo que les permite sentirse conforme consigo mismo, a gusto con

su estilo de vida y confiado en sus criterios para tomar decisiones teniendo calma para planear situaciones innovadores y vivir situaciones de riesgo y adrenalina siendo insaciables; en su estado habitual ,evitan romper normas pero bajo el efecto de la drogas no se rigen por la escala de valores, cotidianamente no se alejan de la realidad pero bajo el efecto de las sustancias algunos tienen ideas obsesivas que por lo general les lleva a estados depresivos cuando baja el efecto de la dosis.

11. PRESUPUESTO

RUBROS Y REGLONES	Totales
- Materiales legislativo	
Materiales bibliográficos	120.000
Papelería	165.000
Instrumentos	145.000
Ayuda audiovisuales	95.000
Subtotal =	525.000
- Recursos Humanos	
Trascripciones	350.000
Asesorías	100.000
Subtotal =	450.000
Gran total =	975.000
10% Imprevisto =	97.500
Gasto total =	1.072.5000

12. CRONOGRAMA

1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
	ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS.	SEPT.	OCT.	NOV.

1. Selección del tema
2. Delimitación temática
3. Conceptualización
4. Problema
5. Selección del instrumento
6. Metas
7. Metodología
8. Presentación de propuesta
9. Anteproyecto
10. Proyecto
11. Contactar la población
12. Aplicar los instrumentos
13. Procesamiento de los datos
14. Análisis de resultados
15. Sugerencias
16. Presentación del informe

CONCLUSIONES

En la investigación, se confronta la teoría con los resultados permitiendo comprobar que los rasgos de personalidad son un factor predisponente para la iniciación del consumo de drogas, especialmente en la etapa de la adultez temprana en la que el sujeto se encuentra reafirmando su identidad recibiendo aportes del medio externo que influyen en la formación de los rasgos en donde algunas personas pueden ser similares, pero con comportamientos diferentes.

Las características de personalidad que arroja el test no refleja rasgos tan patológicos como se esperaba al iniciar la investigación, lo que tiene una explicación si se tienen en cuenta variables tales como la condición de vida de los sujetos, estos son reclusos-farmacodependientes que pasan por la etapa de abstinencia y han logrado un posible equilibrio lo que permite que sus conductas no vayan en contra de su integridad y la de los demás por el momento.

Estos sujetos hacen parte de programas educativos que apuntan a la rehabilitación y está dividida en diversos niveles, les facilita descubrir capacidades que al pulirlas se convierten en fortalezas que cada sujeto utiliza y les ayuda a canalizar el impulso de consumir. (otra variable interviniente en los resultados),

La mayoría de los sujetos evaluados se encuentran en la etapa de reafirmación y maduración de su personalidad por lo que muchos esquemas de pensamiento se han reestructurado y el individuo tiende a darle nuevo sentido a su vida, analizando los eventos que le causan daño por lo que disminuyen la realización de dichas actividades.

Esta investigación es viable puesto que va permitir diseñar y desarrollar programas que permitan mejorar la calidad de vida de la población que lo requiera, implementando planes de acción que permitan fortalecer el proceso de prevención y rehabilitación que se lleva a cabo en la entidad, partiendo de los resultados obtenidos a través de la prueba, brindando herramientas que permitan afianzar el proceso de orientación que se lleven a cabo tales como fichas psicológicas que se pueden aplicar a los individuos al momento de su ingreso a la institución; esto permitirá conocer el estilo de vida de cada sujetos, ocupación u oficio antes de ingresar, historia personal (infancia, adolescencia, adultez), estructura familiar, historia familiar, pertenencia a grupos sociales, momentos traumáticos y placenteros, estado de salud lo cual permitirá conocer las falencias de cada individuo, y abordar las áreas de los sujetos que requieran intervención, la aplicación de pruebas psicológicas que permitirá determinar las características de personalidad en las que se puede intervenir para lograr un proceso de cambio y partiendo de las características individuales elaborar planes de trabajo personalizados, la construcción del proyecto de vida de cada sujeto, teniendo en cuenta las metas a corto y a largo plazo de los sujetos, su misión y visión como

personas, y las herramientas que utilizarían para alcanzar esas metas, después de obtener los datos relevantes sobre las necesidades primordiales de cada sujeto puede hacerse uso de diversas técnicas conductuales que permiten obtener resultados a corto plazo y apuntan al cambio de creencias y pensamientos irracionales, conductas aversivas y solución de problemas y por último la investigación facilita a partir de los rasgos obtenidos la creación e implementación de programas con componentes lúdicos que les permitan descubrir nuevas alternativas de vida, les ayuden a generar un espíritu de competitividad sana, liderazgo participativo, creatividad y diseño de programas implementados por su iniciativa.

Es de anotar que el trabajo de un grupo interdisciplinario lograra con éxito el desarrollo de habilidades y potenciales en los sujetos.

RECOMENDACIONES

La farmacodependencia es un flagelo que cada vez abarca poblaciones más jóvenes y por ende es causante de accidentes, de muertes, de iniciación en la vida delictiva. Para esta problemática se han creado varios programas, ya sean de prevención o intervención al parecer en todos se requiere de la voluntad del sujeto y cada uno a través de distintas técnicas han rehabilitado a diversos sujetos, brindándoles atención personalizada bajo óptimas condiciones en la estructura de la institución, ambiente adecuado.

En la Penitenciaría del Bosque, institución donde se evaluó la muestra, debería contar con la dotación adecuada y el número necesario de personas que brinden atención personalizada a cada uno de los sujetos.

Se deben organizar actividades lúdicas con el objetivo de lograr que descubran otras alternativas que le generan beneficio sin necesidad de poner en riesgo la vida de ellos y de los que le rodean.

Se debe restringir el ingreso sustancias psicoactivas a la institución implementado un sistema de seguridad sistematizada que permita detectar el ingreso.

Las fichas de evaluación con que se conoce las historia personal y familiar de cada uno de los sujetos debe servir como referencia para que la forma de intervención sea individual y la rehabilitación sea viable.

El programa para los farmacodependientes debe estar basado más en los rasgos de personalidad.

A la universidad se le sugiere crear departamentos en diversas áreas en donde predomine la investigación, de diversas problemáticas como por ejemplo la ampliación en farmacodependencia; la facultad crearía diversas líneas de investigación generando la posibilidad de expandirse.

A los psicólogos se les sugiere profundizar en las distintas problemáticas sociales (prostitución, alcoholismo, farmacodependencia) entre otras.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN, Psychiatric Association. DSM IV Manual Diagnòstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1995.

BOUSO S, José C. ¿Qué son las Drogas de Síntesis? Barcelona: Integral, 2003.

BRENNAN, James F. Historia y Sistemas de la Psicología. México: Pearson Educación, 1999.

BRUK, Ignacio Y P. L. Díaz García. Psicología, Un Enfoque Actual. Caracas: Insula, 1995.

CALVANNI, Sergio, Coordinación y Desarrollo de Promoción y Prevención de la Drogadicción. Medellín, 1995. www.fne.gov.co.

CATTELL, Raymond. Biografía de Raymond Cattell. [www. Biografías y vdas.com/ Biografía de Raymond Cattell](http://www.Biografías-y-vdas.com/Biografía-de-Raymond-Cattell).

CATTELL, Raymond. Cuestionario 16 FF de Personalidad. España: Tea. 1995.

CLEGHORN, Jhon M. Enfermedades Mentales. México: Manual Moderno, 1993.

DICAPRIO, Nicholas S. Teorías de la Personalidad. México. Mac Graw Hill, 1989.
DICCIONARIO Enciclopédico Larousse Tomo 6: Barcelona: Planeta, 1992.

ENCICLOPEDIA de La Psicología Tomo II. Barcelona: Océano

FRREDMAN, Alfred. Comprendido de Psiquiatría. Bogota: Salvat. 1991.

HOYOS A., Luís Fernando. Síntesis clínica de las causas, efectos y tratamientos del abuso de drogas. Medellín, Colombia. Litografía y Tipografía Piloto, 1977.

LAWRENCE A, Pervin. La Ciencia de la Personalidad. Barcelona: MaC Graw Hill, 1998.

MASSÜN, Edith, Prevención del Uso Indebido de la Drogas. México: Trillas, 1991.

MELVIN H., Weinswig. Consecuencias del uso y abuso de las drogas. México. Cinco Siglos, 1974.

NACIONES UNIDAS, Dirección Nacional de Estupefaciente, ICFES. Programa de Prevención Integral en la Educación Superior, Bogota: 1995.

PAPALIA, Diane E. Desarrollo Humano. Bogota: Mac. Graw Hill, 2001.

RAYMOND B., Cattell. El análisis científico de la personalidad y la motivación. Madrid. Ediciones Pirámides S.A.

RESTREPO R, Luís C. La Fruta Prohibida. Medellín: Hojas de Hierba, 1994.

RUILOBA VALLEJO, J. Introducción a la Sicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2002.

UNIVERSIDAD, de Santa Ursula. Educación para Prevenir el Abuso de las Drogas. Río de Janeiro: Universidad de Santa Ursula, 1991.

VELÁSQUEZ, Fernando. Las Drogas, Aspectos: Históricos, Sustantivo y Procesal. Medellín: Colegas, 1989.

VÉLEZ, Hernán. Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación Para Investigaciones Biológicas, 2004.

Anexos

CUESTIONARIO DE ANÁLISIS CLÍNICO CAQ

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de cuestiones que permitirán conocer sus actitudes e intereses. No hay respuestas correctas o incorrectas (cada persona tiene un modo de ser distinto). Por lo tanto, conteste con sinceridad.

Después de escribir sus datos personales en la parte superior de la **Hoja de respuestas**, anote todas sus contestaciones en la misma. Como verá, cada cuestión tiene en este **Cuadernillo** tres posibles respuestas (**A, B, C**), que también están en la Hoja. Lea atentamente cada cuestión y las tres posibles respuestas; así le será más fácil decidirse.

Ahora, conteste a los ejemplos de práctica que vienen aquí, y para dar sus respuestas marque en la Hoja el espacio que hay debajo de la letra correspondiente. Si tiene dudas pregunte ahora al examinador.

EJEMPLOS

1. Me gusta presenciar una competición deportiva:

A. Sí B. A Veces C. No

2. Prefiero las personas:

A. Reservadas B. Término Medio C. que hacen amigos con facilidad

3. El dinero no hace la felicidad:

A. Cierto B. A medias C. Falso

4. He comprendido las instrucciones:

A. Si B. A medias C. No

Al contestar, tenga en cuenta lo siguiente:

- No piense demasiado las frases, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle más detalles. Debe contestar lo que es habitual en usted. Generalmente, se contestan 5/6 cuestiones por minuto, y se tarda unos tres cuartos de hora en completar toda la prueba.
- Evite señalar muchas veces la respuesta “intermedia” (B). si puede, decídase por uno de los extremos (A, C).
- Procure no dejar ninguna cuestión ° sin contestar. Es posible que alguna no tenga mucho que ver con usted; intente elegir la respuesta que se acerque más a su manera de ser. Si alguna cuestión le parece muy personal, no se preocupe; recuerde que las Hojas se guardan como documentos confidenciales, y no pueden ser valoradas sin una plantilla especial. Además, al obtener los resultados no se consideran las marcas una a una sino globalmente.
- Conteste sinceramente; es lo mejor. No lo haga pensando en “lo que es bueno” o “lo que interesa para impresionar al examinador”.

1. En la actualidad mi mente mi mente trabaja muy bien y con rapidez:

A. Si, casi siempre B. Algunas Veces C. Casi nunca

2. Me siento a gusto y contento:

A. Si, casi siempre B. Algunas Veces C. Casi nunca

3. Jamás me siento tan molesto a aburrido que tenga necesidad de destruir todo lo que me rodea:

A. Cierto B. Término medio C. Falso, me ocurre a menudo

4. Las cosas me salen bien porque soy una persona echada para adelante:

A. Cierto B. A medias C. Falso

5. Los ruidos me despiertan hasta del sueño más profundo:

A. Casi siempre B. A veces C. Falso

6. Creo que soy una persona torpe y desmañada al manejar objetos:

A. Siempre B. A veces C. Casi nunca

7. Suelo tener bastantes ganas de hacer cosas:

A. Casi siempre B. Algunas veces C. Casi nunca

8. Me siento solo y desgraciado:

A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

9. Los sentimientos de culpabilidad:

A. No me molestan B. A medias C. Me perturban

10. Me resulta fácil estar cariñoso, alegre y a gusto con los niños pequeños de los demás:

A. Casi siempre B. Algunas veces C. Casi nunca

11. Critico las creencias habituales de la gente sin importarme lo que piensen de mi:

A. Si B. Término medio C. Falso

12. Casi nadie dice la verdad ni confía en lo que cuentan los demás:

A. Cierto B. Término medio C. Falso

13. Personalmente siento que la gente:

A. Se porta bien conmigo B. Término Medio C. Ha sido bastante injusta conmigo

14. Cuando me quedo desanimado me cuesta recuperarme:

A. A menudo B. A veces C. Casi nunca

15. Tengo la sensación de que caigo realmente bien a la mayoría de la gente que me conoce:

A. Cierto B. Término medio C. Falso

16. A veces tengo que hablar muy despacio, como si estuviera esperando que las palabras me vengan a la lengua:

A. Cierto B. Término medio C. Falso

17. Es raro que compruebe una y otra vez si he hecho correctamente una cosa:

A. Cierto B. A medias C. Falso, lo hago para asegurarme

18. Algunas ideas o palabras sin importancia me pasan por la cabeza y me están rondando una y otra vez durante días:

A. Si a menudo B. Algunas Veces C. No, muy raramente

19. Mis emociones son tan poco lógicas que soy incapaz de controlarlas:

A. A menudo me pasa eso B. A Veces C. Nunca me pasa

20. A veces siento que mis nervios están a punto de estallar:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

21. No puedo llevar al día mis tareas porque no me siento bien:

- A. Me pasa eso muchas veces B. A veces C. Casi nunca

22. Últimamente veo todo muy negro:

- A. Falso B. A medias C. Cierto

23. Cuando veo una persona atrevida que se arriesga por tontería, aunque le saga bien:

- A. No me conmuevo B. Término Medio C. Me conmuevo

24. Me gustaría hacer cosas arriesgadas, como las de un piloto de carreras o de aviación:

- A. Si, mucho B. A veces C. No, nada

25. Odio la idea de tener que ir a un hospital si caigo enfermo:

- A. Cierto B. No mucho C. Falso, me hago a la idea

26. Me siento triste y de mal humor:

- A. Casi nunca B. A veces C. A menudo

27. Al despertarme por las mañanas, me siento sin energías para comenzar el día:

- A. Cierto B. A medias C. Nunca

28. Suelo estar tan tenso y agitado que me tiemblan las manos

- A. No, casi nunca B. Término medio C. Si, a menudo

29. Me encuentro a gusto cuando estoy solo, sin los demás

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

30. Sé muy bien que cosas valiosas quiero hacer en esta vida:

- A. Cierto B. A medias C. Falso, no lo sé

31. Siempre hay gente poniendo reglas para fastidiarme y dejarme sin libertad:

- A. Cierto B. No estoy Seguro C. Falso

32. Cuando la gente me gasta bromas y dice que soy un tipo “curioso”:

- A. No me Importa B. No estoy seguro C. Me molesta

33. Comparado don los demás, tengo menos fuerza y energía para estar dos o tres días sin dormir:

- A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso, me sobran energía

34. Me llegan a cansar tanto las personas que me están molestando, que ni me preocupo de contestarles:

- A. A menudo B. Algunas veces C. Casi nunca

35. A veces me han tratado mal algunos familiares o personas que creía amigos:

- A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso

36. Cuando estoy de viaje o vacaciones compruebo frecuentemente cuánto dinero me queda:

- A. Falso B. A medias C. Si, l cuento a menudo

37. Cuando estoy en lugar de silencio o de reposo, temo que me entren ganas de gritas:

- A. A menudo B. A veces C. Nunca

38. Suelo ver el “lado alegre de la vida” y sacarle gusto a lo que hago

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

39. Cada pocos días tengo el vientre molesto o hinchado:

- A. Cierto B. Término medio C. No me pasa eso

40. Me siento débil y enfermo:

- A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

41. Cosas que realmente me merezcan la pena en esta vida:

- A. Hay muy pocas B. Término medio C. hay muchas

42. Cuando veo una injusticia, suelo pensar:

- A. ¡No hay derecho! B. Término medio C. Bueno, ¡la vida es así!

43. En el colegio evitaba tareas en las que debía llevar la voz cantante o hacerme cargo de cosas nuevas

- A. Si. B. A veces C. No

44. Si algo me trastorna, mis músculos se tensan y están a punto de estallar:

- A. Si B. A Veces C. No

45. Hay muy pocos momentos en que mi vida me parece vacía y solitaria

- A. Si B. A medias C. No, me ocurre a menudo

46. Casi nunca tengo esos momentos en que, sin ton ni son, el ánimo y el humor se viene abajo:

- A. Cierto, no me pasa eso B. Término medio C. Falso, tengo esos momentos

47. Pensando en las cosas que debiera haber hecho:

- A. A veces no puedo dormir B. Término medio C. Puedo dormir tan tranquilo

48. Me siento demasiado decaído e inútil como para querer hablar con la gente:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

49. Tengo un estómago delicado, y fácilmente tengo trastornos digestivos:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

50. Ante reglas y normas que me obligan a algo:

- A. Las acepto sin molestarme B. Término medio
C. Me rebelo y afirmo mis derechos.

51. Puedo soportar el dolor y las incomodidades:

- A. Menos que los demás B. No estoy seguro C. Tanto o más que los demás

52. Las críticas hieren fácilmente mis sentimientos y pueden conmigo:

- A. Cierto B. A veces C. Falso, nunca

53. La mayoría de las personas son amables y están dispuestas a ayudarte:

- A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso

54. Creo que la gente me evita por motivos que desconozco:

- A. A Menudo B. Término medio C. Cierto

55. Me preocupo una y otra vez por cosas sin importancia si no están bien hechas:

- A. A menudo B. A veces C. No, nunca

56. Tengo dudas de haberle sido útil a alguien en esta vida:

- A. A menudo B. A veces C. Estoy seguro de haber sido útil

57. Tengo muchas y muy buenas cualidades que los demás aprecian y reconocen

- A. Si B. Término medio C. No, tengo muy pocos

58. Casi nunca me siento mal o indispuesto:

- A. Cierto, no me pasa B. Término medio C. Falso, me ocurre a menudo

59. Cuando oigo hablar de una enfermedad empiezo a pensar que tengo algo parecido

- A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

60. Me encuentro a gusto conmigo mismo y con los que me rodea:

- A. Cierto B. A medias C. Falso, estoy harto de todo

61. Me preocupan y pienso mucho las cosas que puedan salir mal:

- A. A menudo B. A veces . Casi nunca

62. Me siento aburrido por la rutina, y me gusta intentar cosas nuevas:

- A. Cierto, a menudo B. Término medio C. Falso no me pasa eso

63. Lo que pienso sobre lo que hacen los demás, sea bueno o malo:

- A. Pocas veces lo digo B. Término medio C. lo digo abiertamente

64. Es raro que esté tan tenso que necesite un gran esfuerzo para hacer frente a algo

- A. Cierto, casi nunca me ocurre B. No estoy seguro C. Falso, me pasa eso

65. Casi siempre me levanto cansado y necesitaría dormir más:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

66. Suelo pensar que he fracasado en mis tareas:

- A. No, casi nunca B. Término medio C. Si, y me siento culpable

67. Pienso que la vida es tan absurda y sin sentido, que me merece la pena decirle a los demás cómo me siento:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

68. Me resulta fácil hablar con la gente de cosas sin importancia pero alegres:

- A. Siempre B. A veces C. Nunca

69. La gente elige sus amistades:

- A. Por los beneficios que le den B. Término Medio C. Por verdaderas amistades

70. La gente que no tiene demasiada “agallas” para cuidarse por sí misma debería, si más, ser atendida por otros:

- A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso

71. Soy más feliz cuando sigo mi camino, sin prestar atención a lo que dice la gente:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

72. No tengo momentos en los que me cueste recordar dónde estoy o el nombre de mis amigos:

- A. Cierto, no tengo esos momentos B. Término medio C. Falso, me ocurre a menudo

73. Los demás me dejan en paz en cosas que no quiero hacer:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso, me obligan a hacerlas

74. Tengo la costumbre de contar las cosas (mis pasos, farolas, ladrillos, etc.) sin ninguna razón aparente:

- A. A menudo B. A veces C. Raras veces

75. Soy del tipo de personas a quien los demás suelen respetar y pedir consejo:

- A. Si B. Término medio C. No

76. Pienso que no valgo para nada:

- A. Si, muchas veces B. A veces C. No, casi nunca

77. La mayor parte del tiempo me siento flojo y tan cansado que apenas puedo moverme:

- A. Cierto B. En parte C. No casi nunca

78. Raras veces me siento harto y a disgusto con mi vida:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso, a menudo me siento así

79. Pienso que la muerte es el final de todos nuestro problemas

- A. Lo pienso a menudo B. A veces C. No, casi nunca

80. Estoy a disgusto hasta que encuentro algo arriesgado que hacer:

- A. Si B. Término medio C. No

81. Me gusta hacerme responsable del dinero familiar y de la marcha de los negocios:

- A. Si B. Poco C. Nada

82. Tengo confianza en mi para dar la cara y resolver la mayoría de los imprevistos que me salen al paso

- A. Cierto B. A Veces C. Falso

83. Me pongo de mal humor cuando estoy decaído:

- A. A menudo B. Alguna Vez C. Casi nunca

84. Pienso que nadie me quiere realmente:

- A. lo pienso a menudo B. Algunas veces C. Nunca

85. Cuando pienso lo que me va a pasar por los errores que he cometido:

- A. Puedo dormirme B. Término medio C. No logro dormirme

86. Mi vida está llena de momentos de alegría y animación:

- A. Si, muchos B. Término medio C. No, casi nunca

87. Cuando he hecho alguna cosa bien, he encontrado

- A. Aliento y ánimo B. Término medio C. Celos y envidia

88. Cuando se alaba públicamente el trabajo de personas que conozco, pienso que yo valgo poco:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

89. Siento placer ante los imprevistos y discusiones que desconciertan a los demás

- A. A menudo B. A veces C. Nunca

90. La gente murmura de las cosas atrevidas que hago, pero no me importa ser el centro de atención

- A. Cierto B. Sólo alguna vez C. Falso, me preocupa

91. La gente parece estar de acuerdo en tratarme como si mis opiniones no valieran la pena:

- A. Si, suelen tratarme así B. A veces C. No, nunca me tratan así

92. Cuando pienso que he podido hacer algún mal sin querer a un familiar:

- A. No me preocupo B. A medias C. Me preocupo

93. Pienso que hay cosas en mi vida diaria que debo hacer con precisión, no importa cuánto tiempo o trabajo me lleven:

- A. Si, me ocurre con muchas cosas B. Sólo con una o dos
C. Con algunas

94. Me decido fácil y rápidamente, y es raro que tenga que cambiar de decisión

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

95. Tengo sólo unas pocas amistades que confían en mí y en las que yo puedo confiar:

- A. Cierto, son pocas B. Término medio C. Falso, tengo muchas

96. Siento que la vida es una carga muy pesada:

- A. Pocas veces B. Término medio C. Muchas Veces

97. Últimamente me importa un comino lo que me pueda pasar:

- A. Cierto, no me importa B. A veces C. Falso, me importa mucho

98. La vida me parece ya vacía, sin sentido ni propósito

- A. Muy cierto B. En parte C. Falso

99. Me gusta estar con personas que gastan bromas, aunque éstas sean un poco peligrosas:

- A. Si es cierto B. Tal vez C. No, no me gusta

100. Conservo la sangre fría ante un accidente grave:

- A. Casi nunca B. A veces C. Casi siempre

101. Si me dicen que alguien ha hablado mal de mi, prefiero:

- A. Verme con él cara a cara B. Término medio
C. No darme por enterado

102. Duermo profundamente y me despierto lleno de energías:

- A. Casi siempre B. Sólo a veces C. Casi ningún día

103. Suelo culparme de todo lo que me sale mal y siempre soy crítico conmigo mismo:

- A. Si, la mayoría de las veces B. Alguna vez C. Nunca

104. Me siento como si hubiera hecho algo malo, pero no sé qué ha sido:

- A. Si a menudo, B. Alguna vez C. Nunca

105. Si la gente dice que soy descuidado con la parte que me toca hacer:

- A. No me importa B. A medias C. Me preocupa

106. Puedo confiar en la mayoría de los que dicen que son mis amigos:

- A. Si, completamente B. A medias C. No, Nada

107. Se puede confiar en que la mayoría de los fontaneros o te cobrarán demasiado por sus servicios

- A. Cierto B. Tal vez C. Falso, hay que desconfiar

108. No me causan gran temor las enfermedades que desconozco:

- A. Cierto B. A Veces C. Casi nunca

109. Cuando estoy en medio de una multitud, me pone nervioso pensar que puedan lesionarme:

- A. A menudo B. A veces C. Casi nunca

110. Creo ver gente observándome desde lugares ocultos, pero desaparecer cuando miro atentamente:

- A. Si, a menudo B. Algunas veces C. Falso, nunca

111. Nunca he sentido el impulso de ser violento o de llevar una vida desordenada:

- A. Nunca lo he sentido B. A veces C. Lo siento a menudo

112. Cuando estoy en un lugar donde hay otros usos y costumbres:

- A. me siento perdido B. Término medio C. No sé cómo actuar y me pongo nervioso

113. Alguna veces creo que soy una persona sin éxito, un desastre:

- A. Cierto B. Tal vez C. Falso

114. Cuando me excito pierdo la cabeza y hago tonterías

- A. Si, a menudo B. Sólo una vez C. No, raramente

115. Al sentarme a la mesa, no me cuesta comer

- A. Cierto B. Término medio C. Falso, me cuesta tragar comida

116. Casi nunca deseo “!Que se acabe ya todo!”

- A. Cierto, no lo deseo B. Término medio C. Falso, lo deseo

117. Son ya muy pocas las cosas que me apetece hacer:

- A. Si. B. Término medio C. No, hay muchas

118. La vida diaria no me da oportunidades para expresarme tal como soy:

- A. Si, me falta algo B. Término medio C. Falso, yo tengo oportunidades

119. Sueño mucho sobre cosas que me dan miedo:

- A. Si, a menudo B. A veces C. No, Casi nunca

120. Las ratas, arañas o culebras:

A. Me dejan tranquilo B. A medias C. Me dan escalofríos

121. Me preocupo porque no hago mucho por resolver mis problemas

A. A menudo B. A Veces C. Casi nunca me preocupo por eso

122. Cuando pienso en los errores que he cometido en mi vida:

A. Me siento muy mal B. Término medio C. No le doy muchas vueltas

123. En sueños, tengo pesadillas en las que estoy solo y abandonado

A. Si a menudo B. A veces C. Casi nunca

124. Disfruto y me esfuerzo en salir de casa para conocer gente nueva

A. Si B. A medias C. No

125. En la mayoría de las ciudades pequeñas o pueblos no hay peligro de ser atacado cuando se sale a dar un paseo:

A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

126. Cuando hablan contigo, muchas personas intentan averiguar tus asuntos personales o negocios privados:

A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

127. Me gusta que la gente esté muy en desacuerdo conmigo y lo tomo como un desafío o estímulo:

A. A menudo B. Pocas veces C. Nunca

128. Creo que recibo la simpatía y comprensión que toda persona debe esperar:

A. Si B. A media C. No.

129. Nunca ha sentido la sensación de que me estuvieran obligando a hacer algo mediante hipnotismo o con magia:

- A. Cierto, nunca B. A veces C. Falso la he tenido

130. Los demás nunca dicen de mi que soy demasiado ordenado, aseado y limpio

- A. Cierto B. Término medio C. Falso, dicen que soy así

131. Me pasan por la mente palabrotas o ideas sucias y no puedo librarme de ellas:

- A. A menudo B. A veces C. Casi nunca

132. Tengo pocos éxitos en la vida por mi poca valía:

- A. Falso B. Término medio C. Cierto

133. Me considero una persona feliz y contenta, a pesar de tener problemas como todos:

- A. Cierto B. No estoy seguro C. Falso

134. No creo estar peor de salud que los demás:

- A. Cierto, estoy como todos B. No estoy seguro C. Falso, estoy
pero que ellos

135. Creo que he llegado al final de mi camino, y prefiero detenerme:

- A. A menudo B. A veces C. Casi nunca

136. Cuando me levanto por la mañana me siento en forma para hacer frente a los problemas diarios:

- A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

137. Al encontrarme con peligros y problemas, las demás personas:

- A. Se alteran menos que yo B. No estoy seguro C. Se alteran más que yo

138. Me siento seguro de mi y tranquilo

- A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca

139. Ante una emergencia, pienso con calma y serenidad

- A. Siempre B. A veces C. Nunca

140. Me siento cansado y no consigo descansar lo suficiente

- A. Casi siempre B. A veces C. Raras veces

141. Al recordar los aciertos y fallos de mi vida pasada:

- A. Pienso más en los aciertos B. Término medio C. Pienso más en los fallos

142. Casi nunca tengo molestias de estómago o de vientre:

- A. Cierto B. Término medio C. Falso

143. Me resulta fácil charlar y gastar bromas a una persona del otro sexo

- A. Cierto B. A medias C. Falso, me cuesta hacerlo

144. “No confíes en nadie” es una norma segura en esta vida:

- A. Casi siempre B. A veces C. Casi nunca